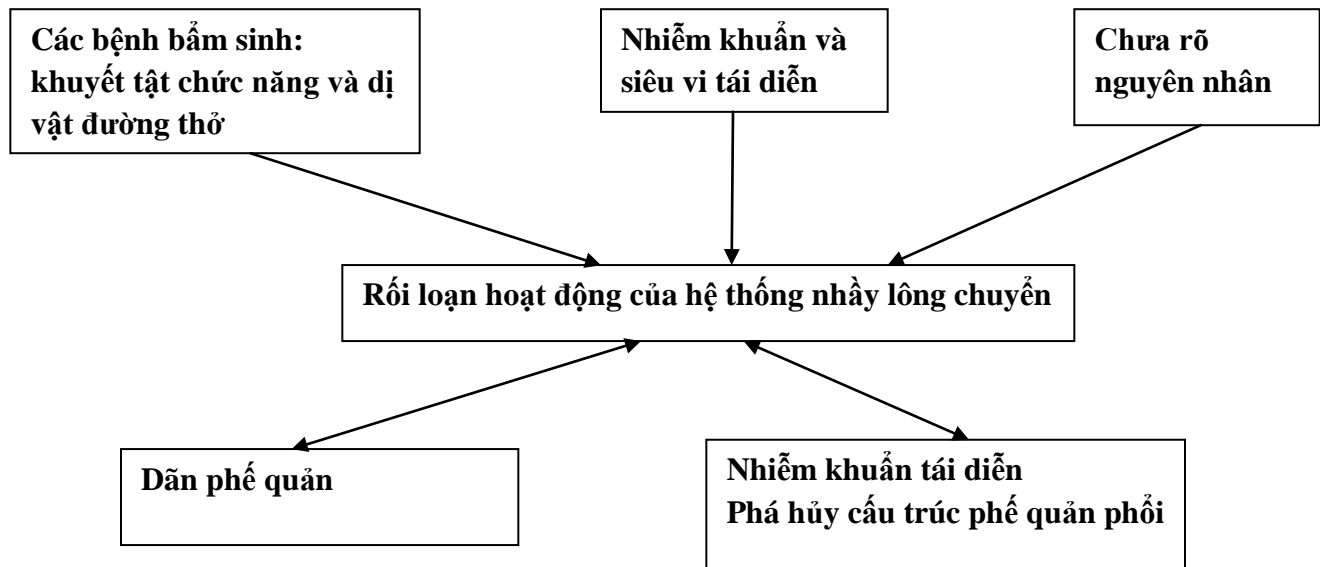


DẪN PHẾ QUẢN

Ban hành kèm theo Quyết định số 182/QĐ- BV ngày 13/3/2014

I. Khái niệm:

- Dẫn phế quản là sự dẫn bất thường, không hồi phục của một hay nhiều phế quản có kích thước trung bình và tiểu phế quản do hủy hoại cấu trúc đàn hồi và cơ trơn thành phế quản.
- Thường phế quản bị dẫn từ thế hệ thứ tư đến thứ 8 hoặc thứ 10.
- Nguyên nhân: có thể do bẩm sinh hay mắc phải, hay không rõ nguyên nhân, làm giảm sức đề kháng tại chỗ của phế quản, tăng tiết đàm nhớt liên tục trong lòng phế quản, nhiễm trùng và ho ra máu tái diễn.



II. Chẩn đoán:

1. Triệu chứng cơ năng:

- Ho khạc đàm mạn tính, thường vào buổi sáng, trong đợt cấp ho đàm tăng, đàm nhầy mủ, có khi lẫn máu.
- Ho ra máu tái diễn: tái phát nhiều lần, kéo dài trong nhiều năm, có khi là triệu chứng duy nhất (dẫn phế quản thể khô, xảy ra ở thùy trên, thường thứ phát do lao).
- Khó thở: thường nhẹ hoặc vừa, giảm khả năng gắng sức, khó thở nặng khi tổn thương lan rộng.

- Đau ngực: kiểu màng phổi, thường gặp trong các đợt nhiễm trùng cấp.

2. Triệu chứng thực thể:

- Nghe phổi: ran ẩm, ran nổ ở vùng tổn thương, đôi khi có hội chứng đông đặc.
- Ran ngáy, ran rít có thể gặp, nhất là trong các đợt nhiễm trùng.
- Ngón tay dùi trống khi giai đoạn nặng, suy hô hấp mạn, tâm phế mạn, áp xe phế quản.
- Các triệu chứng ở tạng khác: đảo ngược phủ tạng, viêm xoang mạn, vô sinh.

