

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

(Ban hành theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của Bệnh viện Nhi Thái Bình)

PHẦN V. BỆNH LÝ HÔ HẤP.....	355
1. Phác đồ điều trị hen phế quản	355
2. Phác đồ điều trị viêm phế quản	366
3. Phác đồ điều trị viêm thanh khí phế quản cấp	368
4. Phác đồ điều trị viêm tiểu phế quản	372
5. Phác đồ điều trị viêm phổi thùy	377
6. Phác đồ điều trị tràn mủ màng phổi	381
7. Phác đồ điều trị viêm phổi kéo dài.....	385
8. Phác đồ điều trị viêm phổi	389
9. Phác đồ điều trị áp xe phổi	396
10. Phác đồ điều trị viêm phổi không điển hình	400

PHẦN V. BỆNH LÝ HÔ HẤP

1. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái

Bình)

1. ĐỊNH NGHĨA

Hen phế quản (HPQ) là bệnh hô hấp mạn tính thường gặp nhất ở trẻ em. Hen là tình trạng bệnh lý đa dạng, với đặc điểm là viêm mạn tính đường thở. Hen được đặc trưng bởi tiền sử có các triệu chứng khò khè, khó thở, nặng ngực và ho, các triệu chứng này thay đổi theo thời gian và cường độ, cùng với hạn chế thông khí dao động.

2. NGUYÊN NHÂN:

Yếu tố di truyền (genetic): 60% HPQ có yếu tố di truyền từ cha mẹ. Các hệ HLA liên quan đến di truyền HPQ là HLA DRB1, DRB3, DRB5 và DP1. Nhiễm sắc thể (NST) số 5 điều hòa tổng hợp IgE toàn phần.

Yếu tố môi trường: Không khí lạnh, bụi, khói, các chất ô nhiễm không khí

Yếu tố dị nguyên: Phấn hoa, lông súc vật, bụi nhà, bọ nhà, dị nguyên thức ăn.

Yếu tố viêm nhiễm: Trên 80% cơn hen cấp ở trẻ em do nhiễm trùng(virus, khuẩn, Mycoplasma, Chlamydia,...)

Thuốc và hóa chất: Aspirin, sulphamid, penicilin,...

CHẨN ĐOÁN:

3.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

3.1.1. Lâm sàng:

3.1.1.1. Hỏi tiền sử:

Có tiền sử khò khè tái phát, đáp ứng với thuốc giãn phế tác dụng nhanh, có thể có tiền sử các bệnh dị ứng khác như viêm mũi dị ứng, dị ứng thức ăn, chàm, viêm da cơ địa...

Gia đình: Có người bị Hen phế quản hoặc các bệnh dị ứng khác.

3.1.1.2. Triệu chứng lâm sàng:

Triệu chứng cơ năng

+ Ho: Khởi đầu là ho khan, sau xuất tiết nhiều đờm rãi, ho dai dẳng, ho nhiều nửa đêm về sáng, nhất là khi thay đổi thời tiết.

Khạc đờm: Đờm trắng, bóng, dính.

Khó thở: Khó thở thường xuyên kiểu khó thở ra, có tiếng khò khè, cò cữ chủ yếu nửa đêm về sáng. Trước khi khò khè thường xuất hiện một số dấu hiệu báo trước như hắt hơi, ngứa mũi, ngạt mũi, chảy nước mũi, hoặc một số triệu chứng khác như chán ăn, đau bụng, nặng ngực...

- Triệu chứng thực thể

Gõ phổi: Có thể thấy vang hơn bình thường, lồng ngực như bị giãn ra.

Nghe phổi: Nghe ran rít, ran ngáy, tiếng khò khè lan tỏa, rì rào phế nang âm sắc trở nên rít, thì thở ra mạnh và kéo dài.

Trường hợp HPQ kéo dài, lồng ngực có thể bị nhô ra phía trước, biến dạng.

3.1.2. Cận lâm sàng

- X quang: Giai đoạn đầu X- quang tim phổi thường bình thường, sau đó xuất hiện, hiện tượng ứ khí, lồng ngực giãn rộng. Nếu bệnh nhân ho khạc nhiều đờm có thể thấy các biến chứng tắc nghẽn trên phim X quang, có thể thấy hình ảnh rối loạn thông khí, xẹp phổi.

- Máu: Thường tăng BC ái toan, thường trên 5%. IgE thường tăng.

- Khí máu: Chỉ định làm khí máu khi có suy hô hấp.

- Thăm dò chức năng hô hấp: Để chẩn đoán, đánh giá mức độ nặng của hen, độ tắc nghẽn đường thở cũng như kết quả điều trị.

Đo hô hấp ký có rối loạn thông khí tắc nghẽn, có đáp ứng với test giãn phế quản.

Dao động xung ký có tăng kháng lực đường dẫn khí, có hội chứng tắc nghẽn đường dẫn khí, có đáp ứng với test giãn phế quản.

- Thăm dò về dị ứng:

Test lấy da (+) với dị nguyên hô hấp, thức ăn .

