

# Viêm phổi trẻ em

*PGS.TS. PHAN HỮU NGUYỆT DIỄM*

# I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm phổi là bệnh lý viêm cấp hay mãn của nhu mô phổi.

Theo TCYTTG viêm phổi bao gồm viêm phế quản phổi, viêm phổi thùy, áp xe phổi.

## II. DỊCH TỄ HỌC:

### 2.1 Yếu tố thuận lợi:

- hoàn cảnh kinh tế xã hội thấp
- môi trường sống đông đúc kém vệ sinh
- cha mẹ hút thuốc lá, khói bụi
- sinh non tháng , nhẹ cân, sdd, sỏi,  
thiếu vitamin A
- thời tiết lạnh

## 2.2 Yếu tố nguy cơ gây viêm phổi tái phát:

- suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải
- dị tật bẩm sinh tại đường hô hấp
- cao áp phổi nguyên phát hay thứ phát
- mất phản xạ ho: hôn mê, bại não...
- trào ngược dạ dày thực quản-

## 2.3. Nguyên nhân viêm phổi:

### 2.3.1. Do vi sinh:

Do virus: nguyên nhân ưu thế: RSV, á cúm, cúm Adenovirus

Do vi trùng :

Theo Hội lồng ngực Anh (BTS)

20-60% không xác định VT gây bệnh

8- 40% VP do hỗn hợp VT

(30% virus- VT; 13% virus-virus; 7% do 2 VT)

### 2.3.2 Không do vi sinh:

Hít sặc: thức ăn, sữa, trào ngược dd- thquản;

Dò khq- thực quản ; dị vật

Tăng đáp ứng miễn dịch

Chất phóng xạ

## Trẻ dưới 2 tháng

Streptococcus nhóm B

Chlamydia trachomatis

Trực khuẩn đường ruột Gr(-)

## Từ 2 tháng –5 tuổi:

Streptococcus pneumoniae

Haemophilus Influenzae type B

Staphylococcus

Streptococcus nhóm A

Ho gà

## Trên 5 tuổi:

Streptococcus pneumoniae

Mycoplasma pneumoniae (42%)

Chlamydia pneumoniae (20%)

## Trẻ nằm viện kéo dài, SGMD:

Klebsiella

Pseudomonas

E.coli

Serratia

Pneumocystis carinii

### III. BỆNH SINH:

#### 3.1. Dòng vi khuẩn mũi hầu:

Bình thường: đa số vi khuẩn Gram dương

Bệnh lý răng miệng: Vi khuẩn hiếu khí

Sau 72 giờ nằm viện: vi khuẩn Gram âm

#### 3.2 . Cơ chế đề kháng của đường hô hấp:

#### 3.3 Vi khuẩn vào phổi theo 2 đường chính:

- đường hô hấp
- đường máu



## IV. CHẨN ĐOÁN VIÊM PHỔI:

### 4.1.Lâm sàng:

-Hội chứng nhiễm trùng: gặp trong VP do vi trùng

Thở nhanh: ngưỡng thở nhanh thay đổi theo lứa tuổi

< 2 tháng  $\geq 60$  lần/ phút

2th - dưới 12 th  $\geq 50$  lần /ph

12 th-5 tuổi:  $\geq 40$  lần

> 5 tuổi :  $\geq 30$  lần

Dấu hiệu suy hô hấp :

co lõm ngực, phập phồng cánh mũi,  
co kéo gian sườn, tím trung ương  
không bú được, bỏ bú  
thở rên

Ran phổi: ran nổ, ẩm

Trẻ < 2 tháng : thở không đều, cơn  
ngưng thở, rên rĩ



# Tiếp cận trẻ ho

## DẤU HIỆU NGUY HIỂM TOÀN THÂN

Có

- ▣ Vp rất nặng
- ▣ Bệnh rất nặng

Không

## CO LỖM NGỰC

Có

VP nặng

Không

## THỞ NHANH

Có

VP

không

VHHT

▣ 1 . Làm thế nào để biết là trẻ bị NTHHC?

▣ HO < 30 NGÀY

▣ 2 . Làm thế nào để sớm biết trẻ bị Viêm phổi ?

▣ ( Triệu chứng nhạy cảm nhất của viêm phổi ? )

▣ THỞ NHANH

▣ 3 . Khi nào cần cho trẻ nhập viện ?

