

BỘ CÂU HỎI TỰ SOẠN ÔN THI LÂM SÀNG NHI.

Nguyễn Đình Thắng – YA 2014 -2020.

PHẦN NHI HÔ HẤP.

1 . Những tác nhân phổ biến nào gây viêm họng cấp ?

- Tác nhân phổ biến nhất :

+ Virus: Adenovirus, Coronavirus, Enterovirus, RSV, Rhinovirus, EBV, HSV, metapneumovirus.

+ vi khuẩn : phế cầu (theo cô vân anh), liên cầu tan huyết beta nhóm A (theo sách)

2. Triệu chứng họng đỏ ? kể tên 5 bệnh có họng đỏ ?

- Tham khảo thôi nha

- Triệu chứng họng đỏ : niêm mạc họng bị viêm nhiễm gây nên tình trạng sung viêm, đỏ họng, sốt cao, rát họng, khó ăn, khó nuốt gây ảnh hưởng không nhỏ đến cuộc sống của người bệnh.

- 5 bệnh có thể làm họng đỏ :

+ viêm amidan hoặc viêm VA

+ viêm họng cấp (ví dụ viêm họng do nhiễm liên cầu)

+ cúm

+ ung thư vòm họng

+ viêm nắp thanh quản cấp

+ viêm thanh quản

+ sốt xuất huyết

+ viêm phổi

.....

3. Amygdales xuất hiện khi nào ?

- Amygdales chỉ phát triển từ 2 tuổi trở lên.

- Trước đó, chỉ là tổ chức bạch huyết gọi là VA.

4 . tại sao giọng nói ở trẻ em thường cao hơn người lớn? và sau 12 tuổi, giọng nói trẻ nam thường trầm hơn trẻ lớn ?

- giọng nói trẻ em thường cao hơn người lớn : do thanh môn hẹp, dây thanh đới ngắn.

- Từ 12 tuổi trở đi, thanh đới của trẻ trai sẽ dài hơn trẻ gái nên giọng nói của trai sẽ trầm đi.

- và ở trẻ gái, có hormon estrogen làm kích thích dây thanh âm, nên giọng nói thường cao hơn.

5. dấu rút lõm lồng ngực ở trẻ nhỏ ?

- Tìm dấu hiệu rút lõm lồng ngực khi trẻ hít vào.

- Nhìn vào phần dưới ngực, trẻ có dấu hiệu rút lõm lồng ngực nếu phần dưới lồng ngực lõm vào khi trẻ hít vào.

- Dấu hiệu rút lõm lồng ngực xuất hiện khi trẻ phải gắng hết sức nhiều hơn bình thường để hít vào.

- Bình thường, toàn bộ lồng ngực (phần trên và dưới) và bụng phình ra khi trẻ hít vào. -

--- Khi rút lõm lồng ngực, phần dưới lồng ngực lõm vào khi trẻ hít vào.

- Nếu bạn không chắc chắn trẻ có dấu hiệu rút lõm lồng ngực, hãy quan sát lại.

+ Nếu trẻ gặp người, rất khó nhìn sự di động của phần dưới lồng ngực.

+Đẻ trẻ nằm thẳng, nếu vẫn không nhìn thấy phần dưới lồng ngực lõm vào khi trẻ hít vào là trẻ không có rút lõm lồng ngực.

- **Lưu ý :** Nếu chỉ có phần mềm giữa các xương sườn lõm vào khi trẻ hít vào (được gọi là có kéo cơ liên sườn hoặc co rút cơ liên sườn), thì trẻ này không có rút lõm lồng ngực.

6. Cách khám họng ?

a. Tư thế

- Bà mẹ (bố) dùng đùi của mình kẹp 2 chân em bé.

- tay trái bà mẹ vòng trước ngực nắm chỗ bắt chéo 2 cổ tay em bé

- Tay phải bà mẹ đè trán em bé vào ngực mình.

- Dùng để chân em bé chạm đất hay ghế, nó sẽ tì vào đây và nhô người lên.

b. Cách khám (tham khảo dieutri.vn)

- Khám họng gồm 3 bước: khám miệng, khám họng không có dụng cụ, khám họng có dụng cụ.

B1 : Khám miệng:

- miệng và họng có quan hệ chặt chẽ với nhau không thể khám họng mà không khám miệng. - Dùng đèn lưỡi vén má ra để xem răng, lợi và mặt trong của má xem hàm ếch và màn hầu có giá trị trong chẩn đoán

- bảo bệnh nhân cong lưỡi lên xem sàn miệng và mặt dưới lưỡi.(áp dụng cho trẻ lớn)

B2 : Khám họng không có dụng cụ:

- bảo bệnh nhân há miệng, thè lưỡi và kêu ê... , lưỡi gà sẽ kéo lên và amidan sẽ xuất hiện trong tư thế bình thường. Cách khám này bệnh nhân không buồn nôn. (cũng áp dụng cho trẻ lớn)

B3: Khám họng có dụng cụ:

- Khám họng bằng đèn lưỡi:

- Muốn khám tốt nên gây tê tại chỗ để tránh phản xạ nôn. Bảo bệnh nhân há miệng không thè lưỡi thở nhẹ nhàng.

- Thấy thuốc đặt nhẹ đèn lưỡi lên 2/3 trước lưỡi, sau đó ấn lưỡi từ từ xuống, không nên để lâu quá.

