

VIÊM PHẾ QUẢN PHỔI

ĐẠI CƯƠNG

VPQP là bệnh viêm các phế quản nhỏ, phế nang và các tổ chức xung quanh phế nang rải rác cả hai phổi → làm rối loạn trao đổi khí, dễ gây suy hô hấp, tiến triển nặng và dễ dẫn tới tử vong.

1. NGUYÊN NHÂN:

- Do vi rus:
 - + Chiếm 60 - 70%, gây bệnh theo mùa, vụ dịch.
 - + Hay gặp là virus hợp bào hô hấp, cúm, á cúm, Adenovirus.
 - Do vi khuẩn:
 - + Còn gặp nhiều ở các nước đang phát triển.
 - + Thường gặp là: phế cầu, H.I, tụ cầu, liên cầu và các loại vi khuẩn Gram (-) khác.
 - Mycoplasma: thường gặp ở trẻ > 3 tuổi.
 - Ký sinh trùng: Pneumocystis carinii : gây VPQP ở trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ và trẻ suy dinh dưỡng.
 - Nấm: Candida Albicans, Aspergillus...
- Các tác nhân này gây ra hiện tượng viêm ở phổi nhất là phế nang. Quá trình viêm này làm:
- + Tăng tiết dịch rỉ ứ đọng ở các phế nang làm giảm sự trao đổi O_2 ở phế nang.
 - + Phù nề đường thở gây tắc nghẽn và gây suy hô hấp.

2. YẾU TỐ THUẬN LỢI:

- Tuổi: hay gặp ở trẻ em < 1 tuổi nhất là trẻ sơ sinh.
- Cân nặng khi đẻ: trẻ đẻ non, cân nặng khi đẻ thấp (< 2500 g), suy dinh dưỡng bào thai.
- Tình trạng dinh dưỡng: trẻ dinh dưỡng kém, không được bú sữa mẹ, SDD, còi xương.
- Mặc các bệnh mãn tính-----
----- đường hô hấp: viêm mũi họng, viêm VA hoặc sau các bệnh nhiễm trùng khác như: sởi, ho gà, cúm...
- Cơ địa: thể trạng tiết dịch, cơ địa dị ứng.
- Thời tiết: gặp nhiều về mùa lạnh, thay đổi thời tiết, độ ẩm cao.
- Ô nhiễm môi trường: khói bếp, thuốc, bụi, nhà ở chật chội.

3. PHÒNG BỆNH:

- Bảo vệ sức khỏe cho bà mẹ khi có thai, xử trí kịp thời các tai biến để giảm tỉ lệ đẻ non, đẻ thấp cân, dị tật bẩm sinh (là những trẻ dễ bị các bệnh nhiễm khuẩn, đặc biệt VPQP).
- Đảm bảo cho trẻ được bú mẹ, nuôi dưỡng hợp lý:
 - + Bú sữa non sớm ngay sau đẻ.
 - + Bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu.
 - + Cho trẻ ăn sam đầy đủ dinh dưỡng theo ô vuông thức ăn.
- Đảm bảo cho trẻ được tiêm phòng đầy đủ, đúng lịch theo chương trình tiêm chủng mở rộng.
- Phát hiện và xử trí kịp thời các trường hợp nhiễm khuẩn hô hấp cấp và mãn tính, các bệnh nhiễm trùng nặng khác.
- Đảm bảo vệ sinh môi trường:
 - + Nhà ở thoáng mát, tránh khói bụi.
 - + Không hút thuốc lá trong phòng chăm sóc trẻ.

- Phát hiện và cách li hợp lý nguồn lây: trong gia đình hoặc khu tập thể, lớp học...có người bị bệnh → cách li trẻ kịp thời.

4. TRIỆU CHỨNG:

4.1. Triệu chứng lâm sàng:

4.1.1. Khởi phát:

- Trẻ sốt nhẹ tăng dần hoặc sốt cao, mệt mỏi, quấy khóc, khó chịu, ăn kém.
- Các dấu hiệu viêm long đường hô hấp trên: ngạt mũi, chảy nước mũi, ho.
- Có thể rối loạn tiêu hoá: nôn trớ hay ỉa chảy.
- Các dấu hiệu thực thể ở phổi chưa có biểu hiện rõ.

