

VIÊM TIÊU THỂ QUẢN

I Các nhân gây bệnh

Virus: Virus hô hấp hợp bào RSV 33-50%
Para influenza 25%
Influenza 5%
Adenovirus 10%

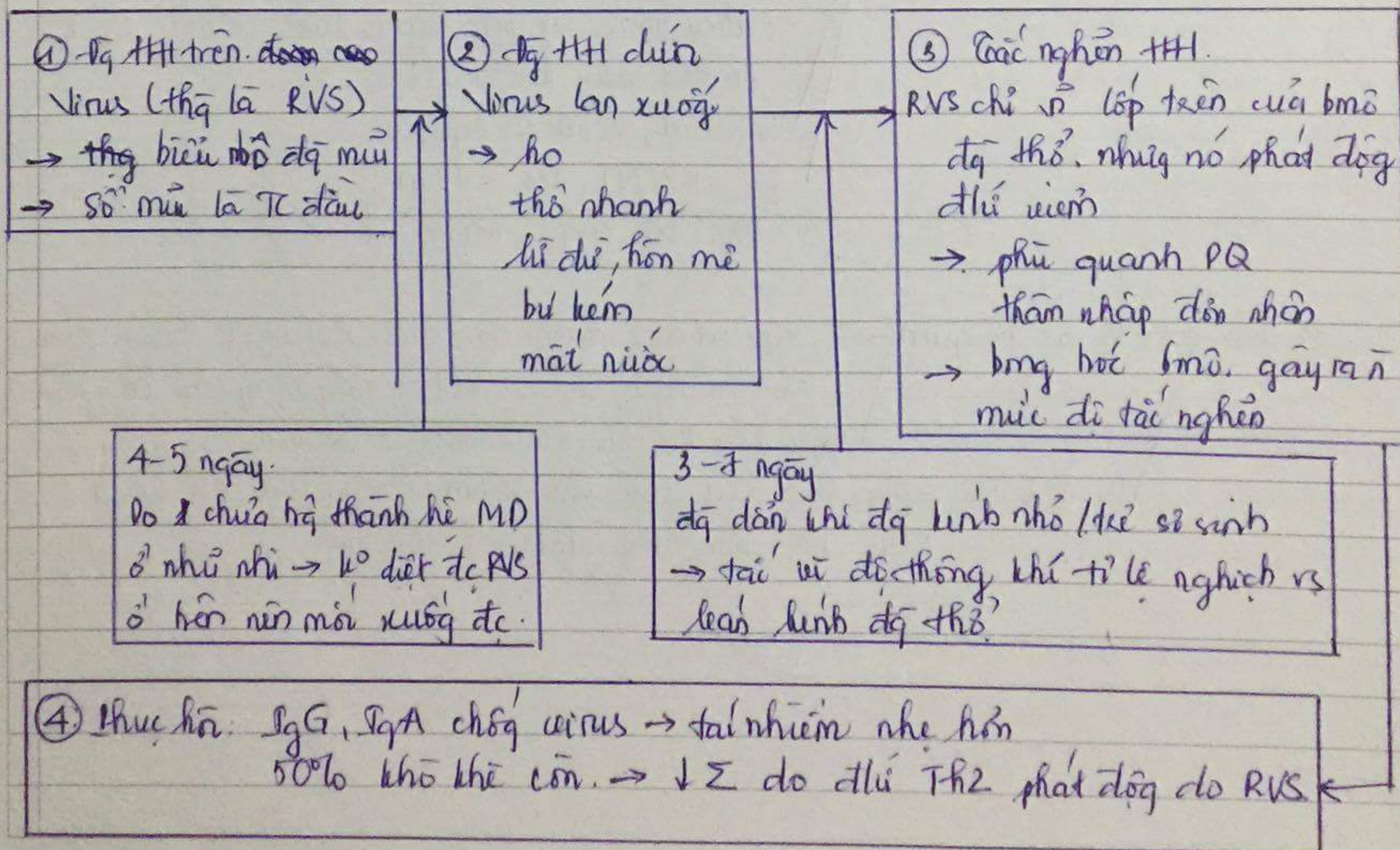
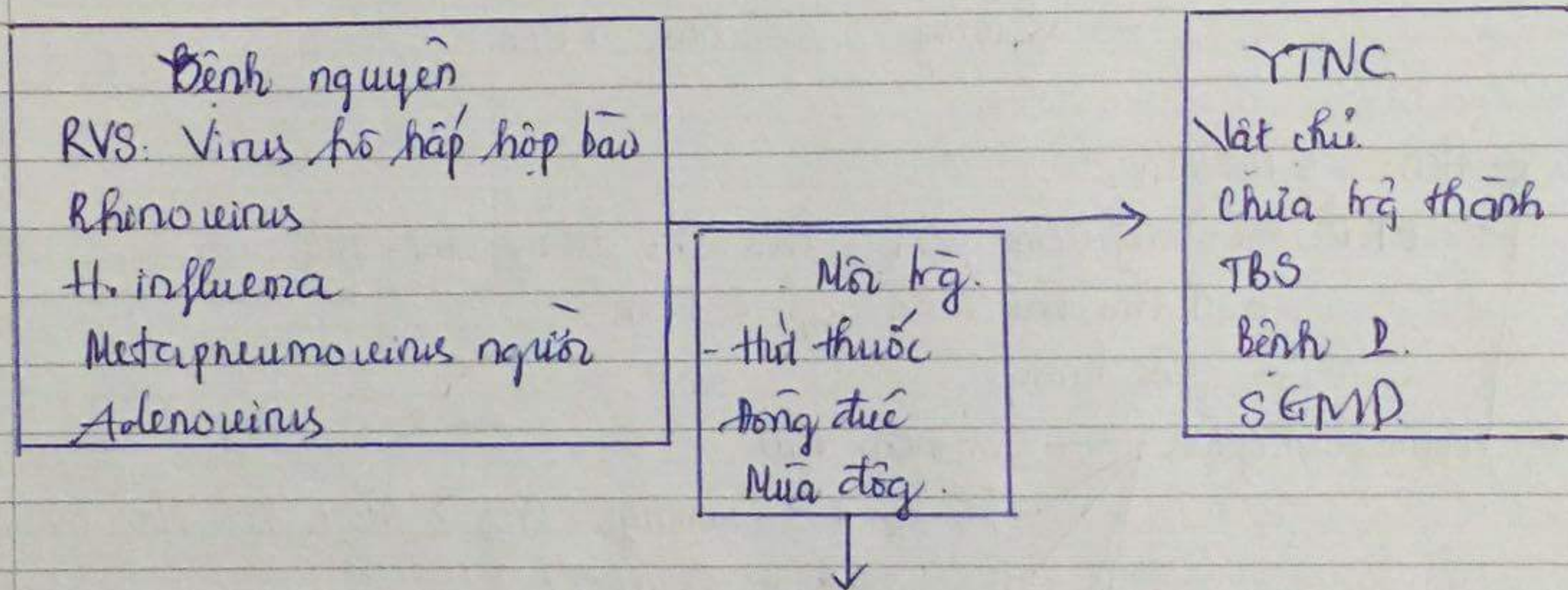
II Cơ chế bệnh sinh