▣ ( TC trung thành nhất của viêm phổi nặng ? )

▣ THỞ CO LỖM LỒNG NGỰC

▣ 4 . Khi nào cần đưa trẻ đi BV cấp cứu ngay ?

▣ Khi có ít nhất 1 dấu hiệu nguy hiểm toàn thân,  
hoặc tím tái

# PHÂN LOẠI VIÊM PHỔI Ở TRẺ 2 – 59 THÁNG (WHO)

PHÂN LOẠI	TC LÂM SÀNG
VIÊM PHỔI	Thở nhanh
VIÊM PHỔI NẶNG	Co lõm ngực
VIÊM PHỔI RẤT NẶNG	Tím tái trung ương Co giật Không uống được Li bì – khó đánh thức Suy dinh dưỡng nặng

## 4.2. Cầm lâm sàng:

**X quang phổi:**  $\Delta$  xác định , xác định NN, độ nặng VP thùy, thâm nhiễm phổi, VP mô kẽ

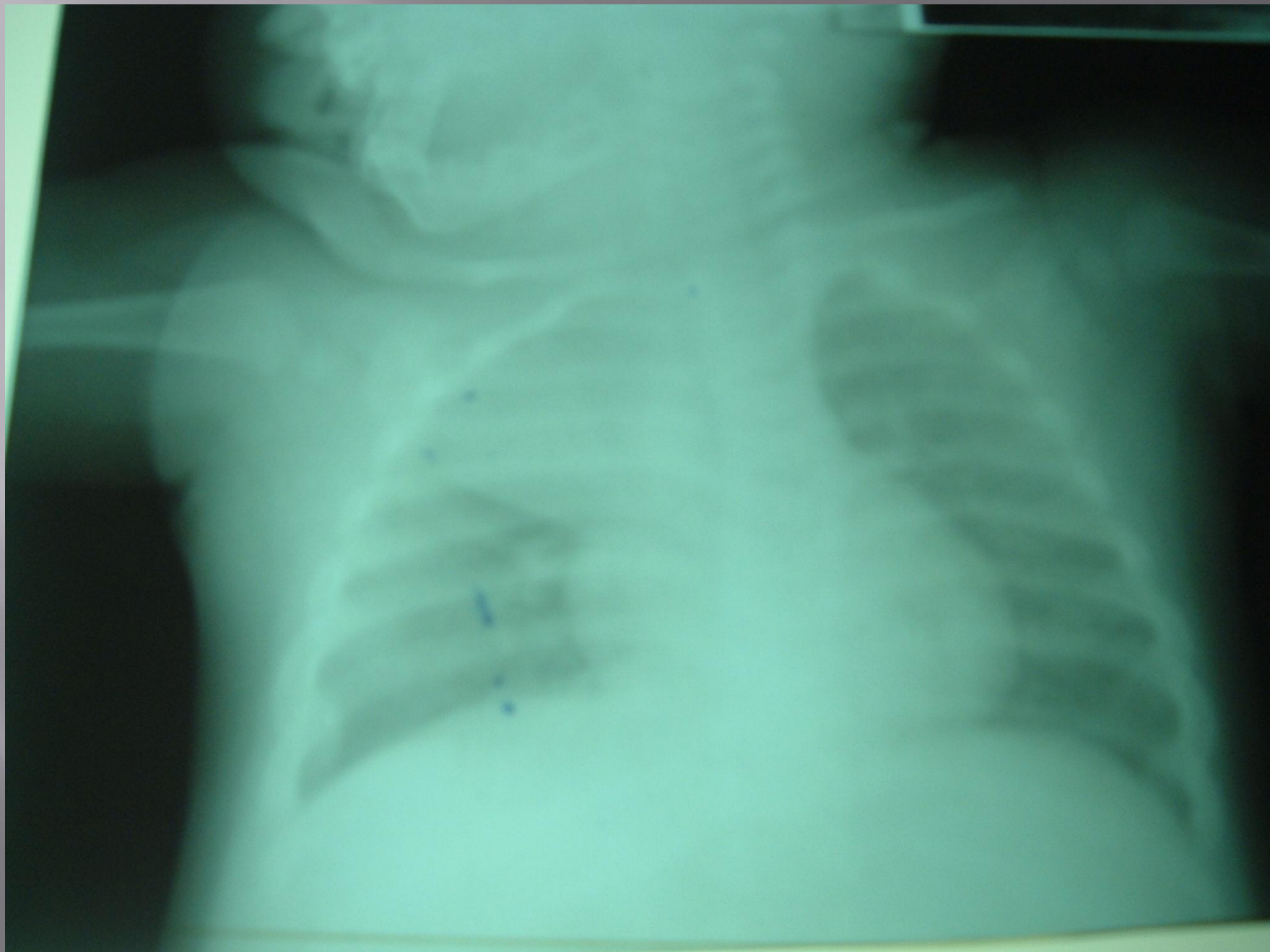
**CTM** : Bạch cầu  $> 15000/\text{mm}^3$   
với ưu thế đa nhân/ VP vi khuẩn



