TRÌNH BỆNH LỚN SỐC NHIỄM TRÙNG – CẤP CỨU

Bé nữ 7 tháng tuổi nhập viện vì sốt + co giật bệnh 2 ngày

* Sốt
* Co giật
* Thở hước, môi tím với khí trời
* Mạch nhẹ khó bắt, tim nhanh 180 lần/phút, HA không đo được
* Hôn mê, chi mát, CRT 3s, da nổi bông
* GCS 7đ E2V2M3 , co gồng tứ chi, Babinski đáp ứng duỗi chân phải

Chẩn đoán:

**Sốc nhiễm trùng do nhiễm trùng huyết – viêm màng não, rối loạn chức năng đa cơ quan: hô hấp, thần kinh**

Phân biệt: **Sốc thần kinh do viêm não siêu vi, rối loạn chức năng đa cơ quan: hô hấp, thần kinh**

Tóm tắt bệnh án: nhớ ghi tình trạng lúc nhập viện, diễn tiến thời gian của các triệu chứng. ghi rõ các mốc thời gian (khám lúc nào)

Cần phân biệt viêm não màng não (do siêu vi) với viêm màng não (do vi trùng) có biến chứng nội sọ: do đều có thể có dấu màng não, rối loạn tri giác…

Nhiễm trùng huyết có thể do siêu vi, vi trùng, KST

Pé này có sốt + sốc: phải phân biệt sốc nhiễm trùng do NTH, sốc thần kinh do viêm não màng não (vd như tay chân miệng), sốc phản vệ (hỏi trước khi bị có chích ngừa hay không)

Bé này có chỉ định đặt nội khí quản: do có co giật; sốc. nếu bé vô có co giật + sốt thì điều trị co giật trước, rồi chống sốc luôn bằng cách truyền dịch nhanh 20ml/kg trong 15’ (trừ sốc tim)

Enterobacter gram (+) từ đường ruột: độc lực rất mạnh

Phân biệt sốc thần kinh với sốc nhiễm trùng:

* Sốc tk: mạch, huyết áp không song song (mạch có thể ko nhanh), tri giác giảm nhiều thì mới sốc được do tổn thương bán cầu đại não (trừ tay chân miệng)
* Sốc nt: bn lừ đừ đã sốc rồi; mạch và huyết áp song hành

Điều trị sốc NT:

* Hỗ trợ hô hấp
  + Co giật; mê: đặt NKQ
  + Nhẹ hơn: cho thở O2
* Dịch truyền: điện giải đẳng trương, bắt buộc ko có đường: 20ml/kg/15’: nếu ko ra sốc thì cho liều nữa, có thể lên tới 60 ml/kg trong giờ đầu.
* Vận mạch: cân nhắc không đợi bù dịch đử mới xài vận mạch: dùng dopamin đầu tiên, dùng liều thấp tăng dần, tối đa 10 ug/kg/phút
* Hưỡng dẫn truyền dịch: CVP (chịu ảnh hưởng của P trong lồng ngực, trường hợp TDMP, TKMP, thở máu, tràn dịch màng bụng: có thể không chính xác)
* Nhiễm trùng: cho kháng sinh tiêm, phổ rộng, liều cao: dùng trong 1 giờ đầu tiên
* Điều trị tổn thương đa cơ quan
  + Gan: hạn chế thuốc thải qua gan, điều trị RLĐM (truyền HT tươi ko)
  + Huyết học: truyền tiểu cầu, thiếu máu (duy trì Hb > 10 g/dl khi đang sốc, > 7 g/dl khi đã ổn)
    - Chỉ định truyền tiểu cầu:
      * < 10k
      * <20 K + có xuất huyết
      * < 50K + cần phẫu thuật

Cận lâm sàng: biện luận phải nêu: kết quả có bình thường không, phù hợp chẩn đoán nào, có cần xử trí gì ko, làm lại không

* Khí máu: phải ghi làm ở giờ thứ máu
* CTM: làm ở ngày thứ mấy.
  + Nếu có bạch cầu tăng ưu thế lympho: chưa phù hợp do vi khuẩn; có thể chưa kịp tăng nên đề nghị làm lại huyết đồ
  + Bé này có Hct 38,7% ở trẻ 7 ngày tuổi là tăng: lại lại Hct tại giường, nếu vẫn tăng coi chừng mất nước
  + Tiểu cầu giảm: phù hợp NTH
  + Hct giảm dần: có thể đang xuất huyết; hoặc sốc chưa ổn
* Ion đồ
  + K máu tăng: phù hợp toan chuyển hóa (coi lâm sàng bn có thở nhanh sâu ko); hỏi bn có tiểu ít, coi creatine có tăng ko (coi chừng suy thận)
    - K của pé là 6,02: Đo lại ECG, lấy khí máu khẩn để điều trị toan, thử lại K sau 6h
  + Ca: có thể giảm trong sốc NT
* Creatinine 75 umol/l: mức cao của GH bình thường: đặt sonde tiểu theo dõi nước tiểu, chưa cần giảm liều kháng sinh; chống sốc tích cực ngừa suy thận trước thận. nếu nước tiểu tốt: thử lại sau 12h; nếu thiểu niệu: thử lại sau 6h
* Men gan tăng: thử lại sau 6-12h
* CRP: ko tăng: thử lại, hoặc cho procalcitonine. Thử lại những lần sau CRP tăng: cũng ko có ý nghĩa để biện luận chẩn đoán nhiễm trùng ban đầu do BN đã được làm nhiều thủ thuật, kích thích làm tăng CRP.
* Đông máu: aPTT 48,9; pt 16,8: nếu có chảy máu thì truyền huyết tương tươi đông lạnh
* Khí máu
  + Pé đã cho thở O2 rồi, để phản ánh đúng đáp ứng với O2: thử lại sau 30-60’

