

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa lâm sàng

Viêm tiểu phế quản là bệnh lý viêm nhiễm cấp tính do siêu vi của các phế quản cỡ nhỏ và trung bình, xảy ra ở trẻ < 2 tuổi, đặc trưng bởi hội chứng lâm sàng bao gồm ho, khò khè, thở nhanh ± co lõm lồng ngực.

2. Nguyên nhân

- RSV: hàng đầu (50 -75%), còn có khả năng lây lan rất cao, có thể gây thành dịch lớn hoặc gây VTPQ mắc phải tại bệnh viện.
- Adenovirus (10%) (type 3, 7, 21): thường có bệnh cảnh nặng hơn, có khả năng diễn tiến thành VTPQ tắc nghẽn (obliterative bronchiolitis).
- Các nguyên nhân khác: parainfluenza, influenza virus, human metapneumovirus, mycoplasma...

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh

- Bệnh sử: khởi phát từ từ với sốt nhẹ, ho, sổ mũi, khò khè, khó thở (thường N3 - N4).
- Tiền căn: khò khè (nếu có, cần phân biệt với suyễn).
- Yếu tố nguy cơ:
 - Tuổi < 3 tháng.
 - Tiền sử sanh non, nhẹ cân, suy hô hấp sơ sinh (đặc biệt khi phải giúp thở).
 - Bệnh tim bẩm sinh, đặc biệt tim bẩm sinh tím, có cao áp phổi.
 - Bệnh phổi mạn tính sẵn có: loạn sản phế quản-phổi, thiếu sản phổi,...
 - Suy dinh dưỡng nặng.
 - Suy giảm miễn dịch: bẩm sinh, mắc phải.

b. Khám lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn.
- Dấu hiệu nguy hiểm (xem phác đồ Viêm phổi).
- Dấu hiệu hô hấp: nhịp thở, dấu co lõm ngực, khò khè.
Ran phổi: ran ngáy, rít (còn có thể có ran ẩm, nổ).

c. Đề nghị xét nghiệm cận lâm sàng

- Xét nghiệm thường qui (trong trường hợp nhập viện):
 - Công thức máu.
 - X-quang tim phổi thẳng.
- Khí máu động mạch: khi có suy hô hấp cần thở NCPAP hay giúp thở, hoặc khi có chỉ định vì lý do khác.
- Xét nghiệm dịch mũi hầu tìm kháng thể RSV bằng test ELISA: không chỉ định đại trà.

2. Chẩn đoán: chủ yếu vẫn là chẩn đoán lâm sàng.

- Gợi ý bởi: Tuổi < 24 tháng.
 - Biểu hiện lâm sàng: ho, khò khè, thở nhanh ± co lõm ngực.
 - Yếu tố dịch tễ: thành dịch, mùa mưa, mùa lạnh.
- Các xét nghiệm cận lâm sàng (CTM, X-quang phổi, XN siêu vi,...) không đặc hiệu cho chẩn đoán. X-quang phổi: các thay đổi không đặc hiệu. Thường thấy hình ảnh ứ khí phế nang (thường khu trú ở đáy phổi), có thể gặp hình ảnh xẹp phổi (thường ở phân thùy đỉnh/thùy trên P). X-quang cũng có thể bình thường.
- Phân độ viêm tiểu phế quản.
 - **Viêm tiểu phế quản nhẹ:**
 - + Tỉnh táo, bú tốt.
 - + Nhịp thở < 50 lần/phút.
 - + SpO₂ > 95% với khí trời.
 - + Không có các yếu tố nguy cơ.
 - **Viêm tiểu phế quản trung bình:**
 - + Tỉnh táo, bú kém.
 - + Co lõm ngực.
 - + Nhịp thở 50 - 70 lần/phút.
 - + SpO₂ 92- 95% với khí trời.
 - **Viêm tiểu phế quản nặng:**
 - + Bứt rứt, kích thích, li bì, rối loạn tri giác.
 - + Bỏ bú (bú < 50% lượng sữa bình thường).
 - + Thở nhanh > 70 lần/phút.
 - + Thở không đều (có cơn ngừng thở), thường ở trẻ < 3th.
 - + Tím.
 - + Rên rĩ.
 - + Co lõm ngực nặng.
 - + SpO₂ < 92% với khí trời.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Suyễn: có tiền căn khò khè và đáp ứng tốt với khí dung Salbutamol. Tuy nhiên ở trẻ trên 18 tháng cần nghĩ đến suyễn dù là cơn đầu.
- Viêm phổi.
- Ho gà: cần lưu ý là trẻ < 3 tháng khi bị VTPQ có thể có biểu hiện ho dạng ho gà.
- Suy tim.
- Dị vật đường thở.