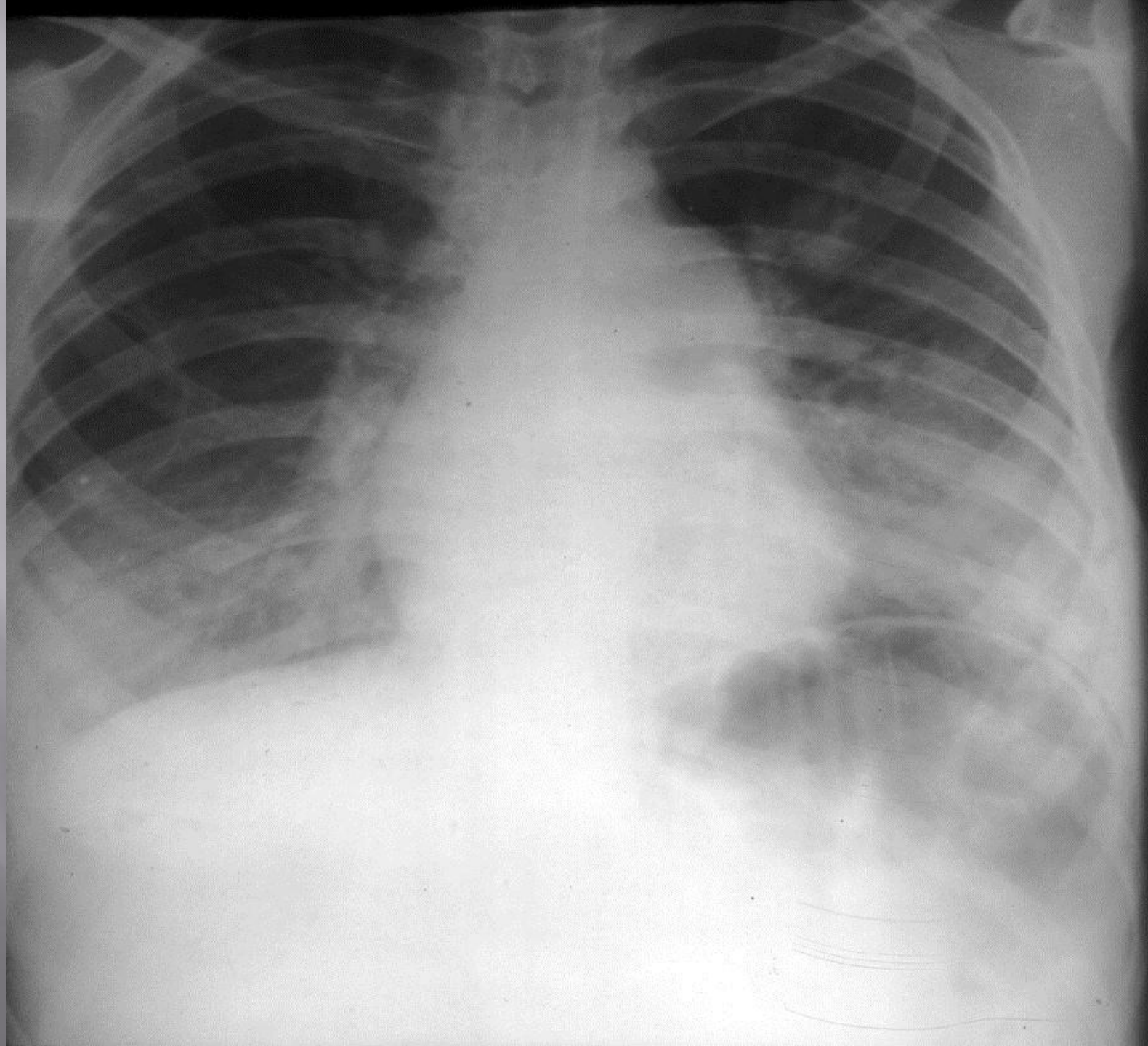












## Xét nghiệm đàm:

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 vi trùng

Nội soi và rửa PQ: hiệu quả, xâm lấn, dễ biến chứng

## ***Cấy máu:***

(+) 3-11% ở bệnh nhi cấp cứu VP

(+) 25% VP do H.I.