Viêm cấp

Phụ nữ

hoại hệ bmo lót đq thỏ nhỏ

↑ tiết dịch.



III. Chẩn đoán.

1. Có phải Viêm tiểu phế quản không?

(A) Lâm sàng.

- + Core < 24 tháng (thg < 12 tháng) → 80% < 6 tháng.
- + Bệnh nhi: khởi phát bằng nhiễm siêu vi (ho, sổ mũi)
- 1-2 ngày sau: thở nhanh, co lõm ngực, khô khè, thở mệt.
- + Khô khè cấp < 7N, lần 1-2 (tỉ lệ tái phát lần 2: 10%, lần 3: ~ 0%)

đáp ứng 1 phần vs E' dẫn PQ

- + HC tác nghẽn đq HHH dưới: khô khè (Δxt: khô khè, loại nghẹt mũi, ứ đọng)
- nghe l: khô khè, rale ngay, sale sít
- Trch khô khè: chủ yếu thở ra, đa âm

+ Loại trừ các reason ≠

- ♦ Nguồn: TBS shunt T → L: thg < 12m, khô khè tái đi tái lại ngay cả khi không có NHHH, k° dli E' dẫn PQ, khám hm có bất thường
- Xquang, SÂ hm, ECG.

♦ Cánh

Hen: 5TC hen

GERD: trẻ hay nôn mửa, khô khè từng đợt, thg nôn ọc ói sau bú

→ ↑ khô khè, thg gấp < 12m

→ SÂ bụng.

Loạn sản phổi

thở máy lâu

thở $Q_1 > 5mmHg$, $FiO_2 > 40\%$ kéo dài > 2w

thở 24h vs $Q_2 100\%$

→ Thai thác NV bao nhiêu lần, có thở Q_2 k°, có thở máy kéo dài?

Sinh non, nằm dưỡng nhi

LS: k° NT, trỉ < 12m

→ Xq: tổn thq phổi k° tt như mô

♦ Long

Đi rất bỏ quên

HC xâm nhập: đang ăn, chơi, đột ngột ho sặc sụa, hm tái ngưng thở → hết → mấy ngày sau khô khè

thq ở bên l; nếu kthích all → 2 bên

Đo KQ-TQ

thg khởi phát khô khè < 6m (ngay sau gđ SS)

thg khô khè từng đợt, ↑ sau ăn.

⑥ Cận lâm sàng.

1. Quang phổi.

CA: Nghi ngờ $\Delta \neq$ (lao, TB, dị vật bỏ quên)

! SHH nặng

! biến chứng (Xẹp L, TKML, bội nhiễm)

H/A thở thay

! U' khi ph' nang (thở ở đ' phổi; \rightarrow viêm hoành đet, ph' hq \uparrow sáng \rightarrow tắc k' đl)

! Xẹp L (thở thuy lên L \rightarrow giữa \rightarrow tắc đl)

! thâm nhiễm nhu mô phổi

! 10% phim bt.

2. Công thức máu

CA: Vĩ mạt NTND

! Sốt cao

! thiếu máu (lông tay)

! XH

! nghi bội nhiễm

KQ. Nghi bội nhiễm — BC $> 12K$, NEU $> 70\%$
BC có thể \uparrow or \uparrow chủ yếu LYM

3. Khí máu động mạch

CA: SHH đt 2, 5

! thở O_2 20-30p k' cải thiện

4. Ion đt

CA: Nghi có HC \uparrow tiết ADH k' thích hợp

! bé ăn uống kém

KQ: \downarrow Na quá thấp

Cơ chế:

thở ú kh' n \rightarrow \downarrow lông ngực (+) \rightarrow máu vi h'm ít \rightarrow \downarrow V_{TH} \rightarrow \downarrow máu thận

\rightarrow \uparrow RAA giữ muối nước

\rightarrow \uparrow ADH k' fu hợp

\rightarrow Na \downarrow quá do bị pha loãng

\rightarrow bù Na, bù 5/4 nhu cầu trẻ

2. Phân độ

Nhẹ	Trung bình	Nặng	Nguy kịch
Trình tạo, lưu tốt	Trình tạo, lưu kém	Brit nứt, kích thích li bì, RLTG.	
Chức năng thg, k° nhẹ	Chức năng	Chức năng 7-80% Chức năng.	Ngưng thở.
Đ° co lõm hay co lõm ngực nhẹ	Co lõm ngực trung bình	Co lõm ngực nặng	
$SpO_2 > 95\%$	$SpO_2 92-95\%$	$SpO_2 < 92\%$, $PaO_2 < 94$ trao đổi khí kém.	Trầm / thở O_2 $PaO_2 < 50 \text{ mmHg}$ vì $FiO_2 80\%$
Đầu mặt nước (-)	Đầu mặt nước (-)	Đầu mặt nước NT toàn thân. (*) YTNC cao (*)	Đầu gối shock.

(*) YTNC cao ở sinh non

< 12w

TBS.