3.1.3. Đánh giá cơn hen cấp tính:

	Cơn hen nhẹ	Cơn hen trung bình	Cơn hen nặng	Cơn hen nguy kịch dọa ngưng thở
Tri giác	Tỉnh táo	Tỉnh táo	Kích thích	Kích thích, hôn mê
Nói trọn câu	(+)	(+)	Nói từng từ xen kẽ nhịp thở	Không nói được
Thở nhanh (lần/phút)	Nhịp thở bình thường	Thở nhanh (*)	Thở nhanh (*)	Cơn ngưng thở
Sử dụng cơ	Không hoặc ít	Rút lõm lồng	Ngồi cúi	Cơn ngưng thở

hô hấp phụ		ngực	người ra phía trước Cơ cơ ức đòn chũm	Ngưng thở
SpO ₂	Bình thường SpO ₂ ≥ 94%	SpO ₂ ≥ 92%	SpO ₂ < 92%	SpO ₂ ≤ 90% Tím tái Chậm nhịp tim/ tụt HA (±)

Nhịp thở theo mức độ cơn hen:

Tuổi	Cơn hen trung bình (lần/phút)	Cơn hen nặng (lần/phút)
1-5 tuổi	> 40	> 50
> 5 tuổi	> 30	> 40

3.2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Các bệnh đường hô hấp trên: amidan quá phát, viêm xoang mũi

Loạn sản phổi, viêm tiểu phế quản

Các bệnh phế quản bẩm sinh, nhuyễn khí quản, nang, mềm sụn thanh quản

Khí phế quản bị ép do u, hạch, di dạng mạch máu,...

Bệnh trong lòng phế quản: u, dị vật

Luồng trào ngược dạ dày- thực quản, rò khí thực quản

Các nguyên nhân khác: cystic fibrosis, rối loạn chức năng lông chuyển.

4. TIÊU CHÍ NHẬP VIỆN

Cơn hen cấp mức độ nhẹ: khi gia đình trẻ không theo dõi được cơn hen cấp tại nhà, và hoặc có bệnh lý, dấu hiệu nặng khác kèm theo.

Từ cơn hen cấp mức độ trung bình trở lên: nhập viện điều trị.

ĐIỀU TRỊ CƠN HEN CẤP:

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Nếu trẻ đang có cơn hen nặng, dùng oxygen và SABA ngay lập tức sau hỏi tiền sử và khám lâm sàng.

Giám sát điều trị và nhắc lại SABA nếu cần.

Điều trị cơn Hen theo mức độ nặng của cơn

Theo dõi sát và điều trị biến chứng.

5.2. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

5.2.1. Điều trị cơn hen cấp mức độ nhẹ

Salbutamol bình hít định liều là lựa chọn ưu tiên

Salbutamol bình hít định liều (MDI: 100 µg/ nhát) liều: 2 nhát/ lần

Hoặc MDI Salbutamol với buồng đệm ở trẻ < 6 tuổi hoặc không hợp tác

Trẻ < 20 kg: 4 nhát với buồng đệm

Trẻ > 20 kg: 6-8 nhát với buồng đệm

Hoặc phun khí dung salbutamol (PKD):

Trẻ ≤ 5 tuổi (≤ 20kg): 2,5 mg/lần

Trẻ > 5 tuổi (> 20kg): 5 mg/lần

PKD Salbutamol liều tối thiểu 2,5 mg/lần và liều tối đa 5mg/lần.

- Salbutamol mỗi 6 giờ trong 24 giờ đầu

Xem xét sử dụng corticoid đường toàn thân

Hoặc có thể xem xét sử dụng khí dung budesonide.

Sau 15 phút trong giờ đầu còn khó thở dùng tiếp Salbutamol lần 2 và 3, trong giờ đầu tối đa 3 lần

Sau 1 giờ đầu còn khó thở xem xét điều trị như cơn Hen trung bình.

5.2.2. Điều trị cơn hen mức độ trung bình:

5.2.2.1. Điều trị ban đầu cơn hen mức độ trung bình

Thở oxy

PKD Salbutamol là lựa chọn đầu tiên

Trẻ ≤ 5 tuổi (≤ 20 kg): 2,5 mg/lần

Trẻ > 5 tuổi (> 20 kg): 5mg/lần

PKD Salbutamol liều tối thiểu 2,5mg/lần và liều tối đa 5mg/lần

Nếu không có dụng cụ PKD:

Bình hít định liều (MDI) Salbutamol (100 μ g/nhát) liều 2 nhát/lần

MDI Salbutamol với buồng đệm ở trẻ em < 6 tuổi hoặc không hợp tác:

Trẻ < 20 kg: 4 nhát với buồng đệm

Trẻ > 20 kg: 6-8 nhát với buồng đệm

Corticoide: Prednisolone uống 1mg/kg/24h hoặc PKD budesonide liều cao 1mg/ lần hoặc Hydrocortisone TM hoặc Methylprednisolone TM...

5.2.2.2. Đánh giá lại sau mỗi 15 phút trong giờ đầu

Còn khó thở:

MDI Salbutamol hoặc PKD Salbutamol lặp lại lần 2 hoặc lần 3 (nếu sau 15 phút còn khó thở)

Trong giờ đầu tối đa 3 lần MDI Salbutamol hoặc PKD Salbutamol

Corticoide

Prednisolone uống liều: 1mg/kg/ngày (tối đa 40mg/ ngày) mỗi 6-8 giờ trong ngày đầu

Trẻ < 2 tuổi: 20mg/ngày

Trẻ 2-5 tuổi: 30mg/ngày

Trẻ > 5 tuổi: 40mg/ngày

Hoặc PKD Corticoide:

Liều Budesonide (1mg/ 2 ml) liều cao 1mg/ liều

Lặp lại lần 2 sau 30-60 phút nếu cần, sau đó mỗi 12 giờ
PKD riêng hoặc pha chung với Salbutamol

Hoặc Hydrocortisone TM hoặc Methylprednisolone TM .