(+) 30% VP do tụ cầu

## ***Xác định kháng nguyên vi khuẩn***

Điện di miễn dịch đối lưu

Ngưng kết hạt latex : tìm KN phế cầu  
hoặc HI trong hthanh và nước tiểu.

***Sinh thiết phổi mù hay chọc hút qua da:***  
It làm, có nhiều biến chứng.

### 4.3 Chẩn đoán xác định:

Lâm sàng: sốt+ ho+ thở nhanh và hoặc co lõm ngực

+ X quang: có tổn thương phổi: tổn thương phế nang; mô kẽ; tổn thương thùy phổi

### 4.4 Chẩn đoán phân biệt:

-Lao phổi

-Dị tật bẩm sinh tại phổi

-Thở nhanh không tương xứng với tổn thương phổi trên lâm sàng và XQ cần phân biệt với toan chuyển hóa do những nguyên nhân khác

## V. ĐIỀU TRỊ:

### 5.1. Điều trị ngoại trú:

Chỉ có ho+ thở nhanh: KS và chăm sóc tại nhà

Chọn KS ban đầu:

Trẻ em < 5 tuổi :

Amoxicilline ( 90mg/kg) ,chọn lựa khác là: Amox- clavu;  
Cefaclor, Cefuroxim, Erythromycine, clarythromycine.

Trẻ em > 5 tuổi:

Macrolides +Amoxicillin

## 5.2. Điều trị nội trú :

Nguyên tắc điều trị chính:

- Hỗ trợ hô hấp
- Kháng sinh
- Điều trị hỗ trợ
- Điều trị biến chứng



# Hỗ trợ hô hấp

## CHỈ ĐỊNH THỞ OXYGEN

### ❖ Tốt nhất dựa trên SpO2 :

- ▣ - Thở oxygen khi  $SpO_2 < 90\%$
- ▣ - Mục tiêu :
  - ▣  $SpO_2 = 92 - 96 \%$
- ▣ - Ngừng oxy khi :
  - ▣ LS cải thiện , ổn định
  - ▣  $SpO_2 > 92 \%$

# CHỈ ĐỊNH THỞ OXYGEN

CHỈ ĐỊNH DỰA TRÊN LÂM SÀNG ( WHO ) :

❖ **Chỉ định tuyệt đối :**

1. Tím tái trung ương
2. Li bì – khó đánh thức

❖ **Chỉ định tương đối :**

3. Thở nhanh > 70 lần / phút
4. Thở co lõm ngực nặng
5. Đầu gật gù theo nhịp thở
6. Rên rĩ
7. Vật vã kích thích – Nằm yên sau khi thở oxygen

## Kháng sinh:

Nếu bệnh nhân chưa điều trị KS đường chích:

Trẻ < 2 th: Ampicilline + Gentamycine ± Cefotaxim

Trẻ > 2-5T : Penicilline G hoặc Ampicilline ± Genta

Hoặc Cefotaxim 200mg/ kg chia 3 lần/ng,

Ceftriaxone 80mg/kg x 1 lần/ng

Nghi Tụ cầu: Oxacilline + Genta

hoặc Clindamycine, Vancomycin

Trẻ > 5T: Cefotaxim+ Macrolides( Eury, Clarythromycin,  
Azythromycine)

Nếu bệnh nhân đã được điều trị tuyến trước bằng Ampicilline hoặc PNC G, KS chọn ngay: Cefotaxim + Genta

### 5.3 Thất bại điều trị viêm phổi:

- VT kháng thuốc đang điều trị
- Lao phổi: tổn thương thâm nhiễm phổi kéo dài, kèm hạch rốn phổi đã điều trị KS thường > 10 ngày không giảm
- Do siêu vi: bệnh SARS, cúm gà. các virus khác... thường rầm rộ và thành dịch

Cơ địa đặc biệt: - suy giảm MD, hậu sởi, SDD -  
- cao áp phổi nguyên phát hoặc thứ phát  
- dị tật bẩm sinh tại phổi  
- dị vật  
- trào ngược dạ dày thực quản