

Viêm phổi trẻ em

PGS.TS. PHAN HỮU NGUYỆT DIỄM

Ho, kt-> người nhà hỏi có vp k, vô bv k, có cần cấp cứu k, có chết k, sao con mình bị mà k bị, lần sau sao tránh, chích hay uống, có về nhà đc k. Phải học các tác nhân gây bệnh, kháng sinh.

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
- sanh non tháng, nhẹ cân, sdd, sởi, thiếu vitamin A
- thời tiết lạnh

Ti lệ bs rất thấp, case vp 5t đtri không bớt, xh thêm viêm tai giữa => viêm màng não => xn md IgG, IgM, IgA rất thấp => tham vấn huyết học. VP không đáp ứng đtri nên nghi sgmd

2.2 Yếu tố nguy cơ gây viêm phổi tái phát:
-suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải Aids, sdd, hậu sởi
-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

Sức môi, chè hàm ếch

Phản xạ nuốt không có => đặt sonde nuôi ăn

2.3. Nguyên nhân viêm phổi:

2.3.1. Do vi sinh:

Do virus: nguyên nhân ưu thế: RSV, 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- thanh;

Dò khq- thực quản; dị vật

Tăng đáp ứng miễn dịch

Chất phóng xạ

-15-20ml/kg cn trong dạ dày. 1ml dịch dạ dày vào phổi đủ nằm viện 1 w

Từ 1m đến 5y, chính giữa đầy đủ >12m thường k bị, nổi bật nhất từ 1m đến 12m. 3m-12m rất khó bị Chlamydia trachomatis, liên quan đến hít đường âm đạo dưới 3m vp không sốt

Phế cầu xuyên suốt từ 1m tới 5y

Học thuộc tác nhân vi sinh theo lứa tuổi, hỏi thi nhưng theo bảng mới

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%)

Ho gà trị ks gì? Trị bằng macrolides, lâm sàng: ho kéo dài trên 2w, sặc sữa, cuối kì ho hức hức như con gà, bc tăng rất cao đến 60k, xn htcd, phết tìm vk ho gà trong dịch tiết. Bc điển hình là quất macrolides: erythromycine, ...mycin

40% Vkk điển hình

Sau 1t, đtri phế cầu k hết mới nghĩ vkkđh sau.

1-12m: chlamy tra, ho gà, v (<3m), >3m:...

Trẻ nằm viện kéo dài, SGMD:

Klebsiella

Pseudomonas

E.coli

Serratia

Pneumocystis carinii

Mycoplas k thành tb nên ẹp ra ạo vào => khsinh nào đtri được phế cầu, đtri được mycoplas

Hi (vỏ cứng), phế cầu (uốn eo chui vào trong nằm), M (mycoplas), c (chlamy)

2 loại khsi: thành tb (beta lactam) hydrophilic, độc than, nội tb (macrolides, quinolones, chloramphenicol, aminoglycosides, tetracycline): hypophilic, độc gan.

Trên 5t nếu dùng betalactam k bớt phải phổi hợp macrolides

III. BỆNH SINH:

3.1. Dòng vi khuẩn mũi hầu:

Bệnh thường: đa số vi khuẩn Gram dương

Bệnh lý răng miệng: Vi khuẩn hiếm khi

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

Đọc cho biết

Bỏ bú, co giật, li bì, khó đánh thức, tím tái, nôn ói all là dấu hiệu viêm toàn thân, co lõm ngực cần nv CẤP CỨU, phải đtri kxi đường chính
Co lõm ngực: nặng, có cơ thở oxy => rất nặng

Ngưỡng thở nhanh bắt buộc thuộc lòng
Đúng 12 tháng nhịp thở 40l/ph là nhanh

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 ≥ 60 lần/ phút

2th - dưới 12 th ≥ 50 lần /ph

12 th-5 tuổi: ≥ 40 lần

> 5 tuổi : ≥ 30 lần

Dấu hiệu suy hô hấp :

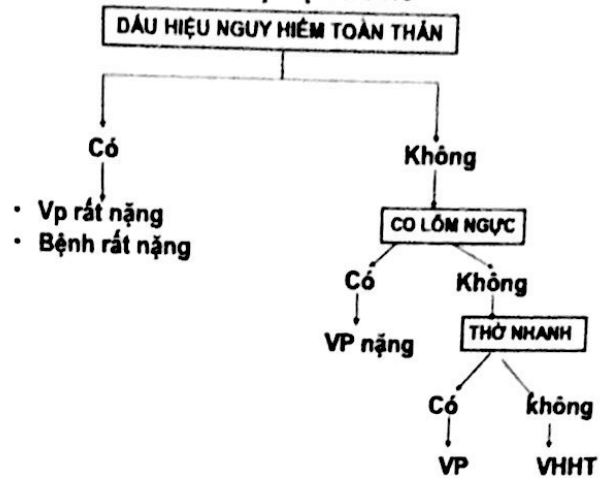
co lõm ngực, phập phồng cánh mũi, co kéo gian sườn, tím trung ương không bú được, bỏ bú thở rên

Ran phổi: ran nổ, ẩm

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



Tiếp cận trẻ ho



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 LÖM LÖNG 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

