VIÊM HÔ HẤP TRÊN

ThS.BS. Cao Phạm Hà Giang

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. *Phân biệt bệnh lý viêm hô hấp trên do siêu vi và vi trùng*
2. *Chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân cảm lạnh, viêm xoang cấp do vi trùng, viêm họng cấp – viêm amidan cấp do Streptococcus nhóm A, viêm thanh khí phế quản cấp, viêm thanh thiệt.*
3. *Nhận ra được một trường hợp tắc nghẽn hô hấp trên*
4. *Phân độ khó thở do tắc nghẽn hô hấp trên*
5. *Trình bày hướng xử trí một trường hợp tắc nghẽn đường hô hấp trên nặng – hoàn toàn*
6. *Chẩn đoán độ nặng của một trường hợp viêm thanh khí phế quản cấp.*
7. *Phân biệt viêm thanh khí phế quản cấp với các bệnh lý gây tắc nghẽn hô hấp trên khác.*

1. ĐẠI CƯƠNG [1],[2],[3],[4]

Đường hô hấp trên bao gồm: mũi, hầu họng, thanh quản và đoạn khí quản và vùng hạ thanh môn.

Viêm hô hấp trên là bệnh lý thường gặp nhất ở trẻ em và cũng là nguyên nhân hàng đầu đưa trẻ đến khám bệnh. Bệnh có thể thay đổi từ nhẹ, tự giới hạn đến tình trạng nguy kịch, diễn tiến nhanh, cần xử trí cấp cứu đặc hiệu.

2. CẢM LẠNH

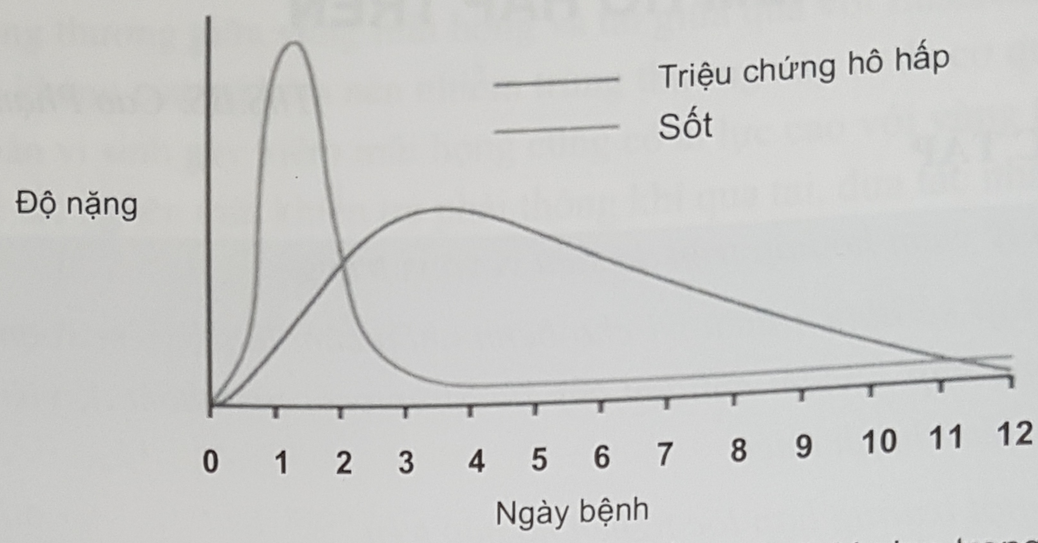
Cảm lạnh là bệnh lý mắc phải do nhiễm siêu vi ở đường hô hấp trên gây ra tình trạng viêm ở mũi thường kèm theo viêm niêm mạc xoang (± viêm niêm mạc họng), bệnh tự giới hạn với các triệu chứng tại mũi (sổ mũi, nghẹt mũi) chiếm ưu thế [5],[6],[7].

2.1. Dịch tễ [5],[6]

Đây là bệnh lý thường gặp nhất ở trẻ em. Trung bình, trẻ nhỏ mắc 6-8 đợt/năm, 10-15% mắc đến 12 đợt/năm. Tần suất bệnh giảm dần theo tuổi, chỉ còn 2-3 đợt/năm ở người trưởng thành. Đối với trẻ dưới 3 tuổi, đi nhà trẻ là yếu tố nguy cơ.

2.2. Triệu chứng lâm sàng [5],[6],[7]

Bệnh giới hạn trong vòng 1 tuần, 10% trường hợp kéo dài đến 2 tuần. Biểu đồ 6.1 mô tả diễn tiến điển hình của một trường hợp cảm lạnh thông thường chưa có biến chứng bội nhiễm [8].



Biểu đồ 6.1. Diễn tiến sốt và triệu chứng hô hấp theo thời gian trong cảm lạnh [8]

- Sốt: sốt nhẹ hoặc không sốt, xuất hiện sớm từ ngày đầu tiên kèm theo triệu chứng toàn thân (nhức đầu, mỏi cơ), đau ngứa họng và hết trong vòng 48 giờ, sau đó các triệu chứng hô hấp bắt đầu chiếm ưu thế.
- Triệu chứng tại mũi (sổ mũi, nghẹt mũi): xuất hiện từ ngày 2-3. Chất tiết mũi thay đổi trong quá trình bệnh. Sổ mũi vàng/xanh là do sự gia tăng số lượng bạch cầu đa nhân trong chất tiết mũi, không liên quan đến bội nhiễm vi khuẩn.
- Ho: thường xuất hiện sau triệu chứng mũi và hết sau cùng.
- Triệu chứng hô hấp rầm rộ nhất từ ngày 3-6, sau đó giảm dần và kết thúc trong vòng 10-14 ngày.

Triệu chứng thực thể: niêm mạc mũi phù nề, đỏ. Có thể có họng đỏ, tuy nhiên, amidan không sưng và không có mủ, họng không loét. Triệu chứng chỉ giới hạn ở đường hô hấp trên, không có triệu chứng ở thanh quản, khí quản hay đường hô hấp dưới.

2.3. Chẩn đoán

Chẩn đoán cảm lạnh là chẩn đoán lâm sàng. Cận lâm sàng không cần thiết. Quan trọng nhất là phát hiện biến chứng và phân biệt với các bệnh lý viêm hô hấp trên do vi trùng để quyết định kháng sinh hợp lý. Diễn tiến của bệnh là yếu tố quan trọng giúp phân biệt giữa viêm hô hấp trên do siêu vi và vi trùng (Biểu đồ 6.1).

2.4. Chẩn đoán phân biệt [5],[6],[9]

Các chẩn đoán phân biệt thường gặp:

- Viêm xoang do vi trùng, viêm họng/amidan do vi trùng, ho gà,…
- Viêm mũi dị ứng: ngứa mũi là triệu chứng nổi bật kèm theo hắt hơi, không sốt, khởi phát sau tiếp xúc dị ứng nguyên, tiền căn dị ứng bản thân và gia đình.

2.5. Điều trị [5],[10]

Điều trị nâng đỡ có vai trò chủ yếu:

- Cung cấp đủ dịch qua đường uống, cho trẻ ăn/uống thức ăn, đồ uống ấm,…

- Nước muối sinh lý: nhỏ mũi (trẻ nhỏ), xịt, rửa mũi (trẻ lớn).
- Mật ong (2,5-10 mL): giảm ho đêm khá hiệu quả, không nên dùng cho trẻ < 1 tuổi do nguy cơ ngộ độc.

Khi triệu chứng không giảm với điều trị nâng đỡ mới cân nhắc đến dùng thuốc. Không sử dụng các thuốc ho (bao gồm antihistamin, chống sung huyết, thuốc ức chế ho như codein hay dextromethorphan) ở trẻ < 6 tuổi do hiệu quả không rõ ràng mà còn có thể gây tác dụng phụ.

3. VIÊM XOANG CẤP

Viêm xoang cấp khi bệnh kéo dài < 30 ngày. Có hai nguyên nhân gây viêm xoang cấp thường gặp là nhiễm siêu vi và nhiễm vi trùng. Trong đó, viêm mũi xoang do siêu vi gặp trong bệnh cảm lạnh (đã trình bày trong mục 1). Trong mục 2, chỉ đề cập đến viêm xoang cấp do vi trùng. Bệnh thường gặp, có thể xảy ra bất cứ tuổi nào, kể cả nhũ nhi, nhưng phổ biến nhất từ 4-7 tuổi, ít gặp < 2 tuổi.