4.1.2. Toàn phát:

a) Cơ năng:

- Hội chứng nhiễm khuẩn:
 - + Sốt: thường sốt cao 38,5 – 39°C, sốt xuất hiện đột ngột hay từ từ. Một số trường hợp không sốt hoặc có thể hạ thân nhiệt gặp ở trẻ sơ sinh hoặc suy dinh dưỡng nặng.
 - + Một số trường hợp nặng có tình trạng nhiễm độc: da tái, mệt mỏi, môi khô, lưỡi bẩn.
- Ho: ho từng tiếng hay thành cơn; lúc đầu ho khan, sau ho có đờm (chứng tỏ bộ phận hô hấp bị tổn thương).
- Khạc đờm: g/đoạn sau thường có khạc đờm. Đờm trắng, dính ở trẻ nhỏ thường khó phát hiện.
- Khò khè: một số trường hợp có thể có khò khè nhưng âm độ thấp.
- Khó thở:
 - + Thường nhịp thở tăng hơn bình thường:
 - Trẻ dưới 2 tháng: > 60 lần/phút.
 - Trẻ từ 2 – 12 tháng: > 50 lần/phút.
 - Trẻ từ 1 – 5 tuổi: > 40 lần/phút.
 - + Cánh mũi phập phồng, đầu gật gù theo nhịp thở, rút lõm lồng ngực, co kéo cơ hô hấp phụ.
- Trường hợp nặng:
 - + Tím tái tùy mức độ: khi gắng sức, khi nằm yên; vị trí tím tái khác nhau: lưỡi, quanh môi, đầu chi.
 - + Rối loạn nhịp thở, cơn ngừng thở... nếu có viêm phổi nặng.

b) Thực thể:

- Khám phổi:
 - + Sờ: rung thanh thường bình thường.
 - + Gõ phổi ít khi phát hiện sự bất thường. Nếu ứ khí nặng thì gõ vang hơn bình thường.
 - + Nghe: ran ẩm nhỏ hạt rải rác 2 trường phổi. Ngoài ra có thể thấy ran ẩm to hạt, 1 ít ran rít, ran gáy.
 - Trong những trường hợp nặng, trẻ có thể bị các biến chứng như:
 - + Xẹp phổi, tràn khí, tràn dịch màng phổi, ứ khí phổi.
 - + Suy tim, trụy mạch.
 - + Nhiễm trùng huyết.
- làm cho trẻ SHH ngày càng nặng và trẻ dễ tử vong do SHH nặng và trụy tim mạch.

c) Biểu hiện các cơ quan khác:

- Tiêu hoá: trẻ có thể có nôn, trớ, tiêu chảy. Trường hợp nặng có chướng bụng.
- Tim mạch: trường hợp nặng có thể có biểu hiện suy tim.
- Thần kinh: trường hợp nặng có thể có li bì, co giật...

4.2. Cận lâm sàng:

- **Xquang phổi:**
 - + Có giá trị nhất trong chẩn đoán xác định, có thể phát hiện sớm ở giai đoạn đầu. Đồng thời có thể dùng để theo dõi được tiến triển bệnh.
 - + Hình ảnh:
 - Viêm phế quản phổi: các nốt mờ với đặc điểm:
 - o To nhỏ không đều.
 - o Ranh giới không rõ.
 - o Mật độ không đều.
 - o Rải rác khắp 2 phổi, hoặc tập trung ở vùng rốn phổi, cạnh tim. Hoặc tập trung ở 1 thùy, 1 phân thùy phổi.
 - Phát hiện thêm các biến chứng: xẹp phổi, tràn dịch, tràn khí màng phổi.
- **XN máu:**
 - + Bạch cầu tăng cao, trung tính tăng.
 - + Máu lắng tăng.
 - + CRP: thường tăng.
- **Khí máu:** chỉ định khi có tình trạng suy hô hấp nặng.
- **XN tìm nguyên nhân:**
 - + Nuôi cấy vi khuẩn: có thể lấy dịch tị hầu, dịch phế quản để nuôi cấy tìm vi khuẩn; cấy máu nếu nghi ngờ NK huyết.
 - + Phương pháp miễn dịch huỳnh quang, Elisa tìm virus.