Đo CVP: phân biệt đơn vị mmHg và cmH2O

Trong hồi sức sốc, hiệu quả của dd điện giải = dd keo: cứ xài dd điện giải hết

Gđ sốc còn bù (sốc ấm): chưa tụt HA: làm lactate khẩn để chẩn đoán

Khi thi: cách hỏi diễn tiến bệnh:

* Xử trí lúc nhập viện là gì; có cho kháng sinh không
* Bao lâu sau phải xài vận mạch; bao lâu ra sốc
* Ngưng dịch, vận mạch khi nào
* Thi viêm phổi thở máy: hỏi bao lâu đặt ống thở? Có xài CPAP không? Thở canula bao lâu?

Tắc nghẽn hô hấp trên có co kéo cơ hô hấp phụ nhưng ko thở nhanh

Toan chuyển hóa thở nhanh nhưng ko co kéo.

Theo WHO thì SpO2 bình thường chấp nhận được là 90% (tùy độ cao)

Sơn màu đen, xanh lá, xanh dương sẽ làm giảm SpO2

SpO2 có 2 đèn đỏ và đèn hồng ngoại.

MetHb muốn chuẩn đoán thì phải lấy máu làm co oximetry

Hen có thể cho CPAP áp lực vừa phải 5cmH2O

Sau 12h truyền theophylin phải thử lại theophylin máu

Cas 1

Một bé 2,5 tuổi, ngày 1 sốt nhẹ, nôn, co cứng co giật tím môi cắn chặt lưới. đưa tới bv thì sau 1h mới cắt được cơn. Sau đó bé có nhiều cơn co giật và tri giác ngày càng u ám hơn, mê. CTM có BC 34K, neu 65%, CRP 89, pH 7,4. Toan chuyển hóa, kiềm hô hấp. HA 120/80, M 150, T 39,9 độ. Chẩn đoán: viêm não siêu vi. Phân biệt VMN do vi trùng biến chứng nội sọ

* Sốt rét thể não: yếu tố tiếp xúc là hàng đầu, muốn bị bệnh não thì phải là Falciparum (sốt cách ngày), nhiều bệnh khác đi kèm
* Áp xe não: phải sốt kéo dài sau đó mới rối loạn tri giác
* XH não màng não: nếu có sốt thì nhức đầu trước sốt sau. Nhưng phải coi chừng XH dưới màng cứng (chấn thương đã lâu trước đó), hemophilia mà gây xh não thì phải nặng, trước đó phải có nhiều lần bầm da, XH khớp
* Nhiễm trùng huyết phải nặng, biểu hiện sốt cao trước và ổ nhiễm trùng
* Ngộ độc: coi chừng bé đáp thuốc nam thuốc bắc
* Hạ Na: nhập ít (không ăn mà truyền dịch), thải nhiều (tiêu chảy, ống thận)

Bé này có lactate tăng > 4 vì thiếu O2 trong giai đoạn co giật chứ ko phải do nhiễm trùng huyết nên ko có chỉ định truyền dịch

microL = mm3

ure tăng nhiều, crea tăng ít do giảm tưới máu thận thì tăng tái hấp thu ure ko tái hấp thu cre được

AST 160 có thể do cơ bị tổn thương trong gđ co giật

PT 16s ko chảy máu, ko bầm khi chích nên vẫn chọc dò DNT được

Cho kháng sinh vanco và mero trước

HA rộng coi chừng TALNS cần coi các dấu như phù gai thị

Một cộng đồng chích ngừa Hib cao thì không chích ngừa vẫn ko nhiễm, còn nếu cộng đồng chích ngừa hib thấp thì dù chích vẫn có thể nhiễm

Cas 2: co giật khu trú

Hạ Ca gây co giật là do ảnh hưởng lên não. Còn tetani gây co giật là do ảnh hưởng lên cơ: tỉnh táo, tay quắp chân quắp, có thể canci total ko giảm. HÌNH

XH não màng não muộn do thiếu vit K: khám thấy thiếu máu, thóp phồng. siêu âm ko thấy, ko thể loại trừ do có thể XH ở hố sau  CT

Trạng thái động kinh: co giật kéo dài hoặc co giật liên tiếp khoảng nghỉ < 30’

U não bẩm sinh

Nhồi máu não phải có yếu tố tăng đông như HCTH, TBS tím

Nguyên nhân toàn thân như hạ Na, hạ Ca cung có thể gây co giật cục bộ

Sốt hay không có thể sai do người nhà ko để ý

Vit K tiêm mạch chậm khi có RLĐM, có thể gây sốc phản vệ

Hạ Ca do suy tuyến cận giáp xét nghiệm thêm : P, Mg, vit D, PTH trong máu và nước tiểu