3. Cận lâm sàng:

- X quang ngực: không loại trừ được dẫn phế quản, có thể thấy hình tổ ong, hình micro abscess (thường <2 cm).
- X quang xoang: hình đường ray xe lửa.
- Chụp phế quản cản quang bằng lipiodol- chỉ dùng khi cần điều trị phẫu thuật, thấy hình ảnh phế quản dạng ống, dạng túi, hay hình tràng hạt.
- CT scanner với độ phân giải cao giúp chẩn đoán xác định dẫn phế quản.
- Cây đờm: vi trùng, AFB, cấy vi trùng lao, nấm...
- Nội soi phế quản: giúp chẩn đoán nguyên nhân ho ra máu do dẫn phế quản với các nguyên nhân khác, giúp lấy dị vật (nếu do dị vật), lấy đờm làm xét nghiệm.
- Định lượng kháng thể, nếu nghi ngờ giảm kháng thể bẩm sinh.
- Công thức máu: bạch cầu tăng khi có nhiễm trùng, eosinophil tăng gợi ý nhiễm Aspergillus, thiếu máu mạn khi nhiễm trùng và ho ra máu tái diễn.
- Chức năng hô hấp: thường có rối loạn thông khí hỗn hợp- nhưng đa số là hội chứng tắc nghẽn.
- ECG và siêu âm tim: khi có biến chứng tâm phế mạn, tăng áp động mạch phổi.

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Lao phổi
- Ung thư phổi
- Áp xe phổi
- Dị vật phế quản
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

5. Biến chứng:

- Mủ màng phổi, áp xe não, thoái hóa dạng bột.
- Ho ra máu

- Suy hô hấp mạn, tâm phế mạn.

III. Điều trị:

Dãn phế quản là bệnh mạn tính, cần được điều trị và theo dõi kéo dài

1. Điều trị nội khoa:

1.1. Điều trị căn nguyên:

- Điều trị nhiễm trùng, lao.
- Do thiếu hụt $\alpha 1$ antitrypsin, thiếu IgG: bồi hoàn.
- Trào ngược dạ dày-thực quản: thuốc ức chế bơm proton có thể được chỉ định.
- Do dị vật, khối u, hạch chèn ép: giải phóng tắc nghẽn.

1.2. Điều trị cơ bản:

- Dẫn lưu tư thế, vật lý trị liệu, tập ho khắc rất quan trọng, giúp thông thoáng đường thở, giảm triệu chứng và giảm tái phát đợt cấp.
- Long đàm: uống nhiều nước và vật lý trị liệu thường có ý nghĩa hơn những thuốc long đàm.
- Dẫn phế quản khi có co thắt phế quản nên chọn đường khí dung- thận trọng khi dùng methylxanthine.

1.3. Điều trị nhiễm trùng:

- Trong tình trạng đợt cấp: biểu hiện xấu đi cấp tính của các triệu chứng hằng ngày, hoặc xuất hiện thêm triệu chứng- có thể không có biểu hiện toàn thân.
- Cấy đàm trước khi dùng kháng sinh theo kinh nghiệm, thời gian điều trị tối thiểu là 14 ngày, nếu đã điều trị theo kháng sinh đồ không hiệu quả, cần làm lại xét nghiệm vi trùng học.
- Kháng sinh theo kinh nghiệm: hướng tới vi khuẩn Gram (-) và nguy cơ nhiễm pseudomonas.
 - + Không nguy cơ nhiễm Pseudomonas: β lactam \pm ức chế β lactamase, Levofloxacin, Moxifloxacin.
 - + Nguy cơ nhiễm Pseudomonas: Piperacillin/Tazobactam \pm ciproloxacin hoặc ciproloxacin \pm aminoglycoside
- Các kháng sinh thường dùng: Cephalosporin III + Aminoglycoside
 - + Cefotaxim 4-6 g/ngày, Ceftazidim 3-4 g/ngày, Cefoperazon 3-4 g/ngày, Cefepim 3-4 g/ngày, Piperacillin, Ticarcillin, Carbapenem,...
 - + Gentamycin 3-5 mg/kg/ngày, 1 lần. Amikacin 15 mg/kg/ngày 1 lần

- + Hoặc kháng sinh nhóm Quinolon: ciproloxacin, levofloxacin, ofloxacin.
- + Nếu đàm mủ thối: β lactam+Metronidazol 1000-1500 mg/ngày.
- Thay đổi kháng sinh dựa vào đáp ứng lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ.

1.4. Điều trị biến chứng:

- Ho ra máu
- Tràn khí màng phổi
- Tràn máu màng phổi

2. Điều trị ngoại khoa:

- Cắt bỏ thùy phổi khi dẫn phế quản khu trú, nhiễm trùng tái phát nhiều, ho đàm nhiều, kéo dài, ho ra máu điều trị nội khoa thất bại.
- Chỉ tiến hành khi chức năng phổi cho phép phẫu thuật.

3. Điều trị dự phòng:

- Điều trị tích cực nhiễm khuẩn phế quản cho trẻ nhỏ và điều trị triệt để ổ nhiễm vùng mũi xoang.
- Loại trừ mọi kích thích: thuốc lá, khói bụi, lông thú,...
- Tiêm chủng phòng cúm và phế cầu, chủng ngừa đủ cho trẻ em.
- Điều trị sớm lao sơ nhiễm ở trẻ em.
- Điều trị sớm dị vật đường thở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, "Hướng dẫn điều trị tập 1", Nhà xuất bản Y học 2005.
2. Harrison's principles of Internal Medicine, Bronchiectasis and lung abscess, chapter 258, 18 th Edition.
3. Ngô Quý Châu, "Dẫn phế quản", Bệnh học hô hấp Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam 2012.
4. Phác đồ điều trị nội khoa Bệnh viện Chợ Rẫy 2013