5. CHẨN ĐOÁN:

5.1. Chẩn đoán xác định :

- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng:
 - + Ho
 - + Nhịp thở nhanh.
 - + Rút lõm lồng ngực.
 - + Nặng: Khó thở nặng, tím tái, rối loạn nhịp thở, cơn ngừng thở...
 - + Phổi nhiều ran ẩm nhỏ hạt, ran rít, ran ngáy...
- CLS: dựa vào Xquang phổi, hình ảnh điển hình: nốt mờ rải rác 2 phế trường, đặc biệt rốn phổi cạnh tim.

5.2. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Cấy vi khuẩn.
- Phân lập virus từ các bệnh phẩm dịch tị hầu, dịch khí phế quản.

5.3. Chẩn đoán các biến chứng:

- Xẹp phổi, tràn dịch, tràn khí màng phổi.
- Suy tim, nhiễm trùng huyết.

5.4. Chẩn đoán phân biệt :

a) Nhiễm khuẩn đường hô hấp trên:

b) Viêm tiểu phế quản :

- Bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ, bụi bặm.
- Thường gặp vào mùa đông xuân.
- Nguyên nhân do virus.
- Lâm sàng:
 - + HCNK không rõ.

- + Khó thở cấp tính kiểu bít tắc, khô khè nhiều, ho, khó thở, tím tái, suy hô hấp; triệu chứng cơ năng rầm rộ hơn nhiều triệu chứng thực thể.
- + Khám phổi thấy thông khí giảm; nghe phổi có thể có ran rít, ran ngáy rất ít khi có ran ẩm.
- Xét nghiệm:
 - + Bạch cầu thường không tăng.
 - + Xquang có hình ảnh ứ khí phế nang, phổi sáng hơn bình thường.
 - + Có hình ảnh viêm phổi do virus.
- c) Hen phế quản bội nhiễm:**
 - Tiền sử hen...
 - Tính chất hen khô khè, cò cữ gây các cơn khó thở.
 - Thường xuất hiện: vào ban đêm, khi thay đổi thời tiết, khi gắng sức, xúc cảm; dựa vào sự tái phát nhiều lần và đáp ứng tốt với thuốc giãn PQ.
 - Triệu chứng thực thể ở phổi: ran rít, ran ngáy là chủ yếu.
 - Ngoài ra còn dựa vào xét nghiệm máu, X-quang, chức năng hô hấp.
- d) Bệnh phổi màng phổi do tụ cầu:**
 - Cơ năng:
 - + Bệnh thường biểu hiện bằng triệu chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng.
 - + Triệu chứng suy hô hấp nặng.
 - Triệu chứng thực thể ở phổi luôn thay đổi và nhất là hay có các biến chứng thất thường: tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi. Ngoài ra có thể có nhiễm trùng da, cốt tuỷ viêm, nhiễm trùng máu.
 - X quang phổi có hình ảnh viêm phổi do tụ cầu.

6. ĐIỀU TRỊ:

- Cần phát hiện và điều trị sớm khi trẻ chưa có suy hô hấp hoặc biến chứng nặng.
- Điều trị theo 4 nguyên tắc:
 - + Chống nhiễm khuẩn.
 - + Chống suy hô hấp.
 - + Điều trị các rối loạn nước, điện giải, thăng bằng kiềm toan.
 - + Điều trị biến chứng nếu có.
- Trong đó, hai nguyên tắc cơ bản là chống nhiễm khuẩn và chống suy hô hấp.

6.1. Chống nhiễm khuẩn :

- Tuỳ thuộc vào nguyên nhân và mức độ nặng của bệnh.
- Trường hợp nhẹ: kháng sinh đường uống hoặc tiêm:
 - + Amoxicillin: 40 - 60 mg/kg/ngày, uống hoặc tiêm chia 3 lần/ngày.
 - + Cotrimoxazol (Sulphamethoxazol/Trimethoprim) với liều lượng 30 mg (SMX) hoặc 6 mg (TMP)/kg/ngày; uống chia 2 lần/ngày.
 - + Benzyl Penicillin: 100.000-200.000 UI/ngày, tiêm bắp hoặc tiêm TM chia 2-4 lần/ngày.
- Trường hợp nặng và rất nặng: cần điều trị tại bệnh viện tuyến trên. Tuỳ theo từng trường hợp mà dùng các loại thuốc KS sau đây:
 - + Benzyl Penicillin + Aminosid (Gentamycin với liều 7,5mg/kg/ngày, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch, chia 2 – 3 lần/ngày).
 - + Chloramphenicol 100 mg/kg/ngày, uống hoặc tiêm bắp, tiêm TM, chia 4 lần/ngày.
 - + Cephalosporin: Cephalothin 50 – 100 mg/kg/ngày tiêm bắp hoặc tiêm TM, chia 4 lần/ngày
- Nếu nghi ngờ tụ cầu:

- + Oxacillin, Cloxacillin liều 100 – 200 mg/kg/ngày uống hoặc tiêm bắp hoặc tiêm TM, chia 2 - 4 lần/ngày.
- + Có thể phối hợp với một Aminosit (Gentamycin).

6.2. Chống suy hô hấp:

- Đặt trẻ nơi thoáng mát, yên tĩnh, tránh di động trẻ nhiều.
- Nới rộng quần áo, tã lót cho trẻ dễ thở.
- Giải quyết bí tắc, ứ đọng: hút thông thoáng đường thở, vỗ rung cho trẻ.
- Thở Oxy khi có khó thở, tím tái.
- Khi trẻ tím nặng, có cơn ngừng thở: đặt NKQ, bóp bóng hỗ trợ hô hấp.

6.3. Chống rối loạn tim mạch:

- Phát hiện sớm các rối loạn tim mạch để điều trị kịp thời bằng thuốc trợ tim mạch.

6.4. Bồi phụ nước, điện giải, điều chỉnh thăng bằng kiềm toan:

- Trẻ thường mất nước nhiều do sốt, thở nhanh, đôi khi còn kèm thêm tiêu chảy cấp. Vì vậy, cần bồi phụ nước - điện giải đầy đủ:
 - + Bù nước theo mức độ mất nước: độ A, B bù bằng đường uống dung dịch ORS.
 - + Độ C bù bằng đường tĩnh mạch.
- Điều chỉnh tình trạng toan hoá máu nếu có rối loạn: bằng dung dịch NaHCO₃...

6.5. Chăm sóc :

- Theo dõi trẻ thường xuyên: nhịp thở, mạch, huyết áp, nhiệt độ...để xử trí kịp thời.
- Xoay trở trẻ thường xuyên, tránh nằm lâu 1 chỗ.
- Bảo đảm trẻ được bú mẹ đầy đủ, nếu không phải đổ thìa, cho ăn qua sonde.
- Cho trẻ uống nước đầy đủ để bổ sung lượng nước mất.
- Có thể dùng thuốc gây loãng đờm như Mucomyst...
- Làm dịu họng bằng các thuốc dân tộc: mật ong hấp chanh, bạc hà...

Phân loại chẩn đoán và xử trí viêm phế quản phổi

Dấu hiệu lâm sàng	Xếp loại	Tóm tắt xử trí
<ul style="list-style-type: none"> – Tím tái hoặc – Không uống được 	Viêm phổi rất nặng	<ul style="list-style-type: none"> – Điều trị tại bệnh viện. – Cho kháng sinh (tuyến 2) – Thở oxy – Điều trị hỗ trợ, chăm sóc đặc biệt
<ul style="list-style-type: none"> – Rút lõm lồng ngực (không tím tái, vẫn uống được) 	Viêm phổi nặng	<ul style="list-style-type: none"> – Điều trị tại bệnh viện. – Cho kháng sinh (tuyến 2) – Thở oxy nếu có điều kiện – Điều trị hỗ trợ và chăm sóc
<ul style="list-style-type: none"> – Thở nhanh (không rút lõm lồng ngực) 	Viêm phổi	<ul style="list-style-type: none"> – Điều trị chăm sóc tại nhà, y tế cơ sở. – Dùng kháng sinh (tuyến 1). – Điều trị triệu chứng (giảm ho, hạ sốt...) – Theo dõi thường xuyên, nếu có các dấu hiệu nặng chuyển đến bệnh viện
<ul style="list-style-type: none"> – Không rút lõm lồng ngực. – Không thở nhanh. 	Không viêm phổi	<ul style="list-style-type: none"> – Chăm sóc tại nhà. – Không cần dùng kháng sinh. – Điều trị triệu chứng (giảm ho...)

– Ho		– Nếu ho kéo dài trên 30 ngày cần đưa trẻ đến cơ sở y tế khám tìm nguyên nhân.
------	--	--