

VIÊM PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG:

- Viêm phổi là nguyên nhân chủ yếu đưa đến nhập viện và tử vong ở trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt là trẻ dưới 2 tháng, là nhóm tuổi có nguy cơ mắc và tử vong do viêm phổi cao nhất
- Trên thực tế trong hầu hết các trường hợp viêm phổi không tìm được tác nhân gây bệnh nên việc điều trị viêm phổi là điều trị theo kinh nghiệm. Yếu tố quan trọng nhất để dự đoán tác nhân gây bệnh là dựa trên tuổi của bệnh nhi.

- Nguyên nhân viêm phổi: thay đổi tùy theo lứa tuổi

Đối với những nước đang phát triển:

- Ở trẻ dưới 5 tuổi: viêm phổi được xem như viêm phổi do vi khuẩn, thường gặp là: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (là 2 nguyên nhân hàng đầu), *Branhamella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*...

Riêng ở trẻ dưới 2 tháng ngoài những nguyên nhân kể trên, còn có thể gặp VK Gram âm đường ruột: *E.coli*, *Kliebsiella*, *Proteus*,

- Ở trẻ từ 5 – 15 tuổi: *M. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *Non typable H.influenzae*, siêu vi (influenza A hay B, Adenovirus, các loại siêu vi hô hấp khác)

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán

a. Hỏi bệnh sử:

- Hỏi tìm các dấu hiệu: ho, thời gian ho, dấu hiệu khó thở, sốt và các triệu chứng khác đi kèm.
- Xử trí trước nhập viện.

b. Khám lâm sàng:

- Tìm dấu hiệu nguy hiểm: tím tái trung ương, không uống được, li bì – khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng
- Tìm dấu hiệu co lõm lồng ngực cũng như các dấu hiệu co kéo các cơ hô hấp phụ khác
- Đếm nhịp thở trong một phút:
Ngưỡng thở nhanh ở trẻ em thay đổi theo tuổi, gọi là thở nhanh khi:
 - Nhịp thở ≥ 60 lần/phút ở trẻ < 2 tháng tuổi.
 - Nhịp thở ≥ 50 lần /phút ở trẻ từ 2 tháng $\rightarrow < 12$ tháng tuổi.
 - Nhịp thở ≥ 40 lần /phút ở trẻ ≥ 12 tháng $\rightarrow < 5$ tuổi.
 - Nhịp thở ≥ 30 lần /phút ở trẻ ≥ 5 tuổi
- Khám phổi: nghe phổi: ran phổi, rì rào phế nang, âm thổi ống gõ, rung thanh.

c. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm chỉ định thường qui khi nhập viện:
 - X- quang tim phổi thẳng
 - Công thức máu.
- Xét nghiệm khác nếu cần thiết :
 - CRP, cấy máu: nếu nghi ngờ nhiễm trùng huyết
 - VS, IDR, BK đàm/dịch dạ dày: nếu nghi ngờ lao.
 - Khí máu động mạch: khi có suy hô hấp
 - Xét nghiệm đàm, hút dịch khí quản – các huyết thanh chẩn đoán (Phế cầu, Hemophilus, Mycoplasma, RSV,..): trong viêm phổi kéo dài, cần xác định tác nhân

2. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: sốt, ho, thở nhanh, khó thở.
- X-quang: là tiêu chuẩn chính của chẩn đoán dù mức độ tổn thương trên X-quang có thể không tương xứng với biểu hiện lâm sàng. Tuy nhiên X-quang cũng không thể giúp phân biệt giữa viêm phổi do siêu vi và do vi trùng.

3. Chẩn đoán có thể:

Lâm sàng: bệnh nhân có sốt, ho, thở nhanh, nhưng trên X-quang chưa thấy tổn thương nhu mô phổi hoặc nghi ngờ có tổn thương nhu mô.