3.1. Tác nhân gây bệnh [11],[12]

Siêu vi: gây viêm xoang kèm viêm mũi gặp trong bệnh cảm lạnh.

Vi trùng:

- *Streptococcus pneumoniae*: chiếm 30% viêm xoang do vi trùng. Trong đó, 25% kháng penicillin, cần điều trị với amoxicillin liều cao.
- *Haemophilus influenzae* không phân type: chiếm 20% viêm xoang do vi trùng. Trong đó, 50% trường hợp tiết ra men β-lactamase, không đáp ứng amoxicillin.
- *Moraxella catarrhalis*: chiếm 20% viêm xoang do vi trùng. 100% trường hợp tiết ra men β-lactamase, không đáp ứng amoxicillin.

3.2. Triệu chứng lâm sàng [8],[11],[12]

Diễn tiến lâm sàng là yếu tố quan trọng giúp chẩn đoán viêm xoang do vi khuẩn. Ba bệnh cảnh thường gặp là:

- Triệu chứng nặng lúc khởi phát: ngay từ khi khởi phát bệnh đã có sốt ≥ 39°C kèm sổ mũi vàng/xanh ≥ 3 ngày liên tiếp.
- Bệnh nặng lên (biểu hiện hai pha) sau giai đoạn cải thiện trước đó (thường vào ngày 6-7) với:
  + Triệu chứng hô hấp nặng lên, hoặc
  + Xuất hiện thêm triệu chứng: sốt lại hoặc ho ban ngày hoặc sổ mũi vàng/xanh hoặc nhức đầu dữ dội.

Các triệu chứng ít gặp hơn: hơi thở hôi, giảm cảm nhận mùi, phù quanh hốc mắt. Ngoài ra, còn có thể đau đầu, đau mặt, đau răng hàm trên tăng khi cúi về trước.

Khám thấy niêm mạc mũi sung huyết, phù nề. Ấn đau vùng hàm trên (viêm xoang hàm) và trán (viêm xoang trán) có thể gặp ở trẻ vị thành niên, hiếm gặp. Soi xoang thấy dấu hiệu mờ xoang.

3.3. Độ nặng

Bảng 6.1. Bảng điểm đánh giá độ nặng của viêm xoang do vi trùng ở trẻ em (theo Hiệp hội Nhi khoa Hoa Kỳ – AAP)

Triệu chứng	Điểm
Triệu chứng mũi	
Ít	1
Nhiều	2
Nghẹt mũi	1
Ho	2
Hơi thở hôi	1
Đau mặt khi sờ	3
Sốt	
< 38,5°C	1
≥ 38,5°C	2
Nhức đầu (sau hốc mắt)/kích thích	
Nặng	3
Nhẹ	1
< 8 điểm: bệnh nhẹ/trung bình ≥ 8 điểm: bệnh nặng	

3.4. Cận lâm sàng [8],[11],[12],[13]

X-quang xoang (tư thế Blondeau – Hirzt), CT scan xoang, MRI xoang có hình ảnh: mờ xoang, dày niêm mạc ≥ 4 mm hoặc mức khí – dịch.

Xét nghiệm hình ảnh học chỉ cho thấy có hình ảnh viêm của xoang, không thể phân biệt nguyên nhân viêm xoang là do siêu vi, vi khuẩn hay dị ứng, nên không cần thiết trong chẩn đoán viêm xoang chưa biến chứng. Tuy nhiên, xét nghiệm hình ảnh học có giá trị tiên đoán âm cao trong chẩn đoán viêm xoang do vi khuẩn. Cần thiết trong chẩn đoán viêm xoang có biến chứng.

3.5. Biến chứng [11],[12],[13]

Biến chứng nội sọ (nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương): cần tầm soát ngay khi có phù nhãn cầu/quanh nhãn cầu, nhức đầu/ói kéo dài hoặc nặng nề, thay đổi tri giác, dấu thần kinh khu trú, cổ cứng, dấu màng não, phù gai thị.

Biến chứng mắt thường liên quan đến viêm xoang sàng. Các dấu hiệu cần tầm soát ngay: phù nề và đỏ mi mắt và vùng quanh nhãn cầu, giảm thị lực, nhìn đôi, bất thường vận động nhãn cầu, lồi mắt và đau mắt.

3.6. Chẩn đoán

Chẩn đoán viêm xoang do vi khuẩn không biến chứng chủ yếu dựa vào lâm sàng, không dựa vào cận lâm sàng. Cần phân biệt viêm xoang do vi khuẩn với viêm xoang do siêu vi hoặc dị ứng. Diễn tiến của bệnh là yếu tố quan trọng giúp chẩn đoán.

3.7. Điều trị [11],[13],[14],[15],[16]

Lựa chọn kháng sinh cần bao phủ được ba vi khuẩn thường gặp.

Tiếp cận điều trị theo Lưu đồ 6.1.

Nguy cơ mắc các chủng kháng thuốc [11],[12],[13]:

- Dưới 2 tuổi
- Đi nhà trẻ
- Đã điều trị kháng sinh trong vòng 1 tháng trước đó
- Đã nằm viện trong vòng 5 ngày trước đó
- Suy giảm miễn dịch
- Chưa chủng ngừa
- Vùng dịch tễ phế cầu kháng penicillin.

Chỉ định nhập viện [15]:

- Biểu hiện nhiễm độc: lừ đừ, tưới máu kém, suy tim phổi
- Có biến chứng hoặc nghi ngờ biến chứng
- Thất bại điều trị ngoại trú.

Điều trị triệu chứng:

- Nước muối sinh lý tại chỗ: nhỏ/xịt/rửa mũi với nước muối sinh lý có thể làm loãng chất tiết giúp dẫn lưu xoang dễ dàng [chứng cứ 2C].

Thuốc chống sung huyết, antihistamin và corticosteroid xịt mũi: không khuyến cáo, chỉ dùng trong trường hợp có dị ứng kèm theo [chứng cứ 2B].

