Viêm tiểu phế quản

Nghe ghi âm DHYD

LS để chẩn đoán VTPQ phải thỏa các đk sau:

* Trẻ dưới 2t (1 tháng -24 tháng ) ( dưới 1 tháng có thể do các bệnh lý có sẵn trong thời kỳ sơ sinh ) ( 90% các TH VTPQ là dưới 12 tháng, 10% trong tuổi từ 12-24 tháng )
* Khò khè lần đầu tiên, lần thứ 2 ( khò khè lần thứ 3 thì ko được nghĩ đến VTPQ dù còn trong độ tuổi )
* Có biểu hiện của nhiễm siêu vi đường HH trên trước đó ( hắt hơi, nhảy mũi, ho, sốt nhẹ hoặc ko sốt, hiếm khi sốt cao…)
* sau đó mới xuất hiện khò khè ( là 1 trong biểu hiện của tắc nghẽn HH dưới ), rồi mới có biểu hiện của tổn thương đường Hh dưới ( thở nhanh, co lõm ngực, phập phồng cánh mũi hội chứng tắc nghẽn hh dưới-rale rít, kéo dài thì thở ra ) ( tỷ lệ hít vào/ thở ra= ½ => nếu nhỏ hơn, tức là có kéo dài thì thở ra, trên LS chỉ cần quan sát thấy trẻ thở ra thì tức là đã có kéo dài ở thì thở ra.
* Quan trọng là phải loại trừ hết các NN khác gây khò khè ở trẻ ( ví dụ DTBS: mềm sụn KQ, hẹp lòng K-phế quản, bất thường chèn ép đường thở như Khí phế thũng thùy ).

XỬ trí NV hay cho về nhà:

Phân loại theo tác giả […]: ( nhanh chóng ko cần CLS ) ( để biết mức độ tắc nghẽn của đường dẫn khí, từ đó quyết định NV hay cho cho về )

* Thể nhẹ: không có thở nhanh; co lõm ngực ngực nhẹ hoặc không.
* Thể trung bình: thở nhanh theo tuổi hoặc co lõm ngực hoặc thì thở ra kéo dài
* Thể nặng: YTNC, thở nhanh hơn, co lõm ngực nặng.

YTNC: sanh non ( dưới 12w tuổi); dưới 3 tháng tuổi, bệnh tim bẩm sinh; nằm viện lâu, có hỗ trợ thông khí phổi như thở máy, thở NCPAP kéo dài, dùng O2 liều cao kéo dài- gây loạn sản phổi.

SaO2 có thể tương quan với SpO2 với đk tưới máu mô tốt, như bắt mạch rõ, tay chân ấm, CRT<2s ( khi mới vào CC thường chưa có KQ KMĐM mà chỉ có sẵn máy đo SpO2.

Dấu hiệu mất nước ( xem lại ) mất nước nặng : ko thể bù nước bằng đường uống (!)

* Thể rất nặng: ngưng thở, tím/thở O2, ko thể duy trì PaO2 > 50 mmHg với FiO2 >80%.

( Với O2 khí trời, Pa O2 dao động từ 80-100 mmHg . Giá trị dự đoán của PaO2 thường gấp 5 lần giá trị của FiO2 )

Các dấu hiệu của shock: M nhanh nhẹ khó bắt, HA giảm, CRT>2s, thiểu niệu ( <0.5 ml/kg/h), tổn thương cơ đích ( não: rối loạn tri giác )

ở VN thể nặng hay rất nặng thì phải NV, còn thể nhẹ hay trung bình có thể cho về, với điều kiện phải theo dõi sát và dặn tái khám khi có dấu hiệu nặng.

điều trị

* VTPQ nhẹ- trung bình ( đọc bài )
* Chỉ định NV- thở O2 : 1 trong 5
* Thở nhanh >= 70 lần/ph cho mọi lứa tuổi
* Mạch nhanh >= 150 lần/phút cho trẻ >= 3 tháng
* Tím tái, thở rên
* Bằng chứng xẹp phổi trên Xquang
* Trẻ <3 tháng : Tiêu chí NV của trẻ dưới 3 tháng tuổi: dưới 3 tháng đã là VTPQ nặng

Tại sao VTPQ nặng lại gây ra xẹp phổi? Vì tắc nghẽn hoàn toàn, khí bị nhốt lại trong phế nang, theo thời gian, khí này bị màng trao đổi khí mao mạch-phế nang hấp thu hết ( nhất là trường hợp dùng O2 liều cao ) . Hơn nữa hệ thống ông thông giữa các Pn, tiểu PQ ở trẻ nhũ nhi còn kém nên không có sự thông khí qua lại. TỪ đó dẫn đến việc phổi xẹp luôn, không hồi phục. ( Nói thêm: khi thở khí trời, 80% N2, 20% O2, chính khí trơ N2 ko được hấp thu chính là 1 yếu tố ko làm cho PN bị xẹp sau khi O2 bị khuếch tán hết qua màng tao đổi khí )

Tắc nghẽn không hoàn toàn, khí ứ lại trong phế nang thoát ra chậm, tạo ra thì thở ra kéo dài trên lâm sàng và phế trường tăng sáng trên XQ

CLS: không cần CLS để chẩn đoán xác định trừ khi nghi ngờ có biến chứng (bội nhiễm vi khuẩn, suy hô hấp, nguyên nhân tắc nghẽn cơ học)

Điều trị: tương đối giống bài cô Thảo

-Không bao giờ cho thuốc giản phế quản đường uống với VTPQ

-Không chỉ định KS thường quy trừ khi có bội nhiễm vi khuẩn

-Đối với VTPQ nặng hoặc suy hô hấp, có thể PKD 3 lần liên tục với Salbu/Adre