**VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN**

**CÂU CHẨN ĐOÁN:** Viêm tiểu phế quản, mức độ trung bình, chưa biến chứng

**CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:** Viêm phổi/Hen

**LÂM SÀNG**

**1. Các triệu chứng quan trọng cần khai thác để chẩn đoán:**

* Trẻ dưới 24m tuổi, đặc biệt hướng VTPQ khi <6m (thầy Sơn), <12m (cô Diễm, hơn 12m cô hướng hen dù KK lần đầu)
* Khò khè lần đầu hoặc lần 2
* N1-2: Nhiễm virus HHT: chảy mũi, sốt nhẹ
* N3-4: Viêm HHD: khò khè, ran ngáy, ran rít
* Đáp ứng 1 phần/không đáp ứng test DPQ
* Không có bệnh gây khò khè khác kèm theo
  + Viêm phổi: hỏi sốt cao, ho đàm
  + Hen: hỏi KK tái phát, API

**2. Triệu chứng kèm theo để phân độ và CĐPB:** mỗi triệu chứng hỏi hoàn cảnh khởi phát, đặc điểm, diễn tiến

* Ho? Đàm?
* Sốt? Scan nhiễm trùng các cơ quan: đau đầu, khó thở, tiêu chảy, khóc khi tiểu,...
* Tím?
* Bú?
* Tiêu tiểu?
* Chẩn đoán và điều trị trước NV? Có PKD? Đáp ứng?
* **Nelson 20th:** Không thể phân biệt VTPQ/VP trên lâm sàng => Quan trọng là phân biệt vi khuẩn hay virus để điều trị (Chị Thảo/Thầy Sơn thích lắm)

**3. Tiền căn – Các yếu tố nguy cơ**

* Sản khoa: Sanh non, <3m tuổi
* Dinh dưỡng:
* Chủng ngừa:
* Tâm vận:
* Dị ứng: chàm da, chàm sữa, thức ăn, khói bụi
* Bệnh lý:
  + Khò khè bao giờ chưa? Chẩn đoán điều trị gì chưa?
  + Tim bẩm sinh + Tăng áp phổi
  + Bệnh lý nhiễm trùng đi kèm
  + Suy giảm miễn dịch
  + Loạn sản phế quản phổi
  + Bệnh lý TK-cơ
* Gia đình: HTL, dị ứng, bệnh lây, bệnh không lây, 2 tuần gần đây có ai bị cảm cúm, cảm lạnh

**4. Khám**

* Tổng quát
  + Tri giác
  + Sinh hiệu: mạch, HA, nhiệt độ, nhịp thở
  + Cân nặng: kg, chiều cao: cm, đánh giá dinh dưỡng
  + Dấu mất nước
  + Da niêm, lông, tóc, móng
  + Hạch bạch huyết
* Khám vùng
  + Đầu mặt cổ - Mắt - Tai mũi họng
  + Ngực
    - Tuần hoàn
    - Hô hấp:
      * Nhịp thở: nhanh
      * Kiểu thở: co lõm, thì thở ra kéo dài
      * Ran: ngáy, rít, ẩm nhỏ hạt lan tỏa
  + Bụng: gan mật, tiêu hóa, tiết niệu, sinh dục
  + Tiết niệu sinh dục
  + Thần kinh, cơ xương khớp tứ chi