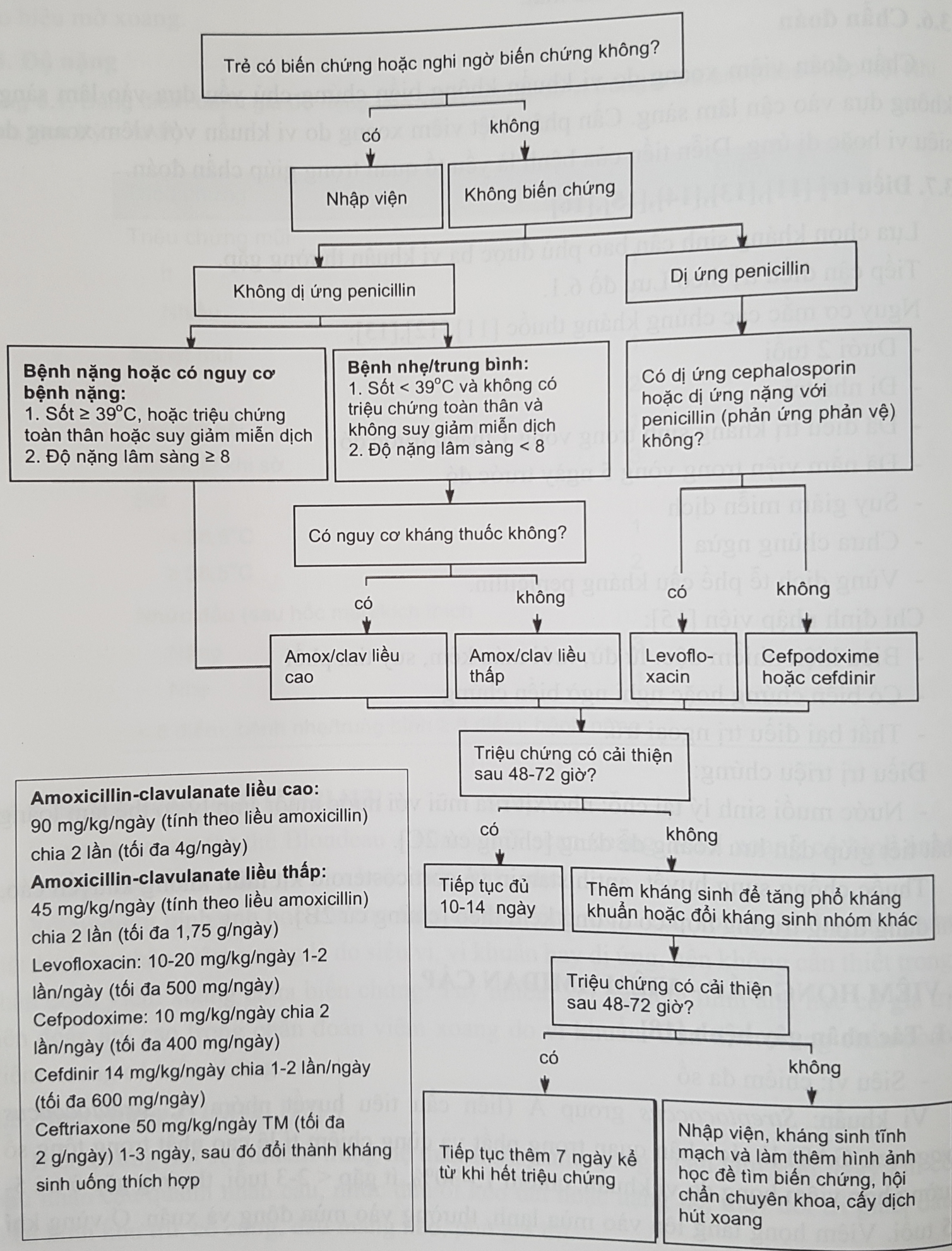
4. VIÊM HỌNG CẤP – VIÊM AMIDAN CẤP

4.1. Tác nhân gây bệnh [18]

- Siêu vi: chiếm đa số

Vi khuẩn: *Streptococcus* group A (liên cầu tiêu huyết nhóm A, *Streptococcus pyogenes,* GAS) là tác nhân quan trọng nhất và cũng chiếm tỉ lệ cao nhất trong tổng số trường hợp viêm họng do vi khuẩn, chiếm 15-30%, ít gặp < 2-3 tuổi, thường gặp ở trẻ 5-15 tuổi. Viêm họng tăng lên vào mùa lạnh, thường vào mùa đông và xuân. Ở vùng khí

hậu nhiệt đới, viêm họng do GAS xảy ra quanh năm. Yếu tố dịch tễ khá quan trọng, trẻ thường bị lây từ anh chị em ruột hoặc bạn học chung.



Lưu đồ 6.1. Lưu đồ tiếp cận điều trị viêm xoang cấp do vi khuẩn

4.2. Lâm sàng [17],[18],[19]

Triệu chứng chính bao gồm: ho, đau họng và sốt.

4.2.1. Viêm họng do siêu vi

Ngoại trừ bệnh cảnh tăng đơn nhân nhiễm trùng, viêm họng do siêu vi thường nhẹ, diễn tiến từ từ và tự giới hạn. Phần lớn gây bệnh cảnh viêm họng không đặc hiệu. Chỉ một số siêu vi gây bệnh cảnh đặc biệt, giúp gợi ý tác nhân, bao gồm:

4.2.1.1. *Adenovirus*

Adenovirus: gây viêm họng kèm viêm kết mạc, thường liên quan đến hồ bơi.

4.2.1.2. *Herpes simplex* virus

Herpes simplex virus: gây viêm họng/amidan kèm viêm nướu, viêm niêm mạc miệng, mụn nước ở họng trước và môi làm cho trẻ khó ăn uống, sốt cao.

4.2.1.3. Enterovirus

Enterovirus (thường gặp nhất là *coxsackie* A16): gây bệnh cảnh viêm loét miệng với sẩn mụn nước hoặc loét ở thành sau họng. Trẻ đau họng nhiều, thường sốt cao, nôn ói, nhức đầu, mệt mỏi, đau cơ, chảy nước miếng và khó nuốt. Ngoài ra, có thể gây bệnh tay chân miệng với mụn nước, loét miệng ở khắp họng kèm hồng ban, mụn nước ở lòng bàn tay, lòng bàn chân. Bệnh phổ biến vào mùa hè ở trẻ < 5 tuổi.

4.2.1.4. *Epstein Barr* virus

Epstein Barr virus: gây viêm họng, amidan sưng to, xuất tiết, hoặc có màng giả, kèm hội chứng tăng đơn nhân nhiễm khuẩn bao gồm hạch cổ sau to, gan lách to, ban toàn thân, mệt mỏi nhiều, tăng lympho không điển hình, gặp ở trẻ ≥ 10 tuổi.

4.2.2. Viêm họng do một số vi khuẩn không phải group A streptococcus

Ngoài GAS, còn có nhiều vi khuẩn khác gây viêm họng. Trong đó, bạch hầu và *F. tularensis* gây bệnh cảnh điển hình.

4.2.2.1. Bạch hầu

Bạch hầu: gặp ở trẻ không được chủng ngừa. Triệu chứng gồm cổ bạnh, màng giả màu xám bám dính ở họng hoặc mũi (khi cố bóc ra sẽ gây chảy máu).

4.2.2.2. *F. tularensis*

F. tularensis: do sử dụng nguồn nước, sữa hoặc thịt chưa nấu chín bị nhiễm. Biểu hiện với đau họng nhiều, viêm amidan, viêm hạch cổ, loét miệng và màng giả.

4.2.3. Viêm họng do group A streptococcus

Bệnh khởi phát rất nhanh với đau họng rõ và sốt. Nhức đầu, đau bụng và ói rất thường gặp. Khám thấy: họng đỏ, amidan to bao phủ bởi chất tiết vàng hoặc xám hoặc trắng, có lẫn tia máu, xuất huyết điểm trên khẩu cái mềm và thành sau họng, lưỡi gà sưng đỏ, lưỡi

dâu, hạch cổ trước to, đau, phát ban "dạng tinh hồng nhiệt" (scarlatiniform rash) có dạng sẩn mịn đỏ sờ vào như giấy nhám, ban đầu ở mặt sau đó lan rộng, có thể kèm triệu chứng "vòng tròn nhạt quanh môi" (circumoral pallor). Ban mất đi khi ấn, đậm màu hơn ở các nếp gấp gây ra dấu hiệu Pastia's sign. Đỏ da nhạt dần sau vài ngày và khi hết bong vẩy như cháy nắng nhẹ [18].

Tiêu chảy, ho, chảy mũi, loét miệng, viêm kết mạc không gặp trong viêm họng do GAS.

Trẻ < 3 tuổi: triệu chứng không điển hình với sổ mũi chiếm ưu thế kèm sốt nhẹ và hạch cổ trước đau.

4.3. Cận lâm sàng [17],[18],[19],[20]

- Test nhanh tìm kháng nguyên GAS (Rapid antigen – detection test – RADT): cho kết quả ngay với độ đặc hiệu ≥ 95%, độ nhạy thay đổi 59-96%. Độ đặc hiệu cao nên khi test dương tính, khả năng nhiễm GAS là chính xác, không cần làm thêm xét nghiệm cấy. Tuy nhiên, độ nhạy lại thấp hơn xét nghiệm cấy, cần kiểm tra bằng xét nghiệm cấy khi test nhanh âm tính.
- Cấy phết họng: là tiêu chuẩn vàng, độ nhạy 90-95%, nhưng kết quả chỉ có sau 48 giờ. Do GAS có thể gây biến chứng ở trẻ em nên cấy cần thực hiện khi RADT âm tính để tránh bỏ sót bệnh.
- Xét nghiệm phân tử (PCR): độ nhạy ≥ 97%, độ đặc hiệu > 93%, kết quả có trong thời gian ngắn, nhưng đắt tiền và cần nhiều trang bị kĩ thuật nên chưa được phổ biến.
- Xét nghiệm công thức máu, CRP, VS không giúp phân biệt viêm họng do GAS và các vi khuẩn khác. Lympho không điển hình tăng cao trong hội chứng tăng đơn nhân nhiễm khuẩn.

4.4. Biến chứng

4.4.1. Viêm họng do group A streptococcus

- Nhiễm trùng tại chỗ: áp-xe cạnh hầu họng, áp-xe thành sau họng
- Không nhiễm trùng: sốt thấp cấp, viêm cầu thận cấp hậu nhiễm liên cầu trùng.

4.4.2. Viêm họng do siêu vi

- Viêm tai giữa do vi trùng
- Viêm xoang do vi trùng.

