

VIÊM TIÊU PHẾ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG:

1. Định nghĩa:

- Viêm tiêu phế quản là bệnh lý viêm cấp tính do siêu vi của các phế quản cỡ nhỏ và trung bình, gặp ở trẻ < 2 tuổi, đặc trưng bởi hội chứng lâm sàng: ho, khò khè, thở nhanh và co lõm ngực.

2. Nguyên nhân:

- *Respiratory syncytial virus* (RSV): chiếm đa số, khả năng lây lan rất cao, có thể gây thành dịch. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở lứa tuổi 2 – 24 tháng.
- Human metapneumovirus: 8%
- Virus khác: *Rhinovirus*, *Adenovirus*, *Parainfluenzavirus*, *Enterovirus*, *Influenzavirus*, *Mycoplasma*...

II. LÂM SÀNG:

Chẩn đoán viêm tiêu phế quản chủ yếu dựa vào tuổi, triệu chứng lâm sàng, yếu tố dịch tễ của RSV trong cộng đồng; các xét nghiệm thường quy thường không đặc hiệu.

1. Bệnh sử:

- Khởi đầu với các triệu chứng nhiễm siêu vi: sổ mũi, ho, không sốt hoặc sốt nhẹ
- Trong 1-2 ngày diễn tiến nhanh đến suy hô hấp, khò khè, thở nhanh co lõm ngực

2. Tiền căn:

- Khò khè trước đó (nếu ≥ 2 lần cần phân biệt với suyễn)
- Yếu tố nguy cơ:
 - + Tuổi < 3 tháng
 - + Tiền sử sanh non, nhẹ cân, suy hô hấp sơ sinh
 - + Bệnh tim bẩm sinh, bệnh phổi mãn tính kèm theo: tim bẩm sinh tím, cao áp phổi, loạn sản phế quản phổi...
 - + Suy dinh dưỡng nặng
 - + Suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải

3. Thăm khám:

- Thở nhanh, co lõm ngực, thì thở ra kéo dài
- Ngưỡng thở nhanh theo tuổi:

< 2 tháng	≥ 60 lần/phút
2 tháng – dưới 12 tháng	≥ 50 lần/phút
12 tháng – 5 tuổi	≥ 40 lần/phút

- Phổi: có thể có ran ẩm, ran rít hoặc không nghe ran

III. CẬN LÂM SÀNG:

- Công thức máu: bạch cầu trong giới hạn bình thường
- X-quang ngực:
 - + Ứ khí
 - + Dày thành phế quản hoặc viêm phổi kẽ

- + Xẹp phổi
- + Bình thường
- Khí máu động mạch: trong trường hợp suy hô hấp nặng để đánh giá sự trao đổi khí.

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Suyễn nhũ nhi: khò khè ≥ 3 lần có đáp ứng với thuốc dẫn phế quản
- Viêm phổi: hoặc viêm phổi đi kèm
- Ho gà: trẻ < 3 tháng chưa được chủng ngừa
- Dị vật đường thở bỏ quên
- Suy tim
- Trào ngược dạ dày thực quản
- Các nguyên nhân hiếm gặp khác: màng sụn thanh quản, vòng nhẫn mạch máu, bất thường khí phế quản...

V. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN:

- Biểu hiện nhiễm trùng nhiễm độc, bú kém, li bì và mất nước.
- Khó thở (phập phồng cánh mũi, co kéo cơ liên sườn), thở nhanh (theo lứa tuổi), tím tái.
- Giảm oxy máu ($SpO_2 < 95\%$ không khí phòng)
- Ba mẹ không có điều kiện chăm sóc bé tại nhà
- Có một trong các yếu tố nguy cơ

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị hỗ trợ: cung cấp đủ oxy, nước- điện giải và dinh dưỡng

2. Điều trị hỗ trợ:

- Hỗ trợ hô hấp:
 - Cung cấp oxy để đảm bảo $SpO_2 \geq 92\%$: thở oxy ẩm qua canula, NCPAP hoặc thở máy tùy theo diễn tiến lâm sàng
- Cung cấp đầy đủ dinh dưỡng, nước và điện giải
 - + Dinh dưỡng qua sonde dạ dày khi:
 - Thở > 70 lần/phút
 - Nôn ói liên tục
 - $SpO_2 < 90\%$ khi trẻ bú, ăn uống dù đang thở oxy
 - + Dinh dưỡng bằng đường tĩnh mạch: khi trẻ có dấu hiệu mất nước hoặc nuôi qua sonde dạ dày không đủ nhu cầu năng lượng.
 - + Hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp: hạn chế dịch = 2/3 nhu cầu cơ bản

3. Phát hiện và điều trị biến chứng:

Thường gặp là bội nhiễm vi trùng, đôi khi có xẹp phân thùy phổi

- Kháng sinh:
 - Kháng sinh chỉ định khi có bằng chứng bội nhiễm vi trùng hoặc lâm sàng có dấu hiệu nặng chưa loại trừ nhiễm trùng:
 - + Sốt cao đột ngột hoặc kéo dài

- + Diễn tiến lâm sàng xấu nhanh trong vòng 24-48 giờ
 - + Bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân chiếm ưu thế
 - + CRP > 20mg/l
 - + X-quang có thâm nhiễm đông đặc phổi
 - + Cây đờm (+), cấy máu (+)
- Có thể sử dụng kháng sinh như trong điều trị Viêm phổi.
- Thuốc dẫn phế quản:
 - + Có thể sử dụng khi chưa loại trừ suyễn
 - + Khí dung Salbutamol: 0,15mg/kg/lần (tối thiểu 2,5mg; tối đa 5mg/lần). Phun khí dung với Oxy 6 lít/phút khi bệnh nhân khó thở nhiều, co lõm ngực nặng, tím tái, SpO₂ <92%. Nếu có đáp ứng thì tiếp tục khí dung mỗi 4-6 giờ và ngưng khi triệu chứng suy hô hấp cải thiện. (IIB – Uptodate 19.1)
 - + Không khuyến cáo dùng dẫn phế quản đường uống (IA – Uptodate 19.1)
 - + Không dùng kháng cholinergic
 - Corticosteroid:
 - + Còn nhiều tranh cãi, không khuyến cáo dùng thường qui ở trẻ khỏe mạnh và trẻ nhỏ viêm tiểu phế quản lần đầu. (IA – Uptodate 19.1)
 - + Có thể có hiệu quả ở những bệnh nhân có bệnh phổi mãn tính (loạn sản phế quản phổi) và bệnh nhân khò khè nhiều lần trước đó
 - + Khí dung corticoid không hiệu quả trong dự phòng khò khè tái phát (IB - Cochrane 2008)
 - Nước muối ưu trương Natrichlorua 3%:
 - + Có tác dụng làm giảm phù nề đường thở và nút nhày
 - + Dùng Natrichlorua 3% đơn độc không kèm thuốc dẫn phế quản
 - + Natrichlorua 3% hiệu quả hơn Natrichlorua 9% trong cải thiện triệu chứng nặng và giảm thời gian nằm viện. (A - Cochrane 2011)
 - + Sử dụng ở những bệnh nhân:
 - Lần đầu tiên khò khè
 - Bệnh nhân nặng nằm phòng cấp cứu
 - Không có bệnh lý tim mạch, bệnh phổi mãn tính
 - Vật lý trị liệu hô hấp:
 - Không chỉ định thường qui, chỉ định trong những trường hợp có xẹp phổi.