4. Chẩn đoán phân biệt:

- Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân gây viêm phổi: thường rất khó
- Chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác:
 - Suyễn
 - Dị vật đường thở bỏ quên
 - Các bệnh lý phổi bẩm sinh
 - Các nguyên nhân gây suy hô hấp khác: bệnh lý tim mạch (suy tim, tim bẩm sinh, bệnh lý cơ tim,...), chuyển hóa, ngộ độc, ...

5. Phân loại viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi:

a. Viêm phổi rất nặng: ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Tím tái trung ương
- Bỏ bú hoặc bú kém (trẻ < 2 tháng), không uống được
- Co giật, li bì – khó đánh thức
- Suy hô hấp nặng

b. Viêm phổi nặng: ho hoặc khó thở kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

- Thở co lõm lồng ngực
- Cánh mũi phập phồng
- Rên rĩ (ở trẻ < 2 tháng)

Và không có các dấu hiệu nguy hiểm.

- Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng đều được đánh giá là nặng.

c. Viêm phổi: khi ho hoặc khó thở kèm theo thở nhanh và không có dấu hiệu của viêm phổi nặng hay rất nặng.

III. ĐIỀU TRỊ:

A. Viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi:

1. Viêm phổi rất nặng:

- Nhập viện
- Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp (xem phác đồ suy hô hấp)
- Kháng sinh:
 - Chloramphenicol (25 mg/kg IM hay IV mỗi 8 giờ) cho đến khi cải thiện. Sau đó duy trì bằng đường uống, với tổng thời gian điều trị là ít nhất 10 ngày.
 - Có thể thay thế bằng Cephalosporin thế hệ thứ III:
Cefotaxime: 100 mg/ kg/ ngày – TMC chia 3-4 lần
Hoặc Ceftriaxone 50 mg/kg/ngày – TB/ TMC – 1 lần/ ngày
- * Nếu nghi ngờ tụ cầu:
Oxacilline (50mg/kg IM hay IV mỗi 6-8 giờ) và Gentamycine.
Khi trẻ cải thiện, chuyển sang Oxacilline uống trong tổng thời gian 3 tuần.
- Các điều trị hỗ trợ khác:
 - Hạ sốt: paracetamol
 - Điều trị khò khè với thuốc dẫn phế quản tác dụng nhanh.
 - Thông thoáng đường thở
 - Cung cấp đủ nhu cầu nước – điện giải, dinh dưỡng theo lứa tuổi nhưng không cho quá nhiều nước.
 - Khuyến khích trẻ ăn uống bằng đường miệng.
 - Đặt ống thông dạ dày nuôi ăn.
 - Truyền dịch. Chú ý hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp
- Theo dõi: trẻ cần được theo dõi bởi điều dưỡng ít nhất mỗi 3 giờ, bởi Bác sĩ ít nhất 2 lần/ ngày. Nếu không có biến chứng, trẻ phải có dấu hiệu cải thiện trong vòng 48 giờ: thở bớt nhanh, bớt co lõm ngực, bớt sốt, ăn uống khá hơn.

2. Viêm phổi nặng:

- Nhập viện.
- Hỗ trợ hô hấp nếu có suy hô hấp (xem phác đồ suy hô hấp)
- Kháng sinh:
 - Benzyl Pénicilline: 50.000dv/kg IM hay IV mỗi 6 giờ ít nhất 3 ngày
 - Khi trẻ cải thiện, chuyển sang Amoxicilline uống (15 mg/kg x 3 lần/ ngày). Tổng số thời gian điều trị: ít nhất 5 ngày (thường 7–10 ngày)
 - Nếu trẻ không cải thiện sau 48 giờ, hoặc khi trẻ có dấu hiệu xấu đi: chuyển sang Chloramphenicol hoặc Cephalosporine thế hệ thứ III cho đến khi cải thiện. Sau đó duy trì bằng đường uống cho đủ 10 ngày.
- Điều trị nâng đỡ

- Theo dõi: Điều dưỡng theo dõi ít nhất mỗi 6 giờ, Bác sĩ: ít nhất 1 lần/ ngày. Nếu không có biến chứng, sẽ có cải thiện trong vòng 48 giờ.

