**ho BỆNH ÁN suy hô hấp**

1. **HÀNH CHÍNH**

Họ và tên: Trần Gia P. Giới: Nam Tuổi: 2 tháng 10 ngày tuổi (06/09/2020)

Địa chỉ: Long Xuyên, An Giang

Ngày giờ NV: 8h ngày 17/11/2020 Khoa: CC BV: Nhi Đồng 1

**II. LÍ DO NHẬP VIỆN**: Thở mệt

**III. BỆNH SỬ**: dì bé (người trực tiếp chăm sóc) khai bệnh

CNV 3 ngày, bé bắt đầu khò khè, sổ mũi, không ho, không sốt=> đi khám ở BV An Giang được lấy hút đàm => bé giảm khò khè. Bé bú kém hơn ( 70ml/cử cách 2h, 3 ngày nay bú 40ml không hết).

Ngày nhập viện, bé khò khè, thở mệt nhiều hơn, ọc sữa nên đưa bé vào khám và được nhập cấp cứu ND 1

Trong quá trình bệnh, bé không sốt, tiêu tiểu bình thường. Tình trạng lúc nhập viện:

Bé tỉnh Môi hồng vừa với khí trời Chi ấm, mạch quay rõ

Sinh hiệu:

- Mạch: 170 l/p Huyết áp: không ghi nhận Nhịp thở: thở co lõm 77l/p

- Nhiệt độ: 36,7oC (trán) SpO2: 91% / khí trời

Tim đều Phổi thô, rale ẩm Bụng mềm

Xử trí sau nhập viện

Bé được thở cannula 1l/ph, sau đó môi tím, thở co lõm nhiều, đầu gật gù theo nhịp thở => Chuyển qua thở NCPAP 6cm H2O, FiO2 60% => hết tím môi, giảm co lõm, SpO2 98%

Được thử đường huyết mao mạch => KQ: Low => truyền Dextrose 10% TTM 15ml/h

**IV. TIỀN CĂN**

Con 1/1, PARA 0101 sanh non 29w, sanh thường, CNLS 1,1kg.

Sau sinh nằm lồng ấp 1 tháng rồi chuyển sang nằm dưỡng nhi 10 ngày. Mẹ tắc sữa sau sinh 15 ngày nên dùng sữa công thức

Chưa tiêm ngừa

Mẹ bị ho sỗ mũi 4 ngày nay

Chưa ghi nhận tiền căn hen dị ứng

1. **KHÁM (sau NV 1h):** 
   1. Tổng trạng: Cân nặng 3,3kg
      1. Bé tỉnh, đáp ứng với tiếng động.
      2. Môi hồng/NCPAP (P = 6 cmH2O, FiO2 = 60%)
      3. Chi ấm, mạch quay rõ
      4. Sinh hiệu:

Mạch: 164 l/p Nhịp thở: 64 l/p, đều, không có cơn ngưng thở

Nhiệt độ: 36.8oC (trán)

* + 1. Không xuất huyết dưới da, không phù, không vàng da.
  1. Ngực:
     1. Cân đối, di động đều theo nhịp thở, co lõm ngực, không co kéo cơ hô hấp phụ
     2. T1, T2, đều rõ, tần số 164 l/p, không âm thổi
     3. Âm phế bào đều 2 bên, rales ẩm 2 phổi
  2. Bụng:
     1. Bụng mềm, di động theo nhịp thở
     2. Gan lách không sờ chạm
  3. Thần kinh – Cơ xương khớp:
     1. Không yếu liệt chi
     2. Trương lực cơ bình thường
  4. Sinh dục: cơ quan sinh dục ngoài là nam,

ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Suy hô hấp 2. Nhiễm trùng hô hấp dưới

CLS

KHÍ MÁU ĐM

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 9h18 | 12h6 | 15h56 | 18h23 | CSBT |
| pH | 7.184 | 7.284 | 7.205 | 7.228 | 7.35-7.45 |
| pCO2 | 32.4 | 61.0 | 68.4 | 71.9 | 35-45 |
| pO2 | 99.7 | 111.4 | 93.1 | 83.6 | 70-100 |
| FiO2 | 60 | 60 | 60 | 60 | % |
| HCO3- act | 11.7 | 28.1 | 25.0 | 28.9 | 19.0-25.0 |
| BE ecf | -16.6 | 1.4 | -1.9 | 1.3 |  |
| AaDO2 | 300.2 | 250.2 | 262.1 | 273.0 |  |

CTM: WBC: 17.96 NEU 42% LYMPH 53.5; THIẾU MÁU ĐẲNG SẮC ĐẲNG BÀO

ION ĐỒ (9h54)

