

VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP

1.1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm thanh khí phế quản cấp hoặc Croup là tình trạng viêm phù nề cấp tính vùng hạ thanh môn thường do siêu vi: *Parainfluenza* (tỷ lệ khoảng 70%), sau đó là RSV, *Adenovirus*, vi khuẩn *Hemophilus influenza* ít gặp. Thường gặp trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi.

1.2. CHẨN ĐOÁN

1.2.1. Hỏi bệnh

Triệu chứng khởi phát: sốt nhẹ, ho, sổ mũi, ho ông ổng. Sau 1-3 ngày, đột ngột xuất hiện dấu hiệu khan tiếng và khó thở thanh quản.

Hội chứng xâm nhập để loại trừ dị vật đường thở.

Trẻ còn ăn uống được, nuốt khó hay không để phân biệt viêm nắp thanh môn.

Tiền căn thở rít hoặc khó thở thanh quản để chẩn đoán phân biệt với dị dạng mạch máu hoặc mềm sụn thanh quản.

1.2.2. Khám

Tổng trạng: vẻ tỉnh táo, nếu có vẻ nhiễm trùng cần phân biệt nguyên nhân khác.

Khàn tiếng, tiếng rít thanh quản.

Dấu hiệu suy hô hấp:

- Thở nhanh, co lõm ngực, cơn ngưng thở.
- Tím tái.
- Tri giác lơ mơ.
- Thở rít khi gắng sức, khóc hay khi nằm yên.

Khám họng tìm giả mạc để loại trừ bạch hầu.

1.2.3. Cận lâm sàng

Công thức máu, phản ứng CRP.

Phết họng loại trừ bạch hầu.

Khi suy hô hấp hoặc cần chẩn đoán phân biệt X-quang phổi và cổ thẳng.

Phát hiện tình trạng hẹp hạ thanh môn (dấu hiệu nóc nhà thờ: Steeple sign).

Loại trừ dị vật đường thở.

CT scanner cổ ngực: khi cần chẩn đoán phân biệt với dị vật đường thở, dị dạng mạch máu hay dị dạng đường dẫn khí.

Nội soi thanh khí quản không thực hiện thường quy, chỉ nội soi khi:

- Cần chẩn đoán phân biệt dị vật đường thở.
- Khó thở thanh quản tái phát.

- Thất bại điều trị nội khoa.

1.2.4. Chẩn đoán

1.2.4.1. Chẩn đoán xác định

Triệu chứng khởi phát: viêm hô hấp trên.

Khàn tiếng.

Rít thanh quản.

Nội soi: viêm thanh khí quản.

1.2.4.2. Chẩn đoán có thể

Có 3 dấu hiệu lâm sàng nêu trên nhưng không có kết quả nội soi thanh khí quản.

1.2.4.3. Chẩn đoán phân biệt

Ngoại trừ dị vật đường thở, 90% các trường hợp khó thở thanh quản ở trẻ nhỏ là Croup và viêm nắp thanh môn.

Dị vật đường thở: khó thở thanh quản đột ngột kèm hội chứng xâm nhập.

Viêm nắp thanh môn: thường do vi khuẩn *Hemophilus influenzae*, lâm sàng sốt cao đột ngột và nhanh chóng có biểu hiện khó thở thanh quản, bệnh nhân có kiểu ngồi đặc biệt cúi ra trước, đây là tư thế tốt nhất để làm thông đường thở, tuyệt đối không được ép trẻ nằm xuống vì động tác này có thể làm trẻ ngừng thở. X-quang cổ nghiêng có hình ảnh phù nề vùng thượng thanh môn (dấu ngón tay).

U nhú thanh quản: bệnh nhân có triệu chứng khàn tiếng kéo dài.

Bất thường mạch máu bẩm sinh chèn ép khí quản, vòng mạch máu (vascular ring), dây quàng động mạch phổi (pulmonary sling).

Mềm sụn thanh quản, thanh khí quản mềm.

Abscess thành họng sau: sốt cao, dấu hiệu nhiễm khuẩn, không nuốt được.

Viêm khí quản do vi khuẩn: thường do *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* hoặc *Hemophilus influenzae* type B. Trẻ sốt cao, vết mặt nhiễm trùng kèm dấu hiệu tắc đường thở trên.

1.3. PHÂN ĐỘ

Theo khó thở thanh quản:

- Nhẹ: thở rít khi khóc hay gắng sức. Chỉ khàn tiếng, ho.
- Trung bình: Thở rít khi nằm yên, khó thở, thở nhanh, co lõm ngực, tim nhanh.
- Nặng: tím tái, cơn ngừng thở, lơ mơ.

1.4. ĐIỀU TRỊ

1.4.1. Nguyên tắc điều trị

Loại trừ dị vật đường thở.