- Các nguyên nhân khò khè hiếm gặp khác (mềm sụn phế quản, vòng thắt mạch máu, các bệnh lý bẩm sinh khác): chỉ nghĩ đến khi có dấu hiệu gợi ý hoặc diễn tiến không điển hình.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc cơ bản: là điều trị triệu chứng, chủ yếu bao gồm cung cấp đầy đủ nước - điện giải - dinh dưỡng, và bảo đảm đủ Oxy.

2. Chỉ định nhập viện

- Trẻ dưới 3 tháng tuổi.
- Có yếu tố nguy cơ: (xem phần yếu tố nguy cơ).
- Có dấu hiệu nguy hiểm: tím tái, bỏ bú hoặc bú kém (trẻ nhỏ hơn 2 tháng), không uống được (trẻ trên 2 tháng), li bì – khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng.
- Thở co lõm ngực, thở nhanh (trên 70 lần/phút).
- Có dấu hiệu mất nước.

3. Viêm tiểu phế quản nhẹ

- Điều trị ngoại trú:
 - Không chỉ định kháng sinh, thuốc dẫn phế quản, corticoids.
 - Chỉ cần điều trị triệu chứng:
 - + Thông thoáng đường thở, nhỏ mũi thường xuyên.
 - + Tiếp tục cho trẻ ăn/bú bình thường, chia lượng sữa/thức ăn ra nhiều bữa nhỏ.
 - + Cho trẻ uống nước nhiều.
 - + Hạ sốt (nếu có).
 - + Chỉ sử dụng thuốc giảm ho an toàn, không chứa antihistamins cũng như các chất có thể có tác dụng phụ quan trọng khác.
 - Hướng dẫn các dấu hiệu nặng cần đến khám lại ngay.
 - Tái khám sau 2 ngày.

4. Viêm tiểu phế quản trung bình: Cho nhập viện.

a. Điều trị hỗ trợ hô hấp

- Thông thoáng đường thở, hút đờm nhớt thường xuyên.
- Nằm đầu cao.
- Thuốc dẫn phế quản (β_2 agonists):
 - Thuốc dẫn phế quản có hiệu quả không hằng định.
 - Khi bệnh nhi có khò khè kèm khó thở co lõm ngực, có thể cho Salbutamol khí dung 2 lần cách nhau 20 phút và cần phải đánh giá đáp ứng sau 1 giờ:
 - + Nếu có đáp ứng sau 1 giờ: có thể dùng tiếp.
 - + Nếu không có đáp ứng: không cần dùng tiếp.
- Liều lượng: Salbutamol: 0,15 mg/kg/lần (tối thiểu: 1,5 mg, tối đa: 5 mg/lần).
- **Nước muối ưu trương 3%:** pha chung với thuốc dẫn phế quản (Salbutamol) phun khí dung.
- **VLTL hô hấp:** trường hợp khò khè kéo dài, có hình ảnh xẹp phổi trên X-quang.



b. Cung cấp đủ nước - điện giải - dinh dưỡng

- Tiếp tục cho ăn uống, bú, nên chia thành nhiều bữa ăn nhỏ, giảm số lượng mỗi lần bú, tăng số lần bú để vẫn bảo đảm đủ năng lượng cho trẻ.
- Chú ý nếu trẻ thở nhanh > 60 lần/phút cần cho bú cẩn thận vì nguy cơ hít sặc cao.

c. Kháng sinh

- Tuy kháng sinh không rút ngắn diễn tiến bệnh nhưng theo TCYTTG thì cần điều trị kháng sinh như viêm phổi do vi trùng đối với các nước đang phát triển do: nhiều yếu tố nguy cơ kết hợp nhiễm trùng do VT, không có dấu hiệu đặc hiệu giúp phân biệt tác nhân Siêu vi/Vi trùng (LS, CLS), không có điều kiện cách ly.
- Kháng sinh được lựa chọn ban đầu như trong trường hợp viêm phổi do vi trùng.

d. Corticoids

- Không chỉ định rộng rãi Corticoids trong mọi trường hợp VTPQ trung bình.
- Chỉ chỉ định trong trường hợp nghi ngờ suyễn hoặc trong trường hợp có suy hô hấp.
- Liều lượng: Prednison: 1–2 mg/kg/ngày (bệnh nhi còn uống được), hoặc Hydrocortison: 5 mg/kg/lần (TMC) mỗi 6 giờ, hoặc Dexamethason: 0,15 mg/kg/lần mỗi 6 – 8 giờ.
- Các loại Corticoids khí dung chưa được khuyến cáo sử dụng.