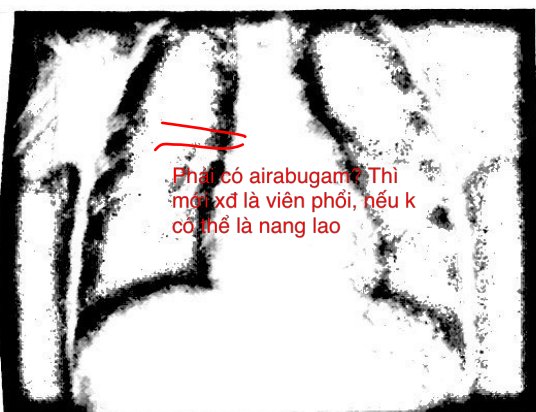
Toàn chuyển hoá do bệnh lý ống
thận cũng thở nhanh nên cần
phải có ống nghe để chẩn đoán

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

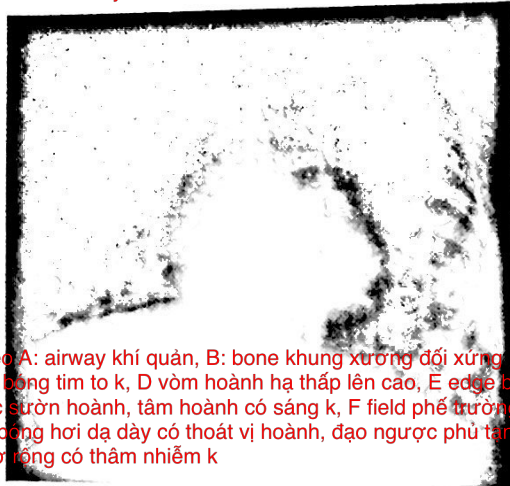
4.2. Cận lâm sàng:

X quang phổi: Δ xác định, xđịnh NN, độ nặng
VP thùy, thâm nhiễm phổi, VP mô kẽ
CTM: Bạch cầu > 15000/mm³
với ưu thế đa nhân/ VP vi khuẩn



Phải có airbugam? Thì
mọi xđ là viêm phổi, nếu k
có thể là nang lao





Đọc theo A: airway khí quản, B: bone khung xương đối xứng k, C: cardiac bóng tim to k, D vòm hoành hạ thấp lên cao, E edge bờ: bờ tim, góc sườn hoành, tâm hoành có sáng k, F field phế trường, G: gastric bóng hơi dạ dày có thoát vị hoành, đạo ngược phủ tạng, H: rốn phổi mờ rộng có thâm nhiễm k

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 ^{Tb lát là của nm miệng}

< 10 TBBM ^{Tb biểu mô}

> 25 BCĐN/qtrường

soi tươi có vi trùng

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

Thi yê: có bn khả năng tìm được vk gây bệnh.

Nội soi rửa pq phải gây mê, chính xác nhất

Cấy máu

NTA: hút dịch khí quản

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 hthan và nước tiểu.

Sinh thiết phổi mù hay chọc hút qua da:

ít làm, có nhiều biến chứng.

Huyết thanh cổ: chla do rất khó cấy

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 ^{Viêm tiểu pq}

-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- clavul;
Cefaclor, Cefuroxim, Erythromycine, clarythromycine.

Trẻ em > 5 tuổi:

Macrolides +Amoxicillin

Trẻ dưới <2 tháng phải nhập viện hết

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

^{Có thể}

~~Tốt nhất~~ dựa trên SpO2 :

• - Thở oxygen khi SpO2 < 90%

• - Mục tiêu :

• SpO2 = 92 – 96 %

• - Ngưng oxy khi :

• LS cải thiện , ổn định

• SpO2 > 92 %

CHỈ ĐỊNH THỞ OXYGEN

CHỈ ĐỊNH DỰA TRÊN LÂM SÀNG (WHO) :

❖ Chỉ định tuyệt đối :

1. Tim 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

Các biến chứng tại phổi đi thi cũng hay hỏi
Vtr kháng thuốc, siêu vi do sars, cúm gà,
lao => đtr k hết nhất định tìm. Dưới 12m
phải tìm GERd do cơ vòng tâm vị còn non,
dd ngắn, góc tù dễ trào, nm bảo vệ khi gặp
ph toan còn non, tăng áp lực trog ổ bụng
do ho
=> do nằm đầu cao 30 độ, ăn dặm hay
uống sữa đặc hơn, giảm tần số bú, dùng
thuốc, không vừa ngủ vừa bú

Y6 thi
Kháng sinh:

Nếu bệnh nhân chưa điều trị KS đường chính:

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
Nghỉ Tự cầu: Oxacilline + Genta

hoặc Clindamycine, Vancomycin
Trẻ > 5T: Cefotaxim+ Macrolides(Ery, Clarythromycin,
Azythromycine)

Nếu bệnh nhân đã được điều trị tuyến trước bằng Amp
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

Điều trị hỗ trợ rất quan trọng
spO2 <90 nên thở oxy

Nhịp thở tăng trên 50% so với nhịp thở bình thường thì cần dùng oxy

Đầu gập gù: co kéo co kéo uddc để giảm áp lực đường thở

Auto PEEP : áp lực dương cuối kì thở ra tự động để chống xẹp phổi bên dưới => tạo ra tiếng
rên ê ê