TRÌNH BỆNH CC SỐT CO GIẬT

* 16 tháng tuổi, nam, đồngtháp
* LDNV: hônmê
* Bệnh 4 ngày.
* Ngày 1 sốt liên tục. Đến bác sĩ tư khám, làm CTM bt, cho thuốc hạ sốt nhét hậu môn thì hết
* Ngày 2: sốt cao hơn, 39o, quấy nhiều, ko ăn, co giật toàn thân, 2 phút. Sau cơn co giật thì bé biết nhìn khi mẹ kêu, cử động bình thường. 11h đêmvào BV tân châuBV châu đốcchẩn đoán viêm não-màng não.Điều trị 1 đống khángsinh
* Ngày 3, sốt 40o, co giật 2 lần, lơ mơ, hôn mê. BC 14 000, neutro ưuthế, troponin I cao. Chuyển lên Nhi Đồng 1 với chẩn đoán viêm não màng não-nhiễm trùng huyết-viêm cơ tim.Phân biệt với tay chân miệng độ 3
* Lúc nhận bệnh: mạch ko bắt đc, HA ko đo đc, CRT 4s   
  Môi hồng thở oxy, chi ấm. Sau đó, đo bằng máy: tim 217 lần/phút, HA ĐM xâm lấn 100/52
* Ngày 4: 36.5o, nội khí quản, thở máy, đồng tử 2 mm đều 2 bên, còn phản xạ ás   
  Bé 12.5 kg, sụt 1 kg. Ko ho, ko sổ mũi, ko nôn. Tiểu 1500 ml/ngày
* Ure cre tăng, giảm nhanh sau 2 ngày nhập viện

Men gan tăng cao, ko giảm sau 2 ngày nhập viện

DNT 12 bạchcầu

* Phải xài dopamine, kháng sinh, truyền dịch NaCl 0.9%

THẦY GIẢNG

* Suy đa cơ quan: tiêu chuẩn gì, cơ quan nào. Ko phải mục tiêu nên chỉ cần nói sơ men gan tăng cao nghi suy gan cấp, ure, cre tăng cao, nghi suy thận cấp trước thận
* Ko có vụ BC trong DNT tăng do PỨ nhaz
* Đặt vấn đề phải có: Suy hô hấp độ 3, RL tri giác, Sốt cao liên tục ngày thứ mấy, co giật ngày thứ mấy
* LDNV phải là sốt cao co giật
* Sốt-co giật trên bé này do nguyên nhângì:
* Phải kể các nguyên nhân tại chỗ trước: Viêm não; viêm màng não; Viêm não màng não
* Viêm màng não: có dấu màng não (cổ gượng); ở pé này 16 tháng, có thể dấu cổ gượng ko có vẫn có thể bị viêm màng não
* Viêm não: có rối loạn tri giác là chính thì phải nghĩ tới đầu tiên
* Có cả 2: viêm não màng não.
* Sau đó tới các nguyên nhân khác: Nhiễm trùng huyết, sốt rét, hạ đường huyết
* Tay chân miệng: muốn chẩn đoán tay chân miệng phải dựa vào: hồng ban, loét miệng. pé này ko có mà vẫn nghĩ tay chân miệng, điều trị tay chân miệng là sai
* Nếu bn hôn mê, thì nguyên nhân là:
* Có dấu tk khu trú: có gì đó choáng chỗ
* Có dấu màng não: viêm viêm não-màng não
* Ko có gì hết: giảm O2, nhiễm trùng hệ thống…
* Đặt vấn đề ở pé này:

1. Sốt
2. Co giật
3. Rối loạn tri giác
4. Suy hô hấp
5. Sốc

* Sốc còn bù: mạch nhanh, HA bình thường; chi lạnh, mạch ngoại biên giảm nhưng mạch trung ương còn, CRP kéo dài
* Sốc mất bù: HA giảm, mạch trung ương yếu đi, chi tím, thay đổi tri giác, nước tiểu, hô hấp
* Chẩn đoán sốc tim: dấu hiệu ứ dịch (ở phổi: coi có thở nhanh, co kéo, ran phổi; ở trẻ em thường ko thấy gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phù), khám các dấu hiệu bất thường ở tim, tiền căn bệnh tim trước đó. Nếu ko có mấy cái này, thì ko nghĩ sốc tim, điều trị phải cho dịch. Sốc tim thì triệu chứng tăng công thở là quan trọng (đang điều trị sốc mà thấy khó thở tăng lên thì phải coi chừng).
* ở bệnh nhân có sốc và sốt thì nghĩ sốc nhiễm trùng. ở việt nam cần phân biệt 2 cái nữa là tay chân miệng và sốt xuất huyết.
* sốc giảm thể tích: huyết áp kẹp, huyết áp tâm trương có xu hướng tăng lên.
* sốc nhiễm trùng 30% ko có ổ nhiễm khuẩn: chẩn đoán sốc nhiễm trùng chỉ cần có tình trạng viêm (trên CRP, procalcitonin), có:
* bạch cầu tăng theo tuổi
* thân nhiệt thay đổi, nhịp tim có thể thay đổi theo thân nhiệt
* Điều trị sốc: phải biết ABC
* Thông khí: chỉ ghi “đặt nội khí quản giúp thở”, “đặt nội khí quản thở máy”, ko cần học thông số máy thở. Phải biết bóp bong sao là đủ.
* C:  sốc nhiễm trùng: đầu tiên phải dùng dịch để duy trì HA, CVP. Sau 2 lần dùng dịch mà ko đạt thì dùng inotrope (dùng dopamine đầu tiên, ko được thì epinephrine; ở trẻ em inotrope ko phải là thuốc co mạch). Pé này mạch nhanh rồi, cho dobutamine có thể làm mạch nhanh hơn, làm tình trạng xấu hơn. Đổ dịch 20ml/kg: do phải bù 25% dịch bình thường (80ml/kg), phải bonus trong 5-10’
* Inotrope: 2 nhóm:
* Tác dụng lên beta: dopamine, dobutamine, adrenaline, noradrenaline. Trong đó dobutamine thường chỉ dùng trong tay chân miệng, mấy cái khác dùng có thể làm nặng hơn
* ức chế men phosphodiesterase
* đọc khí máu: suy hô hấp còn bù hay mất bù: coi pH nếu từ 7,3-7,5 là còn bù. Pé này có PE <-5 nên toan này là toan chuyển hóa
* pé này sáng nay khám lại thấy huyết áp cao: do các nguyên nhân:
* do co gồng cơ
* tăng áp lực nội sọ
* tổn thương trung khu giao cảm-đối giao cảm ở trên não
* pé này xài imipenem: imipenem làm giảm ngưỡng co giật xuống; nên phải đổi qua kháng sinh khác. Nếu vẫn muốn xài carbapenem thì đổi qua meropenem (vẫn còn hạ ngưỡng co giật nhưng đỡ hơn). ở việt nam, nhiễm khuẩn huyết thì 1/3 là gram (+), còn lại là gram (-), nên nếu chưa có bằng chứng nhiễm gram (+) thì xài carbapenem, amikacin là được
* pé này tiểu >5ml/kg/h là đa niệu: có thể có các nguyên nhân: truyền nhiều dịch, tăng đường huyết, dùng manitol, đái tháo nhạt
* N-acetyl cystein: ở người lớn thì có bằng chứng nó làm giảm tổn thương gan; ở trẻ em thì bằng chứng là chưa rõ ràng. Tác dụng phụ duy nhất của nó là ói, nên càng ngày càng nhiều người xài: dùng khi có một trong: khi men gan tăng, rối loạn đông máu, rối loạn tri giác, NH3 tăng. Liều dùng giống như ngộ độc paracetamol, dùng kéo dài 5-7 ngày
* 1 bé sốt, sốc phải phân biệt sốc NT, sốc SXH, TCM
* · SXH tái hấp thu dịch vào cuối ngày 6
* · Sốc nào cũng bù 20 ml/kg/15p. Trừ sốc tim (dobu), sốc phản vệ (20 ml/kg/h). Sau 15p, phải phân biệt sốc SXH hay sốc NT. Do 15p sau, nếu là SXH thì chuyển qua cao phân tử, dù ra sốc hay ko. Còn nếu là sốc NT thì tiếp tục điện giải, vận mạch, ko ra là phải thở máy sớm
* Sốc SXH Sốc NT
* Đau cơ, khớp, đau đầu, sau hốc mắt Ổ nhiễm trùng
* Bé vẫn tỉnh, đi lại đc khi vào sốc Bé rất đừ
* Bạch cầu trong những ngày đầu
* tăng nhẹ, rồi giảm dần Bạch cầu tăng cao
* Quan trọng nhất là Hct tăng cao Hct bt hay giảm. Nếu tăng cũng ko nhiều
* · Tiên lượng nặng của sốc SXH: béo phì, nhũ nhi, sốc sớm, sốc nặng, Hct cao khi vào sốc Bé sốc SXH có tiên lượng nặng thì sau khi ra sốc phải duy trì cao phân tử 10ml/kg/h trong 2h
* · Thử Hct lai sau 1-2h, coi truyền dịch tiếp ko
* Khi Hct tụt nhanh quá coi chừng xuất huyết. Để phân biệt là bù dịch hiệu quả hay xuất huyết, thì coi lâm sàng bé ổn ko, sinh hiệu ra sao
* Hct giảm nhanh là giảm >20% trị số ban đầu (đo cách đó 1-2h), hay Hct <35%
