

# VIÊM PHỔI

## BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ

### I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi là nguyên nhân chủ yếu đưa đến nhập viện và tử vong ở trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt là trẻ dưới 2 tháng, là nhóm tuổi có nguy cơ mắc bệnh và tử vong do viêm phổi cao nhất.

Trên thực tế trong hầu hết các trường hợp viêm phổi không tìm được tác nhân gây bệnh. Yếu tố quan trọng nhất để dự đoán tác nhân gây bệnh là dựa trên tuổi của bệnh nhi.

Nguyên nhân viêm phổi cộng đồng đối với những nước đang phát triển:

+ Trẻ dưới 5 tuổi: viêm phổi được xem như viêm phổi do vi khuẩn, thường gặp là: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (là 2 nguyên nhân hàng đầu), *Branhamella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* ...

+ Trẻ dưới 2 tháng ngoài những nguyên nhân kể trên, còn có thể gặp VK Gram âm đường ruột: *E.coli*, *Kliebsiella*, *Proteus*, .....

+ Trẻ từ 5 – 15 tuổi: *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, Non typable *H.influenzae*, siêu vi (influenza A hay B, Adenovirus, các loại siêu vi hô hấp khác).

### II. CHẨN ĐOÁN:

#### 1. Công việc chẩn đoán

##### 1.1. Hỏi bệnh sử:

– Hỏi tìm các dấu hiệu: ho, thời gian ho, dấu hiệu khó thở, sốt và các triệu chứng khác đi kèm.

– Xử lý trước nhập viện.

## 1.2. Khám lâm sàng:

- Tìm dấu hiệu nguy hiểm: tím tái trung ương, không uống được, li bì – khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng.
- Tìm dấu hiệu co lõm lồng ngực cũng như các dấu hiệu co kéo các cơ hô hấp phụ khác.
- Đếm nhịp thở trong một phút:  
Ngưỡng thở nhanh ở trẻ em thay đổi theo tuổi, gọi là thở nhanh khi:
  - + Nhịp thở  $\geq 60$  lần/phút ở trẻ  $< 2$  tháng tuổi
  - + Nhịp thở  $\geq 50$  lần/phút ở trẻ từ 2 tháng  $\rightarrow < 12$  tháng tuổi.
  - + Nhịp thở  $\geq 40$  lần/phút ở trẻ  $\geq 12$  tháng  $\rightarrow < 5$  tuổi.
  - + Nhịp thở  $\geq 30$  lần/phút ở trẻ  $\geq 5$  tuổi.
- Khám phổi: ran phổi, rì rào phế nang, âm thổi ống gô, rung thanh.

## 1.3. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm chỉ định thường qui khi nhập viện:
  - + X-quang tim phổi thẳng.
  - + Công thức máu.
- Xét nghiệm khác nếu cần thiết :
  - + CRP, cấy máu: nếu nghi ngờ nhiễm trùng huyết
  - + VS, IDR, BK đàm/dịch dạ dày: nếu nghi ngờ lao.
  - + Khí máu động mạch: khi có suy hô hấp
  - + Xét nghiệm đàm, hút dịch khí quản -- các huyết thanh chẩn đoán (Phế cầu, Hemophilus, Mycoplasma, RSV,..): trong viêm phổi kéo dài, cần xác định tác nhân.

## 2. Chẩn đoán xác định: khi có đủ 3 yếu tố sau

### 2.1. Bệnh sử.

### 2.2. Lâm sàng: ho hoặc khó thở, thở nhanh hoặc rút lõm ngực.

### 2.3. X-quang

### 3. Chẩn đoán có thể

Lâm sàng: bệnh nhân có sốt, ho, thở nhanh, nhưng trên X-quang chưa thấy tổn thương nhu mô phổi hoặc nghi ngờ có tổn thương nhu mô.

### 4. Chẩn đoán phân biệt

- Hen.
- Dị vật đường thở bỏ quên.
- Các bệnh lý phổi bẩm sinh.
- Các nguyên nhân gây suy hô hấp khác: bệnh lý tim mạch (suy tim, tim bẩm sinh, bệnh lý cơ tim,...), chuyển hóa, ngộ độc, ...