Theo dõi DHST, SpO2 mỗi 15 phút

5.2.2.3. Điều trị sau 1 giờ đầu

Hết khó thở: tiếp tục corticoid đường toàn thân x 3-5 ngày và
Salbutamol mỗi 6 giờ trong 24 giờ đầu

Còn khó thở (xem điều trị cơn hen nặng)

Tiếp tục PKD Salbutamol mỗi 1-2 giờ trong 6 giờ đầu sau đó mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ

Kết hợp PKD Ipratropium:

Trẻ < 2 tuổi: 125 µg/lần

Trẻ 2-12 tuổi: 250 µg/lần

Trẻ > 12 tuổi: 500 µg/lần

Trong giờ đầu: lặp lại 3 lần mỗi 20 phút

Sau đó mỗi 1-2 giờ trong 6 giờ đầu và mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ đầu

Tiếp tục Corticoide; prednisolone uống hoặc PKD Budesonide mỗi 12 giờ hoặc Hydrocortisone TM, hoặc Methylprednisolone TM...

Theo dõi DHST, SpO2 mỗi giờ cho đến khi hết khó thở

5.2.3. Điều trị cơn hen mức độ nặng ở trẻ em:***5.2.3.1. Điều trị ban đầu***

Nhập cấp cứu

Thở oxy

PKD Salbutamol với nguồn oxy là lựa chọn ưu tiên

PKD Salbutamol lặp lại mỗi 20 phút trong giờ đầu

+ Trẻ ≤ 5 tuổi (≤ 20kg) : 2,5 mg/ lần

+ Trẻ > 5 tuổi (> 20kg): 5mg/ lần

PKD Salbutamol liều tối thiểu 2,5 mg/lần và liều tối đa 5mg/ lần

Hoặc PKD liên tục Salbutamol nếu có, liều 0,5 mg/kg/giờ

Trẻ < 20kg : 10-15 mg/ giờ

Trẻ > 20 kg: 15-20 mg/ giờ

Kết hợp PKD Ipratropium mỗi 20 phút trong giờ đầu PKD 3 lần

+ Trẻ < 2 tuổi : 125 µg/ lần

+ Trẻ 2-12 tuổi: 250 µg/ lần

+ Trẻ > 12 tuổi: 500 µg/ lần

Phối hợp thêm PKD Budesonide liều cao 1 mg/ lần. Lặp lại lần 2 sau 30-60 phút nếu chưa có đáp ứng

Thiết lập đường truyền tĩnh mạch

Hydrocortisone TM liều : 5mg/kg/lần mỗi 6 giờ

Trẻ < 2 tuổi: liều 25 mg/ lần

Trẻ 2-5 tuổi: liều 50mg/ lần

Trẻ > 5 tuổi: liều 100mg/ lần

Hoặc Methylprednisolone TM liều 1mg/kg/lần mỗi 6 giờ (liều tối đa 60 mg/ lần)

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, SpO2 mỗi 15 phút

5.2.3.2. Điều trị sau 1 giờ

- Đáp ứng một phần, giảm khó thở

Tiếp tục PKD Salbutamol kết hợp Ipratropium mỗi 1-2 giờ trong 6 giờ đầu và mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ đầu

Tiếp tục Hydrocortisone TM mỗi 6 giờ hoặc Methylprednisolone TM mỗi 6 giờ.

Tiếp tục PKD Budesonide mỗi 12 giờ nếu có sử dụng

Không đáp ứng, còn khó thở hoặc xấu hơn

Tiếp tục PKD Salbutamol kết hợp Ipratropium mỗi 1-2 giờ trong 6 giờ đầu và mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ đầu

Tiếp tục Hydrocortisone TM mỗi 6 giờ hoặc Methylprednisolone TM mỗi 6 giờ.

Tiếp tục PKD Budesonide mỗi 12 giờ nếu có sử dụng

Sulfate magne truyền TM hoặc Aminophyline truyền TM

Trẻ > 1 tuổi: Sulfate magne truyền TM

Sulfate magne truyền TM liều 40mg/kg/liều (liều tối đa 2g) truyền trong 20-30 phút

Có thể lặp lại sau 12 giờ nếu chưa đáp ứng

Theo dõi tác dụng phụ tụt huyết áp

Cách pha: dung dịch hiện có Sulfate magne 15% pha loãng thêm ít nhất 2 lần thể tích để được dung dịch nồng độ không quá 5%.

▪ ***Trẻ ≤ 1 tuổi: Aminophyline truyền tĩnh mạch:***

Chỉ định Aminophyline: cơn hen thất bại với tất cả điều trị trên do Aminophyline khoảng cách nồng độ điều trị hẹp và độ thanh thải bị ảnh hưởng nhiều yếu tố. Nếu chưa dùng Aminophyline trong 24 giờ: Aminophyline truyền TM: Liều bắt đầu 5 mg/kg trong 20 phút (nếu trước đó có dùng Aminophyline : giảm nửa liều tấn công)Sau đó truyền duy trì: Trẻ 1-9 tuổi: liều 1 mg/kg/ giờ; trẻ