4.5. Chẩn đoán

4.5.1. Phân biệt viêm họng do GAS với viêm họng do siêu vi

Bảng 6.2. Phân biệt viêm họng do GAS và viêm họng do siêu vi (theo IDSA) [20]

Viêm họng do group A *Streptococcus*	Viêm họng do siêu vi
Khởi phát đau họng đột ngột	Viêm kết mạc
5-15 tuổi	Sổ mũi
Sốt	Ho
Nhức đầu	Tiêu chảy
Buồn nôn, nôn	Khàn tiếng
Đau bụng	Loét miệng rải rác
Viêm họng – amidan	Phát ban do siêu vi
Amidan xuất tiết (thường dạng mảng)	
Xuất huyết điểm khẩu cái	
Viêm hạch cổ trước, đau	
Bệnh vào mùa xuân và đầu đông	
Tiếp xúc với người bị viêm họng do GAS	
Phát ban dạng tinh hồng nhiệt	

4.5.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chẩn đoán viêm họng do GAS khi có kết quả xét nghiệm vi sinh (RADT, cấy) dương tính ở bệnh nhân có triệu chứng viêm họng do GAS và không có triệu chứng nhiễm siêu vi. Cần phối hợp lâm sàng và xét nghiệm trong chẩn đoán viêm họng do GAS vì 5-21% trẻ 3-15 tuổi là người lành mang trùng [19].

Ở trẻ < 3 tuổi, bệnh cảnh viêm họng do GAS không điển hình, do đó, chỉ định xét nghiệm vi sinh khi trẻ có sổ mũi, hạch cổ trước to đau, sốt và có tiếp xúc với người viêm họng do GAS.

KHÔNG làm xét nghiệm tìm GAS ở bệnh nhân sau [20]:

- Viêm họng cấp có triệu chứng và dịch tễ gợi ý nhiều đến tác nhân siêu vi (theo Bảng 6.2)
- Trẻ < 3 tuổi, trừ trường hợp có yếu tố nguy cơ, ví dụ: có anh chị em ruột bị nhiễm GAS hoặc có tiếp xúc thân mật với người nhiễm GAS
- Điểm Centor < 2 điểm.

4.6. Điều trị [16],[17],[18],[20],[21]

4.6.1. Kháng sinh trong viêm họng do GAS

Chỉ định kháng sinh khi viêm họng cấp có triệu chứng và có RADT hoặc cấy dương tính (chứng cứ 1A). Không khuyến cáo điều trị kháng sinh mà không có xét nghiệm vi sinh.

Tuy nhiên, nếu xét nghiệm không sẵn có, có thể chỉ định kháng sinh trong các trường hợp nghi ngờ cao (theo Bảng 6.2, có tiếp xúc với người nhiễm GAS, điểm Centor ≥ 4,...).

- Kháng sinh ưu tiên: penicillin có phổ kháng khuẩn hẹp nhất, rẻ và ít tác dụng phụ, nhưng amoxicillin lại được ưa dùng hơn ở trẻ em do mùi vị dễ uống, nhiều dạng sử dụng và chỉ cần uống 1 lần/ngày.
  + Amoxicillin: 50-75 mg/kg/ngày chia 2-3 lần/ngày, uống 10 ngày [16],[17],[18]
  + Penicillin V: 50-75 mg/kg/ngày chia 2-3 lần, uống 10 ngày [16],[17]
  + Benzathine penicillin G: 600.000 đơn vị khi trẻ < 27 kg, 1.200.000 đơn vị khi trẻ ≥ 27 kg, tiêm bắp 1 liều duy nhất.
- Dị ứng với penicillin với phản ứng chậm, không nặng: cephalexin.
- Dị ứng với penicillin với phản ứng phản vệ tức thời: macrolide hoặc clindamycin.

4.6.2. Viêm họng do siêu vi

Chỉ điều trị triệu chứng, trừ trường hợp viêm họng do Herpes cần điều trị sớm với acyclovir.

4.6.3. Cắt amidan

Có thể giảm tần suất viêm họng trong 1-2 năm. Tần suất viêm họng giảm dần theo tuổi. Sau 2 năm cắt amidan, tần suất mắc viêm họng ở trẻ cắt amidan cũng tương đương trẻ không cắt. Do đó, chỉ định cắt amidan cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của gây mê và phẫu thuật. Chỉ định khi: viêm họng tái phát ≥ 7 lần/năm hoặc ≥ 5 lần/năm trong 2 năm liên tiếp, ≥ 3 lần/năm trong 3 năm liên tiếp.

Bảng 6.3. Bảng điểm Centor hiệu chỉnh (Mc Isacc) [17]

Trẻ có đau họng		Kết quả	
Dấu hiệu	Điểm	Tổng điểm	Tỉ lệ viêm họng do GAS (%)
Sốt > 38°C	1	≥ 4	67,8
Hạch cổ trước to, đau	1	3	27,5
Amidan sưng to hoặc xuất tiết	1	2	20,5
Tuổi: 3-14 tuổi	1	1	5-10
Không ho	1	0	1-2,5

5. KHÓ THỞ DO TẮC NGHẼN HÔ HẤP TRÊN

5.1. Lâm sàng

Tắc nghẽn hô hấp trên là tắc nghẽn đường thở ngoài lồng ngực (từ mũi đến đoạn giữa khí quản), khó thở biểu hiện qua các đặc điểm sau [1],[2],[23]:

- Thở rít

- Thì hít vào kéo dài hơn thì thở ra
- Co kéo các cơ hô hấp tham gia thì hít vào: phập phồng cánh mũi, co lõm hõm trên ức, hõm thượng đòn, đầu gật gù theo nhịp thở, co lõm ngực, co kéo gian sườn
- Thở chậm, sâu hơn bình thường.

Tiếp cận một trường hợp có tắc nghẽn hô hấp trên cần nhanh chóng nhận định bệnh nhân có đang trong tình trạng tắc nghẽn nặng hay không, cũng như loại trừ các nguyên nhân tắc nghẽn hô hấp trên cần can thiệp đặc biệt (ví dụ: viêm thanh thiệt, dị vật đường thở,…) nhằm có hướng xử trí kịp thời, tránh các can thiệp làm nặng hơn tình trạng tắc nghẽn của bệnh nhân. Việc hỏi kĩ bệnh sử, thăm khám chỉ thực hiện sau khi tình trạng hô hấp đảm bảo.

5.2. Phân độ tắc nghẽn [23]

5.2.1. Nhẹ: vẫn thông khí tốt

- Thở rít thì hít vào, chỉ nghe được khi gắng sức (ví dụ: khóc, quấy), không nghe được khi nghỉ
- Không co kéo cơ hô hấp phụ, không co lõm ngực hoặc nếu có chỉ ở mức độ nhẹ
- Trẻ vẫn nói được, khóc được dù khàn tiếng
- Tri giác: vẫn chơi, linh hoạt.

5.2.2. Trung bình: giảm lưu lượng khí hít vào

- Thở rít nghe được ngay cả lúc nghỉ, trong thì hít vào và có thể cả ở thì thở ra
- Kéo dài thời gian hít vào
- Co kéo các cơ hô hấp tham gia hít, co lõm ngực vào mức độ trung bình
- Tri giác: vẫn tỉnh táo.

5.2.3. Nặng: hoàn toàn

Thay đổi tri giác: từ hốt hoảng đến bứt rứt, chuyển qua lơ mơ, hôn mê và cuối cùng là ngưng tim ngưng thở.

Trẻ có động tác nấc hoặc ho không ra tiếng do cố gắng loại bỏ tắc nghẽn.

Trẻ không chịu nằm, ngồi tư thế "ngửi hoa" hoặc "kiềng ba chân" (ngồi nghiêng người về phía trước, cằm ngửa, miệng thở, tay nâng đỡ thân mình).

