

VIÊM PHẾ QUẢN CẤP

(Acute Bronchitis)(*Acute Bronchitis*)

THÔNG TIN CƠ BẢN

Định nghĩa

Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm khí quản và phế quản, có tính chất tự giới hạn.

Tên gọi khác

Cảm lạnh ngực (Chest cold)

Mã ICD-10CM

J20.9 – Viêm phế quản cấp, không xác định

Dịch tễ học & Đặc điểm nhân khẩu học

- Tỷ lệ mắc cao nhất ở người hút thuốc, người lớn tuổi, trẻ nhỏ và vào mùa đông.
- Tại Hoa Kỳ, hằng năm có gần 30 triệu lượt khám ngoại trú vì ho, dẫn đến hơn 12 triệu chẩn đoán "viêm phế quản".
- Nhiễm trùng đường hô hấp dưới cấp tính là bệnh lý phổ biến nhất được điều trị trong chăm sóc ban đầu.

Triệu chứng & Biểu hiện lâm sàng

- Trong hầu hết các trường hợp, viêm phế quản cấp khởi phát với các triệu chứng điển hình của hội chứng cảm lạnh thông thường (ngẹt mũi, đau họng), sau đó nhanh chóng xuất hiện ho.
- Ho thường nặng hơn vào buổi sáng, thường có đờm; chủ yếu do tăng phản ứng phế quản thoáng qua.
- Sốt nhẹ.
- Khó chịu sau xương ức, tăng lên khi ho.
- Chảy dịch mũi sau, viêm kết mạc họng.
- Ran rít có thể hết sau khi ho; đôi khi có khò khè.
- Nhiều yếu tố của người bệnh (tuổi, tình trạng miễn dịch, hút thuốc, bệnh lý nền) có thể ảnh hưởng đến mức độ nặng và biểu hiện lâm sàng của bệnh.
- Ở thể nhẹ, bệnh chỉ kéo dài 4–8 ngày; ở một số trường hợp khác, ho có thể kéo dài đến 3 tuần hoặc hơn.

Căn nguyên

- Nhiễm virus là nguyên nhân hàng đầu gây viêm phế quản (rhinovirus, virus cúm, adenovirus, virus hợp bào hô hấp).
- Các tác nhân không điển hình (*Mycoplasma*, *Chlamydia pneumoniae*).
- Nhiễm khuẩn (*Bordetella pertussis*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella*, *Streptococcus pneumoniae*).
- Bảng 1 tóm tắt các nguyên nhân virus và vi khuẩn gây viêm phế quản cấp.

Mầm bệnh	Tính theo mùa	Ghi chú
Virus cúm (Influenza)	Mùa đông	Các đợt dịch cục bộ kéo dài vài tuần; trong thời gian đó, biểu hiện lâm sàng ho kèm sốt có giá trị dự đoán cao. Xét nghiệm chẩn đoán sẵn có; điều trị sớm bằng thuốc ức chế neuraminidase có hiệu quả.

Rhinovirus	Thu và xuân	Nguyên nhân phổ biến nhất gây hội chứng cảm lạnh thông thường; miễn dịch mang tính đặc hiệu theo huyết thanh týp.
Coronavirus	Đông sang xuân	Gây hội chứng cảm lạnh thông thường; các chủng mới khó nuôi cấy, cần RT-PCR để chẩn đoán.
Adenovirus	Quanh năm, dịch bùng phát vào mùa đông	Tỷ lệ mắc cao trong các quần thể khép kín như doanh trại quân đội hoặc ký túc xá đại học; miễn dịch đặc hiệu theo huyết thanh týp.
Virus hợp bào hô hấp (RSV)	Cuối thu đến đầu xuân	Tỷ lệ mắc gần như 100% ở trẻ sơ sinh; liên quan đến khô khè ở mọi lứa tuổi; xét nghiệm kháng nguyên nhanh chính xác ở trẻ em nhưng ở người lớn cần nuôi cấy hoặc RT-PCR.
Metapneumovirus ở người (hMPV)	Đông đến đầu xuân	Liên quan đến khô khè ở người lớn và trẻ sơ sinh; khó phân lập bằng nuôi cấy mô, thường cần RT-PCR.
Virus á cúm (Parainfluenza)	Thu đến đông	Tương tự RSV và hMPV; chủ yếu là tác nhân gây bệnh ở trẻ em nhưng có thể gây bệnh cấp tính nặng ở một số người lớn.
Virus sởi (Measles)	Quanh năm	Có thể gây bệnh hô hấp ở trẻ suy dinh dưỡng; bệnh gây ức chế miễn dịch thoáng qua.
Mycoplasma pneumoniae	Quanh năm, bùng phát vào mùa thu	Thời gian ủ bệnh dài (khoảng 3 tuần) dẫn đến kiểu dịch rải rác trong gia đình; ho khan kéo dài là biểu hiện điển hình; chẩn đoán bằng huyết thanh học IgM; điều trị bằng macrolide, quinolone hoặc tetracycline.
Chlamydia pneumoniae	Quanh năm	Liên quan đến viêm xoang; chẩn đoán bằng RT-PCR nhưng không sẵn có rộng rãi.
Bordetella pertussis	Quanh năm	Gây bệnh nặng ở trẻ chưa được tiêm chủng; bệnh nhẹ hơn ở người lớn có miễn dịch một phần; có thể liên quan đến ho kéo dài; người lớn thường là ổ chứa cho các đợt dịch; điều trị kháng sinh sớm có thể làm giảm lây lan.

RT-PCR: Phản ứng chuỗi polymerase phiên mã ngược. *RT-PCR: Phản ứng chuỗi polymerase phiên mã ngược.*

Theo Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ: *Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases*, ấn bản 8, Philadelphia, 2015, Saunders.

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán phân biệt

- Viêm phổi
- Hen phế quản
- Viêm xoang
- Viêm tiểu phế quản
- Hít sặc
- Xơ nang
- Viêm họng
- Ho thứ phát do thuốc
- U tân sinh (ở người cao tuổi)
- Cúm
- Nấm phổi dị ứng (Allergic aspergillosis)
- Trào ngược dạ dày-thực quản
- Suy tim sung huyết (ở người cao tuổi)
- U phế quản (Bronchogenic neoplasm)

Thăm dò cận lâm sàng

Hiếm khi cần thiết (ví dụ: để loại trừ viêm phổi, u tân sinh).

Xét nghiệm

Các xét nghiệm thường không cần thiết.

Chẩn đoán hình ảnh

X-quang ngực thường chỉ dành cho những bệnh nhân nghi ngờ viêm phổi, cúm, hoặc có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) nền, và không cải thiện với điều trị.

ĐIỀU TRỊ

Điều trị không dùng thuốc

- Tránh thuốc lá và các tác nhân kích thích phổi khác.
- Tăng lượng dịch uống vào.
- Sử dụng máy tạo hơi ẩm để tăng độ ẩm trong phòng.

Điều trị cấp tính bằng thuốc

- Điều trị chủ yếu là điều trị triệu chứng, nhằm giảm ho và khó khè.
- Thuốc giãn phế quản dạng hít (ví dụ: albuterol, metaproterenol) dùng khi cần trong 1–2 tuần cho bệnh nhân có khó khè hoặc ho nhiều. Albuterol dạng hít đã được chứng minh có hiệu quả trong việc rút ngắn thời gian ho ở người lớn bị viêm phế quản cấp không biến chứng.
- Thường khuyến cáo giảm ho bằng dextromethorphan và guaifenesin; có thể thêm codeine để giảm ho nếu ho nặng và ảnh hưởng đáng kể đến giấc ngủ của bệnh nhân.
- Việc sử dụng kháng sinh (TMP-SMX, amoxicillin, doxycycline, cefuroxime) cho viêm phế quản cấp nhìn chung không được chỉ định; chỉ nên cân nhắc ở bệnh nhân có COPD kèm theo và đờm mủ, hoặc ở bệnh nhân nghi ngờ ho gà. Trong số ít trường hợp viêm phế quản cấp do *B. pertussis* hoặc vi khuẩn không điển hình như *C. pneumoniae* hay *Mycoplasma pneumoniae*, việc sử dụng sớm kháng sinh nhóm macrolide là hợp lý.
- Kháng sinh bị lạm dụng ở bệnh nhân viêm phế quản cấp (60–80% số lượt khám vì viêm phế quản cấp được điều trị bằng kháng sinh); thực hành này góp phần làm gia tăng các vi khuẩn kháng thuốc.
- Các thử nghiệm cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm bệnh nhân dùng kháng sinh và nhóm dùng giả dược về cải thiện lâm sàng chung hoặc hạn chế trong công việc và các hoạt động khác. Có sự gia tăng đáng kể tác dụng phụ ở nhóm dùng kháng sinh, đặc biệt là các triệu chứng tiêu hóa.

Điều trị mạn tính

Tránh thuốc lá và các tác nhân kích thích phổi khác.

Tiên lượng / Theo dõi

- Hồi phục hoàn toàn trong vòng 7–14 ngày ở hầu hết bệnh nhân.
- Nên báo trước cho bệnh nhân biết là có thể còn ho trong 10–20 ngày sau lần khám.

Chuyên tuyến / Hội chẩn

Chỉ chuyển làm đo chức năng hô hấp ở những bệnh nhân viêm phế quản tái phát và nghi ngờ có bệnh phổi nền.

ĐIỂM LƯU Ý & KINH NGHIỆM LÂM SÀNG

Nhận xét

- Bệnh nhân có nhiều khả năng được kê đơn kháng sinh hơn từ các bác sĩ có nhiều năm kinh nghiệm hoặc mới ra trường có lượng bệnh nhân lớn, và từ các bác sĩ được đào tạo bên ngoài Canada hoặc Hoa Kỳ. Các nghiên cứu can thiệp cho thấy giáo dục cho cả bệnh nhân và bác sĩ có hiệu quả trong việc giảm sử dụng kháng sinh. Việc không kê hoặc trì hoãn kê kháng sinh cho nhiễm trùng đường hô hấp dưới cấp tính không biến chứng là chấp nhận được, ít ảnh hưởng đến việc cải thiện triệu chứng, và có khả năng làm giảm việc sử dụng kháng sinh cũng như niềm tin vào hiệu quả của kháng sinh.
- Nên gọi viêm phế quản cấp là "cảm lạnh ngực" khi trao đổi với bệnh nhân. Bệnh nhân cần được thông báo rằng kháng sinh có thể sẽ không mang lại lợi ích và có thể gây ra tác dụng phụ đáng kể.

Nội dung liên quan: Viêm phế quản cấp (Thông tin dành cho bệnh nhân)*Nội dung liên quan: Viêm phế quản cấp (Thông tin dành cho bệnh nhân)*

Tác giả: Fred F. Ferri, MD

Tài liệu tham khảo: Smith SM, Smucny J, Fahey T: Antibiotics for acute bronchitis, JAMA, 2014; Silverman M, et al: Antibiotic prescribing for nonbacterial acute upper respiratory infections in elderly persons, Ann Intern Med, 2017.