9 tuổi: liều 0,75mg/kg/giờ .Phải theo dõi nồng độ Theophyline máu để điều chỉnh (nồng độ điều trị Theophyline 10-20 µg/ml) sau 1 giờ truyền và mỗi 12-24 giờ.Tăng Aminophyline 1,25 mg/kg => tăng nồng độ Theophyline máu 2 µg/ml

+ Truyền dịch:

- Con hen nặng thường kèm thiếu dịch do ăn uống kém và thở nhanh gây mất nước

- Truyền dịch ít nhất thể tích bằng với nhu cầu cơ bản. Tránh truyền quá nhiều gây quá tải , phù phổi

- + XN: CTM, khí máu động mạch, lactate máu

- + Theo dõi DHST, SpO2 mỗi giờ cho đến khi hết khó thở, ECG khi truyền Salbutamol, theo dõi kali máu

5.2.3.3. Điều trị tiếp theo

Sau 30-60 phút chấm dứt truyền Sulfate magne:

- Nếu còn khó thở :

- + Chuyển khoa hồi sức

Tiếp tục PKD Salbutamol kết hợp Ipratropium mỗi 1-2 giờ trong 6 giờ đầu và mỗi 4-6 giờ trong 24 giờ đầu (PKD Salbutamol liên tục: sẽ chuyển sang PKD Salbutamol từng cử nếu đáp ứng tốt >2 giờ). Tiếp tục PKD Budesonide mỗi 12 giờ nếu có sử dụng

Tiếp tục Hydrocortisone TM mỗi 6 giờ hoặc Methylprednisolone TM mỗi 6 giờ

Salbutamol truyền TM

Dung dịch Salbutamol truyền TM nồng độ 200 µg/ ml

Bắt đầu 10µg/kg truyền TM qua bơm tiêm trong 20 phút (tối đa 5mg)

Liều tần công thường không khuyến cáo nếu bệnh nhân đã nhận đủ ≥ 3 lần khí dung Salbutamol

Sau đó truyền duy trì 0,2 µg/kg/phút có thể tăng liều dần tối đa 1-2 µg/kg/phút

Aminophylline truyền tĩnh mạch nếu còn khó thở sau 2-4 giờ truyền

Salbutamol (xem điều trị cơn hen nặng)

Xem xét lặp lại Sulfate magne 10% truyền tĩnh mạch sau 12 giờ

Tiếp tục truyền dịch.

Điều trị hạ đường huyết, toan máu, rối loạn điện giải nếu có

Kháng sinh nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn (sốt kèm tăng bạch cầu hoặc tăng CRP) hoặc viêm phổi bội nhiễm.

- Diễn tiến xấu hơn (xem điều trị cơn hen nguy kịch, dọa ngưng thở)

5.2.4. Điều trị cơn hen nguy kịch, dọa ngưng thở

5.2.4.1. Điều trị ban đầu

- Nhập cấp cứu

- Hội chẩn hồi sức

- Thở oxy

- Adrenaline:

Adrenaline 0,1% tiêm dưới da liều 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg) mỗi 20 phút tối đa 3 lần

Adrenaline tiêm bắp trong cơn hen do phản vệ

Liều tối đa Adrenaline 0,1%: trẻ em 0,3 ml/lần

PKD Salbutamol lặp lại mỗi 20 phút trong giờ đầu

+ Trẻ ≤ 5 tuổi (≤ 20 kg) : 2,5mg/lần

+ Trẻ > 5 tuổi (> 20 kg) : 5mg/ lần

Hoặc PKD liên tục Salbutamol nếu có, liều 0,5 mg/ kg/ giờ

Kết hợp PKD Ipratropium mỗi 20 phút. Trong giờ đầu PKD Ipratropium 3 lần: + Trẻ < 2 tuổi : 125 μ g/lần

+ Trẻ 2-12 tuổi : 250 μ g/lần

+ Trẻ > 12 tuổi: 500 μ g/lần

Kết hợp PKD Budesonide 1mg= 2ml liều cao 1mg/lần. Lặp lại lần 2 sau 30-60 phút

Thiết lập đường tĩnh mạch

Hydrocortisone TM 5mg/kg/lần hoặc Methylpredsolone TM liều 1mg/kg/lần (xem điều trị ban đầu cơn hen nặng)

Theo dõi DHST, SpO₂, tri giác mỗi 15 phút

5.2.4.2. Điều trị tiếp theo

Điều trị tương tự như điều trị cơn hen nặng

Truyền tĩnh mạch thuốc giãn phế quản theo thứ tự

1. Bắt đầu với truyền TM Sulfate magne
2. Sau đó nếu còn khó thở truyền TM Salbutamol
3. Sau đó nếu còn khó thở truyền TM Aminophyline

PKD Salbutamol liên tục: sẽ chuyển sang PKD Salbutamol từng cử nếu đáp ứng tốt > 2 giờ

6. TIỀN LƯỢNG, BIẾN CHỨNG:

Tiền lượng: Tùy thuộc vào phát hiện và xử trí cắt cơn sớm với Salbutamol dạng hít

Yếu tố nguy cơ diễn tiến nhanh nặng có thể dẫn đến tử vong:

+ Tiền sử:

Có cơn Hen cấp nhập cấp cứu hoặc hồi sức phải đặt nội khí quản, thở máy.

+ Thuốc:

Hiện đang dùng hay mới ngưng Corticoid đường uống

Sử dụng quá nhiều Salbutamol dạng hít > 1 bình/ 1 tháng

Không tuân thủ phòng ngừa Corticoid đường hít.