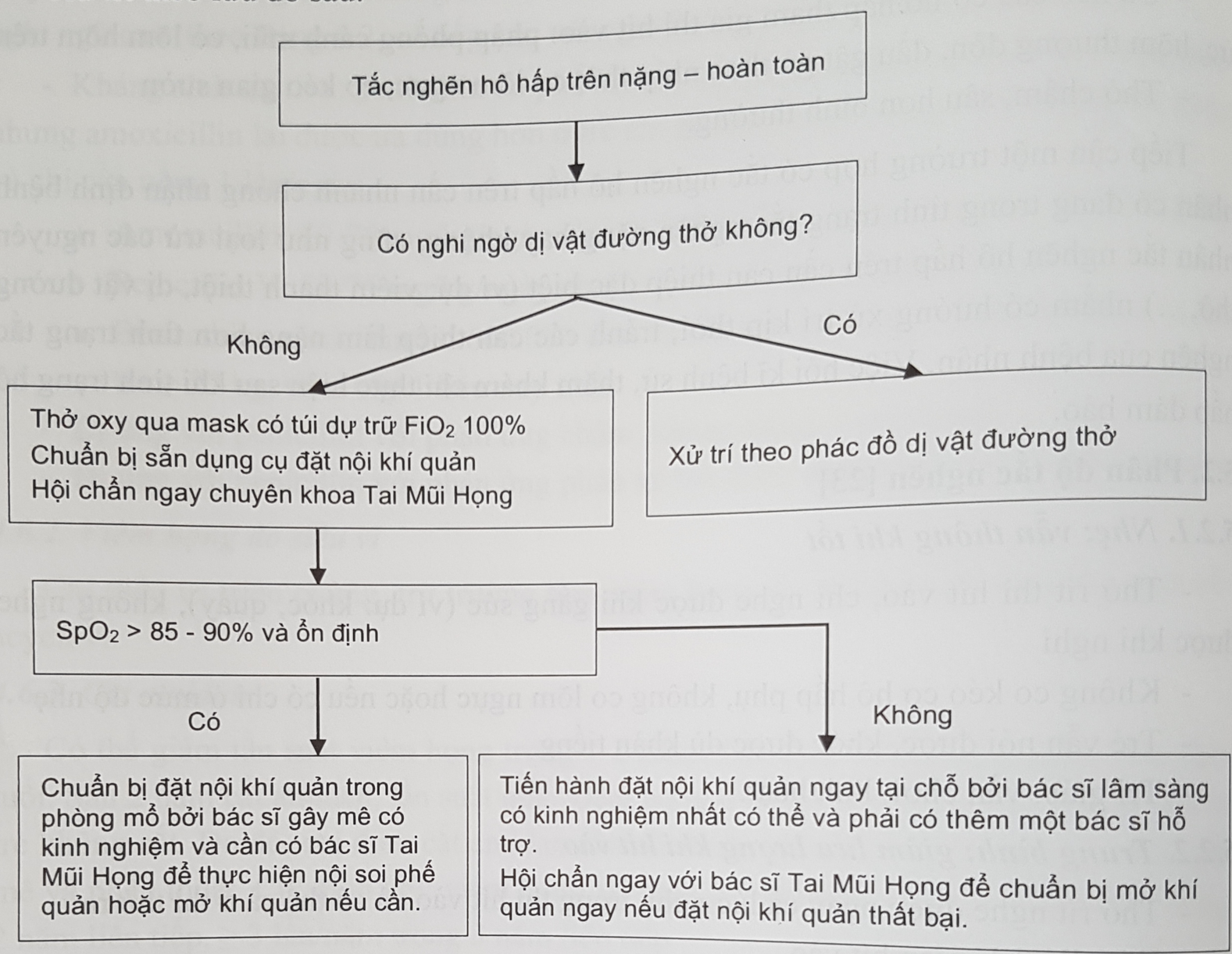
Co kéo nặng: co kéo hõm trên ức/hõm thượng đòn nặng, phập phồng cánh mũi, co lõm ngực nặng, thở rên và dẫn đến lồng ngực không di động.

Giảm oxy máu: $SpO_2 < 91\%$, môi tái/tím: giai đoạn trễ.

5.3. Xử trí tắc nghẽn đường hô hấp trên nặng hoàn toàn [23]

Tắc nghẽn đường hô hấp trên nặng nếu không được xử trí kịp thời và thích hợp sẽ tiến triển rất nhanh đến tắc nghẽn hoàn toàn và ngưng thở.

Xử trí theo lưu đồ sau:



Lưu đồ 6.2. Lưu đồ xử trí tắc nghẽn đường hô hấp trên nặng – hoàn toàn

6. VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP

Viêm thanh quản ở trẻ em thường không chỉ giới hạn ở thanh quản mà ảnh hưởng đến cả đường dẫn khí bên dưới. Tùy vị trí viêm sẽ có chẩn đoán là viêm thanh quản cấp, viêm thanh khí quản cấp hay viêm thanh khí phế quản cấp [2],[22],[24],[25].

6.1. Dịch tễ [2],[22]

Viêm thanh khí phế quản cấp là bệnh gây tắc nghẽn đường hô hấp trên thường gặp nhất ở trẻ nhỏ. Bệnh phổ biến ở trẻ từ 6 tháng đến 3 tuổi, đỉnh cao là 18-24 tháng, ít gặp ở trẻ > 6 tuổi. Bệnh phổ biến vào mùa lạnh thường nặng lên trong khoảng thời gian từ 22 giờ đến 4 giờ sáng.

6.2. Tác nhân gây bệnh [2],[22]

Siêu vi là tác nhân gây bệnh chủ yếu. Trong đó, *Parainfluenza* virus chiếm đến 75%.

6.3. Lâm sàng [2],[22],[24]

6.3.1. Triệu chứng cơ năng

Khởi phát bệnh với triệu chứng nhiễm siêu vi hô hấp trên bao gồm sổ mũi, ho ít và sốt nhẹ hoặc không sốt từ 1-3 ngày (thường từ 12-48 giờ) trước khi triệu chứng tắc nghẽn hô hấp rõ rệt.

Triệu chứng viêm thanh quản điển hình với: ho "ông ổng", khàn tiếng, thở rít.

Phần lớn sốt nhẹ, đôi khi có sốt cao ≥ 39°C, một số trẻ không sốt. Chảy nước miếng và đau họng: < 10%. Triệu chứng thường nặng lên về đêm.

Bệnh kéo dài khoảng 5-7 ngày.

6.3.2. Triệu chứng thực thể

Trong lúc thăm khám, cần giữ cho trẻ dễ chịu nhất có thể, tránh làm cho trẻ khóc, sợ hãi càng làm tăng tình trạng tắc nghẽn.

Mục đích thăm khám cần nhanh chóng đánh giá mức độ khó thở của bệnh nhân. SpO_2: nên được theo dõi trong những trường hợp nặng; cần chú ý rằng SpO_2 không giảm cho đến giai đoạn trễ của bệnh.

Cần đánh giá tình trạng mất nước: viêm thanh quản cấp trung bình – nặng làm trẻ không uống được, sốt và thở nhanh cũng làm tăng mất nước. Khò khè: khi có ảnh hưởng đường hô hấp dưới trong bệnh cảnh viêm thanh khí phế quản cấp.

6.4. Cận lâm sàng [2],[22]

Viêm thanh khí phế quản cấp là chẩn đoán lâm sàng. Cận lâm sàng không có vai trò trong tiếp cận bệnh lý tắc nghẽn hô hấp trên.

X-quang cổ thẳng: hình ảnh tháp chuông nhà thờ (steeple sign) hoặc hẹp vùng hạ thanh môn. Hình ảnh này có thể hiện diện ở cả bệnh nhân không bị viêm thanh quản cấp. Mức độ hẹp trên X-quang không phản ánh độ hẹp trên lâm sàng. Bên cạnh đó, động tác ngửa cổ để chụp X-quang có thể gây tắc nghẽn đột ngột dẫn đến tử vong. X-quang chỉ cân nhắc trong những trường hợp hô hấp được đảm bảo và lâm sàng không điển hình cho viêm thanh khí phế quản cấp hoặc không đáp ứng với các can thiệp thông thường.

Bạch cầu thường không tăng.

6.5. Độ nặng [24]

Bảng 6.4. Thang điểm Westley đánh giá độ nặng viêm thanh khí phế quản

Đặc điểm	Mức độ	Điểm
Tri giác	Bình thường	0
	Rối loạn tri giác	5
Tím	Không	0
	Khi quấy	4
	Lúc nghỉ	5
Thở rít	Không	0
	Khi quấy	1
	Lúc nghỉ	2
Thông khí	Bình thường	0
	Giảm	1
	Giảm nặng	2
Co kéo	Không	0
	Nhẹ	1
	Trung bình	2
	Nặng	3
Điểm Westley ≤ 2: nhẹ		
Điểm Westley 3-7: trung bình		
Điểm Westley 8-11: nặng		
Điểm Westley ≥ 12: suy hô hấp tiến triển		

6.6. Biến chứng và tiên lượng [2],[22],[25]

Tiên lượng tốt, chỉ 5% cần nhập viện. 15% viêm thanh khí phế quản cấp có biến chứng: viêm phổi, viêm khí quản do vi trùng.