* · Sau khi chuyển từ cao phân tử sang điện giải thì bé phù bụng, phổi. Chỉ học dịch màng bụng, ko chọc dịch màng phổi do
* o Màng phổi khi có dịch là áp lực (+), dịch ko tăng thêm. Hút ra thì khoang màng phổi là áp lực (-), dịch sẽ tạo lại
* o Mạch máu ở bờ dưới xương sườn. Còn chọc bụng thì chọc ở đường trắng, ko cơ, ko mạch máu
* · SXH, men gan tăng mà <400 là nhẹ, <1000 là trung bình, >1000 là nặng
* · Bé này khí máu ra kiềm (kiềm hô hấp lớn hơn toan CH): vì toan CH bù bằng kiềm hh. Ngoài ra mô đang bị thiếu oxy do sốc, sẽ kêu phổi thở nhanh lên. Nên kiềm hh nhiều quá, thắng toan CH luôn
* neu co che nguyen nhan cua GERD >@@@   
  Câu 2 : neu cac nguyen nhan cua sốt   
  Cau 3: tu van, phong ngua cho tre sot cao co giat
* Tinh huong lam sang cua tui la viem thanh quan va nhiem trung tieu Biểu tượng cảm xúc frown
* ase 11:[ Cấp cứu ]: thầy Nguyên chấm thi, anh Truyền thư ký.   
  - Chuyện là có sinh viên tổ 11 bốc thăm bàn số 11, vào trại bốc thăm bệnh nhân giường số 1, nhập viện ngày 11/11 và cuối cùng cái thăm THLS là số 11 luôn    
  Như các trại khác thì mình đọc bệnh án, ảnh sẽ bắt bẻ ngay khi thấy vô lý, có vẻ anh thích ngắn gọn logic và có ý nghĩa, sau đó anh sẽ yêu cầu đọc chẩn đoán, vì sao em chẩn đoán được như vậy, xử trí như thế nào. Được cái là không yêu cầu y lệnh chính xác, chỉ cần nêu tên thuốc, hướng xử trí. Bênh phòng hồi sức nên rất phức tạp, kinh nghiệm của mình là các bạn đừng nên sa vào bệnh sử chi li quá, chỉ cần gọn đủ ý tập trung vào vấn đề chính để biện luận thôi. Với lại vô thi đừng mất tinh thần vì lâu lâu anh Truyền sẽ cười cười nhìn nhìn rất chi là "nguy hiểm". Và tiên lượng cũng k rõ ra sao nhưng mà thi xong mình cũng k biết là bệnh nhân của mình với các bạn khác bị cái gì luôn
* Case 2:Trình bệnh: mục tiêu học gồm suy hô hấp (với anh Truyền/T3, T5) và sốc (với chị Dao/T2, T4, T6), tranh thủ làm bệnh án thì sẽ học được nhiều. Nhóm mình chỉ trình với anh Truyền một buổi và cũng không biết review sao :)) Chị Dao thích sinh viên đặt câu hỏi và hướng chúng ta đến câu trả lời (vẫn phải tự thân vận động là chính ha), nên các bạn đặt câu hỏi nhiều sẽ học được nhiều (nhưng đặt hợp lý nghen :v). Nhóm mình còn được học chung với các anh chị cao học một buổi trình bệnh với thầy Nguyên. Chuyện là bệnh án trong HSTC-CĐ nên bệnh rất dài, rất mênh mông, thầy hỏi nhiều câu thú vị và khó đỡ (chắc tại mình chưa đủ trình vì cũng là những câu không nằm trong chương trình như bù dịch, bù dinh dưỡng sao :3), tất nhiên vẫn có những câu thuộc "căn bản Y6" thì thầy vẫn hỏi nhóm mình (như tăng Kali máu, tăng lactate máu khi nào tại sao... nhưng như thế nào mới gọi là "căn bản Y6" thì mình không dám lạm bàn :3). Thầy còn dạy bài kháng sinh trong ICU, giống slide trong group, các bạn học theo slide đó thì đi thi có thể an tâm khi thầy hỏi KS (vì thầy nói thầy hỏi mấy cái trong slide thôi  mình chưa thi nên chưa biết đúng không ha).
* Lactate tang khi ma oxy cung cap khong du hay nhung truong hop can oxy qua muc ma co the khong the dap ung kip(lactate la 1 yeu to tien luong doc lap)
* Pyruvate->lactate (LDH)
* Nhồi máu cơ tim
* – Nhồi máu phổi
* – Chảy máu không kiểm soát được
* – Giảm tưới máu tổ chức: sốc, ngừng tuần hoàn, suy
* tim cấp
* thieu ldh bam sinh,suy gan,suy than,ngo doc thuoc,dai thao duong
* tang tu 2-5,toan nang >5
* – Vận động cơ thiếu khi
* Case 3:Cấp cứu: Viêm phổi nặng, rất nặng, shock NT, shock phản vệ, rắn cắn.   
  Cơ chế, liều của Adre, k có adre xài j, xài dopu, dopa dc k? Vì sao? Xài hydocortisone thay vì methyl, vì sao? Vì sao xài pipol chứ hk ranitidine?
* Xu tri shock phan ve
* Ngung ngay thuoc hay chat gay phan ve
* Nam dau bang
* Neu co ngung tho:thong duong tho,bop bong,dat noi khi quan
* Neu ngung tim:an tim ngoai long nguc
* Adrenalin 1/1000 tiem bap 0,01mg/kg hoac neu tre nho hon 12tuoi la 1/1000 0.3ml,lon hon 0,5ml 1/1000
* That gra phia tren noi tiem thuoc neu duoc
* Neu con soc tmc adre1/1000 0,1ml/kg,truyen 20ml o,1-o,5g lâtcte ringer 20ml/kg.h theo cvp
* Hydrôctíon 5mg/kg 4-6h
