

## Note Viêm tiểu phế quản

### Case:

Một bé trai 10 tháng tuổi được mẹ đưa đến phòng khám BV NĐ1 vì ho, khò khè N5. Mẹ nói bé sốt nhẹ, ho, khò khè, có đi khám BS tự uống thuốc không giảm nên đến khám.

### Cần hỏi thêm gì về bệnh sử?

- Hỏi từng triệu chứng: khởi phát, đặc điểm, diễn tiến? Thứ tự xuất hiện các triệu chứng?
- Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: bỏ bú? Li bì? Nôn tất cả mọi thứ? Co giật?
- Khám bác sĩ tư chẩn đoán? Điều trị? Phun khí dung? Diễn tiến sau khám?

### Bệnh sử:

- N1-2: ho, sốt nhẹ, sổ mũi, không uống thuốc.
- N3-5: ho nhiều hơn, sốt 37-38 độ C, khò khè, bú ăn được, có đi khám BS tư, chẩn đoán viêm phổi, dùng Amoxicillin 250mg: 1 gói/mỗi 8h, không khí dung.

### Tiền căn:

- Sinh thường đủ tháng. CNLS = 3,2kg.
- Mẹ bị suyễn.

### Cần hỏi thêm gì về tiền căn?

- Tiền căn khò khè lần nào chưa? Nếu có, chẩn đoán ở đâu, điều trị ở đâu, có dùng thuốc dẫn phế quản hay không, có đáp ứng với thuốc dẫn phế quản hay không?
- Tiền căn dinh dưỡng
- Tiền căn dị ứng: chàm da, lát sữa
- Tiền căn gđ: lao, dị ứng
- Môi trường sống: khói bụi, thuốc lá?
- Trong 2 tuần gần đây trong gia đình có ai bị cúm, cảm lạnh?

### Tiền căn (tiếp theo):

- Khò khè 1 lần lúc 3 tháng có khám BS tư nói viêm hô hấp trên, không phun khí dung. ⇒ **bé không có tiền căn khò khè**
- Không bệnh dị ứng.
- Chích ngừa đủ theo lịch ngoại trừ cúm. (Cúm chích ngừa từ 6 tháng, 2 mũi cách 1 tháng. Nhắc lại hằng năm)
- Bỏ bị cảm lạnh cách 1 tuần.
- Gia đình không hút thuốc lá.

**Kết quả khám:**

- Bé tỉnh, bú được, CN=10kg.
- Môi hồng/khí trời
- M: 128l/phút, t: 37,5°C, NT: 54l/phút
- Co lõm ngực vừa
- SpO<sub>2</sub> = 95%
- Tim nghe đều rõ
- Phổi: ran rít, ran ngáy và ầm cả hai phế trường
- Các cơ quan khác không có bất thường

**Rút lõm lồng ngực:**

- Dưới 2 tháng tuổi có rút lõm sinh lý (đôi khi mới xảy ra, nhìn tiếp tuyến mới thấy) và rút lõm bệnh lý (xảy ra thường xuyên, dễ nhìn thấy)
- Trên 2 tháng tuổi đến 5 tuổi: chỉ có RLLN bệnh lý: mức độ nhẹ (nhìn kĩ mới thấy), mức độ vừa (nhìn vào thấy liền), mức độ nặng (có rút lõm sâu và co kéo cơ hô hấp phụ)
- Trên 5 tuổi không có RLLN, có co kéo cơ hô hấp phụ

**Đặt vấn đề:**

- Hội chứng suy hô hấp độ I (vẫn tỉnh, môi hồng, thở nhanh, RLLN vừa)
- Nhiễm siêu vi hô hấp trên (sốt nhẹ những ngày đầu, ho, sổ mũi)
- Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới (khò khè, RLLN, phổi có ra tắc nghẽn: ran ngáy ran rít)
- Dùng kháng sinh Amox 2 ngày uống
- Khò khè lần đầu
- Mẹ bị hen
- Bị cảm lạnh 1 tuần

**Chẩn đoán:**

- Viêm tiểu phế quản trung bình
- Viêm phổi nặng
- Hen cơn trung bình
- Viêm phế quản: không nghĩ do viêm phế quản trên lâm sàng không thở nhanh không RLLN