Hỗ trợ hô hấp.

Giảm phù nề thanh quản.

Điều trị triệu chứng.

1.4.2. Điều trị

1.4.2.1. Mức độ nhẹ

Điều trị ngoại trú.

Dexamethason liều duy nhất 0.15 mg/kg (tối đa 10 mg) hoặc Prednison 1 mg/kg/ngày mỗi 12 giờ trong 2-3 ngày.

Không chỉ định kháng sinh.

Cho trẻ ăn uống bình thường.

Điều trị triệu chứng: giảm ho, hạ sốt.

Hướng dẫn mẹ chăm sóc trẻ tại nhà và các dấu hiệu nặng cần đi tái khám (co lõm ngực, tiếng rít khi nằm yên).

Cần tái khám mỗi ngày.

1.4.2.2. Mức độ trung bình

Nhập viện hoặc có thể điều trị ngoại trú, nếu bệnh nhân ở gần và có điều kiện theo dõi sát.

Dexamethason 0.6 mg/kg (tối đa 10 mg) tiêm bắp hay tiêm mạch 1 lần, có thể lập lại sau 6-12 giờ nếu cần. Hoặc Dexamethason 0.15 mg/kg/ngày uống 1 lần/ngày hoặc Prednison 1 mg/kg/ngày mỗi 8-12 giờ trong 2-3 ngày. Hoặc khí dung Budesonide 1-2 mg liều duy nhất nếu có chống chỉ định corticoid toàn thân như đang bị thủy đậu, lao, xuất huyết tiêu hóa, loét dạ dày, nôn ói nhiều.

Triệu chứng thường giảm sau 2-6 giờ dùng corticoid. Sau 2 giờ không cải thiện: xem xét phối hợp khí dung Adrenaline.

Kháng sinh Amoxicilline/Acid clavulanic 50-75 mg/kg/ngày chia 3 lần nếu chưa loại trừ nguyên nhân nhiễm khuẩn.

Cần tái khám mỗi ngày nếu điều trị ngoại trú.

1.4.2.3. Mức độ nặng

Nhập cấp cứu.

Nằm đầu cao.

Cần giữ yên trẻ, cho mẹ bồng, tránh khóc vì làm tăng phù nề thanh quản và khó thở nhiều hơn.

Thở oxy qua cannula duy trì SaO₂ ≥ 95%

Khí dung Adrenaline có tác dụng sau 30 phút và kéo dài 2 giờ:

- Liều Adrenaline 1‰ 2-5 mL (trẻ < 4 tuổi: 2 mL) hoặc 0.4-0.5 mL/kg (tối đa 5mL).

- Có thể lặp lại liều 2 sau 30 phút - 1 giờ nếu còn khó thở nhiều và sau đó 1-2 giờ nếu cần đợi tác dụng của Dexamethason, tối đa 3 liều. Không phun khí dung Adrenaline từ 3 lần trong 1 giờ.
- Adrenaline chống chỉ định trong tứ chứng Fallot và bệnh lý cơ tim của tâm thất gây tắc đường ra vì có thể đột ngột gây giảm cung lượng tim.

Dexamethason 0.6 mg/kg/lần tiêm bắp hay tiêm mạch, có thể lặp lại sau 6-12 giờ.

Kháng sinh Cefotaxim hay Ceftriaxone (100 mg/kg/ngày chia 2 lần) trong 3-5 ngày.

Hội chẩn Tai mũi họng khi không đáp ứng với khí dung Adrenaline hoặc cần chẩn đoán phân biệt.

Chỉ định đặt nội khí quản (nhỏ hơn bình thường 0.5) sau thất bại với phun khí dung Adrenaline và tiêm Dexamethason:

- Tím tái.
- Lơ mơ, kiệt sức.
- Cơn ngưng thở.

Theo dõi: tri giác, nhịp thở, SaO₂, nhịp tim, tiếng thở rít thanh quản.

1.5. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

Tỉnh táo.

Hết thở rít lúc nghỉ.

SpO₂ bình thường hết biểu hiện suy hô hấp.

Ăn uống được.

1.6. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

Viêm thanh khí phế quản mức độ trung bình / nặng không đáp ứng khí dung Adrenaline và tiêm Dexamethason.

Trẻ có bệnh nền: tim mạch, dị tật bẩm sinh đường thở, suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải, ...

Các trường hợp cần chỉ định nội soi thanh khí quản: phân biệt dị vật đường thở, khó thở thanh quản tái phát, thất bại điều trị nội khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Phác đồ điều trị nhi khoa 2020 Bệnh viện Nhi Đồng 1
3. Phác đồ điều trị nhi khoa 2019 Bệnh viện Nhi Đồng 2