* Ipolphen 0,5-1mg/kg moi 12h
* Neu co kho tho thanh quan adrenalin 1/1000 2-3ml phun khi dung neu that bai dat nkq
* Neu co kho khe cho b giao cam
* Dị ứng ceftri thì có dị ứng penicilin, amox, carbapenem k? vì sao? kháng sinh thay thế(cipro or chloramphenicol)   
  Rắn cắn: xử trí tại hiện trường, chỉ định kháng huyết thanh, t/d phụ:phan ung phan ve,shock phan ve,co giat,phan ung muon(benh huyet thanh)
* Xu tri tai hien truong
* Tran an benh nhan
* Han che van dong
* Benh nhan nam tai cho,boc lo vet can,chi thap hon tim
* Rua voi nuoc sach
* Hut noc ran(<15p)
* Bat dong chi,bang ep neu ran ho
* Nhanh chong chuyen benh nhi den vien
* Chi dinh khang huyet thanh bieu hien toan than:chay mau(roi loan dong mau,giam tieu cau)
* Bieu hien than kinh:sup mi liet co ho hap
* Tieu mau
* Suy than
* Tim mach:cao ha,loan nhip
* Tai cho:sung ne lon 1.2 chi bi can
* Sung ne lan nhanh
* Sung ne qua 2 khop lon
* Sunh hach lym pho doc chi bi can
* Xu tri khi bi ran can
* Nguyen tac:so cuu ban dau->dua di benh vien->kham,xd ran->xu tri cap cuu->neu co dau hieu can cap cuu thi them khang huyet thanh,con lai cho thu them dong mau co gi khong,co chi dinh khang huyet thanh hay khong-:dieu tri bo tro:khang sinh,roi loan dong mau,ngua uon van,dieu chinh roi loan dong mau neu co.vat neu vacxin<3 nam,3 muoiko can chich vac xin thoi,con neu chich 3 muoi   
  Để chẩn đoán tác nhân VP thì lm j? ( cấy máu, cấy đàm qua NTA, qua nội soi qua... cách lm, giá trị từng cái).    
  Marker chẩn đoán vêm, nhiễm trùng.   
  A Nguyên trông hình sự nhưng chấm điểm dễ, ai trúng bàn a thì đừng run giống v là dc r
* Case 4:
* Bổ sung: rắn cắn: rối loạn đông máu ảnh hưởng yếu tố nào đầu tiên,nghi la yeu to 7 la dau tien do thoi gian ban huy thap nhap (1 ngay)? sử dụng kháng sinh k, kháng sinh j? VNam có những kháng huyết thanh nào:luc tre,cap nong,ho meo,cham quat?a hỏi khó vậy thui nhưng cho điểm lại cao đấy bạn. a còn hỏi chẩn đoán bệnh đó do virus thì có mấy biện pháp (3. cấy, PCR, tìm kháng thể). shock nt từ đường tiêu hóa sao lại xẹp phoi.Tat ca benh deu co SSH 2hoac 3, 1 tieu chay vs VP  shock nt, 1 ngat nuoc, 2 suyen hay VTPQ boi nhiem um sum. sang nay trong 4 nguoi chac chan 1 nguoi rot, dung de qua te thoi, chuc may man.
* THLS: BN nữ, 2 tuổi, cân nặng 10kg   
  cách nhập viện 2h bị ong vò vẽ đốt 3 mũi, sau đớt 15 phút, sẩn mề đay toàn thân   
  khám: tỉnh, tím môi/kk, spO2=90%, chi lạnh, mạch nhanh 160 lần/phút, thở êm không ran 35 lần/phút, bụng mềm   
  chẩn đoán: sốc phản vệ do ong đốt   
  xử trí: theo phác đồ xử trí sốc phản vệ
* Xu tri nam  dau thap
* Tho oxy qua canula
* Adrenalin 1/1000 0,3ml,tiem bap
* Neu khong dap ung se su dung
* Adrenalin ttm o,1ug.kg.p-0.5mg,kg,p, truyen dih late ring gẻ 20ml.kg.h theo cvp
* Pipolphen 0,5-1mg.kg moi 6-8h
* Hy drôcrtíol 5mg.kg moi 4-6h
* Theo doi
* Xet nghiem ctm,cpk,tptnt,asr,alt,bun.cre,x quang phoi
* Case 6:T thi cấp cứu, bệnh án không ngờ tới là tiêu chảy cấp không mất nước do virus, khám k có gì hết, nằm phòng chờ, không có hồ sơ, cls. a Nguyên hỏi về cơ chế tiêu chảy, tiêm chủng rota virus, kháng sinh,..chắc hôm nay k có tim mạch nên cấp cứu mới nhẹ nhàng z.:))
* Case 7:
* cấp cứu: mìh làm ở fog cc. Vp nặng shh -thieu mau. mới đầu mih ghi sốc nt.a hỏi sao chẩn đoán sốc( cứ nge rồi làm theo a, đừng nói j nhá). các cách lấy bệnh phẩm tìm tác nhân, cái nào giá trị hơn. diễn tiến crp.bn này phải thalassmeia k?bn này cho sắt k:khong phai dieut tri nhiem trung truoc khong neu cho sat vao vi trung se tang hoat dong?why?sao lại xài khag sih nay. hết nhớ j nữa rồi. gặp hồ sơ dày nhớ phải gom nhóm cho rõ(vd: bn vo vien hoi nao,nam o dau.sau do chuyen di dau,li do sao chuyen,nam do may ngay, -diu tri j ma beh nag hon... hoi noi tru, anh chi tra loi cho).mai mấy bạn thi tốt.
* case 8:Trại cấp cứu a Nguyên:    
  -Nhóm 4 người, 3 người làm bệnh trong hồi sức, toàn bệnh nằm lâu, hồ sơ dày=> phải nắm những vấn đè chính..quan trọng không biết ý nào chính    
  - Biện luận thì nên đi thẳng vào vấn đề..có vẻ anh không thích lan man   