6.7. Chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt [2],[22],[24]

6.7.1. Chẩn đoán

Chẩn đoán dựa trên lâm sàng, không dựa vào cận lâm sàng. Đồng thời loại trừ các nguyên nhân tắc nghẽn hô hấp trên cần điều trị và can thiệp đặc hiệu. Phải chẩn đoán được:

- Độ nặng của bệnh
- Biến chứng (nếu có)
- Các yếu tố nguy cơ diễn tiến nặng: bệnh nền (bệnh lý thần kinh cơ, loạn sản phổi, bất thường đường thở, bệnh lý tim mạch,…).

6.7.2. Chẩn đoán phân biệt

6.7.2.1. Nguyên nhân gây tắc nghẽn hô hấp trên cấp tính [2]

Bảng 6.5. Nguyên nhân gây tắc nghẽn đường hô hấp trên cấp tính

Nhiễm trùng	Không nhiễm trùng
Viêm thanh thiệt	Dị vật đường thở
Viêm khí quản do vi trùng	Chấn thương
Bạch hầu	Bỏng chất ăn mòn
Áp-xe thành sau họng	Viêm thanh quản co thắt
Áp-xe cạnh amidan	Phù mạch
Hội chứng tăng đơn nhân nhiễm trùng	Hạ calci máu (thường do suy cận giáp)

6.7.2.2. Nguyên nhân gây tắc nghẽn hô hấp trên không do nhiễm trùng [2],[22]

- Dị vật đường thở

- Viêm thanh quản co thắt: triệu chứng tương tự như viêm thanh quản cấp do siêu vi, nhưng tuổi mắc bệnh thường lớn hơn. Không khởi phát với triệu chứng nhiễm siêu vi và không sốt trong suốt quá trình bệnh. Có thể có tiền căn dị ứng bản thân và gia đình. Bệnh tái phát nhiều lần. Các đợt bệnh thường đột ngột, về đêm và cải thiện nhanh chóng. Điều trị cần dựa vào độ nặng, cũng gần tương tự như viêm thanh quản cấp do siêu vi.

- Bất thường cấu trúc đường hô hấp trên (màng chắn thanh quản, mềm sụn thanh quản, liệt dây thanh, hẹp hạ thanh môn, bướu máu hạ thanh môn, ú nhú thanh quản): gây bệnh cảnh mạn tính. Tuy nhiên, có những bất thường cấu trúc chỉ gây hẹp nhẹ không có biểu hiện triệu chứng trước đó, thở rít chỉ xuất hiện khi trẻ mắc thêm các bệnh lý viêm hô hấp trên khác (cảm lạnh, viêm họng, viêm xoang,...) nên có thể gây chẩn đoán lầm với các nguyên nhân thở rít cấp tính.

6.7.2.3. Nguyên nhân gây tắc nghẽn hô hấp trên do nhiễm trùng khác

Bảng 6.6. Phân biệt viêm thanh khí phế quản cấp với các nguyên nhân gây tắc nghẽn hô hấp trên do nhiễm trùng khác [2]

Đặc điểm	Viêm thanh khí phế quản	Viêm thanh thiệt	Viêm khí quản do vi trùng	Bạch hầu	Áp-xe thành sau họng
Tác nhân	*Parainfluenza* Adenovirus RSV	*H. influenzae* *Streptococcus*	*S. aureus* *M. catarrhalis* *H. influenzae*	*Corynebacterim diptheria*	*S. aureus* *M. catarrhalis* *H. influenzae* Kị khí
Tuổi	6 tháng-4 tuổi (đỉnh 12-24 tháng)	2-7 tuổi	6 tháng-8 tuổi	Mọi tuổi	< 6 tuổi
Tần suất	Thường gặp	Hiếm	Hiếm	Hiếm nếu được chủng ngừa	Không thường gặp

Đặc điểm	Viêm thanh khí phế quản	Viêm thanh thiệt	Viêm khí quản do vi trùng	Bạch hầu	Áp-xe thành sau họng
Khởi phát	Từ từ, thường sau nhiễm siêu vi hô hấp trên	Nhanh	Từ từ, nhưng nặng đột ngột	Nhẹ	Dần dần
Vị trí	Dưới dây thanh âm	Thượng thanh môn	Khí quản	Amidan, họng, thanh quản, mũi	Khoảng thành sau họng
Triệu chứng	Sốt nhẹ Không nhiễm độc Ho ông ổng (++) Thở rít Khàn tiếng Kích thích	Sốt cao Đau họng nhiều Ho ít Nhiễm độc Thở rít nhẹ Chảy nước bọt (++) Khó nuốt Nghẹt tiếng Tư thế "kiềng ba chân"	Sốt cao Nhiễm độc Ho lanh lảnh (++) Thở rít Khàn giọng Đau cổ Sặc	Sốt Nhiễm độc Thở rít Đau họng Hơi thở hôi Hạch cổ Cổ bạnh	Sốt Đau họng Đau cổ, cổ cứng Khó nuốt Chảy nước miếng Sưng thành sau họng
Nội soi thanh quản	Niêm mạc đỏ rực Phù nề hạ thanh môn	Thanh thiệt phù nề, đỏ dâu/tái Phù nề nếp gấp thanh môn	Niêm mạc đỏ rực, loét Mủ đặc, nhiều Phù nề hạ thanh môn Thanh thiệt bình thường	Màng giả dính, xám ở họng	

6.8. Điều trị [2],[22],[25],[26]

6.8.1. Điều trị nâng đỡ

Cung cấp đủ dịch đường uống. Trong trường hợp trẻ không uống được, cần thiết lập đường truyền tĩnh mạch. Giảm đau, hạ sốt.

Tránh kích thích: cho thân nhân bế và trấn an trẻ, hạn chế thăm khám và can thiệp không cần thiết vì có thể làm tăng tình trạng tắc nghẽn, đặc biệt ở những trường hợp nặng.

6.8.2. Hít không khí ẩm

Hiệu quả không rõ ràng.

6.8.3. Corticosteroid

Điều trị đặc hiệu cho viêm thanh khí phế quản cấp. Hiệu quả đạt được trong vòng 6 giờ và kéo dài. Chỉ định trong mọi trường hợp viêm thanh khí phế quản cấp từ nhẹ đến nặng.

Lựa chọn đầu tiên: dexamethasone 0,15-0,6 mg/kg/liều (tối đa 16 mg/ngày), 1 liều duy nhất. Liều thứ 2 có thể cân nhắc khi triệu chứng vẫn còn sau 24 giờ. Chống chỉ định:

đang bị thủy đậu hoặc lao chưa điều trị. Thay thế: prednisolone 1 mg/kg/liều [2] hoặc 2 mg/kg/ngày chia 1-2 lần [26].

6.8.4. Khí dung epinephrine (Adrenaline)

Chỉ định trong viêm thanh quản cấp mức độ trung bình trở lên. Cải thiện triệu chứng nhanh sau 10-30 phút, tuy nhiên, hiệu quả không kéo dài quá 2 giờ, vì vậy, có thể gây ra hiện tượng "rebound" khi ngưng thuốc.

Lựa chọn:

Racemic epinephrine 2,25%: 0,25-0,5 mL pha thêm nước muối sinh lý đủ 3 mL.

Adrenaline 1/1.000: 0,4-0,5 mL/kg/lần (tối đa 5 mL/lần), không pha loãng.

Có thể lặp lại nếu triệu chứng chưa cải thiện. Khi lặp lại thường xuyên > mỗi 1-2 giờ cần nhập ICU theo dõi [26]. Trong những trường hợp nặng, có thể lặp lại mỗi 20 phút, tuy nhiên, không kéo dài quá 1-2 giờ [25].

6.8.5. Hỗ trợ hô hấp trong viêm thanh khí phế quản cấp nặng

6.8.5.1. Thở oxy

Chỉ định thở oxy cho viêm thanh khí phế quản cấp nặng ngay cả khi chưa có giảm oxy máu vì giúp giảm công thở cho bệnh nhân (thường chỉ định khi $SpO_2 < 94\%$). Cần theo dõi sát tri giác và mức độ thở gắng sức trên những bệnh nhân thở oxy, vì SpO_2 trên những bệnh nhân này vẫn bình thường cho đến khi tắc nghẽn hoàn toàn xảy ra, làm chậm trễ xử trí.