- Chúng ta cần xem được: màn hầu, lưỡi gà, trụ trước, trụ sau, amidan và thành sau họng, - muốn thấy rõ amidan ta có thể dùng vén trụ, vén trụ trước sang bên, chú ý xem sự vận động của màn hầu, lưỡi gà.

Hình ảnh bình thường: màn hầu cân đối, lưỡi gà không lệch, amidan kích thước vừa phải không có chấm mủ, niêm mạc hồng hào. Trụ trước, trụ sau bình thường không xung huyết đỏ, thành sau họng sạch nhầy.

7. Một bệnh nhân viêm phổi thì khi nào nên chỉ định chụp X- quang ?

- Theo thầy Nam Anh giao ban (năm 2018):

+ viêm phổi nặng hoặc nghi ngờ viêm phổi nặng

+ viêm phổi có biến chứng

+ viêm phổi kém hoặc không đáp ứng với điều trị.

+ viêm phổi có thâm nhiễm tròn

Thì sẽ cân nhắc chụp để kiểm tra.

- Trong sách trang 317 , thì ghi là nên cân nhắc chụp X quang khi có hình ảnh viêm phổi tròn, có xẹp thùy phổi, hoặc trường hợp biến chứng kéo dài.

* Sách bài giảng Nhi Khoa lâm sàng 2020 (update):

- Viêm phổi nặng (để xác định chẩn đoán và đánh giá biến chứng).

- Xác định hoặc loại trừ chẩn đoán khi lâm sàng không rõ viêm phổi.

- Trẻ viêm phổi nhập viện (để ghi nhận hình ảnh thâm nhiễm nhu mô, kích thước và đặc điểm thâm nhiễm và đánh giá khả năng xuất hiện biến chứng).

- Trẻ có tiền sử viêm phổi tái diễn.

- Loại trừ viêm phổi ở những trẻ có biểu hiện suy hô hấp (ví dụ dị vật đường thở, suy tim) nhất là những trẻ bị bệnh lý tim phổi hoặc bệnh lý nội khoa khác trước đó.

- Phát hiện biến chứng, nhất là những trường hợp viêm phổi kéo dài và không đáp ứng điều trị kháng sinh.

Ngoài ra nên chụp X quang ngực kiểm tra 4-6 tuần sau khi bị viêm phổi ở những trẻ bị viêm phổi tái diễn ở cùng một thùy phổi

Hoặc, ngay từ phim X quang ngực đầu tiên có hình ảnh xẹp phổi nghi do bất thường giải phẫu, khối choán chỗ trong lồng ngực, dị vật đường thở hoặc X quang ngực trước đó có hình ảnh viêm phổi tròn.

8. Một bệnh nhân 30 tháng tuổi vào viện chẩn đoán viêm phổi . Thầy hỏi tại sao em không chẩn đoán viêm phổi nặng ?

- Nguồn : trang 318 sách tập 1

Trả lời : do trên bệnh nhân không có các dấu hiệu của viêm phổi nặng như :

+ tím trung tâm hoặc SpO2 <90%

+ dấu hiệu khó thở nặng : thở rên, rút lõm lồng ngực rất nặng

+ các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân : không uống được hoặc bỏ bú, li bì, hôn mê, co giật, nôn tất cả mọi thứ .

+ Nghe phổi có giảm âm thở hoặc các dấu hiệu của tràn dịch / tràn mủ màng phổi.

9. Một bệnh nhân vào viện vì viêm phổi, em nghĩ nguyên nhân gây viêm phổi trên bệnh nhân là gì ?

- Theo thầy Nam Anh giao ban , thầy có nói rằng :

+ Trên lâm sàng rất khó để phân biệt một viêm phổi là do vi khuẩn , vi khuẩn không điển hình, hay virus.

+ Nên sẽ không hướng đến nguyên nhân trên bệnh nhân

(cái này được thầy chấp nhận).

10. Các biến chứng của viêm phổi ?

- Nếu do vi khuẩn :

+ tràn dịch , tràn khí màng phổi

+ viêm phổi hoại tử

+ nhiễm trùng huyết và nhiễm trùng lan tỏa

+ di chứng muộn : xơ hóa phổi, giãn phế quản

.....

- Nếu do virus:

+ cơn ngưng thở

+ xẹp phổi

+ bội nhiễm vi khuẩn

+ hen phế quản

.....

Ngoài ra còn có một số biến chứng do những con VK, virus đặc thù

11. Một bệnh nhân viêm phổi, thứ tự khám của em là gì ?

- Theo thầy Nam anh dạy tiền lâm sàng

- Thứ tự : nhìn □ gõ □ nghe □ khám họng.
- Trong bước nghe thì nghe : RRPN, rale,... và nghe âm vang phế quản
- Tong đó , nghe âm vang phế quản thay thế cho bước khám rung thanh.

12. Tại sao người ta lấy mốc 5 tuổi để phân loại hen ?

- Theo thầy sơn giao ban :
- + Người ta nhận thấy nếu trẻ <5 tuổi , bệnh sinh + lâm sàng + tiêu chuẩn chẩn đoán + tiên lượng khác hoàn toàn với một đứa trẻ >5 tuổi.
- + trẻ <5 tuổi, thường hen khởi phát do nhiễm virus nên tiên lượng tốt hơn, và mình có thể can thiệp được.
- + còn trẻ >5 tuổi, hen thường khởi phát do gốc gác dị ứng. mà đã dị ứng, gần như không can thiệp được.
- Lưu ý : + nhớ hỏi đúng ngày sinh nhật, hỏi giờ sinh
- + thầy bảo , một đứa trẻ 60 tháng nếu phát hiện đúng ngày sinh nhật, đúng giờ sinh thì tính sang 6 tuổi chứ không tính là 5 tuổi nữa.