5. Viêm tiểu phế quản nặng

Bên cạnh các điều trị như VTPQ trung bình cần cho trẻ nằm phòng cấp cứu hay khoa hồi sức tích cực, cần theo dõi sát mạch, nhịp thở, SpO₂, khí máu động mạch.

Hỗ trợ hô hấp: thở oxy, NCPAP, giúp thở tùy mức độ suy hô hấp (xem phác đồ Suy hô hấp).

- Thở oxy ẩm qua canuyn chỉ định khi:
 - Tím tái.
 - Thở nhanh > 70 lần/phút, co lõm ngực nặng.
 - Rên rĩ.
 - Bỏ bú hay bú kém.
 - Thở oxy sao cho SaO₂ đạt được > 90%, tốt nhất > 95%.
- Chỉ định thở NCAP:
 - Vẫn còn tím tái khi thở oxy với FiO₂ = 40%.
 - Thở nhanh >70 lần/phút dù đang thở oxy.
 - Có hình ảnh xẹp phổi trên X-quang.

Sau khi phun khí dung Salbutamol tình trạng lâm sàng không cải thiện có thể xem xét dùng thêm khí dung Adrenalin 1‰ liều lượng 0,4- 0,5 ml/kg/lần tối đa 5ml.

Cung cấp đủ nước - điện giải - dinh dưỡng

- Chỉ định nuôi ăn qua sonde dạ dày khi:
 - Thở nhanh trên 70 – 80 lần/phút.
 - Nôn ói liên tục nếu ăn uống bằng đường miệng.
 - Khi trẻ ăn uống/bú mà SpO₂ giảm dưới 90% dù có thở Oxy.

- Kém phối hợp các động tác nút – nuốt – hô hấp, tăng rõ rệt công hô hấp khi ăn uống/bú.
- Chỉ định truyền dịch - nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch: khi trẻ có mất nước, hoặc khi nuôi ăn bằng đường tiêu hóa chỉ có thể cung cấp được không quá 80 ml/kg/ngày.

Cần lưu ý hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp (thường xảy ra khi có kèm tổn thương nhu mô phổi nặng hoặc khi phải hỗ trợ hô hấp với áp lực dương). Khi có hội chứng này cần giới hạn cung cấp bằng 2/3 nhu cầu căn bản.

6. Các điều trị khác

- Thông thoáng mũi thường xuyên.
- Vật lý trị liệu hô hấp: không cần chỉ định một cách thường quy. Chỉ định chủ yếu khi có biến chứng xẹp phổi.
- Cần rửa tay trước và sau khi chăm sóc trẻ và nếu có điều kiện nên cho trẻ nằm phòng riêng nếu RSV (+).
- Ipratropium bromide: hiện không được khuyến cáo sử dụng thường quy, chỉ sử dụng trong trường hợp nghi ngờ suyễn và phối hợp với Salbutamol khí dung.
- Thuốc kháng siêu vi (Ribavirin): đắt tiền và hiện không có ở Việt Nam, nhưng cũng chỉ chỉ định khi RSV (+), bệnh nhi phải thở máy, có yếu tố nguy cơ (xem phần yếu tố nguy cơ). Thuốc cần sử dụng ở dạng khí dung 18 giờ/24 giờ, qua nội khí quản.
- Immunoglobulin: hiện không khuyến cáo sử dụng rộng rãi và cũng rất đắt tiền.

7. Các điều trị không được khuyến cáo

- Khí dung Normal saline.
- Phun khí dung liên tục để làm ẩm không khí.
- Antihistamin và các loại thuốc ho, co mạch không an toàn.

Vấn đề	Mức độ chứng cứ
Thuốc dẫn phế quản không cải thiện độ bão hòa oxy, không làm giảm nhập viện, không rút ngắn thời gian nằm viện ở bệnh nhi viêm tiểu phế quản.	I Cochrane 2010
Những bằng chứng gần đây cho thấy glucocorticoids (toàn thân hoặc dạng hít) không làm giảm thời gian nằm viện trong viêm tiểu phế quản.	I Cochrane 2010
Không có bằng chứng cho thấy hiệu quả của các thuốc ức chế leukotriene (leukotriene modifier) trong viêm tiểu phế quản	I Kendig's Disorders of the Respiratory Tract in Children, 8th Edition, 2012