**TÓM TẮT BA:** Ví dụ 1 cái chị Giang sửa tham khảo làm theo cho đủ

|  |
| --- |
| Bệnh nhân nữ 5 tháng 9 ngày tuổi nhập viện vì khò khè bệnh 2 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận  1. TCCN  - Ho đàm, sổ mũi  - Khò khè  - Không sốt  - Quấy khóc hơn  - Bú ít hơn  - Tiểu ít hơn  - Khám BV nhi đồng 2  + Phun khí dung 1 lần không đỡ  + Điều trị ngoại trú Erythromycin 250mg 1/2v x 3 trong 2 ngày  2. TCTT  - Sinh hiệu M150l/ph NT 52l/ph Nhiệt độ 37.2 độ C  - Co lõm ngực vừa  - Khò khè, thì thở ra kéo dài, co gồng cơ thẳng bụng  - Phổi ran ngáy ran ẩm  - Gan 2cm dưới hạ sườn  - CN CC bình thường không cần viết ra  3. Tiền căn  - Sinh non 34w nằm viện sau sinh 7 ngày. CNLS 2kg. Chiều đèn, thở oxy.  - Chủng ngừa không đầy đủ: thiếu bại liệt  - Anh trai được chẩn đoán hen  - Ba hút thuốc lá thường xuyên |

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

* Suy hô hấp cấp độ 1/2/3
* HC tắc nghẽn hô hấp dưới
  + Lâm sàng
  + Xquang
* HC nhiễm siêu vi
* Khò khè lần đầu

**BIỆN LUẬN**

* **Đi từ HC TNHH dưới:** Bé có khò khè, ran ngáy/rít => HC TNHHD, các nguyên nhân TNHHD
  + ***Hen phế quản nhũ nhi:*** Không nghĩ do bé có ho khò khè lần đầu, không ghi nhận tiền căn dị ứng, chàm hen ở bé và gia đình
  + ***Viêm tiểu phế quản:*** nghĩ nhiều do bé <6 tháng tuổi, khò khè, khó thở lần đầu, có triệu chứng nhiễm siêu vi trước đó, diễn tiến bệnh nhanh, không đáp ứng test DPQ.
    - Tác nhân: Bé 2 tháng tuổi, không suy giảm MD, không suy dinh dưỡng. Bé có triệu chứng nhiễm siêu vi trước, ho đàm trắng trong và siêu vi là tác nhân thường gặp nên nghĩ nhiều là do siêu vi.
    - Mức độ: Trung bình theo Stephen Berman do bé có thở nhanh theo tuổi.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Thể nhẹ: có đủ:***  ▪ Nhịp thở dưới ngưỡng nhanh theo tuổi và  ▪ Trao đổi khí tốt và  ▪ Co lõm ngực nhẹ hoặc 0 co lõm ngực và  ▪ Không có dấu hiệu mất nước | ***Thể trung bình***  ▪ Nhịp thở tăng trên ngưỡng nhanh theo tuổi  ▪ Thì thở ra kéo dài kèm với giảm  trao đổi khí  ▪ Co lõm ngực trung bình |
| ***Thể nặng***  ▪ Nguy cơ cao: sinh non, < 12 tuần tuổi, tim bẩm sinh, loạn sản phế quản phổi, bệnh lý thần kinh cơ, suy giảm miễn dịch hoặc  ▪ Nhịp thở > 70 lần/phút hoặc  ▪ Trao đổi khí kém hoặc  ▪ Co lõm ngực nặng hoặc  ▪ Có dấu hiệu mất nước hoặc nhiễm trùng toàn thân  ▪ Thở rên hoặc  ▪ Sa02 < 94% hoặc | ***Thể rất nặng***  ▪ Ngưng thở hoặc  ▪ Tím khi thở oxy hoặc  ▪ Không thể duy trì Pa02 > 50 mmHg với Fi02 80% hoặc  ▪ Các dấu hiệu của sốc |

* + - Biến chứng:
      * Suy hô hấp cấp: Bé tỉnh, bú được, nhịp tim bình thường, không có thở co kéo, không thở co lõm, không thở rên, không tím trung ương → bé không có dấu hiệu suy hô hấp
      * Mất nước: Không có dấu mất nước
      * Viêm phổi: Có nghĩ do bé có HC NTHHD

|  |
| --- |
| *Chẩn đoán đồng/bội nhiễm*  ▪ Sốt cao đột ngột / kéo dài  ▪ Viêm tai giữa cấp chảy mủ  ▪ Diễn tiến lâm sàng xấu nhanh  ▪ CTM: BC tăng, đa nhân chiếm ưu thế  ▪ CRP  > 20 mg/l  ▪ X quang phổi: thâm nhiễm tiến triển  ▪ Cấy bệnh phẩm (+) |