Cơn Hen do phản vệ, dị ứng thức ăn.

7. PHÒNG BỆNH:

7.1. MỤC TIÊU PHÒNG NGỪA:

7.1.1. Khi bệnh hen được kiểm soát, trẻ có thể:

- Không có triệu chứng hen ban ngày.
- Không thức giấc vào ban đêm do hen.
- Biết xử trí cơn hen tại nhà, không phải đi cấp cứu bệnh viện vì cơn hen.
- Hoạt động thể lực và gắng sức bình thường, không nghỉ học do hen.
- Chức năng phổi trở về bình thường.

7.1.2. Nhân viên y tế hướng dẫn và sự hợp tác của gia đình các trẻ sẽ tránh tái phát cơn hen, trẻ vẫn học tập và sinh hoạt bình thường.

7.1.3. Phân độ bậc Hen:

	Triệu chứng ban ngày	Triệu chứng về đêm	PEF hoặc FEV1
BẬC 4 Nặng, kéo dài	Liên tục, giới hạn hoạt động thể lực	Thường xuyên	$\leq 60\%$

BẬC 3 Vừa, kéo dài	Mỗi ngày Sử dụng β_2 giao cảm mỗi ngày Con ảnh hưởng đến hoạt động	> 4 lần/tháng	60% - 80%
BẬC 2 Nhẹ, kéo dài	2-4 lần/tuần	2 - 4 lần/tháng	$\geq 80\%$
BẬC 1 Tùng cơn	≤ 1 lần/tuần Không có triệu chứng và PEF bình thường giữa các cơn	≤ 1 lần/tháng	$\geq 80\%$

Chỉ cần có một trong các biểu hiện trên là đủ để xếp bệnh nhân vào bậc tương ứng.

7.1.4. Phòng ngừa cơn hen cấp cụ thể:

7.1.4.1. Tránh yếu tố nguy cơ:

Đây là biện pháp quan trọng, chủ yếu để phòng ngừa hen. Loại bỏ hoặc tránh xa các yếu tố nguy cơ được áp dụng ở tất cả các trẻ bị hen từ nhẹ đến nặng.

Yếu tố nguy cơ	Biện pháp phòng ngừa
Khói thuốc lá	Không hút thuốc lá trong phòng trẻ
Chó mèo	Không nuôi, không chơi hoặc không cho vào phòng, giường của trẻ
Chất xịt phòng, đốt nhang	Không dùng hoặc dùng khi trẻ vắng nhà
Nấm mốc trong nhà	Mở cửa thoáng cho ánh nắng vào phòng
Bụi nhà	Thường xuyên quét dọn khi không có trẻ ở nhà
Nhiễm trùng hô hấp	Đến cơ sở y tế điều trị nhiễm trùng nếu có xem xét chủng ngừa cúm.
Gắng sức	Chơi các môn thể thao theo hướng dẫn của Bác Sĩ Xịt Salbutamol trước gắng sức 15- 30 phút

7.1.4.2. Hít Salbutamol khi cơn hen khởi phát

Do cơn hen có thể xảy ra bất cứ lúc nào, bất cứ ở đâu, vì thế cha mẹ phải biết cách xử trí cắt cơn sớm tại nhà. Vì thế, tất cả trẻ hen phải có sẵn tại nhà hoặc phải mang theo khi đi học, đi xa thuốc dẫn phế quản Salbutamol dạng hít cắt cơn hen.

- Cơn hen khởi phát Salbutamol MDI 2 – 4 nhát. Có thể lặp lại mỗi 20 phút

Hướng dẫn bố mẹ dấu hiệu nặng cần đưa trẻ đến cơ sở y tế ngay: khó thở nặng, không đáp ứng ba liều khí dung β_2 giao cảm hoặc nặng hơn.

7.1.4.3. Thuốc phòng ngừa

Chỉ định thuốc phòng ngừa:

Hen từ bậc 2.

Hen kiểm soát 1 phần hoặc không kiểm soát.

Khò khè ≥ 1 lần/tuần.

Thức giấc do khò khè ≥ 2 lần/tháng.

Mỗi ngày phải dùng thuốc cắt cơn.

Có cơn hen nặng hoặc nguy kịch vào cấp cứu. -

Thuốc phòng ngừa hen

Corticoid hít .

Liều Corticoid hít ở trẻ em (ICS).

Thuốc	Liều thấp (μg)	Liều trung bình (μg)	Liều cao (μg)
Budesonid (MDI)	100 – 200	> 200 – 400	> 400
Budesonid-Neb (khí dung)	250 – 500	> 500 – 1000	> 1000
Fluticasone (MDI)	100 – 200	> 200 – 500	> 500

Kháng Leukotriene (Montelukast):

Chỉ định:

Hen khởi phát do nhiễm siêu vi hô hấp.

Thuốc thay thế điều trị bậc 2: khi trẻ không thể sử dụng corticoid hít hay dị ứng hay có tác dụng phụ với corticoid hít.

Thuốc thay thế điều trị bậc 2 khi trẻ có kèm theo viêm mũi dị ứng.

Thuốc thêm vào khi thất bại với điều trị bậc 3, để giữ corticoid hít còn liều thấp, giảm tác dụng phụ.

Thuốc thêm vào với corticoid hít điều trị bậc 3, 4 ở trẻ dưới 5 tuổi hoặc không dung nạp LABA.