6.8.5.2. Thở heliox

Heliox (70-80% helium với 20-30% oxy): hiệu quả chưa rõ ràng, có thể cân nhắc trong những trường hợp nặng.

6.8.5.3. Đặt nội khí quản

Trong những trường hợp nặng không đáp ứng điều trị hoặc quá nặng ngay từ lúc nhập viện cần hỗ trợ hô hấp ngay. Cần được thực hiện bởi người có nhiều kinh nghiệm đặt nội khí quản. Ống nội khí quản cần nhỏ hơn một size so với bình thường. Cần chuẩn bị sẵn sàng cho mở khí quản tại thời điểm đặt nội khí quản để thực hiện ngay nếu đặt nội khí quản thất bại.

6.8.6. Chỉ định nhập viện [26]

- Viêm thanh khí phế quản cấp nặng
- Viêm thanh khí phế quản cấp trung bình không đáp ứng với phun khí dung adrenalin và corticoid (bệnh nhân cần được theo dõi trong 3-4 giờ tại phòng lưu để đánh giá đáp ứng)
- Cần thở oxy
- Vẻ mặt nhiễm độc hoặc lâm sàng nghi ngờ bội nhiễm

- Không uống được
- Mất nước nặng
- Người thân không biết hoặc không thể theo dõi
- Một số yếu tố cần cân nhắc: tuổi nhỏ < 6 tháng, tái phát trong vòng 24 giờ, các yếu tố ảnh hưởng đến việc tái khám (nhà xa, thời tiết,…).

7. VIÊM THANH THIỆT [2],[27]

Haemophilus influenzae type B (HiB) từng là nguyên nhân chủ yếu. Sau khi vaccin được phổ cập rộng rãi, bệnh lan tỏa do HiB giảm đến 99%. Ở trẻ đã được tiêm chủng, tác nhân gây bệnh thường gặp bao gồm GAS, *S. pneumoniae, H. influenzae* không phân type và *S. aureus,*... viêm thanh thiệt do HiB thường gặp ở trẻ từ 2-7 tuổi.

7.1. Lâm sàng

Viêm thanh thiệt do HiB là bệnh tối cấp gây tử vong chỉ trong vài giờ. Đây là cấp cứu nội khoa. Ngày nay, viêm thanh thiệt giảm đáng kể nhưng vẫn chưa được loại trừ hoàn toàn, việc thiếu cảnh giác cũng như không có kinh nghiệm trong việc nhận ra bệnh cũng làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân.

Bệnh cảnh cấp tính với sốt cao, đau họng dữ dội, thở rít. Ho "ông ổng" như trong viêm thanh quản ít gặp. Triệu chứng tiến triển rất nhanh. Trong vòng vài giờ, trẻ có biểu hiện nhiễm độc, tắc nghẽn hô hấp trên nặng. Tri giác: lo lắng, hốt hoảng. Không nuốt được, chảy nước miếng là triệu chứng phổ biến (gặp trong 80% viêm thanh thiệt, trong khi chỉ 10% viêm thanh quản có triệu chứng này). Trẻ không chịu nằm. Ngồi với tư thế "kiềng ba chân" (ngồi thẳng, cằm ngửa, cúi người ra trước, miệng thở, tay nâng đỡ thân mình) hoặc tư thế "ngửi hoa". Nghẹt tiếng do đau và phù nề mô mềm. Thở rít tăng dần và khi nghe rõ (hoặc mất hoàn toàn) là biểu hiện tắc nghẽn gần như hoàn toàn.

Tắc nghẽn hoàn toàn gây tử vong có thể xảy ra đột ngột mà không có dấu hiệu báo trước. Nhiễm HiB lan tỏa đến cơ quan khác gặp trong 50% trường hợp, bao gồm viêm màng não, viêm tai giữa, viêm phổi và viêm mô tế bào.

7.2. Xử trí

- Ưu tiên đầu tiên là giữ cho trẻ ở trạng thái thoải mái nhất, hạn chế tối đa mọi kích thích. Thăm khám, sử dụng que đè lưỡi và lấy ven cần trì hoãn cho đến khi thực hiện xong việc đặt nội khí quản. Cần chuyển đến theo dõi sát tại ICU hoặc phòng mổ và để thân nhân ở bên cạnh trấn an trẻ. Trẻ cần được thở oxy ngay cả khi mặt nạ được giữ cách xa mặt trẻ (để tránh làm trẻ khó chịu). Đặt nội khí quản chủ động được chỉ định ở tất cả bệnh nhân bất kể mức độ suy hô hấp. Cần được thực hiện bởi bác sĩ có kinh nghiệm và có chuẩn bị sẵn sàng để mở khí quản trong trường hợp đặt nội khí quản thất bại. Khi

đường thở đã ổn định, có thể tiến hành lấy vein để điều trị kháng sinh tĩnh mạch và thực hiện xét nghiệm.

- Xét nghiệm: bạch cầu máu tăng cao, cấy máu dương tính trong 70% trường hợp. Cần cấy chất tiết từ vùng thượng thanh môn. X-quang cổ nghiêng: có hình ảnh "ngón tay cái" (thumb sign). Tuy nhiên, không nên chỉ định để chẩn đoán viêm thanh thiệt vì tư thế ngửa cổ để chụp X-quang có thể gây ngưng thở hoàn toàn.
- Kháng sinh cần bao phủ được HiB và *Streptococcus*. Thường sử dụng cephalosporin thế hệ 3 (cefotaxim hoặc ceftriaxone), thời gian điều trị 7-10 ngày.
- Corticoid và adrenalin phun khí dung không có hiệu quả.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Bé gái 14 tháng tuổi. Bệnh 2 ngày với sốt 38,3°C, sổ mũi, ho ít, bú kém. Khám: bé tỉnh, môi hồng, nhiệt độ 37,4°C, nhịp thở 36 lần/phút. Thở không co lõm, không thở rít, phổi không ran. Họng hơi đỏ, amidan không to. Chẩn đoán nào là phù hợp nhất?
   A. Cảm lạnh
   B. Viêm họng cấp do *Mycoplasma pneumoniae*
   C. Viêm xoang cấp do vi trùng
   D. Chưa thể kết luận được, cần làm thêm xét nghiệm
2. Phát biểu nào sau đây là đúng về tác nhân gây viêm xoang cấp do vi trùng?
   A. Phế cầu chiếm 30%, trong đó 50% kháng penicillin
   B. *H. influenzae* không phân type chiếm 20%, trong đó 100% tiết men β-lactamase
   C. *Moraxella catarrhalis* chiếm 20%, trong đó 100% tiết men β-lactamase
   D. *Streptococcus pneumoniae* chiếm 20%, trong đó 50% kháng penicillin
3. Bé trai 4 tuổi. Bệnh 4 ngày với sốt 39,3°C, sổ mũi xanh, ho từng cơn, ăn kém. Khám: bé tỉnh, môi hồng, nhiệt độ 38,4°C, nhịp thở 24 lần/phút. Thở không co lõm, không thở rít, phổi không ran. Họng đỏ nhẹ, không loét, amidan không to, niêm mạc mũi sung huyết. Chẩn đoán nào là phù hợp nhất?
   A. Cảm lạnh
   B. Viêm họng cấp do vi trùng
   C. Viêm xoang cấp do vi trùng
   D. Viêm phế quản do siêu vi
4. Phát biểu nào sau đây là đúng nhất về chỉ định xét nghiệm vi sinh trong viêm họng do GAS?
   A. Điểm Centor hiệu chỉnh ≥ 4 là đủ để chẩn đoán xác định viêm họng do GAS mà không cần xét nghiệm
   B. Chỉ định test nhanh tìm kháng nguyên GAS khi amidan sưng to, đỏ
   C. Cấy phết họng nên được thực hiện ở bệnh nhân có điểm Centor hiệu chỉnh > 2

D. Nên làm test nhanh tìm kháng nguyên GAS trong mọi trường hợp viêm họng cấp nghi ngờ do GAS

5. Bé gái 30 tháng. Bệnh 3 ngày với sốt 38,5°C, đau họng, ho, sổ mũi, không ói, tiêu lỏng 4 lần/ngày. Gia đình không ai bị ho, sổ mũi. Khám: bé tỉnh, môi hồng, nhiệt độ 38,3°C, nhịp thở 30 lần/phút. Thở không co lõm, không thở rít, không khàn tiếng, phổi không ran, không ban. Amidan to, đỏ, không xuất tiết, không loét miệng. Xử trí nào sau đây là hợp lý khi cơ sở y tế không có xét nghiệm RADT?

