

VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN

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 mãn 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
- Các xét nghiệm cận lâm sàng (CTM, Xquang phổi, XN siêu vi, ...) không đặc hiệu cho chẩn đoán
- Xquang 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). Xquang cũng có thể bình thường

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 nhẫn 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, bở 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. Điều trị các trường hợp nhẹ, không có chỉ định nhập viện:

- Điều trị ngoại trú:
 - Không chỉ định kháng sinh, thuốc dẫn phế quản, corticoids
 - Chỉ cần điều trị triệu chứng:
 - + Tiếp tục cho trẻ ăn / bú bình thường
 - + Cho trẻ uống nước nhiều
 - + Hạ sốt
 - + Chỉ sử dụng thuốc giảm ho an toàn, không chứa antihistamines 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. Điều trị các trường hợp nặng nhập viện:

a. Cung cấp đủ nước – điện giải – dinh dưỡng:

- Tiếp tục cho ăn uống, bú.
- 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 Oxygen
 - 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.

b. Cung cấp đủ oxygen: thở oxygen, NCPAP, giúp thở tùy mức độ suy hô hấp (xem phác đồ Suy hô hấp)

- Mục tiêu: nhằm đảm bảo SpO₂ ≥ 92 %

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) và khả năng áp dụng các biện pháp cách ly hạn chế
- Kháng sinh được lựa chọn ban đầu như trong trường hợp viêm phổi do vi trùng (xem phác đồ Viêm phổi)

d. Thuốc dẫn phế quản: (β₂ agonists):

- Thuốc dẫn phế quản có hiệu quả không hằng định, cải thiện vừa phải, ngắn hạn nhưng không ảnh hưởng xấu lên SpO₂, tim mạch
- Khi bệnh nhi có khó thở, có thể cho Salbutamol khí dung 2 lần cách nhau 20 phút và cần phải đánh giá đáp ứng sau một 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: 1,5mg, tối đa: 5mg/lần)
- Lưu ý là trong trường hợp bệnh nhi tím tái, thở co lõm ngực nặng, thở nhanh trên 70 lần / phút, SpO₂ < 92 %: cần phải phun khí dung Salbutamol dưới nguồn Oxygen 6 l / phút.

e. Corticoids:

- Không chỉ định rộng rãi Corticoids trong mọi trường hợp.
- Chỉ chỉ định trong trường hợp nghi ngờ suyễn hoặc trong trường hợp có suy hô hấp.

- Liều lượng: Prednisone: 1–2 mg/ kg / ngày (bệnh nhi còn uống được)
Hydrocortisone: 5mg / kg / lần (TMC) mỗi 6 giờ
Dexamethasone: 0,15mg / kg / lần mỗi 6 – 8 giờ
- Các loại Corticoids khí dung chưa được khuyến cáo sử dụng.

f. 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 (+)
- Khí dung Adrenaline: chỉ định được xem xét trong trường hợp có khó thở và không đáp ứng với khí dung Salbutamol. .
- 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 (Ribavirine): 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 18giờ/ 24 giờ, qua nội khí quản
- Immunoglobuline: hiện không khuyến cáo sử dụng rộng rãi và cũng rất đắt tiền.

g. Các điều trị không được khuyến cáo:

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

Vấn đề	Mức độ chứng cứ
Corticoides toàn thân có tác dụng làm cải thiện triệu chứng khô khè trong viêm tiểu phế quản.	II Pediatrics 04/2000
Không khuyến cáo dùng thuốc chống virus trong viêm tiểu phế quản	I Clinical Evidence 1999
Kháng histamin và thuốc chống sung huyết, co mạch không khuyến cáo dùng trong viêm tiểu phế quản	IV National Clearing House 1998
Thuốc dẫn phế quản có hiệu quả không hàng định trong tiến trình điều trị viêm tiểu phế quản	The Cochrane Library, Issue 3, 2004