  - Có ngạt nước, các bạn đọc sách(lâm sàng cho CK1 và Y6)vs slide là đc: cơ chế tổn thương phổi trong ngạt nước( nước bẩn nhiễm trùng, có di vật, làm hỏng lớp surfactan, kích thích co thắt làm giảm thông khí tưới máu, dãn mạch thoát huyết tương) , 6 yếu tố tiên lượng bn ngạt nước an duoi nuoc tren nam phut,hoi suc tren 5-10p,hon me sau gsc<5d,toan mau <7,2,ha than nhiet<320cbenh nhan nho hon 3 tuoi,thoi g, quan trọng trong ngạt nước là thiếu oxy não-> di chứng , viêm phổi.nếu cho thở máy thì Fio2 nên <60% để giảm tổn thương não thêm.u to:benh nhi <3 duoi,thoi gian chim duoi nuoc  tren 5p,hoi suc lau 5-10p,hon me sau glasgow <5,toan mau:ph<7.2,ha than nhiet < 32
* thoi gian chim d   
  - a la nhiều nhưng không cho ai rớt, các bạn trả lời lỡ sai thì lắng nghe a giải đáp, đừng cãi lại lỡ sai tiếp là a bực à *.*
* *case 8*
* Thi anh Nguyên cấp cứu: bệnh án Shock nhiễm trùng NTH từ đường tiết niệu   
  A hỏiCRP là gì, tác dụng của nó, procalcitonin là gì, các phương pháp xác định vi khuẩn, virus, nhiễm trùng huyết từ đường tiết niệu tác nhân gì thuong gap nhat la e coly,klebsiella,protéu,sảprophytycus,   
  Tình huống thì cũng như mấy bạn trước, các bạn có thể tủ hết 20 tình huống thì ok, A k xem bệnh án nên các bạn ghi ngắn gọn cho kịp thời gian, chủ yếu là suy luận
* Case 10:
* Sáng nay mình thi a Nguyên cấp cứu. Người thi cuối cùng nên a cũng hơi đuối. Mình thi bệnh viêm phổi rất nặng có ngưng tim ngưng thở lúc nhập viện. Có chẩn đoán VTPQ bội nhiễm, a hỏi 1 vài câu về VTPQ nhưng mình trả lời hơi ú ớ, hỏi tại sao dùng kháng sinh zậ trong nhung benh canh nang ta se dungy, các tác nhân nghĩ đếb,spn thuong nhat la h, rsv la hay gap nhatnguyên nhân thuờng gặp nhất của ngưng tim là gì, RSV là viết tắc con gì, NTA là viết tắc của cái j, mình đọc ra xong a nói mình học tiếng anh dở quá... rồi tiếp theo tới màn câu hỏi: sở thích của e là gì, e có tài năng gì nếu cho đi thi vietnamese got talent, sau này học xong tính làm gì, nhà có gốc bự không, bla bla... rồi chốt lại với câu: ngày xưa tui cũng học như em, quan trọng là phải có ai đó truyền cho mình hoài bão ước mơ để mình cố gắng... và buổi thi kết thúc.
* Case 11:
* hôm nay mình thi cấp cứu bàn a Nguyên vs Chị Dao. chỉ có a Nguyên hỏi thi, chị không hỏi câu nào. a Nguyên hỏi không khó lắm, cũng cơ bản. mình bốc vô bệnh tự chẩn đoán viêm phổi nặng có hội chứng tắc nghẽn HH dưới + hội chứng nhiễm trùng HH dưới. lúc ra bệnh là Viêm phổi kèm dị vật (WTF) lúc a đưa cái film XQ cho xem: phổi bên T sáng, phổi P mờ ít, khí quản lệch P; a hỏi tắc phổi bên nào? nguyên nhân là gì? các nguyên nhân gây viêm phổi kéo dài?suy giam mien dich,di vat duong tho bo quen,di tat duong tho,do khi thuc quan ,trao nguoc,tbs co tllm,bat dong long chuyen các nguyên nhân gây khò khè:hen,vtpq,di vat,cac hach hay u chen ep,trao nguoc…? thi tình huống ls chị Dao có việc nên chị NT chấm. tình huống cũng giống đợt 1, mấy bạn cứ bình tĩnh trả lời là dc. chúc may mắn
* CASE2:
* Mình thi cấp cứu. Sáng có mấy mặt bệnh vp trên TBS, Vp, hình như có mình thi sốc sxh thôi à, 2 bệnnh ngoài cc, 5 bệnh hs, mai thế nào cũng thi lại vì bệnh nặng lắm đag nằm hồi sức. Mình thi đầu tiên đang bị bệnh nữa ho miết nên a hỏi vài câu cho lui: Biện luận vì sao nghĩ sxh, Mất bù, Sao độ 4, ngoài m=0, ha=0 thì còn gì để chẩn đoán độ 4,có nghĩ sốc nt, Mình đe nghị Xq nên a hỏi để làm gì? nếu e ko nghĩ nt e đè nghị làm gì? khi nào làm ns1, igM, ns1 là gì khang nguyen? đọc xq ( phim xq đứa này lạ lắm chẳng bít bị gì hết, anh cũng ko giải thích luôn  mai ai thi thì cho mình câu trả lời với , xử trí lúc nv, phác đồ bù dịch. Kinh nghiệm ko bít đừng nói bừa cứ im kêu e ko bít, thi đầu có vẻ lợi thế, mấy bạn sau hỏi kinh lắm . Nói chung thi cc là ok rồi đó , nay đậu hết điểm từ 5-7. lúc đứng dạy thì từ từ thôi ráng mà coi điểm của mình chứ hỏi chi dao ko nói đâu   
  Tình huống lát mình post sau nhé vì tap đt mệt quá, mình có tình huống của mấy bạn khác luôn
* CAC MUC KHAC
* 3 câu hỏi :   
  1./ Chỉ định đặt nội khí quản / sách thực tập mới   
  2./ Biến chứng của thở oxy kéo dài / sách thực tập cũ

