

VIÊM TIÊU PHẾ QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tiêu phế quản (VTPQ) là bệnh hô hấp cấp tính thường gặp ở trẻ nhũ nhi, vào mùa đông xuân, thời tiết ẩm ướt.

Bệnh đặc trưng bởi tình trạng viêm nhiễm cấp tính ở các phế quản cỡ nhỏ và trung bình do virus; dẫn đến hiện tượng phù nề, hoại tử tế bào biểu mô đường dẫn khí nhỏ, tăng sản xuất chất nhầy và co thắt phế quản.

Bệnh có thể nhẹ đến rất nặng dẫn đến suy hô hấp gây tử vong.

Tác nhân gây bệnh:

- Virus hợp bào hô hấp (RSV): chiếm 2/3 trường hợp VTPQ, có thể gây thành dịch
- Adenovirus: bệnh cảnh VTPQ nặng hơn, kéo dài hơn, có khả năng diễn tiến thành VTPQ tắc nghẽn
- Virus khác: Cúm và á cúm, Rhinovirus, Enterovirus, Bocavirus...

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Hỏi bệnh

Bệnh sử: Khởi phát từ từ với sốt nhẹ, ho, sổ mũi, khò khè, khó thở (thường ngày 3 – 4 của bệnh)

Tiền căn: khò khè (nếu có, cần phân biệt với suyễn)

Yếu tố nguy cơ:

- Trẻ < 6 tháng
- Sinh non (đặc biệt < 32 tuần), suy hô hấp sơ sinh
- Bệnh tim bẩm sinh
- Bệnh phổi mạn
- Suy giảm miễn dịch (bẩm sinh, mắc phải)
- Suy dinh dưỡng nặng
- Bất thường nhiễm sắc thể: Hội chứng Down...

2.2. Khám lâm sàng

Dấu hiệu sinh tồn, tri giác, SpO₂

Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân:

- Tím tái
- Bỏ bú/bú kém (trẻ < 2 tháng), không uống được (trẻ > 2 tháng)
- Li bì, khó đánh thức

- Co giật

Dấu hiệu hô hấp:

- Khò khè, nhịp thở, co lõm ngực
- Có cơn ngưng thở
- Ran phổi: ran rít, ran ngáy, giảm phế âm. Có thể có ran ẩm, nổ

Dấu hiệu mất nước, tiểu ít (không tiểu ướt tã trong vòng 12 giờ), đánh giá khả năng bú/uống bằng đường miệng

2.3. Cận lâm sàng

Công thức máu: Bạch cầu giảm hoặc bình thường, lympho có thể tăng

Xquang phổi: dày thành phế quản, ứ khí, xẹp phổi từng vùng, tổn thương mô kẽ, đông đặc thùy/phân thùy

Trường hợp nặng: đường huyết, điện giải đồ

Nghi ngờ bội nhiễm: CRP, cấy đàm

Khí máu động mạch: đánh giá độ nặng của suy hô hấp, PaO₂ giảm, PaCO₂ tăng, toan hô hấp. Chỉ định khi suy hô hấp nặng cần cung cấp oxy với FiO₂ > 50%

Xét nghiệm phát hiện virus: hút dịch mũi hầu hoặc RT-ELISA, không khuyến cáo thực hiện thường quy

2.4. Chẩn đoán

Viêm tiểu phế quản

Tuổi < 24 tháng tuổi

Khởi đầu viêm hô hấp trên và/hoặc chảy mũi trong 1 – 3 ngày

Hội chứng tắc nghẽn hô hấp dưới: Ho, khò khè, thở nhanh và/hoặc thở co lõm lồng ngực, nghe phổi có ran rít/ngáy hoặc ran ẩm hoặc cả hai

LƯU Ý: trẻ nhỏ < 6 tuần tuổi có thể chỉ có cơn ngưng thở mà không có các triệu chứng lâm sàng khác

Viêm tiểu phế quản bội nhiễm

Sốt cao đột ngột hoặc sốt kéo dài

Vết mặt nhiễm trùng, đờ

Diễn tiến lâm sàng xấu nhanh

Công thức máu: Bạch cầu tăng, đa nhân ưu thế

CRP > 20 mg/L

X-quang phổi: thâm nhiễm tiến triển

Cấy đàm (+)

2.5. Chẩn đoán phân biệt

Hen: thường gặp ở trẻ > 18 tháng, có tiền căn khò khè tái phát có đáp ứng với nghiệm pháp giãn phế quản, cơ địa dị ứng, tiền căn gia đình. Tuy nhiên, khó phân biệt VTPQ với cơn hen lần đầu

Viêm phổi do vi khuẩn hoặc vi-rút: sốt cao < 39°C và/hoặc có vùng ran ẩm/nổ khu trú, Xquang phổi thâm nhiễm nhu mô phổi

Mềm sụn thanh quản

Chèn ép khí phế quản từ ngoài vào (mạch máu, u)

Tắc nghẽn đường hô hấp do u, hẹp khí quản

Dị vật đường thở

Trào ngược dạ dày thực quản

Khó thở thứ phát sau nhiễm virus

2.6. Biến chứng

Suy hô hấp

-Tràn khí màng phổi

-Viêm phổi trung thất

-Xẹp phổi

-Rối loạn chức năng hô hấp

-Khó thở thì thở ra tái phát

-Viêm tiểu phế quản tắc nghẽn

3. PHÂN ĐỘ

Thông số	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Tri giác	Tỉnh	Có thể kích thích	Kích thích nhiều Li bì Kiệt sức
Ăn, bú	Bình thường hoặc > 75% bình thường	50% – 75% bình thường	≤ 2 tháng: Bỏ bú, bú kém > 2 tháng: không uống/bú được
Tím tái	Không	Không	Có
Ngưng thở	Không	Có thể có cơn ngưng thở ngắn	Cơn ngưng thở thường xuyên, kéo dài
Nhịp thở	Bình thường	Thở nhanh trên ngưỡng thở nhanh theo tuổi < 2 tháng: 60 lần/phút, 2-12 tháng: 50	Thở nhanh (> 70 lần/phút)