* + ***Viêm phổi có hội chứng tắc nghẽn:*** nghĩ khi có hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới, tuy nhiên hội chứng tắc nghẽn rõ hơn thì hướng VTPQ hơn.
  + ***Di vật đường thở:*** Không có HC xâm nhập, bé còn nhỏ quá thì chưa biết cầm đồ bỏ vô miệng, khò khè ở cả 2 bên phổi nên không nghĩ.
  + ***TN DD-TQ:*** Bé hay ọc sữa từ sau sanh tuy nhiên trào ngược riêng rẽ không gây sốt, khó thở, nên nếu có là bệnh đi kèm theo.

**ĐỀ NGHỊ CLS**

* **Xquang ngực:** Tìm
  + Ứ khí: lồng ngực căng phồng, tăng sáng, vòm hoành dẹt, KLS giãn rộng, nằm ngang
  + Dày thành phế quản
  + Viêm phổi kẽ
  + Thâm nhiễm: có 30% VTPQ
  + Xẹp phổi
* **CTM, CRP:** đánh giá nhiễm trùng, BC bình thường hoặc tăng, Lym ưu thế
* **Ion đồ:** làm khi VTPQ mức độ nặng tìm SiADH: Na giảm hoặc khi bé bú kém hay tiêu chảy để đánh giá RL điện giải
* **KMĐM:** làm khi có SHH hoặc tam chứng ứ CO2 (vã mồ hôi, nhịp tim nhanh, THA)
* **Siêu âm bụng tổng quát tìm TN DDTQ:** khi nghi ngờ trên LS bé hay ọc/ói sau bú/ăn

**ĐIỀU TRỊ**

**1. Chỉ định nhập viện**

|  |
| --- |
| ***Lý thuyết***  - Trẻ dưới 3 tháng tuổi có thở nhanh hoặc mạch > 140 lần/phút [2].  - Trẻ ≥ 3 tháng tuồi có một trong những biểu hiện sau [2]:  • 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 [1]  - Giảm oxy máu: Sp02 < 90% [1]  - Ngưng thở [1]  - Vẻ nhiễm độc [1]  - Bú kém [1]  - Lơ mơ [1] |
| ***Lâm sàng***  - Cần theo dõi sát sợ diễn tiến nặng  - Cần điều trị không có ở ngoại trú ví dụ KS tĩnh mạch |

**2. Hỗ trợ hô hấp**

* ***Chỉ định thở oxy/cannula:*** mục tiêu duy trì SpO2 94-96%
  + Tím tái
  + Thở nhanh >70l/ph
  + Co lõm ngực nặng
  + Thở rên
  + Bỏ bú hay bú kém
* ***Chỉ định NCPAP***
  + Vẫn còn tím tái khi thở oxy với FiO2 = 40%.
  + Thở nhanh >70 l/ph dù đang thở Oxy.
  + Có hình ảnh xẹp phổi trên X quang.
* ***Chỉ định NKQ:*** thất bại với NCPAP
  + Có cơn ngưng thở
  + Kiệt sức.
  + Tăng PaCO2 > 55 mmHg, giảm PaO2 < 60 mmH

**3. Chỉ định PKD**

* Nguy kịch hô hấp TB – nặng: thở rên, phập phồng cánh mũi, co lõm ngực; nhịp thở >70/p, khó thở, tím tái (VTPQ nặng)
* SHH
* Chưa loại trừ hen: >6m, KK từ lần 2, API (+)
* Cô Diễm: dưới 6m số lượng thụ thể beta 2 rất ít nên hạn chế PKD do có phun cũng không đáp ứng trừ khi SHH nặng (hạn chế chứ không phải là chống chỉ định)