Liều dùng:

Trẻ ≥ 15 tuổi: 10mg/ngày (tối).

Trẻ 6-14 tuổi: 5mg/ngày (tối).

Trẻ ≤ 5 tuổi: 4mg/ngày (tối).

Thuốc dẫn phế quản tác dụng kéo dài (Long acting β_2 agonist:LABA): không dùng đơn thuần mà phải phối hợp với corticoid hít.

Thường dạng kết hợp với Corticoid: Formeterol + Fluticasone và Salmeterol + Budesonid.

- Thuốc phòng ngừa bắt đầu

Độ nặng bệnh hen	Thuốc chọn lựa	Thuốc thay thế
Bậc 1 (từng cơn)	Không cần thuốc phòng	
Bậc 2 (nhẹ, dai dẳng)	Corticoid hít liều thấp hằng ngày	Kháng Leukotriene
Bậc 3 (trung bình, dai dẳng)	Corticoid hít liều trung bình Hoặc Corticoid hít liều thấp kết hợp: - Kháng Leukotrien - Hoặc LABA (Trẻ > 5 tuổi)	
Bậc 4 (nặng, dai)	Corticoid hít liều cao	

dẫn)	Hoặc Corticoid hít liều trung bình kết hợp kháng Leukotrien hoặc LABA (> 5 tuổi)	
------	--	--

- Thuốc phòng ngừa về sau:

Nếu trẻ kiểm soát tốt: không lên cơn hen trong vòng 3 tháng thì giảm bậc điều trị trên nguyên tắc:

Giảm liều Corticoid hít còn 1/2 liều điều trị.

Nếu ổn định với liều thấp trong 12 tháng thì có thể ngừng hẳn thuốc.

Nếu trẻ kiểm soát không hoàn toàn hoặc không kiểm soát hen, hoặc xuất hiện cơn hen cấp, cần xem xét tăng bước điều trị: tăng gấp đôi liều corticoids hít hoặc phối hợp thêm kháng Leukotrien hoặc LABA ở trẻ trên 4 tuổi.

Điều trị nên cá thể hóa từng bệnh nhân để đạt được hiệu quả tốt.

Tái khám:

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Phác đồ điều trị Nhi Khoa (2020) Bệnh viện Nhi Đồng I.

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em ban hành theo quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHẾ QUẢN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm phế quản là tình trạng viêm nhiễm của niêm mạc phế quản. Bệnh thường khỏi hoàn toàn không để lại di chứng. Nguyên nhân thường gặp là do nhiễm virus, vi khuẩn hoặc cả hai.

2. NGUYÊN NHÂN

Virus: là nguyên nhân chính bao gồm: RSV, Virus cúm A Và B, Parainfluenza Virus, Adenovirus, Rhinovirus, Paramyxovirus.

Vi khuẩn: Streptococcus pneumonia, Staphylococcus aureus, Haemophilus Influenza, Mycoplasma pneumonia

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

3.1.1 Lâm sàng:

Sốt.

Ho: Ban đầu ho khan sau đó ho có đờm.

Nôn: Đi kèm khi ho nhiều, nôn ra chất nhầy (chứng tỏ có tiết đờm, nhưng do trẻ nhỏ chưa biết khạc đờm).

Khò Khè

Khám tìm dấu hiệu nặng khác kèm theo và hỏi tiền sử bệnh liên quan.

Nghe phổi: phổi hai bên thô, ran ngáy, có thể do phản ứng viêm làm tắc nghẽn đường thở.

Có thể thở bình thường hoặc thở nhanh.

3.1.2. Cận lâm sàng:

Công thức máu: Tăng bạch cầu đa nhân là do vi khuẩn, tăng bạch cầu đơn nhân có thể là do siêu vi.

XQ phổi: Đậm rón phổi, dày thành phế quản.

Huyết thanh chẩn đoán khi nghi ngờ Mycoplasma hoặc Chlamydia.

3.2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

Viêm phế quản phổi:

Phổi có ral ẩm nhỏ hạt rải rác 2 bên phế trường

X quang: Tùy theo mức độ có thể có: Những đám mờ tập trung hoặc nốt mờ rải rác ở nhu mô phổi. Hoặc có hình bóng hơi (thường do tụ cầu).

4. TIÊU CHÍ NHẬP VIỆN

- Nhập viện khi có dấu hiệu nặng khác kèm theo như sốt cao, nôn nhiều không uống được thuốc...
- Gia đình không theo dõi được bệnh nhân ở nhà.
- Có bệnh nặng khác kèm theo.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị:

Kháng sinh khi có dấu hiệu nhiễm vi trùng

Điều trị triệu chứng

5.2. Điều trị cụ thể:

Hạ sốt: Paracetamol 10-15mg/kg/1 lần cách 4 đến 6 tiếng/1 lần khi sốt $\geq 38,5$ độ hoặc Ibuprofen.

Kháng sinh (khi nghi ngờ có nhiễm vi trùng): Tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và mức độ nhiễm khuẩn có thể lựa chọn các kháng sinh sau:

Amoxicillin ($\pm$ A.clauvulanic) uống.

Hoặc nhóm Macrolid uống

Hoặc nhóm Cephalosporin (Tùy tình trạng bệnh lựa chọn 1 trong những thuốc: Cephalerxin, Cefuroxim, Cefixim, Cefdinir ...) uống.