Loạn sản L

Bệnh lý TK cổ

SGMD

3 YTNC của bệnh nặng.

1 Sinh non < 37w

2 Tuổi < 12w.

3 TBS ↑ huyết động quan trọng

4 Tất cả giải phẫu đg HHT

5 Bệnh L mạn: loạn sản PQ phổi

6 Bệnh lý TK cổ.

7 Suy giảm MD

cao áp phổi TB-nặng.

TBS tím

TBS cần \uparrow \rightarrow suy tim.

YTNC khác

1 Có anh chị lớn hơn

2 Có anh chị sinh cùng tuổi

3 Smoke thụ động

4 Nhà đóng đui / đi nhà hẻm

5 Ở cao > 2500m

4. Dấu hiệu nặng

⊕ Liên quan đến HHH: 1 trong:

- thở nhanh > 60 l/ph
- thở h° đều (có cơn ngưng thở)
- tím
- tái xanh
- bú mót, kích thích, RL TG.
- Các chứng u° CO_2 máu: vã mồ hôi, nhịp tim nhanh, cao HA.

⊕ Liên quan cơ địa:

- Trẻ $< 3m$, sinh non $< 35v$, nguy cơ ngưng thở cao.
- TBS kèm \uparrow áp phổi
- Có bệnh lý NT đi kèm: V° tai giữa, bội nhiễm! do H. influenza.
- SGMD
- loạn sao PQ phổi

5. Biến chứng

① suy hô hấp

② Bội nhiễm.

1 trong các sign sau:

LS $\left\{ \begin{array}{l} \text{t}^\circ > 38,5^\circ\text{C} \\ \text{LS có dấu hiệu NT: liú đui, bú kém} \\ \text{LS có rale nổ} \end{array} \right.$

CLS $\left\{ \begin{array}{l} \text{CTM: Neut} > 70\%, \text{ BC} > 12k, \text{ CRP} \uparrow \\ \text{Xq: hình ảnh viêm phổi.} \end{array} \right.$

③ RL thăng bằng toàn thân.

Liên HHH: u° khí \rightarrow u° CO_2 do tái ngưng

Liên CH: do hậu quả of toàn HHH.

④ RL mất - điện giải: H.C tăng tiết ADH k° phù hợp.

ADH: hormone tăng lợi niệu. - Na^+ máu \downarrow ; Na^+ nước tiểu \uparrow or \uparrow .
 \rightarrow k° \ominus Na.

⑤ Mất nê: shock; thở nhanh, bú kém

⑥ TKMP - TK trung thất: thiếu (u° khí PN \rightarrow v° PN).

Điều trị

1. Chỉ định nhập viện

1. Viêm TPC TB - nặng - rất nặng.
2. SHH cần hỗ trợ O_2 tại BV.
3. Có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân
4. Có YTNC cao
5. Có các dấu hiệu nặng.
6. Điều trị không đủ (sau 48-72h)
7. Ngã nhà muốn NV

2. Điều trị ngoại trú

Cơ chế thoáng dạ thở

Cho uống 1 nước, hạ sốt khi sốt

Cho trẻ ăn bú 1

Ko có thuốc KS, dẫn PQ, corticoids

Tái khám sau 2N or ngay khi có triệu chứng.

3. Điều trị nội trú

* Hỗ trợ hô hấp

- Đầu cao 30°

- Cơ chế thoáng dạ thở → hút đàm nhớt, VLTL EP khi có H/a / Xquang.

- Cho O_2 .

EP: + tim tại TV

+ ki hi khó đánh thức

+ Co lõm ngực nặng.

+ Cánh nhanh > 70 l/ph or $> 50\%$ theo tuổi

+ Cánh xén

+ $SpO_2 < 92\%$

+ Thở thò, bỏ bú do SHH.

+ Khập khỏa cánh mũi.

+ Đầu gật gù theo nhịp thở

→ O_2 cannula ẩm sao cho $SpO_2 > 92\%$

+ Vẫn còn khi tái khi thở O_2 vs $FiO_2 40\%$

+ Cánh > 70 dù đã đặt thở cannula.

+ Em hắt xì 1 lần Xquang.

→ NCPAP.