THI CUỐI ĐỢT CẤP CỨU

**Câu hỏi**

1. neu co che nguyen nhan cua GERD
2. neu cac nguyen nhan cua sốt: nhiễm trùng, miễn dịch, ác tính
3. tu van, phong ngua cho tre sot cao co giat
4. như tăng Kali máu, tăng lactate máu khi nào tại sao...

tăng lactate: lactate tạo thành từ Pyruvate nhờ enzyme lactate dehydrogenase (LDH) qua con đường yếm khí; nó chuyển hóa chủ yếu ở gan tạo lại glucose.

* thiếu O2 mô:
* cung cấp ko đủ: sốc, suy hô hấp
* cơ thể cần nhiều O2 quá: co giật kéo dài…
* rối loạn chuyển hóa carbonhydrate, suy gan

Tăng K: “body CARED too much for K”

* Cellular movement: chuyển K từ nội bào ra ngoại bào
* Artificial increase: tán huyết do lấy mẫu sai (lấy máu bằng kim nhỏ, mẫu máu để lâu, buộc garrot kéo dài và siết quá chặt); bạch cầu > 10^5, tiểu cầu > 10^6 nếu mẫu máu bị đông
* Renal:
* Thiếu mineralocorticod: addison, đái tháo đường, AIDS, lupus
* Suy thận; bệnh thận mô kẽ; ghép thận
* Excessive K intake: từ dịch truyền; hủy mô, tán huyết, hủy bướu
* Drugs

1. Sốc phản vệ: Cơ chế, liều của Adre, k có adre xài j, xài dopu, dopa dc k? Vì sao? Xài hydocortisone thay vì methyl, vì sao? Vì sao xài pipol chứ hk ranitidine?

 H1-antihistamines work by binding to [histamine H1 receptors](https://en.wikipedia.org/wiki/HRH1) in [mast cells](https://en.wikipedia.org/wiki/Mast_cells), [smooth muscle](https://en.wikipedia.org/wiki/Smooth_muscle), and [endothelium](https://en.wikipedia.org/wiki/Endothelium) in the body as well as in the [tuberomammillary nucleus](https://en.wikipedia.org/wiki/Tuberomammillary_nucleus) in the brain; H2-antihistamines bind to [histamine H2 receptors](https://en.wikipedia.org/wiki/HRH2) in the upper [gastrointestinal tract](https://en.wikipedia.org/wiki/Human_gastrointestinal_tract), primarily in the [stomach](https://en.wikipedia.org/wiki/Stomach).

Xài hyrocortisone thay vì methylpred vì: hydro tác dụng nhanh, còn methyl tác dụng trung bình; nên cấp cứu ưu tiên xài hydro

1. Dị ứng ceftri thì có dị ứng penicilin, amox, carbapenem k? vì sao? kháng sinh thay thế(cipro or chloramphenicol)

Có thể dị ứng chéo, do đó cần test trước, nếu thực sự dị ứng thì ko nên xài. Kháng sinh thay thế: tùy nhắm đến con gì, đừng xài beta lactam là được

1. Rắn cắn: xử trí tại hiện trường, chỉ định kháng huyết thanh, t/d phụ:phan ung phan ve,shock phan ve,co giat,phan ung muon(benh huyet thanh)

Nguyen tac:so cuu ban dau->dua di benh vien->kham,xd ran->xu tri cap cuu->neu co dau hieu can cap cuu thi them khang huyet thanh,con lai cho thu them dong mau co gi khong,co chi dinh khang huyet thanh hay khong-:dieu tri bo tro:khang sinh,roi loan dong mau,ngua uon van,dieu chinh roi loan dong mau neu co.

1. Để chẩn đoán tác nhân VP thì lm j? ( cấy máu, cấy đàm qua NTA, qua nội soi qua... cách lm, giá trị từng cái).
2. Marker chẩn đoán viêm, nhiễm trùng: CRP, procalcitonin, IL 6: xem bài sơ sinh

PCT là tiền chất của hormone calcitonin có nguồn gốc từ tế bào C tuyến giáp, tế bào gan, monocyte (khi có nhiễm khuẩn). 

1. rắn cắn: rối loạn đông máu ảnh hưởng yếu tố nào đầu tiên,nghi la yeu to 7 la dau tien do thoi gian ban huy thap nhap (1 ngay)? sử dụng kháng sinh k, kháng sinh j (Cefotaxim TM: theo phác đồ)? VNam có những kháng huyết thanh nào:luc tre,cap nong,ho meo,cham quat? a còn hỏi chẩn đoán bệnh đó do virus thì có mấy biện pháp (3. cấy, PCR, tìm kháng thể). shock nt từ đường tiêu hóa sao lại xẹp phoi.
2. cơ chế tiêu chảy, tiêm chủng rota virus, kháng sinh
3. cơ chế tổn thương phổi trong ngạt nước( nước bẩn nhiễm trùng, có di vật, làm hỏng lớp surfactan, kích thích co thắt làm giảm thông khí tưới máu, dãn mạch thoát huyết tương) , 6 yếu tố tiên lượng bn ngạt .quan trọng trong ngạt nước là thiếu oxy não-> di chứng , viêm phổi.nếu cho thở máy thì Fio2 nên <60% để giảm tổn thương não thêm.
4. nhiễm trùng huyết từ đường tiết niệu tác nhân gì thuong gap nhat la e.coli,klebsiella,protéu,sảprophytycus,
5. nhân thuờng gặp nhất của ngưng tim là gì,

Ở trẻ em ngừng thở thường là hậu quả của tình trạng suy hô hấp cấp. Ngừng tim thường sau ngừng thở.   
Não sẽ bị tổn thương khi ngừng thở ngừng tim trên 4 phút và nếu trên 10 phút thường tử vong, nếu sống sẽ để lại di chứng não nặng nề.

1. RSV là viết tắc con gì, NTA: [Respiratory syncytial virus](http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/respiratory-syncytial-virus/basics/definition/con-20022497), nasotracheal **aspiration**
2. các nguyên nhân gây viêm phổi kéo dài
3. sốc sxh Sao độ 4, ngoài m=0, ha=0 thì còn gì để chẩn đoán độ 4,có nghĩ sốc nt. ns1 là gì: Kháng nguyên Dengue

**Lưu ý: thầy Nguyên chấm**

Được cái là không yêu cầu y lệnh chính xác, chỉ cần nêu tên thuốc, hướng xử trí. A k xem bệnh án nên các bạn ghi ngắn gọn cho kịp thời gian, chủ yếu là suy luận.

Mấy bạn lưu ý là a Nguyên biện luận SHH là đi thẳng vô nguyên nhân nghĩ nhiều luôn.