A. Cho amoxicillin liều 100 mg/kg/ngày, hẹn tái khám sau 2 ngày

B. Cho amoxicillin liều 50 mg/kg/ngày, hẹn tái khám sau 3 ngày

C. Cho penicillin liều 75 mg/kg/ngày, hẹn tái khám sau 3 ngày

D. Làm xét nghiệm công thức máu, CRP

6. Bé trai 2 tuổi. Bệnh 2 ngày. N1: sổ mũi, không sốt, không ho. N2: ho nhiều, khàn giọng, thở rít, vẫn uống được. Khám: bé tỉnh, môi hồng, nhiệt độ: 38,3°C, nhịp thở 46 lần/phút. Thở co lõm nhẹ, không co kéo cơ hô hấp phụ, thở rít khi nằm yên, phổi không ran. Chẩn đoán nào sau đây là đúng?

A. Viêm thanh khí quản cấp nhẹ

B. Viêm thanh khí quản cấp trung bình

C. Viêm thanh khí quản cấp nặng

D. Viêm thanh khí quản cấp – suy hô hấp tiến triển

7. Bé gái 2 tuổi 12 kg. N1-N2: bé sổ mũi, sốt nhẹ, ho ít. N3: ho nhiều, khàn giọng, thở rít, vẫn uống được. Khám: bé tỉnh, môi hồng, nhiệt độ 38,5°C, nhịp thở 48 lần/phút. Thở co lõm nhẹ, không co kéo cơ hô hấp phụ, thở rít khi nằm yên, phổi không ran. Xử trí nào sau đây là đúng?

A. Điều trị ngoại trú với dexamethasone 0,5 mg 4 viên, uống 1 lần duy nhất

B. Điều trị ngoại trú với dexamethasone 0,5 mg 7 viên × 2 lần/ngày, uống trong 1 ngày

C. Phun khí dung 5 mL adrenalin 1/1.000 rồi về uống dexamethasone 0,5 mg 4 viên, 1 lần duy nhất

D. Tất cả đều sai

8. Anh/chị là bác sĩ trực tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng 2. Bé trai 3 tuổi. Bệnh 1 ngày với sốt 39,5°C, đau họng, bỏ ăn, nói nghẹt tiếng. Quan sát thấy bé hốt hoảng, môi hồng, chảy nước miếng. Bé ngồi đầu đưa về trước, miệng thở, cằm đẩy về trước. Nghe thấy tiếng thở rít nhỏ trong thì hít vào. Phập phồng cánh mũi, lõm hõm trên ức. Anh/chị làm gì tiếp theo cho bệnh nhân này?

A. Cho thở oxy

B. Cần khai thác thêm bệnh sử và tiền căn (chú ý tiền căn chủng ngừa) để xác định chẩn đoán

C. Phun khí dung adrenalin

D. Chụp X-quang cổ thẳng, nghiêng khẩn

9. Anh/chị là bác sĩ trực cấp cứu. Bé trai 3 tuổi, được mẹ đưa đến vì sốt và thở mệt, bệnh 2 ngày. Quan sát thấy bé được mẹ bế, vẻ hốt hoảng, môi hồng. Thở nhanh, co lõm ngực nặng, phập phồng cánh mũi, lõm hõm ức, thở rít khi yên. Anh/chị làm gì ngay tiếp theo?

A. Hỏi kĩ về diễn tiến bệnh và tiền căn thở rít trước đó

B. Khám thêm họng, đếm mạch và nhịp thở, nghe ran phổi

C. Chụp X-quang cổ thẳng khẩn

D. Thở oxy, chuẩn bị sẵn dụng cụ đặt nội khí quản

10. Triệu chứng nào nằm trong bệnh cảnh gợi ý viêm mũi xoang do vi trùng?

A. Sốt nhẹ 2 ngày đầu sau đó hết sốt

B. Sổ mũi trong sau đó chuyển sang màu vàng

C. Hết sốt thì bắt đầu ho

D. Sốt xuất hiện vào ngày thứ 5 của bệnh

ĐÁP ÁN: 1.A 2.C 3.C 4.D 5.D 6.B 7.D 8.A 9.D 10.D

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gabriel GH, Thomas PG (2016). "Diagnostic Approach to Respiratory Disease", in *Nelson Textbook of Pediatrics*. Elsevier, 20th ed, pp.1993-1999.
2. Ian MBL, Marie W (2019). "Acute Infections that produce Upper Airway Obstruction", In *Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children*. Elsevier, 9th ed, pp.1518-1566.
3. Amanda S, Thida O, Susan GM (2019). "Upper Airway Obtruction", in *Nelson Essentials of Pediatrics*. Elsevier, 8th ed.
4. Albert PJ, Svapna S, Sharon LB, et al (2015). "Stridor", in *Pediatric Decision – Making Strategies*. Elsevier, 2nd ed, pp.36-37.
5. Ronald BT, Gregory FH (2016). "The Common Cold", in *Nelson Textbook of Pediatrics*. Elsevier, 20th ed, pp.2011-2014.
6. Diane EP (2020). "The Common Cold in Children: Clinical features and diagnosis", from https://www.uptodate.com, truy cập 04/2020.
7. Amanda S, Thida O, Susan GM (2019). "Upper Airway Tract Infection", in *Nelson Essentials of Pediatrics*. Elsevier, 8th ed.
8. American Academy of Pediatrics (2013). "Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 years". *Pediatrics,* 132, pp.262-280.
9. David P (2018). "An Overview of Rhinitis", from http://www.uptodate.com, truy cập 04/2020.

10. Diane EP (2020). "The Common Cold in Children: Management and prevention", from https://www.uptodate.com, truy cập 04/2020.
11. Diane EP, Owen H (2016). "Sinusitis", in *Nelson Textbook of Pediatrics*. Elsevier, 20th ed, pp.2014-2017.
12. Ellen RW (2019). "Acute bacterial rhinosinusitis in children: Clinical features and diagnosis", from https://www.uptodate.com, truy cập 04/2020.
13. Amanda S, Thida O, Susan GM (2019). "Sinusitis", in *Nelson Essentials of Pediatrics*. Elsevier, 8th ed.
14. Adam LH, Mary AJL (2013). "Committee on Infectiuos Disease, Principles of Judicious Antibiotic Prescribing for Upper Respiratory Tract Infections in Pediatrics". *Pediatrics*, 132(6), pp.1146-1154.
15. Ellen RW (2020). "Acute bacterial rhinosinusitis in children: Microbiology and treatment", from https://www.uptodate.com, truy cập 04/2020.
16. John SB, John DN (2019). *Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy*. American Academy of Pediatrics, 25th ed, pp.78-79.
17. Robert RT (2016). "Acute Pharyngitis", in *Nelson Textbook of Pediatrics*. Elsevier, 20th ed, pp.2017-2021.
18. Amanda S, Thida O, Susan GM (2016). "Pharyngitis", in *Nelson Textbook of Pediatrics*. Elsevier, 20th ed, pp.2035-2036.
19. Ellen RW (2020). "Group A streptococcal tonsillopharyngitis in children and adolescents: Clinical features and diagnosis", from https://www.uptodate.com, truy cập 04/2020.
20. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW (2012). "Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America". *Clin Infect Dis*, 55(10), pp.91.
21. Michael EP (2020). "Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis", from https://www.uptodate.com, truy cập 04/2020.
22. Genie ER (2016). "Acute Inflammatory Upper Airway Obstruction (Croup, Epiglottitis, Laryngitis, and Bacterial Tracheitis)", in *Nelson Textbook of Pediatrics*. Elsevier, 20th ed, pp.2031-2036.
23. Laura LL (2019). "Emergency evaluation of acute upper airway obstruction in children", from https://www.uptodate.com, truy cập 04/2020.
24. Charles RW (2018). "Croup: Clinical features, evalution, and diagnosis", from https://www.uptodate.com, truy cập 04/2020.
25. Amanda S, Thida O, Susan GM (2016). "Croup (Laryngotracheobronchitis)", in *Nelson Textbook of Pediatric*. Elsevier, 20th ed, pp.2032.
26. Charles RW (2019). "Croup: Aproach to management", from http://www.uptodate.com, truy cập 04/2020.
27. Genie ER (2016). "Bacterial Tracheitis", in *Nelson Textbook of Pediatrics*. Elsevier, 20th ed, pp.2035-2036.