Na+ 133.2 K+ 5.71 Ca2+ 1.00 Cl- 100.1

Ure: 7.99 Creatinin 52.32

AST 120.88 ALT 45.04 CRP: 5.45

Xquang: Viêm phổi 2 bên

*NOTE CHỊ DAO*

*Điển hình hay không điển hình có thể không cần chẩn đoán , do đa phần điển hình. Đa phần trẻ lớn > 5t tỉ lệ không điển hình khá cao – điều trị ngoại trú. >5t mà nhập viện vì VP có biến chứng SHH => phải nghĩ tác nhân độc lực mạnh hoặc MD bệnh nhân kém (siêu vi thì độc lực mạnh như SARS, còn vi khuẩn như tụ cầu có bóng khí 2 bên hay phế cầu có tràn mủ MP). Khi nào nghi ngờ không điển hình như ho gà (cuối cơn ho có tiếng như gà, ói ra đàm, lymphocyte tăng) – dùng macrolide (đường uống) hay levofloxacin*

*Phải gn thanh quản vẫn có co lõm)hi thở co lõm ngực chứ k đc ghi thở co lõm không ( nhiều đứa mềm sụ*

*Khi bé thở nhanh + co lõm ngực (trung bình + nặng) => bé cần hỗ trợ thở cho nó => NCPAP luôn*

*Nếu thở co lõm ngực nhẹ + thở nhanh hơn tí (55>50) thì bé còn có thể thở đc => có thể cho thở canula. Thực tế co lõm ngực nhẹ vẫn cần hỗ trợ thở CPAP. Vẫn còn co lõm thì vẫn cho thở CPAP*

*Trung khu hô hấp ở hành não đáp ứng với H+. đi vào bằng cách kết hợp với CO2 để đi vào hàng rào máu não. Cái nào có ảnh hưởng đến hoạt động hô hấp là SHH – SHH là từ chung, nào phân độ mới tính tới distress hay failure => tiếp cận nguyên nhân*

*Phân độ SHH theo độ 1, 2, 3 => mức độ SHH của BN và điều trị tương ứng*

*SHH độ 1: còn bù, không cần hỗ trợ*

*SHH độ 2: mất bù hay còn bù nhưng tí nữa hết bù nổi, không còn tự bù được phải giúp như hút đàm + cung cấp oxy*

*SHH độ 3: phải giúp tích cực như CPAP hay cao hơn là NKQ*

*Nên nhìn toàn cảnh BN chứ không phụ thuộc hẳn vào bảng phân độ*

*Người bình thường SpO2 từ 95%, lúc ngủ có thể giảm ít.*

*Từ SpO2 < 92% là có vấn đề*

*Chỉ định bù toan: pH < 7,2 + HCO3- <8*

*Khi đang sốc: pH < 7,2 + HCO3- < 13 (toan => kém đáp ứng vận mạch nội + ngoại sinh => giảm sức co bóp cơ tim, toan là toan toàn thân => rối loạn tất cả các cơ quan). BN đang sốc thì không biết khi nào BN ra sốc => bù luôn chứ chờ không được.*

*Bù NaHCO3 thì chỉ cần bù 1 nửa lượng BN cần, nửa còn lại BN tự bù. Do cơ thể đang tự bù nếu bù hoàn toàn thì cơ thể vẫn đang sản sinh ra toan => dư toan*

*Thử khí máu thấy vẫn tăng CO2 sau nhiều lần => ứ CO2 => dãn mạch máu não => XH não => ức chế hô hấp*

*Phải tính toan HH cấp hay mãn => ΔpH/ΔpCO2*

*CO2 ứ => - Tăng ở TB -Đường đi - Màng phế nang mao mạch - Hô hấp thải ra*

*Ở trẻ nhỏ không được xài ức chế ho (ho mới ra đàm) + phân tách đàm Acetylcystein ( phân tách ra nó nằm luôn ở phổi, không tách thì nó kẹt ở họng xong BN nuốt xuống đươc)*

*Có NCPAP vẫn còn tăng CO2 => tắc hh trên do đàm, xep phổi, xơ phổi do thở CPAP kéo dài ở trẻ sanh non*

*Thử khí máu để biết hỗ trợ oxy có dư hay không*

*Nếu BN đáp ứng oxy (môi hồng, giảm co lõm) thì không cần thử liền sau 30p*

*Ứ CO2 thì không ước tính được => cần xác định ứ bao nhiêu => khí máu*

*Trên phổi xấu cần tg thải CO2 ra => 2 -3tiếng sau rồi thử*

*Cho thở áp lực lớn quá => chấn thương phổi*

*Có thể chấp nhận CO2 50 - 55*