3. Viêm phổi:

- Điều trị ngoại trú
- Kháng sinh: Amoxicilline 15 mg/ kg/lần x 3 lần/ ngày, hoặc Cotrimoxazole (4mg/kgTrimethoprim - 20mg/kg Sulfamethoxazole x 2 lần/ ngày)
Thời gian: ít nhất 5 ngày
- Theo dõi: khuyên bà mẹ mang trẻ đến khám lại sau 2 ngày hoặc khi trẻ có dấu hiệu nặng hơn.

Nếu cải thiện (hết thở nhanh, bớt sốt, ăn uống khá hơn): tiếp tục uống kháng sinh đủ 5 ngày.

Nếu trẻ không cải thiện (còn thở nhanh, sốt, ăn kém): đổi sang kháng sinh uống thứ hai (Cefaclor hoặc Cefuroxime) và hẹn tái khám sau 2 ngày.

Nếu trẻ có dấu hiệu của viêm phổi nặng hoặc rất nặng: cho nhập viện và điều trị như khuyến cáo.

B. Viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng:

- Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng đều được xem là nặng và đều cần phải nhập viện.
- Điều trị viêm phổi sơ sinh tương tự như điều trị các nhiễm khuẩn nặng khác ở sơ sinh
- Kháng sinh ban đầu phải nhằm vào cả vi khuẩn Gram dương (đặc biệt là Streptococcus group B) và cả trực khuẩn Gram âm đường ruột.
 - Ampicilline (50 mg / kg mỗi 6 – 8 giờ) và Gentamycin (7,5mg/kg – 1lần / ngày)
 - Điều trị thay thế: Cephalosporin thế hệ thứ III: Cefotaxime: 50 mg/ kg mỗi 6-8 giờ
 - Nếu nghi ngờ S. aureus: Oxacillin (50 mg/ kg mỗi 6 – 8 giờ) + Gentamycin
- Thời gian điều trị tùy thuộc vi khuẩn gây bệnh và mức độ nặng của bệnh:
 - Streptococcus group B, trực khuẩn Gram âm đường ruột: 7 – 10 ngày
 - S. aureus: 3 – 6 tuần.

C. Viêm phổi ở trẻ từ 5 tuổi trở lên:

- Viêm phổi không điển hình như Mycoplasma và Chlamydia pneumoniae là nguyên nhân quan trọng ở lứa tuổi này. Tuy nhiên S. pneumoniae vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất của viêm phổi do vi trùng nhưng H. influenzae ít gặp hơn.
- Vì vậy lựa chọn kháng sinh ban đầu trong trường hợp viêm phổi mức độ từ nhẹ đến vừa phải nhằm vào cả S. pneumoniae và Mycoplasma.
- Trường hợp viêm phổi: có thể dùng Amoxicillin hoặc Erythromycine hoặc Cotrimoxazole uống trong 7 - 10 ngày. Nếu có dấu hiệu nghi ngờ vi khuẩn không đặc hiệu, Erythromycin là thuốc lựa chọn đầu tiên.

Cần đánh giá đáp ứng sau 48 – 72 giờ điều trị. Nếu không đáp ứng có thể chuyển sang Amoxicillin – Clavulanic acid (uống) hoặc Cephalosporin thế hệ 2 uống (Cefaclor/ Cefuroxime)

- Trường hợp viêm phổi nặng: Ampicilline (TM) hoặc Penicillin (TM). Nếu phải nhập Hồi sức: Cefotaxime/ Ceftriaxone ± Gentamycin.
 - Nếu nghi viêm phổi không điển hình: thêm Erythromycin
 - Nếu nghi ngờ tụ cầu: thêm Oxacillin.