### 5. Phân loại viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi

5.1. Viêm phổi rất nặng: ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau

- Tím tái trung ương,
- Bỏ bú hoặc bú kém (trẻ < 2 tháng), không uống được,
- Co giật, li bì – khó đánh thức,
- Suy hô hấp thất bại với oxy qua canula.

5.2. Viêm phổi nặng: ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau

- Thở co lõm lồng ngực,
- Cánh mũi phập phồng,
- Rên rì (ở trẻ < 2 tháng)

Và không có các dấu hiệu nguy hiểm.

5.3. Viêm phổi: khi ho hoặc khó thở kèm theo thở nhanh và không có dấu hiệu của viêm phổi nặng hay rất nặng.

Lưu ý:

- Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng đều được đánh giá là nặng.
- Những dấu hiệu nghi ngờ viêm phổi tụ cầu:
  - Lâm sàng: có ngò vào (nhọt da, viêm mô tế bào ...).

– Xq phổi: có hình ảnh nghi ngờ viêm phổi tụ cầu.

### III. ĐIỀU TRỊ:

#### 1. Viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi:

1.1. Viêm phổi rất nặng: Nhập viện

1.1.1. Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp (xem phác đồ suy hô hấp).

1.1.2. Kháng sinh:

Bước 1:

– Cephalosporin thế hệ thứ III:

Cefotaxime: 150 – 200 mg/kg/ngày – TMC chia 3 – 4 lần.

Hoặc Ceftriaxone 80 – 100mg/kg/ngày – TB/TMC – 1 -2lần/ngày.

– Kết hợp Gentamycin 7.5mg/kg/ngày, tối đa 5 ngày.

– Nếu dị ứng Cephalosporin thế hệ thứ III có thể thay thế bằng Chloramphenicol (25 mg/kg IM hay IV mỗi 8 giờ) cho đến khi cải thiện. Sau đó duy trì bằng đường uống, tổng thời gian điều trị ít nhất 10 ngày.

– Nếu nghi ngờ tụ cầu:

+ Oxacilline (50mg/kg IM hay IV mỗi 6-8 giờ).

+ Khi trẻ cải thiện, chuyển sang Oxacilline uống trong tổng thời gian 3 tuần.

Bước 2: Đánh giá đáp ứng kháng sinh sau 24giờ.

– Nếu đáp ứng tốt: tiếp tục điều trị như bước 1.

– Nếu không đáp ứng:

+ Hội chẩn khoa, liên chuyên khoa dùng kháng sinh: Ceftazidim, Ciprofloxacin 500mg, Imipenem.

+ Nghi ngờ tụ cầu kháng Oxacilin, chuyển sang dùng Vancomycin

60mg/kg/ngày chia 4 lần/ngày.

Bước 3: đánh giá đáp ứng kháng sinh sau 48-72 giờ

– Nếu đáp ứng tốt: tiếp tục điều trị như bước 2.

– Nếu không đáp ứng:

+ Bilan nhiễm trùng

+ Xq phổi, NTA soi cấy, PCR dịch hút phế quản

+ Hội chẩn toàn bệnh viện dùng kháng sinh: Cefepim, Meropenem,

Levofloxacin (cần loại trừ lao trước khi dùng Levofloxacin)

1.1.3. Các điều trị hỗ trợ khác:

– Thông thoáng đường thở

– Hạ sốt: paracetamol

– Điều trị khò khè với thuốc dẫn phế quản tác dụng nhanh.

– Cung cấp đủ nhu cầu nước – điện giải, dinh dưỡng theo lứa tuổi, chú ý hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp khi truyền dịch.

– Đặt ống thông dạ dày nuôi ăn. Cho ăn uống đường miệng khi tình trạng suy hô hấp cải thiện.

1.1.4. Theo dõi các dấu hiệu thở nhanh, co lõm ngực, sốt mỗi 3 giờ trong vòng 48 giờ đầu.

1.2. Viêm phổi nặng: Nhập viện

1.2.1. Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp (xem phác đồ suy hô hấp).

1.2.2. Kháng sinh:

– Cephalosporin thế hệ thứ III:

Cefotaxime: 150 – 200 mg/kg/ngày TMC chia 3-4 lần

Hoặc Ceftriaxone 80 – 100mg/kg/ngày TB/TMC 1-2lần/ngày.