**Phân biệt nguyên nhân:**

- Virus: viêm lan tỏa như viêm thanh khí phế quản, viêm phế quản phổi
- Vi trùng: viêm khu trú

## Chẩn đoán viêm tiểu phế quản

- Xảy ra vào mùa lạnh, mùa mưa, đỉnh tháng 8
- Dịch tễ: dưới 24 tháng, thường gặp dưới 12 tháng, đỉnh 2-6 tháng
- Khò khè lần đầu (triệu chứng cơ năng quan trọng nhất)
- Thở nhanh theo tuổi
- Co lõm ngực
- HC tắc nghẽn hô hấp dưới
- HC nhiễm siêu vi hô hấp trên
- Loại trừ nguyên nhân khò khè khác

## Chẩn đoán viêm phổi

Ho hoặc khó thở cộng với ít nhất một trong những dấu hiệu sau:

- Thở nhanh (dưới 2 tháng  $\geq 60$ /ph, 2-11 tháng  $\geq 50$ /ph, 1-5 tuổi  $\geq 40$  l/ph)
- Rút lõm lồng ngực
- Rạn phổi

## Chẩn đoán hen:

1. Khò khè  $\pm$  ho tái đi tái lại ( $\geq 3$  lần đối với trẻ  $< 12$  tháng tuổi,  $\geq 2$  lần đối với trẻ  $\geq 12$  tháng tuổi)
2. Hội chứng tắc nghẽn đường thở: lâm sàng có rạn rít, rạn ngáy ( $\pm$  dao động xung ký)
3. Có đáp ứng thuốc giãn phế quản và hoặc đáp ứng với điều trị thử (4-8 tuần) và xấu đi khi ngưng thuốc.
4. Có tiền sử bản thân hay gia đình dị ứng  $\pm$  có yếu tố khởi phát.
5. Đã loại trừ các nguyên nhân gây khò khè khác.

Phân loại độ nặng theo Stephen Berman			
Thể nhẹ	Thể trung bình	Thể nặng	Thể rất nặng
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nhịp thở dưới ngưỡng nhanh theo tuổi và</li> <li>• Trao đổi khí tốt và</li> <li>• Co lõm ngực nhẹ hoặc không co lõm ngực và</li> <li>• Không có dấu hiệu mất nước</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nhịp thở tăng trên ngưỡng nhanh theo tuổi hoặc</li> <li>• Co lõm ngực trung bình hoặc</li> <li>• Thì thở ra kéo dài kèm với giảm trao đổi khí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nguy cơ cao: sinh non, <math>&lt; 12</math> tuần tuổi, tim bẩm sinh, loạn sản phế quản phổi, bệnh lý thần kinh cơ, suy giảm miễn dịch hoặc</li> <li>• Nhịp thở <math>&gt; 70</math> lần/phút hoặc</li> <li>• Co lõm ngực nặng hoặc</li> <li>• Trao đổi khí kém hoặc</li> <li>• Thở rên hoặc</li> <li>• SaO<sub>2</sub> <math>&lt; 94\%</math> hoặc</li> <li>• Có dấu hiệu mất nước hoặc nhiễm trùng toàn thân</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ngưng thở hoặc</li> <li>• Tím khi thở oxy hoặc</li> <li>• Không thể duy trì PaO<sub>2</sub> <math>&gt; 50</math> mmHg với FiO<sub>2</sub> 80% hoặc</li> <li>• Các dấu hiệu của sốc</li> </ul>

**Xử trí tại phòng khám:**

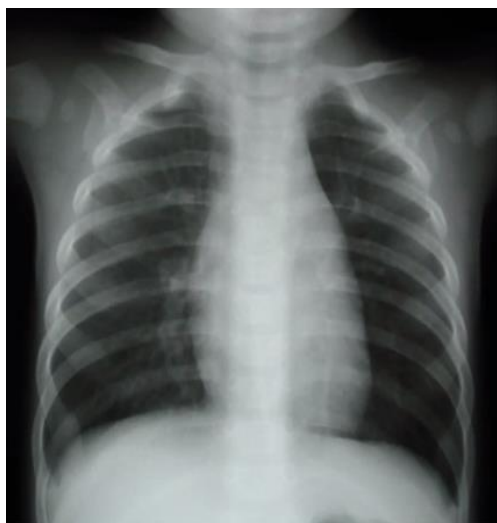
1. Test dẫn phế quản: Phun Ventolin 2.5mg 3 lần cách nhau 20 phút
2. Chụp X-quang phổi thẳng

Nếu em bé nhỏ hơn 3 tháng tuổi thì không nghĩ hen do hen chỉ nghĩ từ sau 6 tháng hoặc thường là 1 tuổi, do đó sẽ không làm test dẫn phế quản.