13. khô khè là tc cơ năng hay thực thể , khám hay hỏi ?

- Thầy sơn giao ban :
- + khô khè là triệu chứng thực thể (chứ không phải người nhà khai),
- + Phải tự khám .

14. bệnh hen kiểm soát tốt ; em hỏi người nhà như thế nào để biết người nhà kiểm soát hen ?

- Theo thầy sơn giao ban : Phải hỏi người nhà trong 1 tháng qua (chính xác 4 tuần qua). Hỏi 4 câu hỏi :
- + các triệu chứng hen ban ngày hơn vài phút và hơn 1 lần / 1 tuần .
- + Có bất kì hạn chế hoạt động thể lực nào do hen hay không ví dụ : ít chạy nhảy / chơi, chóng mặt khi đi lại/ chơi đùa.
- + cần sử dụng thuốc cắt cơn hơn 1 lần/ tuần
- + bị thức giấc về đêm hoặc ho đêm do hen.

Nếu không có 4 triệu chứng trên thì chứng tỏ là hen kiểm soát tốt.

15. Lưu ý bên thi lâm sàng hô hấp :

- khám trên búp bê
- Trước và sau khi khám trẻ nhớ phải rửa tay.
- Tránh hoang mang, đi từng bước từ cơ năng thực thể (khám trên búp bê + thầy là người nhà), đoạn này áp lực nè. Nhớ diễn cho sâu vào nhé.
- Trước khi đặt ống nghe khám trên trẻ, nhớ làm ấm ống nghe, đặc biệt trong mùa lạnh như thế này.
- Khi thầy Sơn giao ban, bệnh hen phế quản thầy lưu khí khi khám hô hấp
- + Bước **nhìn phải nhìn cho được** : nghìn nghiêng (đánh giá xem đường kính trước sau có tăng so với đường kính ngang không □ **dấu hiệu ứ khí**), nhìn dấu rút lõm lồng ngực, co kéo các khoảng gian sườn...

+ **Bước sờ** : rung thanh giảm đều ở cả 2 trường phổi, gõ vang ở 2 trường phổi,....

+ **Bước nghe** : nghe rale, nghe RRPN giảm đều ở 2 trường phổi, nghe tiếng thở khò khè,

+ và phải hỏi cho được **tiền sử bản thân và gia đình có bị dị ứng** : thuốc, thức ăn, eczema,.....

+ khi đánh giá hen, có nhiều dấu hiệu và nếu các dấu hiệu nằm ở các ô mức độ khác nhau thì chọn ô **có mức độ nặng nhất** để phân loại cho bệnh nhân.

- và theo thầy bước **tóm tắt** là bước quan trọng nhất bệnh án phải ghi rõ ra , vì thầy quan tâm rất nhiều vào bước tóm tắt này.....

16. Phân chia độ lớn của amydale?

- Thầy sơn dạy trên lớp :

- chia thành 4 độ :

+ Độ 1 : amydale lớn, vượt qua trụ 1 tí xíu.

+ Độ 2 : amydale lớn, nằm giữa lưỡi gà và trụ amydale.

+ Độ 3: amydale lớn, gần chạm đến lưỡi gà.

+ Độ 4 : Amydale lớn, che tới đường giữa (giữa lưỡi gà).

17. tại sao trẻ < 5 tuổi thường ít chảy máu mũi (chảy máu cam) ? Nếu một trẻ <5 tuổi vào viện vì chảy máu mũi , em cần nghĩ đến nguyên nhân gì ?

- Thầy sơn dạy trên lớp :

- Do tổ chức hang ở lớp dưới niêm mạc mũi ít phát triển và chỉ phát triển mạnh khi trẻ > 5 tuổi.

- Do vậy trẻ < 5 tuổi , ít khi chảy máu cam.

Nếu trẻ <5 tuổi , chảy máu mũi phải coi chừng các bệnh toàn thân , do chấn thương, hoặc do sốt cao mà chảy máu.

18. ranh giới phân chia giữa đường hô hấp trên và dưới ?

Theo slide thầy Sơn :

Đường hô hấp trên	- khoang mũi, mũi họng
Ranh giới	- Nếp thanh quản
Đường hô hấp dưới	- Thanh quản, thực quản, khí quản, phế quản (góc, nhánh, nhỏ), phế nang.

19. Đường thở có bao nhiêu mức ? phân chia mức ?

Theo slide thầy Sơn ;

- Đường thở có 23 mức :

+ 14 mức đầu : từ tiểu PQ đi lên :có nhiệm vụ dẫn khí

+ từ mức 15 trở xuống : có nhiệm vụ trao đổi khí.

20. Trẻ <5 tuổi, hệ thống xoang có phát triển không ? nếu một trẻ <5 tuổi, nếu chẩn đoán viêm xoang cần lưu ý gì ?

Theo thầy Sơn :

- Trẻ < 5 tuổi, hệ thống xoang đa số ít phát triển, ngoại trừ xoang sàng.

- Trẻ <5 tuổi, rất ít khi chẩn đoán viêm xoang.