– Khi trẻ cải thiện chuyển sang Amoxicilline uống (80mg/kg/ngày). Tổng số thời gian điều trị ít nhất 5 ngày (thường 7-10 ngày).

– Nếu trẻ không cải thiện sau 48 giờ, hoặc khi trẻ có dấu hiệu xấu đi: hội chẩn đổi kháng sinh, cho đến khi cải thiện. Sau đó duy trì bằng đường uống cho đủ 10 ngày.

1.2.3. Điều trị nâng đỡ.

1.2.4. Theo dõi các dấu hiệu thở nhanh, co lõm ngực, sốt mỗi 6 giờ trong vòng 48 giờ đầu.

1.3. Viêm phổi: Điều trị ngoại trú

1.3.1. Kháng sinh: Amoxicilline 80mg/kg/ngày chia 2-3 lần

Thời gian: ít nhất 5 ngày.

1.3.2. Theo dõi: khuyên bà mẹ mang trẻ đến khám lại sau 2 ngày hoặc khi trẻ có dấu hiệu nặng hơn.

– Nếu cải thiện (hết thở nhanh, bớt sốt, ăn uống khá hơn): tiếp tục uống kháng sinh đủ 5 ngày.

– Nếu trẻ không cải thiện (còn thở nhanh, sốt, ăn kém): đổi sang kháng sinh uống thứ hai (Cefpodoxim, cefdinir hoặc Cefuroxime) và hẹn tái khám sau 2 ngày.

– Nếu trẻ có dấu hiệu của viêm phổi nặng hoặc rất nặng: cho nhập viện và điều trị như khuyến cáo.

1.3.3. Tiêu chuẩn nhập viện: 1 trong 2 tiêu chuẩn sau

–  $SpO_2 \leq 92\%$

– Thất bại sau 48-72 giờ điều trị ngoại trú

**2. Viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng: Điều trị nội trú**

2.1. Kháng sinh:

– Kháng sinh ban đầu: Ampicilline (50mg/kg mỗi 6 – 8 giờ) và Gentamycin (7,5mg/kg × 1 lần/ngày).

– Điều trị thay thế: Cephalosporin thế hệ thứ III: Cefotaxime: 50mg/kg mỗi 6 –

8 giờ.

– Nếu nghi ngờ *S.aureus*: Oxacillin (50mg/kg mỗi 6 – 8 giờ) + Gentamycin.

2.2. Thời gian điều trị tùy thuộc vi khuẩn gây bệnh và mức độ nặng của bệnh:

– Streptococcus group B, trực khuẩn Gram âm đường ruột: 7-10 ngày

– *S. aureus*: 3 – 6 tuần.

### 3. Viêm phổi ở trẻ từ 5 tuổi trở lên:

3.1. Viêm phổi không điển hình như *Mycoplasma* và *Chlamydia pneumoniae* là nguyên nhân quan trọng ở lứa tuổi này. Tuy nhiên *S. pneumoniae* vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất của viêm phổi do vi trùng nhưng *H. influenzae* ít gặp hơn.

3.2. Kháng sinh ban đầu trong trường hợp viêm phổi mức độ từ nhẹ đến vừa phải nhằm vào cả *S.pneumoniae* và *Mycoplasma*:

– Erythromycin 40-50mg/kg/ngày chia 4 lần hoặc

– Azithromycin:

+ 10mg/kg ngày đầu.

+ 5mg/kg 4 ngày tiếp theo

Hoặc: Clarithromycin 15mg/kg/ngày chia 2 lần

3.3. Trường hợp viêm phổi: có thể dùng Amoxicillin hoặc nhóm Macrolides uống trong 7 – 10 ngày.

Nếu có dấu hiệu nghi ngờ vi khuẩn không đặc hiệu, nhóm Macrolides là thuốc lựa chọn đầu tiên.

Cần đánh giá đáp ứng sau 48 – 72 giờ điều trị. Nếu không đáp ứng có thể chuyển sang Amoxicillin – Clavulanic acid (uống) hoặc Cephalosporin thế hệ 2.