Thông số	Nhẹ	Trung bình	Nặng
		lần/phút, > 12 tháng: 40 lần/phút	
Co kéo cơ hô hấp phụ	Không hoặc co lõm nhẹ	Co lõm lồng ngực trung bình	Co lõm lồng ngực nặng Thở rên
Dấu mất nước	Không	Có mất nước	Mất nước nặng
SpO2	> 95%	92% – 95%	< 92%

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị nâng đỡ nhằm đảm bảo ổn định tình trạng bệnh
- Cung cấp oxy phù hợp
- Cung cấp đủ dịch

4.2. Điều trị cụ thể

Hỗ trợ hô hấp

- Thở oxy canula mũi với FiO₂ khoảng 30%-40% là đủ giúp điều chỉnh tình trạng thiếu oxy ở hầu hết bệnh nhi
- Cung cấp oxy duy trì SpO₂ > 95%, và xem xét cai oxy khi thở khí trời mà SpO₂ > 95% ổn định (> 4 giờ)
- Cung cấp đủ nước điện giải và dinh dưỡng
- Cung cấp dịch theo nhu cầu và lượng nước thiếu trong 24 – 48 giờ đầu: 100 – 110 ml/kg/ngày ở trẻ < 6 tháng, 80 ml/kg/ngày ở trẻ ≥ 6 tháng
- Trẻ còn bú mẹ, cần cho trẻ tiếp tục bú mẹ
- Trẻ có nguy cơ thất bại bù dịch đường miệng □ cung cấp dịch và điện giải qua sonde dạ dày hoặc tĩnh mạch

Nuôi ăn qua sonde dạ dày	Nuôi ăn tĩnh mạch
<ul style="list-style-type: none"> - Thở nhanh > 70 lần/phút - Nôn ói liên tục - SpO₂ < 90% khi ăn uống/bú dù có thở oxy - Tăng công hô hấp rõ rệt khi ăn uống/bú 	<ul style="list-style-type: none"> - Có dấu mất nước - Nuôi ăn đường tiêu hoá chỉ cung cấp được lượng dịch < 80ml/kg/ngày

Thuốc giãn phế quản

- Không sử dụng thường quy
- Xem xét trong trường hợp: trẻ > 6 tháng tuổi, khó khè tái phát, cơ địa dị ứng bản thân/gia đình

-Liều lượng: Khí dung Salbutamol 0.15mg/kg/lần, tối thiểu 1.5mg/lần
HOẶC MDI Salbutamol 4-6 nhát/lần qua buồng đệm

-Có thể lặp lại lần 2 sau 20 phút

-Nếu đáp ứng sau 1 giờ điều trị, có thể dùng tiếp. Nếu không đáp ứng thì không cần sử dụng tiếp thuốc giãn phế quản

-LƯU Ý: Trường hợp bệnh nhi tím tái, thở co lõm ngực nặng, thở nhanh > 70 lần/phút, SpO₂ < 92% cần phun khí dung Salbutamol với oxy 6 lít/phút để tránh rối loạn tỷ lệ thông khí/tưới máu

Corticosteroid

-Không chỉ định thường quy

-Xem xét trong trường hợp không loại trừ được hen

Kháng sinh

-Chỉ định khi có dấu hiệu bội nhiễm hoặc khi trẻ có một trong các biểu hiện: thở nhanh, thở co lõm ngực, có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân, Xquang phổi thâm nhiễm

-Kháng sinh sử dụng: như phác đồ điều trị Viêm phổi trẻ em

Vật lý trị liệu hô hấp

-Kỹ thuật được khuyến cáo là giải phóng tắc nghẽn hô hấp trên và dưới phù hợp với trẻ, đặc biệt là kỹ thuật thở ra thụ động và kết hợp với gây ho

5. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

-Trẻ hết sốt ít nhất 48 tiếng

-Dấu hiệu sinh tồn, tri giác ổn định

-Trẻ không còn dấu hiệu suy hô hấp

-Trẻ ăn bú được, không còn dấu hiệu mất nước, thèm ăn, tăng hoạt động

6. TIÊU CHUẨN CHUYỂN VIỆN

-Trẻ VTPQ nặng, có rối loạn tri giác, hôn mê; có chỉ định đặt nội khí quản, thở máy

-Trẻ VTPQ trung bình không đáp ứng với thở oxy qua canula mũi, cần thở oxy lưu lượng cao (HFNC), NCPAP

-Trẻ cần thở oxy canula mũi: > 1 lít/phút (1 – 3 tháng tuổi), > 1.5 lít/phút (trẻ 3 – 6 tháng tuổi), 2 lít/phút (trẻ 6 tháng – 2 tuổi)

-Trẻ VTPQ không cai được oxy/Trẻ có bệnh nền: tim bẩm sinh (đặc biệt tim bẩm sinh tím, bệnh tim có kèm tăng áp phổi, suy tim), bệnh phổi mạn, bệnh thần kinh – cơ, suy giảm miễn dịch, bất thường nhiễm sắc thể

-Trẻ VTPQ thất bại bù dịch đường miệng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài “Viêm tiểu phế quản”, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em”, 2015, Bộ Y tế
2. Bài “Viêm tiểu phế quản”, “Phác đồ điều trị Nhi khoa”, 2019, Bệnh viện Nhi đồng 1