Hoặc có thể dùng kháng sinh Cephalosporin tiêm (Tùy tình trạng bệnh lựa chọn 1 trong những thuốc: Ceftriaxol, Cefuroxim, Cefotaxim, Cefoperazon ...) hoặc kháng sinh Cefoperazon kết hợp với sulbactam hoặc kháng sinh Ampicillin + Sulbactam tiêm.

Nếu có khò khè, nghe phổi có ral ngáy thì có thể dùng thuốc dẫn phế quản.

Steroid khí dung hoặc đường toàn thân nếu như có khò khè nhiều, có đáp ứng với thuốc dẫn phế quản, steroid có thể hữu ích trong trường hợp khó thở hoặc tắc nghẽn đường thở nặng.

6. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Đa số các trường hợp viêm phế quản do virus đều tự khỏi. Tuy nhiên 1 vài trường hợp viêm phế quản do RSV, Adenovirus có thể nặng.

Một số bệnh nhân có thể ho dai dẳng sau khi đã lui bệnh, một số bội nhiễm khuẩn.

7. PHÒNG BỆNH

Hạn chế tiếp xúc với nguồn lây.

Hạn chế lây nhiễm bằng đeo khẩu trang và rửa tay.

Tiêm phòng vắc xin cúm hàng năm.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Nhi Khoa (2020) Bệnh viện Nhi Đồng I.

Hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh trẻ em (2018) Bệnh viện Nhi Trung ương.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM THANH KHÍ PHẾ QUẢN CẤP

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm thanh khí phế quản cấp hoặc Croup là tình trạng viêm phù nề cấp tính vùng hạ thanh môn. Thường gặp trẻ từ 6 tháng - 5 tuổi.

2. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân có thể là do vi khuẩn (*Hemophilus influenza*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*) hoặc do virus RSV, Adenovirus, virus cúm.

CHẨN ĐOÁN

3.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

3.1.1. Lâm sàng:

Triệu chứng khởi phát: sốt nhẹ, ho, sổ mũi. Sau 1 - 3 ngày đột ngột xuất hiện dấu hiệu khàn tiếng và khó thở thanh quản.

Hội chứng xâm nhập để loại trừ dị vật đường thở.

Trẻ còn ăn uống được, nuốt khó hay không để phân biệt viêm nắp thanh môn.

Tiền căn thở rít hoặc khó thở thanh quản để chẩn đoán phân biệt với dị dạng mạch máu hoặc mềm sụn thanh quản.

3.1.1.2. Khám lâm sàng

Sốt nhẹ hay không sốt.

Khàn tiếng, tiếng rít thanh quản.

Thở nhanh, rút lõm lồng ngực.

Tím tái.

Khám họng tìm giả mạc để loại trừ bạch hầu.

3.1.2. Cận lâm sàng

Công thức máu: Bạch cầu có thể tăng khi có nhiễm vi khuẩn

Soi dịch họng loại trừ bạch hầu.

Khi suy hô hấp hoặc cần chẩn đoán phân biệt cho làm X-quang phổi và X-quang cổ thẳng để:

+ Phát hiện tình trạng hẹp hạ thanh môn (dấu hiệu nóc nhà thờ: Steeple sign). + Loại trừ dị vật đường thở.

CT scanner cổ ngực: khi cần chẩn đoán phân biệt với dị vật đường thở, dị dạng mạch máu hay dị dạng đường dẫn khí.

Nội soi thanh khí quản không thực hiện thường quy, chỉ nội soi khi:

Cần chẩn đoán phân biệt dị vật đường thở.

Khó thở thanh quản tái phát.

Thất bại điều trị nội khoa

- Nội soi tai mũi họng khi có bệnh lý kèm theo.

3.2. CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ

Mức độ nhẹ: Khàn tiếng, ho, thở rít khi khóc

Mức độ trung bình: Khàn tiếng, ho, thở rít khi nằm yên, có thể kèm theo thở nhanh, rút lõm lồng ngực, $SpO_2 \geq 95\%$

Mức độ nặng: Vật vã, tím tái, cơn ngừng thở, $SpO_2 < 95\%$

3.3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Ngoại trừ dị vật đường thở, 90% các trường hợp khó thở thanh quản ở trẻ nhỏ là Croup và viêm nắp thanh môn.

Dị vật đường thở: khó thở thanh quản đột ngột kèm hội chứng xâm nhập.

U nhú thanh quản: bệnh nhân có triệu chứng khàn tiếng kéo dài.

Bất thường mạch máu bẩm sinh chèn ép khí quản (Vascular ring, Pulmonary sling).

Mềm sụn thanh quản, thanh khí quản mềm.

Abces thành sau họng: sốt cao, dấu hiệu nhiễm khuẩn, không nuốt được.

Viêm nắp thanh môn cấp: thường do vi khuẩn *Hemophilus influenza*, lâm sàng sốt cao đột ngột và nhanh chóng có biểu hiện khó thở thanh quản, bệnh nhân có kiểu ngồi đặc biệt cúi ra trước, đây là tư thế tốt nhất để làm thông đường thở, tuyệt đối không được ép buộc trẻ nằm xuống vì động tác này có thể làm trẻ ngừng thở. Trên X-quang cổ nghiêng có hình ảnh phù nề vùng thượng thanh môn (dấu ngón tay).

Viêm khí quản do vi khuẩn: thường do *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* hoặc *Hemophilus influenza* type B. Trẻ sốt cao, vẻ mặt nhiễm trùng kèm dấu hiệu tắc đường thở trên.