+ thất bại NCPAP

+ cơn ngưng thở → thở máy

+ kiệt sức

- Thuốc dẫn PQ

- + sử dụng khi trẻ có khó khê, co lõm ngực (SHH độ II), k° loại tử độ hen
- + Ventolin 1,5 mg pha Nall 9% đủ 3ml
- + PKD vs O₂ 6l/ph × 4 lần (2-3 lần) cách nhau 20p
- + nếu có đtử, bớt khó khê, bớt rale → phun tiếp
- + k° đtử → ngưng ngay liệu đtử, loại suyễn
- + đánh giá: tri giác, nhịp thở, kiểu thở, khó khê, rale, SpO₂
- + Tld: ↑ khả năng tổng đàm.
- Tld phụ: co thắt PQ.

⊗ Điều trị biến chứng

⊕ Kháng sinh

Đ: bội nhiễm:

- sốt cao đột ngột, kéo dài
- LS có dấu hiệu NT, diễn biến xấu nhanh
- Phổi có rale
- Nhiễm tại giữa cấp chảy mủ
- EMT: BC > 12K, NEU > 70%, CRP ↑
- Xquang thấy viêm L
- (cấy Ct)

LS nặng:

- SHH 2, 3
- thở co lõm
- LS diễn biến nhanh, kéo dài.

YTNC cao

- trẻ < 12w
- Sanh non < 37w nhẹ cân
- Bệnh hìn BS
- SGMD
- Phổi mạn.

→ Ampicillin
Cefotaxim
Ceftriaxon.

* Cung cấp nước và điện giải

Nhẹ, TB: $\left\{ \begin{array}{l} \text{tiếp tục ăn, bú đợ miệng} \\ \text{nhu cầu cơ bản (100 ml/kg/ngày)} + 10-20\% \text{ nhu cầu cơ bản} \end{array} \right.$

Nặng $\left\{ \begin{array}{l} \text{k° có HC tiết ADH: nhu cầu cơ bản} + 20-50\% \\ \text{có: } 3/4 \text{ nhu cầu cơ bản} \end{array} \right.$

Chẩn truyền dịch nuôi ăn đợ miệng TM

+ có dấu mất nước

+ Ăn = đợ miệng chỉ có thể cung cấp k° qua 80 ml/kg/ngày

Chẩn garage sữa (sonde mũi - dd)

+ thở nhanh > 70 l/ph

+ nôn ói liên tục

+ An, bú mả $SpO_2 < 90\%$ / oxy

+ kèm phổi hợp động tác hít - nuốt - hô hấp, tăng công HHT sơ lõi

Nhu cầu cơ bản $\left\{ \begin{array}{l} < 6m \quad 100-110 \text{ ml/kg/ngày} \\ \geq 6m \quad 80. \end{array} \right.$

* Tiêu tri kháng Venus

- Hnay VN chưa có (Riba virus)

- Chẩn Tim BS + \uparrow áp L

loạn sản PQ L

SGMD

Bệnh nặng + thở máy

$\downarrow O_2 + \uparrow CO_2$ và kèm đái 0

$< 6w$

đa DTBS

Bệnh CH/TK \neq

4. Tiêu kiện xuất viện

- Thở < 70 l/ph

- k° cần thở O_2

- LS đợ

- Uống đợ

5. Theo dõi diễn biến bệnh

3-4N: ↓ khô khê

7N: tự giới hạn

BC: SHH thq 24-4h sau NV

Bồ nhiễm: thq làm 0 kéo dài

Nếu ≥ 10-14N k° hết khô khê.

+ Adenovirus

+ có BC bồ nhiễm VT

+ bệnh nền: SGMD, TBS, GERD, loạn sản PQ L,

+ k° đủ VTPQ mà lại suyễn or dị vật dạ thỏ.

✓. Tiền lượng.

YT tiền lg nặng:

$\left\{ \begin{array}{l} < 1200 \\ \text{Có TBS + } \uparrow \text{ áp } \downarrow \\ \text{Loạn sản } \downarrow \\ \text{SGMD} \end{array} \right.$

Giãn:

Xa:

