

# VIÊM PHỔI

## Một số định nghĩa

VP cộng đồng: VP ở trẻ em đang khỏe bị nhiễm bệnh từ cộng đồng hoặc 48 giờ đầu nằm viện  
 VP tái phát: Khi có từ 2 đợt viêm phổi trong vòng 1 năm hoặc 3 đợt viêm phổi trong bất cứ thời gian nào và X-quang phổi bình thường giữa các đợt  
 VP tái phát cùng 1 chỗ coi chừng dị vật, hay hạch lao chèn vào  
 VP kéo dài: viêm phổi trên lâm sàng và X-quang kéo dài từ 4 tuần trở lên.  
 Virus: giống viêm tiểu PQ: RSV, adeno, á cúm

<1 tháng	1-3 tháng	1-12 tháng	1-5 tuổi	>5 tuổi
Strep B	Chlamydia trachomatis	Virus	Virus	Phế cầu
Đường ruột gr (-)	Virus	Phế cầu	Phế cầu	M.pneumonia C.pneumonia
	Ho gà: Bordetella pertussis	<b>HSM</b> : Hib, Stap.aureus, Moraxella catarrhalis	M.pneumonia C.pneumonia	

## Khi nào nghĩ tới nhiễm vk không điển hình

VP <b>KHÔNG</b> điển hình	VP điển hình
• Khởi phát từ từ	• Khởi phát cấp tính
• Ho khan dai dẳng	• Ho đàm
• Ớn lạnh, sốt nhẹ	• Sốt cao
• Nhức đầu đau họng	• Khó thở, đau ngực
• Có hoặc không có ran	• Ran phổi, giảm phế âm

Tuổi đến trường: >5 tuổi-lứa tuổi này hàng đầu vẫn là phế cầu, sau đó là vk ko điển hình  
 Chẩn đoán vi khuẩn ko điển hình thì người ta ko dựa vào triệu chứng lâm sàng mà phải xét nghiệm ra (huyết thanh chẩn đoán) hoặc điều trị luôn (ở nhi đồng I nếu >5 tuổi thì phối hợp kháng sinh luôn: b-lactam + macrolide)

## Phân độ VP

Theo phác đồ	Theo IMCI 2014, nhớ là cho bé <5 tuổi nhaz!!!
<b>Viêm phổi rất nặng:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Co giật</li> <li>Li bì – khó đánh thức.</li> <li>Bỏ bú hoặc bú kém (trẻ &lt; 2 tháng), không uống được.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tím tái trung ương.</li> <li>Suy hô hấp nặng.</li> </ul>	<b>Viêm phổi nặng hoặc bệnh rất nặng</b> Nếu có ít nhất 1/4 DẤU HIỆU NẶNG TOÀN THÂN hoặc <b>THỞ RÍT KHI NẤM YÊN</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Co giật</li> <li>Li bì – khó đánh thức.</li> <li>Bỏ bú hoặc bú kém (trẻ &lt; 2 tháng), không uống được.</li> <li>Nôn tất cả mọi thứ</li> </ol>
<b>Viêm phổi nặng:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trẻ &lt; 2 tháng</li> <li>Có co kéo</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Thở co lõm lồng ngực.</li> <li>○ Cánh mũi phập phồng.</li> <li>○ Rên rĩ (ở trẻ &lt; 2 tháng).</li> </ul>	
<b>Viêm phổi:</b> khi ho hoặc khó thở kèm theo <b>thở nhanh</b>	<b>Viêm phổi:</b> co lõm ngực hoặc thở nhanh

### Phân độ SHH

Dấu hiệu suy hô hấp:

- Không bú được, bỏ bú
- Tím trung ương
- Co lõm ngực
- Cánh mũi phập phồng
- Trẻ < 2 tháng: thở rên rĩ, thở không đều, cơn ngưng thở
- Thở nhanh
- Co kéo gian sườn

	Độ 1	Độ 2	Độ 3
Tri giác	Tỉnh	Vật vã	Lơ mơ
Tim mạch (nhịp tim-HA)	Nhịp tim tăng, có thể THA		Nhịp tim nhanh, mạch nhẹ. Hay nhịp tim chậm, hạ HA
Hô hấp (nhịp thở-khó thở)	Nhịp thở tăng < 30% Khó thở nhẹ	Nhịp thở tăng < 50% Khó thở co kéo cơ hh phụ	Nhịp thở tăng >50% Thở chậm do mệt cơ hô hấp kèm ngưng thở từng cơn 15-20s
Tím	Hồng hào với khí trời	Tím với khí trời, ko tím với oxy	FiO2 60% vẫn tím
PaO2 (type II)	60-80	40-60	<40 mmHg
Đánh giá	Còn bù		Mất bù

**Môi hồng nhưng SHH độ 2 khi phải dùng công hô hấp quá nhiều**

### Chỉ định nhập viện

- < 2 tháng
- >2 tháng:
  - viêm phổi nặng/rất nặng
  - VP:
    - uống không được
    - điều trị ngoại trú thất bại
    - có biến chứng (tràn dịch, áp xe)
    - sốt kéo dài 7 ngày trở lên; ho kéo dài >1 tháng
    - kèm với bệnh nặng/người nhà yêu cầu

Slide mới ghi thêm: chỉ định oxy, **về mặt nhiễm trùng nhiễm độc**, nghi do S.aureus hay Strep nhóm A, **cơ địa** (SGMD, bệnh TK cơ, tim bẩm sinh...), người nhà ko thể chăm sóc

Người nhà yêu cầu nhập viện mà ko đúng chỉ định thì phải nói là: BV rất đông, 1 giường 2-3 bé, phải trải chiếu ở ngoài...

## CLS XQ

Chỉ định XQ VP	Chỉ định XQ viêm tiểu PQ
<b>Nặng, rất nặng:</b> có BIẾN CHỨNG hay BỆNH LÝ ĐI KÈM ko?	
<b>Lâm sàng ko rõ ràng</b> nhưng nghi VP (sốt cao, ho đàm, họng sạch, ngưng khám phổi bình thường	
VP nhưng thất bại điều trị ngoại trú: <i>coi tại sao thất bại, biến chứng hay bệnh đi kèm (tr nghĩ cho dễ nhớ)</i>	Sau điều trị 48-72h, bé ko cải thiện thì chụp lại, hay quá trình điều trị, bé nặng lên thì chụp lại
Nghi chẩn đoán khác: dị vật (tắc hoàn toàn thì xẹp, ko thì ứ khí)	
Có hội chứng nhiễm trùng trên LS và CLS nhưng ko tìm thấy ổ nhiễm trùng	

Mục đích:

1. Chẩn đoán xác định
2. Có BIẾN CHỨNG hay BỆNH LÝ ĐI KÈM ko
3. Gợi ý nguyên nhân
  - thâm nhiễm phế nang (thường do VK)
  - thâm nhiễm mô kẽ (M.pneumoniae, C.pneumoniae).
  - viêm phổi thùy (Strep.pneumoniae, Klebsiella -thùy đỉnh)

### Bilan nhiễm trùng

Eosinophil tăng do nhiễm Chlamydia trachomatis, tiểu cầu tăng trong 90%

CRP >40 mg/L, procalcitonin >0.5 ng/ml

### CLS tìm tác nhân

Tìm tác nhân gây bệnh khi

1. nghi các tác nhân đặc biệt: lao, ko điển hình
2. ko đáp ứng với kháng sinh ở tuyến trước
3. mới vô điều trị mà ko đáp ứng: chích kháng sinh 5-7 ngày ko đáp ứng; điều trị rồi 48h sau nặng lên

Các CLS

- Ho khạc: trẻ > 10 tuổi, dễ ngoại nhiễm VT thường trú
- Hút dịch khí quản (NTA: nasotracheal aspiration)
  - Chất lượng tốt: có tế bào trụ  
< 10 TBBM  
> 25 BCĐN/qtrường  
soi tươi có VT
  - Ít tin cậy vì dễ lằm với VK thường trú ở mũi họng
  - Cách làm: đưa tới ngã 3 hầu họng, bắt BN ho, trước đó phun NaCl
  - Chỉ định: VP ko đáp ứng điều trị, nghi VP bệnh viện (Tiên)
- Nội soi và rửa PQ (BAL : bronchoalveole lavage):
  - Có giá trị nhưng xâm lấn, dễ biến chứng
  - Cách làm: đưa ống nội soi đến phân thùy bệnh, bơm NaCl rồi hút dịch
  - Chỉ định: giống NTA, thêm VP rất nặng đe dọa mạng sống
- Cấy máu (+) 3-11 % BN cấp cứu
- Huyết thanh chẩn đoán: hữu ích trong VP do phế cầu, C.Pneumonia, M.Pneumonia (3 con cho trẻ >5 tuổi áh)

## Lựa chọn kháng sinh

đường dùng/có kết hợp KS ko/loại kháng sinh/bao lâu

- cho kháng sinh chích khi: (nhớ chỉ định nhập viện ah)
  - viêm phổi nặng/rất nặng
  - VP: uống ko được → không đáp ứng với kháng sinh uống → có biến chứng
  - Mức độ nhiễm trùng nặng trên lâm sàng hoặc cận lâm sàng:
    - Lâm sàng: dấu nhiễm trùng nhiễm độc
    - Bạch cầu, CRP tăng cao
    - XQ: viêm phổi thùy; các trường hợp tổn thương nhiều
- Khi nào phối hợp kháng sinh: do b-lactam + aminoglycosid do tác dụng hiệp đồng
  - Dưới 2 tháng tuổi: ít nhất 2 loại; tác nhân viêm phổi đứng đầu là Strep nhóm B, trực khuẩn gram (-) đường ruột, Listeria monocytogen, Clamydia trachomatis: phối hợp hoặc ampi + genta; hoặc cefa III + genta; hoặc ampi + genta + cepha III
  - >2 tháng: phối hợp khi nghi nhiễm trùng huyết
- Loại kháng sinh: **Cộng đồng hay Bệnh viện + tuổi bé** → tác nhân gì → kháng sinh gì
- Bao lâu: ko biến chứng thì 7-10 ngày. Có biến chứng thì

Hoại tử	Áp xe	Tràn dịch/mủ màng phổi
4 tuần/2 tuần sau sốt	4 tuần/2 tuần sau sốt: chích 4-8 tuần: uống	2-4 tuần

## Tiêu chuẩn xuất viện

Viêm phổi	Viêm tiểu phế quản
Tỉnh, chơi Sinh hiệu ổn SpO2 >90% với khí phòng	Lâm sàng ổn
Cải thiện triệu chứng hô hấp	Ko còn thở nhanh
Ăn uống đầy đủ bằng miệng	
Cha mẹ chăm sóc tốt trẻ tại nhà, tiếp tục uống thuốc	

## Yếu tố thuận lợi VP (giống YTNC viêm tiểu PQ ah)

- SGMD: từ nhỏ đến lớn: non tháng, nhẹ cân → SDD, thiếu vit A → không phòng sỏi đủ.

- Có bệnh TK cơ, bệnh phổi, bệnh tim

- **Môi trường**: từ trong nhà ra ngoài đường: cha, mẹ hút thuốc, ko biết cách chăm sóc trẻ → môi trường sống đông đúc, kém vệ sinh → hoàn cảnh kinh tế, xã hội thấp → thời tiết lạnh

## Yếu tố nguy cơ gây VP tái phát

BGD+suy giảm MD+mất phản xạ ho

- Tim bẩm sinh gây cao áp phổi hay cao áp phổi nguyên phát
- GERD: siêu âm thấy RGO (+) (reflux gastro-oesophagien) thì nói có trào ngược, ko thì ko loại trừ do SA có 5p ah
- Dị tật bẩm sinh tại phổi, dị vật
- Suy giảm MD: hậu sỏi, SDD
- Mất phản xạ ho: hôn mê, bại não...

## Thất bại trong điều trị

Phải coi

1. Chọn KS đúng chưa
2. Đủ liều chưa
3. Bé uống đc ko hay ói ra hết

Nếu ok hết thì coi tiếp theo

- Vk kháng thuốc đang điều trị
- Lao phổi: tổn thương thâm nhiễm phổi kéo dài, kèm hạch rốn phổi, đã điều trị KS > 10 ngày không giảm
- Siêu vi: bệnh SARS, cúm gà. thường rầm rộ và thành dịch
- Cơ địa đặc biệt: BGD+suy giảm MD

## Biến chứng

Phổi

- Lỗ rò phế quản - màng phổi → Tràn khí màng phổi → Suy hô hấp cấp
- Viêm phổi hoại tử → Áp xe phổi → Tràn dịch hoặc viêm mủ MP

Nơi khác

- Màng não: viêm màng não, áp xe hệ thống thần kinh trung ương
- Tim: viêm màng ngoài tim, viêm nội tâm mạc
- Xương khớp: viêm xương tủy, viêm khớp nhiễm khuẩn

Hệ thống

- H/C đáp ứng viêm hệ thống hoặc NTH
- H/C tán huyết-urê huyết

## Chỉ định nhập ICU

- Suy hô hấp cần  $FiO_2 > 50\%$  để đạt  $SpO_2 > 92\%$
- Cơn ngưng thở tái đi tái lại hoặc thở chậm bất thường
- Suy tuần hoàn (shock)



Ghi chép Thùy:

Nếu dị ứng amox (nổi mề đay, tiêu chảy): đổi qua macrolide

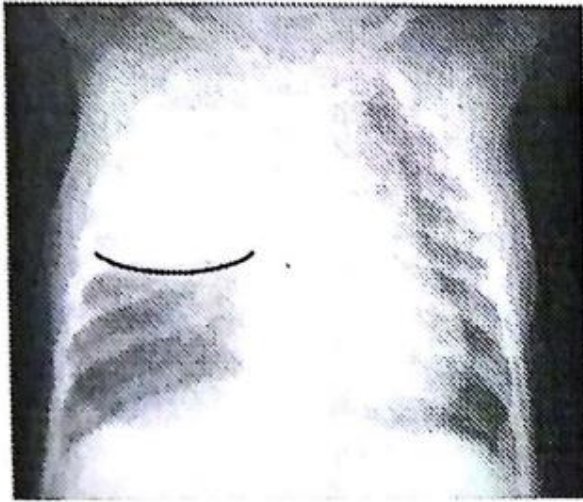
Ngạt nước: ngửa đầu, nâng cằm để đường thở thẳng; suy tim, OAP nằm đầu cao 45 độ: để giảm máu về tim do trọng lượng và áp lực ổ bụng; phù não nằm đầu cao 30 độ để giảm máu về não; vỡ gan vỡ lách nằm đầu thấp và kê chân cao để dồn máu về tim

Ngưng Oxi khi LS cải thiện, ổn định.  $SpO_2 > 92\%$

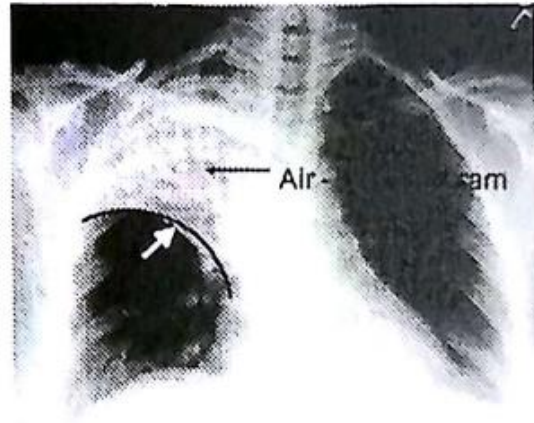
Điều trị kháng sinh vì theo nghiên cứu khi chẩn đoán VP, nếu dùng KS càng trễ thì tỉ lệ biến chứng càng cao ở các nước đang phát triển. thứ hai là ở các nước đang phát triển khả năng tìm nguyên nhân thấp như CTM, CRP, procaxitonin có kết quả trễ, trễ không được cách ly tốt. thứ ba có nhiều trường hợp phối hợp.

Đánh giá đáp ứng điều trị: 48-72h sau chích LS, CLS. tổng trạng tỉnh, ăn uống được, chơi được, hết thở oxi, hết khó thở.

Đổi Ceftriaxon qua ceftazidim khi nghi do nằm lâu nhiễm gr (-) BV.



Bulging sign in Klebsiella pneumonia



Viêm xẹp thùy trên (P)