- Nếu chẩn đoán viêm xoang, cần xem xét thật kĩ càng, nếu đúng viêm xoang thật thì chỉ có viêm xoang sàng

21. Khi khám hầu họng, tại sao cần khám niêm mạc má?

Theo thầy Sơn :

- Khám niêm mạc má có thể phát hiện được một số bệnh

+ Ví dụ : Viêm tuyến mang tai sẽ thấy lỗ tuyến stennon sưng đỏ

+ hạt Koplik (bông nước) : sau nửa ngày đến 1 ngày -> nổi ban sởi .

Và hạt Koplik chỉ tồn tại trong 24h.

22. Một số vấn đề liên quan bệnh Nhuyễn thanh quản ?

Thầy Sơn :

- Nhuyễn thanh quản hay còn gọi là sụn thanh quản mềm hơn bình thường.

- Lâm sàng :

+ Thở rít thì hít vào (thở ồn ào). (**trong sách ghi : thở rít bẩm sinh**).

+ Nghe rõ vào buổi đêm.

- Khi nằm ngửa, sụn thanh quản sẽ bị đè xẹp hơn làm thở to hơn.

- Do vậy trẻ nhuyễn thanh quản nên cho **nằm sấp** thì thở ồn ào sẽ giảm

- bệnh này không có điều trị đặc hiệu, chỉ có thay đổi tư thế. Và đợi cho trẻ lớn sụn này sẽ chắc hơn và bệnh sẽ hết.

23. Tại sao khi ho không nên cho thuốc giảm ho ?

Thầy Sơn :

- Do đường hô hấp có hệ thống niêm mao.

- Bình thường hệ thống này đập 1000 lần/phút và vận chuyển được 2cm / phút.

- Do vậy nếu dùng thuốc giảm ho sẽ ức chế quá trình này, làm ứ dịch.

- Và hệ thống này dễ bị liệt bởi khói thuốc lá. Nên cần cho trẻ bị ho cách ly thuốc lá.

24. Một số điểm khác nhau giữa trẻ nhũ nhi và người lớn.

- Slide thầy Sơn :

	Trẻ nhũ nhi	Người lớn
Đầu	Lớn, chằm nhô cao	Chằm dẹt
Lưỡi	Tương đối lớn	Tương đối nhỏ
Thanh quản	Hướng về phía đầu, đối diện C2-C3	Đối diện C4-C6
Nắp thanh quản	Hình OMEGA mềm	Dẹt, đàn hồi
Dây thanh	Ngắn và lõm	Nằm ngang
Phần hẹp nhất	Vòng sụn nhẫn, dưới dây thanh	Dây thanh
Sụn	Mềm	Chắc
Đường thở dưới	Nhỏ, ít phát triển	To, nhiều sụn

* Đường thở :

	Bình thường	Phù nề	Thay đổi đường kính	Tăng sức cản
Nhũ nhi	4mm	2mm	Giảm 50%	Lên 16 lần
Người lớn	8 mm	6mm	Giảm 25%	Lên 3 lần

-> bệnh tắc nghẽn đường thở : triệu chứng nổi bật.

25. Cơ trơn phế quản có ở đâu ?

- Cơ trơn phế quản : chủ yếu ở tiểu phế quản
- Còn ở phế nang : không có lớp cơ trơn

26. Khò khè nghe ở đâu ? cơ chế ?

Thầy Sơn :

- Khò khè : ghé sát tai vào mũi trẻ (đừng nói áp sát tai, thầy sẽ hỏi áp sát bao nhiêu cm).

- Cơ chế : tắc nghẽn đường thở nhỏ :

+ thì hít vào : hầu như ít thay đổi

+ thì thở ra : áp lực khoang màng phổi dương hơn , làm **ép đường thở lớn đoạn trong lồng ngực** -> tạo ra tiếng khò khè.

Do ép đoạn trong lồng ngực nên cần ghé sát tai.

27. Thở rít nghe ở đâu ? Cơ chế ?

Thầy Sơn :

- Thở rít: không cần ghé sát tai, đứng từ xa cũng có thể nghe, do cường độ lớn

- Cơ chế : tắc nghẽn đường thở lớn ngoài lồng ngực (croup, viêm nắp thanh quản..) -> hẹp khẩu kính -> nghe được chủ yếu thì hít vào (đôi khi vẫn nghe được cả 2 thì , nhưng trường hợp nặng).

28. Trẻ em dễ bị xẹp thùy phổi nào ? vì sao ?

Thầy Sơn :

- Hệ bạch huyết : bình thường, xung quanh phế quản dẫn vào phổi rất nhiều hạch bạch huyết.

- Khi nhiễm trùng -> bạch huyết sưng lên -> chèn vào phế quản -> hẹp phế quản.

- Người ta nhận thấy **xung quanh phế quản dẫn vào thùy giữa phổi phải, có rất nhiều bạch huyết.**

Ngoài ra, người ta còn nhận thấy **khẩu kính của phế quản dẫn vào thùy giữa phổi phải nhỏ hơn** các phế quản khác.

- Trẻ < 10 tuổi, ngoài đường thở chính, **không có đường thông thương phụ**

Còn trẻ > 10 tuổi, ít bị xẹp phổi hơn (do có đường thông thương phụ như : kênh Lambert, lỗ Kohn..).

Lưu ý : - Trẻ bị hen người ta hay thấy có hội chứng thùy giữa phổi phải.

- Lỗ Kohn: lỗ thông thương giữa các phế nang với nhau.

	Tắc đường thở ngoài LN	Tắc đường thở trong LN	Tắc đường thở trong phổi	BỆNH
Thở nhanh	+	+	++	
Co kéo	++++ Nhiều nhất	++	++	
Thở rít	++++ Nhiều nhất	++	-	
Thở khò khè	+/-	+++	++++ Nhiều nhất	
Thở rên	+/-	+/-	++	

29. Một số triệu chứng hô hấp cần nhớ ?

- Thở khò khè, ở bệnh lý nhu mô : trong trường hợp, viêm phổi do virus, hoặc viêm phổi không điển hình.

30. Phân biệt thở khò khè và thở rên ?

Thầy Sơn :

- giống nhau : đều là 2 tiếng nghe được trong thì thở ra.

- Thở rên : thường âm sắc trầm, có phần thô ráp hơn (hay gặp ở bệnh lý nhu mô)

- Thở khò khè : âm sắc cao, êm dịu, nghe như tiếng nhạc (hay gặp ở bệnh lý lồng ngực).

- Ngoài ra cần kết hợp thêm các triệu chứng khác.

31. Kể tên các nguyên nhân gây nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ?

Thầy Sơn :

- NKHHCT : ở các nước phát triển tác nhân hay gặp nhất là virus, còn ở những nước đang phát triển như Việt Nam tác nhân hay gặp nhất là vi khuẩn.

- Vi khuẩn : theo thứ tự, đứng đầu là phế cầu khuẩn, thứ 2 HI (**ngày nay ít, do có vaccin 5 trong 1 phòng – QUINVAXEM**), kế đó tụ cầu, liên cầu tan máu nhóm A, Moraxella Catarrhalis, M. pneumoniae....

- Virus: đứng đầu RSV (virus hợp bào hô hấp), thứ 2 là á cúm (Parainfluenzae), sau đó Influenza virus, Rhino virus Metapneumovirus....

32. Trẻ viêm mũi cấp, khi nào điều trị thuốc kháng virus?

Thầy Sơn:

- Điều trị khi :

- + đang có nguy cơ bị bệnh đó mà nặng.
- + và chỉ cho trong vòng 48h mới có hiệu quả, nếu sau 48h thì không còn tác dụng.

33. Phương pháp hạ nhiệt vật lý?

Thầy Sơn :

- Lau mát bằng nước ấm, bà mẹ lấy khăn vắt lên tay thử vài giọt nước, nếu thấy ấm là được.
- lau ở vùng nách bẹn: vì nơi đây tập trung nhiều mạch máu nên thoát nhiệt sẽ tốt hơn.
- còn lau ở đầu không có ý nghĩa.
- Không lau bằng cồn : do bông và co mạch ngoại biên làm chậm thoát nhiệt ra bên ngoài.
- Ở huế, họ hay lau bằng nước chanh : cũng không có ý nghĩa do chanh cũng làm bông và có tác dụng tương tự cồn là co mạch ngoại biên làm không thoát được nhiệt.

34. Phân biệt trường hợp nhiễm virus, và nhiễm vi khuẩn ?

Thầy Sơn :

- Nhiễm virus: thường từ từ, và khởi phát đầu tiên là viêm long đường hô hấp trên.
- Nhiễm vi khuẩn : triệu chứng rầm rộ, diễn tiến nhanh.

35. tại sao trẻ viêm nắp thanh quản : triệu chứng hay gặp là đùn nước bọt ?

- Vì bình thường cơ thể luôn có hiện tượng tiết ra nước bọt thường xuyên.
- khi viêm nắp thanh quản, nắp thanh quản là nơi ngã ba giữa đường ăn và đường thở, làm cho trẻ không dám nuốt vì đau.

Dẫn đến đùn nước bọt.

36. Thang điểm lâm sàng của viêm họng cấp ?

- slide thầy Sơn : mới nhất (sách chưa cập nhật).

Bao gồm 3 vấn đề:

Tuổi	Giá trị
≤ 35 tháng	1
36-60 tháng	2
≥ 60 tháng	3

* Dấu nhiễm khuẩn : nếu có một dấu cộng 1 điểm

	Các dấu chứng.
<i>Sưng đau hạch cổ</i>	
<i>Nhức đầu</i>	
<i>Chấm xuất huyết trên khẩu cái.</i>	
<i>Đau bụng</i>	
<i>Khởi phát đột ngột (<12h).</i>	

* Dấu nhiễm virus: nếu có một dấu trừ 1 điểm.

	Các dấu chứng
<i>Viêm kết mạc</i>	
<i>Chảy nước mũi</i>	
<i>Tiêu chảy</i>	

=> Kết luận:

Đối với cơ sở không có chẩn đoán vi sinh học: (thầy bảo việt nam nên dùng)

- Nếu ≤ 2 điểm : chỉ điều trị điều chứng
- Nếu ≥ 3 điểm: điều trị kháng sinh.

Đối với cơ sở có chẩn đoán vi sinh vật (RADT) nhưng hạn chế:

- Nếu ≤ 2 điểm, RADT không thì chỉ điều trị triệu chứng.
- Nếu 3 điểm, RADT có thì điều trị kháng sinh theo RADT.
- Nếu ≥ 4 điểm, RADT không thì điều trị kháng sinh.

Đây là thang điểm Joachim.

37. Phân độ croup ? (theo slide của thầy sơn , cái này mới).

Gồm có 4 phân độ :

- **Nhẹ** : có khi ông ổng, không thở rít khi nằm yên, không hoặc co kéo nhẹ hõm trên ức hoặc gian sườn.
- **Trung bình** : thường ho ông ổng, thở rít rõ khi nằm yên, co kéo hõm trên ức và lồng ngực khi nằm yên , nhưng trẻ ít hoặc không kích thích.
- **Nặng** : thường ho ông ổng, thở rít chủ yếu kỳ hít vào và đôi khi cả kỳ thở ra, rút lõm lồng ngực rõ, kích thích/ kiệt sức.
- **Dọa suy hô hấp**: ho ông ổng (thường không rõ) , thở rít rõ khi nằm yên (đôi khi khó nghe), rút lõm lồng ngực (có thể không rõ), li bì hoặc giảm tri giác và thường có vẻ “tím” khi không được thở oxy.

38. Hỏi lâm sàng ho ông ổng như thế nào?

- Ho ông ổng : miêu tả ho như chó sủa -> nhưng không được dùng cụm từ này để hỏi.
- nên hỏi người nhà : cháu có ho như vỡ tiếng hay không ?

39. Kể tên 3 bệnh chụp X- quang có dấu hiệu nóc nhà thờ?

- croup do nhiễm khuẩn
- Viêm khí quản do nhiễm khuẩn.
- Phù mạch : do dị ứng.

* Nóc nhà thờ : là nhà thờ thiên chúa giáo.

40. tác nhân hay gặp nhất gây viêm phổi kẽ ?

- Virus
- Vi khuẩn không điển hình.

41, Tác nhân nào gây viêm phổi ở trẻ <3 tháng tuổi, mà không gây sốt ?

- Là Chlamydia trachomatis (con này truyền từ mẹ sang trong giai đoạn đi qua âm đạo người mẹ).

42. tiêu chuẩn vàng chẩn đoán bệnh hen ?

- Đo chức năng hô hấp.
- Ở trẻ em rất khó làm, đặc biệt trẻ < 5 tuổi do trẻ không hợp tác, hoặc làm không đúng.

Do vậy không có tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh hen ở trẻ <5 tuổi.

43. Tiếp cận một trẻ có triệu chứng khò khè , em nghĩ đến những nguyên nhân nào ?

Khò khè	
Cấp tính	Mạn tính
1. Viêm tiểu phế quản cấp	1. Suy tim
2. Viêm phổi	2. hen phế quản
3. Dị vật	3. trào ngược dạ dày thực quản.
4. co thắt phế quản	4. nhuyễn khí quản
5. bệnh lý hô hấp có khò khè	
6. Những trường hợp khác	

44. Những con vi khuẩn nào hay gặp gây viêm phổi không điển hình ?

- có 3 con hay gặp :

+ *Mycoplasma pneumoniae*: con này đứng đầu hay gặp.

Sau đó *Chlamydia pneumoniae*.

Và *Legionella pneumoniae*

45. Kể tên các loại vaccin phế cầu?

- Hiện nay, tại Việt Nam có 2 loại vắc-xin khác nhau được dùng cho các nhóm tuổi khác nhau:

+ Loại vắc-xin đầu tiên, PCV 10 hay được biết đến với tên thương phẩm là Synflorix giúp ngừa được 10 chủng phế cầu khác nhau. PCV 10 được tiêm cho các bé từ 6 tuần đến 5 tuổi. Đây là loại vắc-xin có thêm tác dụng ngừa viêm phổi và viêm tai giữa.

+ **Vắc-xin PPSV23** với tên thương phẩm là **Pneumo23** tuy không có công dụng ngừa viêm phổi, viêm tai giữa nhưng có thể bảo vệ bé trước sự đe dọa của 23 chủng vi khuẩn phế cầu khác nhau. Vắc-xin này được sử dụng cho trẻ từ 2 tuổi trở lên và chỉ cần chích 1 mũi duy nhất. Trong trường hợp trẻ bị giảm miễn dịch, có thể cần phải tiêm nhắc lại

46. Đo SpO2 có thể bị thay đổi do những nguyên nhân gì ?

Theo Thầy Sơn :

- Tay, chân lạnh.

- bệnh nhận nhức nhích

- bệnh nhân có sơn móng tay, móng chân nếu để kẹp đo trên chỗ sơn này có thể sai kết quả.

.....

47. tại sao dấu RLLN ở trẻ lớn rất khó khám, gần như không ý nghĩa ?

Theo Thầy Sơn:

- Thành ngực: ở trẻ >5 tuổi , thường cứng , trẻ rất khó để có RLLN.

- Trong khi trẻ <5 tuổi, thành ngực còn mềm nên RLLN dễ .

48. Tại sao khám hen cần hỏi tiền sử sinh thường hay sinh mổ ?

Theo Thầy Sơn:

- Người ta nghiên cứu thấy những trẻ sinh mổ nguy cơ dị ứng cao hơn những trẻ sinh thường.

49. Những mũi tiêm chủng nào cần hỏi khi khai thác 1 trẻ nguy cơ hen?

Thầy Sơn:

- Hib: chủ yếu ở trẻ <2 tuổi.

- Vaccin cúm.

50. Vaccin cúm ?

- Vắc xin **Vaxigrip** là vắc xin cúm gồm các chủng virus theo khuyến cáo của tổ chức y tế thế giới WHO cho cúm mùa ở Nam bán cầu. Vaxigrip là vắc xin tiêm chủng dịch vụ, có 2 dạng quy cách 0,25ml và 0,5ml tương ứng với liều dùng dành cho trẻ em và người lớn.

- Vaccin này của Pháp.

Ngoài ra còn vaccin nào nữa không thì chịu.

51. Viêm phổi do vi khuẩn với virus, bên nào ho nhiều hơn?

Theo Thầy Sơn :

- + Do vi khuẩn: thường là tổn thương phế nang.
- + Do virus: thường là tổn thương lớp biểu mô niêm mạc.

Mà các receptor ho thường tập trung nhiều ở lớp biểu mô niêm mạc.

Nên viêm phổi do virus thường ho nhiều hơn.

52. Phân biệt viêm phổi điển hình với viêm phổi không điển hình.

Theo Thầy Sơn:

- Viêm phổi điển hình: có âm thổi ống và âm thổi hang
- Viêm phổi không điển hình : thì không có 2 âm này.

53. Một số đặc điểm viêm phổi do virus?

Thầy Sơn:

- Viêm phổi do virus thường lan tràn gây phù nề biểu mô niêm mạc, tăng tiết chất nhầy, tẩm nhuận tế bào viêm ở lớp dưới niêm mạc nên gây tắc nghẽn đường thở.
- chú ý HC khí phế thũng.

54. Phân biệt RLLN với RLLN nặng?

Theo Thầy Sơn:

- RLLN : thường vẫn thấy rõ nhưng mất nhanh.
 - RLLN nặng : thì rút lõm sâu, rõ, mất chậm.
- Nói chung theo cảm quan mỗi người đánh giá.

55. Cơ chế đề kháng thuốc của phế cầu? cách xử lý?

Thầy Sơn:

- Phế cầu cơ chế đề kháng chủ yếu : thay đổi protein gắn với kháng sinh trên màng vi khuẩn phế cầu.
- người ta nhận thấy khi tăng nồng độ kháng sinh lên thì có thể thắng được cơ chế này.
- Người ta tìm ra được cách xử lý này thông qua sau khi điều trị viêm tai giữa.

56. Cơ chế đề kháng penicillin của HI? Cách xử lý?

Thầy Sơn:

- Do HI sinh ra đã có beta- lactamase nên đề kháng tự nhiên với penicillin.
- Cách xử lý: Dùng chất ức chế beta-lactamase.
- Dược lý học 3 chất:
 - + Sulbactam
 - + Tazobactam
 - + Acid Clavulanic.

57. Tại sao hiện nay tại VN nằm trong top đề kháng rất nhiều kháng sinh?

Theo Thầy Sơn:

- Do sử dụng kháng sinh bừa bãi trong nuôi trồng thủy hải sản và chăn nuôi
- Do quấy thuốc, tự ý bán thuốc, không theo đơn của bác sĩ
- Do thầy thuốc kê đơn sai.

58. Tại sao phế cầu rất nhạy cảm với penicillin nhưng bệnh phòng ít khi sử dụng?

Thầy Sơn:

- Do penicillin bây giờ rất rẻ, nên người ta không muốn dùng, vì do lợi nhuận
- Penicillin là kháng sinh tiêm, ngày 4 lần, rất vất vả cho mấy chị điều dưỡng.

59. Những trường hợp nào nghĩ đến viêm phổi do virus và VK không điển hình?

Theo Thầy Sơn:

- Theo thần chú: “ cơ năng rầm rộ, nhưng thực thể lại ít”
- Đặc biệt khi có khô khè thì càng nghĩ nhiều đến 2 nguyên nhân này.

60. Tại sao viêm phổi do virus và VK không điển hình thường thực thể lại ít triệu chứng?

Theo thầy Sơn:

- Do các triệu chứng thực thể mà mình nghe được chủ yếu xuất phát từ phế nang.
- Trong khi virus tổn thương chủ yếu ở lớp BM niêm mạc.
- tác nhân không điển hình, virus: gây viêm phổi kẽ.

61. tại sao để điều trị viêm phổi ở trẻ <3 tuần tuổi người ta phải phối hợp 3 loại kháng sinh: Ampicillin, Cefotaxime và Gentamicin?

Theo Thầy Sơn:

- Do mình không biết được chính xác là con nào gây bệnh nên đánh toàn bộ.
- Ampicillin: đánh vào tác nhân : *Listeria monocytogenes*.
- Cefotaxime: đánh vào tác nhân : Liên cầu B.

- Gentamicin : đánh vào *E.coli* và các vi khuẩn gram (-).

62. Tại sao trong độ tuổi từ 3-3 tháng , trẻ vẫn có thể mắc Hib dù đã được tiêm chủng?

Theo Thầy Sơn:

- Do hiện nay Hib (*Hemophilus Influenzae*) thường được tiêm trong mũi vaccin 5 trong 1, vào tháng 2,3,4. Lúc 3 tháng tối đa cao lắm mới được 2 mũi, có trẻ mới được 1 mũi.nên hiệu quả chưa cao.

63. Ở trẻ từ độ tuổi từ 4 tháng – 4 tuổi nếu mắc Hib thường do trong trường hợp nào ?

Theo Thầy Sơn:

- Đối với những trẻ chưa được tiêm chủng.

64. Trẻ bị HIV, thì tác nhân nào dễ gây viêm phổi cơ hội nhất ?

- câu này thầy Sơn bảo về nhà tìm hiểu.
- Trên lớp mấy bạn trả lời là Lao thầy nói không phải.
- Về gõ trên mạng thì thấy con này : *Pneumocystis (PCP)* gây viêm phổi cơ hội ở những bệnh nhân HIV.
- không biết đúng không nữa

65. Thi lâm sàng Y6 khóa 2013-2019. Case lâm sàng: Trẻ 6 tuần có triệu chứng của viêm phổi. Nêu chẩn đoán ? giải thích ? Em nghĩ đến nguyên nhân gì ?

66. Update cách thi lâm sàng mới nhất của thầy Sơn: Nhi Y6 đợt 1.

Kinh nghiệm thi hô hấp thầy Sơn ngày đầu tiên:

- người hỏi và khám bệnh: chị Nguyễn cho bốc ngẫu nhiên nên ai cũng cần học kĩ phần khám

- hỏi bệnh: người khám nhớ khai thác đầy đủ, nhớ hỏi thêm các triệu chứng mức độ nặng của hen để lỡ đây là hen thì còn biết đường chẩn đoán

- khám bệnh: nhớ rửa tay, rửa ống nghe...
đoạn đếm tst TẤT CẢ MỌI NGƯỜI đều tự mang đồng hồ ra đếm nhé (không được dùng điện thoại để đếm), thầy quan sát ai không đếm là trừ điểm đấy. CÂN NẶNG của bệnh nhân là phải mang bn đi cân, ko hỏi người nhà.

- hỏi thi:

+thầy bắt nhận xét phần khám thiếu ở đâu (3 ý phần hỏi bệnh tiền sử và 5 ý phần thăm khám với riêng cơ quan hô hấp)

+đề nghị cls nào thầy sẽ cho kết quả cls ấy và hỏi nhận xét? Vì sao làm? Giúp ích gì?

+chẩn đoán: dù đúng hay sai vẫn nên bảo vệ quan điểm của mình nha. Còn sai quá rồi thì chịu thôi. Hỏi các bạn thi trước mình, hầu hết thầy đều hỏi chung 1 số câu hỏi

+điều trị: viết như 1 đơn thuốc thật sự (tên biệt dược, hàm lượng, dạng gì, dùng bao nhiêu viên/ ngày, ngày mấy lần, trong bao nhiêu ngày)

67. Thang điểm Centor của viêm họng cấp ?

- Thang điểm MacIssax- Centor Strep

Đặc điểm	Điểm
Sốt > 38	1
Không có ho	1

Đau họng trước	1
Điểm < 15	1
Điểm > 45	-1

Điểm	Khả năng nhiễm Strep	Xử trí
	1 – 2,5%	Không dùng kháng sinh
	11-18%	- Cây họng hay RADT (rapid antigen Detection test)
	28-35%	
	51-52%	- Kháng sinh

68. Phân biệt viêm phổi điển hình với viêm phổi không điển hình?

Điểm >39 độ, đột ngột.

Đau màng phổi (ngực hoặc thượng vị)

Đau khu trú khi nghe phổi (ran, giảm thông khí c âm thổi ống)

Đếm máu ngoại vi $\geq 12.000/mm^3$ với neutrophil $1000/mm^3$

Ảnh đặc phổi trên X Quang ngực

- Viêm phổi điển hình: ≥ 3 tiêu chuẩn.

- Viêm phổi không điển hình: 0 tiêu chuẩn

- Viêm phổi chưa xác định: 1-2 tiêu chuẩn.

69. Thi lâm sàng thầy Sơn: Kể tên các biến chứng của viêm phổi?

Theo sách bài giảng Nhi Khoa lâm sàng 2020.

a. Biến chứng viêm phổi do vi khuẩn.

- TDMP và tràn mủ màng phổi.

- Viêm phổi hoại tử.

- Nhiễm trùng huyết và nhiễm trùng lan tỏa.

- Di chứng muộn:

+ Xơ hóa phổi

+ Giãn phế quản.

- Biểu chứng đặc thù của một số tác nhân gây viêm phổi

+ Viêm phổi do S.aureus:

- Bỏng hơi
- TKMP
- Hoại tử phổi nặng

+ Viêm phổi do Mycoplasma:

- Phát ban: thường gặp
- Hội chứng Stevens-Johnson: hiếm gặp.
- Thiếu máu huyết tán
- Viêm đa khớp
- Viêm tụy, viêm gan
- Viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim
- Biểu chứng TK: viêm não, VMN vô khuẩn, viêm tủy cắt ngang, loạn thần cấp

+ Viêm phổi do S. pneumoniae:

- Tràn mủ màng phổi
- Viêm phổi hoại tử và áp xe phổi
- Hội chứng huyết tán tăng ure máu.

b. Biểu chứng viêm phổi do virus

- Cơn ngưng thở

- Xẹp phổi

- Bội nhiễm vi khuẩn

- Hen phế quản

- Di chứng phế quản-phổi: hay gặp do Adenovirus:

+ xẹp phổi vùng ngoại vi

+ Giãn phế quản

+ Hội chứng tăng sáng một bên (hội chứng Swyer- James).

+ Xơ hóa phổi.

70. Thi LS: Bệnh nhân viêm phổi, điều trị kháng sinh, thường đánh giá đáp ứng sau bao lâu?

- Thường sẽ đánh giá đáp ứng sau 2 ngày (giống lý trực trùng).

- Với áp xe phổi có thể lên tới 4-5 ngày.

71. Hỏi thi lâm sàng thầy Sơn: Cơ chế đề kháng thuốc của Phế cầu.

- Theo hội hô hấp TP HCM

+ thay đổi protein kết hợp thuốc (PBP- penicillin binding protein).

72. Điều trị phế cầu kháng thuốc?

- Không chắc

- Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.

- Phối hợp kháng sinh, hoặc đổi thuốc.

73. Phân biệt phế cầu với HI?

74. tại sao dùng amoxicillin cho phế cầu mà không dùng cho HI?