**Khám sau test DPQ**

- Bé tỉnh
- Môi hồng/khí trời
- M: 120;/ph, NT: 50l/ph
- Co lõm ngực vừa
- SpO2 = 96%
- Tim nghe đều rõ
- Phổi còn ran rít, ran ngáy và ầm hai phế trường

⇒ Không đáp ứng

**Xquang phổi:**

Vòm hoành hơi dẹt  
Vùng đáy tăng sáng  
⇒ Ứ khí vùng đáy

**Xquang mong đợi khi nghĩ viêm TPQ:**

- Dày quanh phế quản/ viêm phổi kẽ: 50-80%
- Ứ khí: 50%
- Thâm nhiễm phổi: 30% ± do viêm/xẹp khu trú
- Đông đặc phân thùy 10-25%
- Xẹp thùy trên phải thường gặp nhất
- Xẹp thùy giữa 22%, thùy lưỡi 16%

- Xẹp thùy dưới hai bên & trên trái 5%
- Bình thường 10%

⇒ Xquang không giúp chẩn đoán xác định viêm TPQ.

**Nếu Xquang có viêm phổi thì chẩn đoán xác định là viêm phổi nhưng nếu Xquang bình thường thì không loại trừ khi lâm sàng có viêm phổi.** Xquang có thể chậm trễ so với lâm sàng. CT giúp chẩn đoán xác định viêm phổi (CT chụp khi điều trị kéo dài không đáp ứng, bé nằm yên hoặc phải gây mê, trước khi chụp CT phải nhập viện làm chức năng thận trước khi tiêm thuốc cản quang)

### Chẩn đoán:

1. VTPQ trung bình
2. Viêm phổi nặng

Xử trí: nhập viện (\*) khoa hô hấp

### (\*) Chỉ định nhập viện:

- **Trẻ dưới 3 tháng** tuổi có thở nhanh hoặc mạch > 140 lần/phút.
- **Trẻ ≥ 3 tháng tuổi** có một trong những biểu hiện sau:
  - Nhịp thở 70 lần/phút
  - Mạch 150 lần/phút
  - Tím tái
  - Thay đổi tri giác
  - Xẹp phổi trên x quang
- Nguy kịch hô hấp trung bình-nặng: thở rên, phập phồng cánh mũi, co lõm ngực; nhịp thở >70/p, khó thở, tím tái
- Giảm oxy máu: SpO<sub>2</sub> < 90%
- Ngưng thở
- Vết nhiễm độc
- Bú kém
- Lơ mơ

### Nguyên tắc điều trị viêm TPQ:

1. Hỗ trợ hô hấp: thông thoáng đường thở bằng cách hút đàm nhớt, nằm đầu cao 30 độ chỉ khi không loại trừ trào ngược DDTQ, thở oxy (\*)
2. Phát hiện và điều trị biến chứng: viêm phổi, suy hô hấp, rối loạn thăng bằng kiềm toan
3. Bù nước điện giải và năng lượng
4. Kháng virus: lâm sàng không dùng, ở nước ngoài chỉ dùng với cơ địa đặc biệt
5. Phòng ngừa

**(\*): Chỉ định oxy liệu pháp (WHO 2016)**

1. Tím trung ương
2. Rối loạn tri giác và cải thiện sau thở oxy
3. Cánh mũi phập phồng
4. Thở rên
5. Bỏ bú do khó thở
6.  $SpO_2 < 90\%$  ( $SpO_2 < 94\%$ : sốc, co giật, thiếu máu nặng, thở rít, cơn ngưng thở)
7. Đầu gập gù
8. Thở co lõm ngực nặng
9. Thở nhanh  $\geq 70l/ph$

**Xử trí tại khoa hô hấp:**

1. Nằm đầu cao 30 độ, hút đàm nhớt
2. Chỉ định thở oxy: không thở oxy
3. Chỉ định kháng sinh: dùng kháng sinh do chưa loại trừ nhiễm trùng (VP nặng)
4. Khí dung: không phun khí dung do không nghĩ hen và test DPQ không đáp ứng
5. Corticosteroids: không
6. Vật lý trị liệu hô hấp: không
7. Nước điện giải năng lượng?