**4. Chỉ định kháng sinh**

* Lâm sàng không nặng nhưng
  + Không cải thiện sau 4-5 ngày
  + Sốt cao > 38.7oC
  + Tổn thương nhu mô/Xquang
* Lâm sàng nặng
  + Tím
  + Li bì
  + Bỏ bú/bú kém
  + Co lóm nặng
  + Chưa loại nhiễm trùng
* Lựa chọn KS: C3 (cefotaxim/ceftriaxone) do thường gặp phế cầu và Hib

**5. Điều trị hỗ trợ**

* Hỗ trợ hô hấp
  + Nằm đầu cao 30 độ
  + Hút đàm nhớt khi: nhiều đàm, trẻ nhỏ không tự hỉ mũi được, không khạc đàm được, co lõm vừa
  + Nhỏ mũi bằng NaCl 0.9%
* Giảm ho thảo dược: Astex
* Dinh dưỡng
  + Dịch:
    - 100-110 ml/kg/d cho trẻ <6m
    - 80 ml/kg/d cho trẻ >= 6m
    - 2/3 nếu có SiADH
* Nuôi ăn qua sonde dạ dày khi
  + Nhịp thở > 70 lần/phút
  + Nôn ói liên tục
  + Sp02 < 90% khi trẻ bú dù đang thở 02
  + Tăng công hô hấp rõ khi bú
* Nuôi ăn TM khi: nuôi ăn qua sonde cung cấp < 80 Kcal/kg/ ngày

**6. Y lệnh cụ thể**

* Nằm đầu cao 30 độ
* Hút đàm nhớt
* Thở oxy ẩm qua cannula 2 l/p
* Efticol 0.9% 6 giọt/mỗi bên mũi x6 nhỏ mũi
* Ceftriaxone 1g/1 lọ 80mg/kg x1 (TMC)
* Ventolin 2.5mg pha NaCl đủ 3ml x3 (PKD) cách 20 phút
* Astex 2.5 ml x3 (uống)
* Theo dõi tri giác, sinh hiệu, co lõm ngực, SpO2, nước xuất nhập mỗi 12h
* 1BT-SM
* CSC3

**7. Dặn dò người nhà**

* Theo dõi nhịp thở, khò khè, dấu hiệu nặng (li bì, bỏ bú, co lõm ngực, tím tái, bú kém,…)
* Bù dịch và dinh dưỡng đầy đủ cho bé
* Rửa tay thường xuyên, hạn chế tiếp xúc qua lại với bé khác
* Thay đổi tư thế bé thường xuyên, xen kẽ vỗ lưng bé
* Sau bú , bồng bé lên 1 lúc cho bé ợ sau đó mới cho nằm
* Cho bé uống nước ấm hay sữa ấm
* Tránh khói thuốc lá

**8. Tiêu chuẩn xuất viện**

* Nhịp thở < 60/ph đối với trẻ <6 tháng, < 55/ph đối với trẻ 6-11 tháng, < 45/ph đối với trẻ ≥ 12 tháng
* Lâm sàng ổn định, không cần thở oxy
* Bù đủ nước bằng đường uống
* Đã giáo dục gia đình cách chăm sóc và theo dõi bé tại nhà

**DIỄN TIẾN** – Chết, Hết, Kéo dài

* Chết
  + Tiên lượng nặng khi: Phần tiên lượng không có các yếu tố này => tốt
    - <3m
    - TBS + TAP
    - Loạn sản phế quản phổi
    - Suy giảm miễn dịch
  + Biến chứng
    - SHH: trong vòng 24-48h sau NV
    - Bội nhiễm
* Hết: Đa số giảm KK sau 3-4 ngày, khỏi hẳn sau 1-2 tuần
* Kéo dài: do Adenovirus => lệ thuộc oxy => loạn sản phổi