**(3): Chỉ định cho kháng sinh:**

- Lâm sàng nặng: tím tái, li bì khó đánh thức, bỏ bú kém, co lõm ngực nặng, chưa có bằng chứng chắc chắn loại trừ nhiễm trùng.
- Tình trạng LS không cải thiện sau 4-5 ngày; sốt cao  $> 38,7$  độ C
- Có tổn thương nhu mô trên Xquang
- Có ổ nhiễm trùng đi kèm

**(4): Chỉ định khí dung dẫn phế quản:**

- Không khí dung dẫn PQ cho trẻ VTPQ lần đầu.
- Có thể khí dung 1 lần salbutamol/adrenalin cho VTPQ nặng (phập phồng cánh mũi, co lõm ngực, thở rên, NT  $> 70l/ph$ , khó thở, tím tái) hoặc suy hô hấp.
- Có thể dùng nếu như chưa loại trừ hen. ( $< 6$  tháng viêm TPQ không phun khí dung do k nghĩ hen)
- Đánh giá trước và sau phun 1 giờ: nếu đáp ứng, duy trì mỗi 4-6 giờ, ngưng khi cải thiện.

**(5): Corticoid:**

- Không dùng corticoid đường toàn thân cho trẻ khỏe mạnh nhập viện lần đầu tiên vì VTPQ
- Không dùng khí dung dẫn phế quản + glucocorticoids
- Dùng corticoid uống trong trường hợp khô khè tái đi tái lại và không loại trừ hen.

**(6): VLTL hô hấp** chỉ định khi có xẹp phổi trên Xquang, hoặc khô khè kéo dài không đáp ứng điều trị.

**Chỉ định CLS khác:**

- Công thức máu, CRP: đánh giá mức độ nhiễm trùng (BC bthg/tăng nhẹ)
- Ion đồ (tăng tiết ADH không thích hợp trong VTPQ nặng 33%: ↑ tỷ trọng nước tiểu, ↓ độ thẩm thấu huyết tương, ↑ ADH máu), khí máu động mạch (đánh giá trao đổi khí): chỉ làm trong trường hợp nặng, rất nặng
- PCR (để xác định virus:MDHQ, ELISA, PCR, canh cấy, Real time PCRNhạy 100%, đặc hiệu 90%): thường chỉ làm trong trường hợp nghiên cứu khoa học

**Diễn tiến sau 2 ngày điều trị:**

- Bé hết sốt, bú ăn bình thường, bớt ho và khô khè
- Tỉnh, môi hồng khí trời, M=120l/ph, NT=40l/ph, còn co lõm ngực
- Nghe phổi còn ran ẩm, ít ran gáy

**Công thức máu:**

- BC: 18200, N 85%, L 15%
- HC 4 triệu
- HB 12g/dl
- TC 350000/m3CRP: 60mg/l

**Tiền lượng nặng**

- Trẻ nhỏ hơn 3 tháng
- Có tật bẩm sinh đi kèm, nhất là có cao áp phổi
- Bệnh phổi mãn: loạn sản phế quản phổi
- Suy giảm miễn dịch

**Phòng ngừa**

- Giữ vệ sinh bàn tay
- Tránh khói thuốc lá
- Trách tiếp xúc với người nhiễm khuẩn hô hấp cấp
- Chủng ngừa cúm hằng năm

### **Kết luận:**

- VTPQ là nguyên nhân thường gặp của khô khè cấp ở trẻ < 2 tuổi.
- Chẩn đoán dựa vào lâm sàng.
- Điều trị: hỗ trợ hô hấp, cung cấp đầy đủ nước, điện giải và năng lượng
- Phòng ngừa: tránh tiếp xúc với người NKHHC, chích ngừa cúm cho trẻ ≥6 tháng.