4. TIÊU CHÍ NHẬP VIỆN

Viêm thanh khí phế quản cấp mức độ nhẹ điều trị nội trú khí có dấu hiệu nặng khác kèm theo, hoặc gia đình không theo dõi được ở nhà.

Viêm thanh khí phế quản cấp mức độ trung bình nhập viện hoặc có thể điều trị ngoại trú, nếu bệnh nhân ở gần và có điều kiện theo dõi sát.

Viêm thanh khí phế quản cấp mức độ nặng nhập viện cấp cứu.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

Loại trừ dị vật đường thở.

Hỗ trợ hô hấp.

Giảm phù nề thanh quản.

Điều trị triệu chứng.

Kháng sinh khi có tình trạng nhiễm trùng.

5.2. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ:

* Nhẹ:

Corticoid : Có thể lựa chọn Dexamethason 0,15 mg/kg uống 1 liều duy nhất hoặc Prednison 1-2mg/kg/ngày trong 2-3 ngày, hoặc pulmicort thở khí dung, hoặc có thể corticoid tĩnh mạch khí trẻ không uống được.

Chỉ định kháng sinh khi có dấu hiệu nhiễm trùng.

Cho trẻ ăn uống bình thường.

Điều trị triệu chứng: hạ sốt, giảm ho.

Nếu điều trị ngoại trú hướng dẫn bà mẹ chăm sóc trẻ tại nhà và các dấu hiệu nặng cần đi tái khám (rút lõm lồng ngực, tiếng rít khi nằm yên).

Cần hẹn bệnh nhân tái khám (sau 1-3 ngày) hoặc khi có dấu hiệu bất thường, nặng hơn.

* Trung bình:

Corticoid : Dexamethason 0,6 mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần, hoặc có thể điều trị corticoid tĩnh mạch khác.

Hoặc Dexamethason 0,15 mg/kg/ngày uống 1 lần/ngày hoặc Prednison 1-2mg/kg/ngày uống trong 2 - 3 ngày, hoặc có thể điều trị corticoid uống khác để kháng viêm, giảm phù nề thanh quản.

Hoặc khí dung Budesonid 1 - 2 mg/ 1 liều

Thường triệu chứng sẽ cải thiện sau 2 - 6 giờ dùng Corticoids.

Xem xét phổi hợp khí dung Adrenalin.

Kháng sinh nếu chưa loại nguyên nhân nhiễm khuẩn.

Cần tái khám mỗi ngày nếu điều trị ngoại trú.

Nằm đầu cao.

Cần giữ yên trẻ, cho mẹ bồng, tránh khóc vì làm tăng phù nề thanh quản và khó thở nhiều hơn.

Thở oxy duy trì $SpO_2 \geq 95\%$.

Khí dung Adrenalin để co mạch, giảm phù nề thanh quản, Adrenalin khí dung có tác dụng nhanh sau 30 phút và kéo dài khoảng 2 giờ.

+ Liều Adrenalin 1‰ 2 - 5 ml (trẻ < 4 tuổi: 2 ml) hoặc 0,4 – 0,5 ml/kg (tối đa 5 ml).

+ Có thể lặp lại liều 2 sau 30 phút – 1 giờ nếu còn khó thở nhiều, và sau đó 1 – 2 giờ nếu cần để đợi tác dụng của Dexamethason. Không phun khí dung Adrenalin hơn 3 lần trong 1 giờ

+ Adrenalin chống chỉ định trong tứ chứng Fallot và bệnh lý cơ tim của tâm thất gây tắc đường ra vì có thể gây đột ngột giảm cung lượng tim.

Dexamethason 0,6 mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần.

Kháng sinh: Lựa chọn Cephalosporin thế hệ 1 hoặc 2 hoặc 3. Hoặc nhóm Macrolid tùy thuộc vào tình trạng nhiễm khuẩn của bệnh nhân.

Hội chẩn chuyên khoa Tai mũi họng khi không đáp ứng với khí dung Adrenalin hoặc cần chẩn đoán phân biệt.

Chỉ định đặt nội khí quản: sau thất bại với phun khí dung Adrenalin và tiêm Dexamethason:

- + Tím tái.
- + Lơ mơ, kiệt sức.
- + Cơn ngừng thở.

Khi đặt nội khí quản, chọn nội khí quản cỡ nhỏ hơn bình thường 0,5 (ví dụ dùng ống ID 3mm hay 3,5 mm ở trẻ 12 – 24 tháng); thời gian hồi phục thường sau 24 – 48 giờ sẽ rút nội khí quản.

Nên ưu tiên chọn đặt nội khí quản hơn mở khí quản.

6. TIỀN LƯỢNG BIẾN CHỨNG

Viêm thanh khí phế quản cấp thường hồi phục sau 2-5 ngày

Viêm thanh khí phế quản cấp có thể biến chứng suy hô hấp, đặt nội khí quản.

7. PHÒNG BỆNH

Bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu sau sinh

Nuôi dưỡng trẻ tốt, tránh suy dinh dưỡng

Rửa tay

Giữ ấm cho trẻ vào mùa đông...

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Nhi Khoa (2020) Bệnh viện Nhi Đồng I.

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em ban hành theo quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em (2006) Bệnh viện Nhi

Trung ương.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm tiểu phế quản là bệnh lý viêm nhiễm cấp tính do virus 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 ± rút lõm lồng ngực.

2. NGUYÊN NHÂN

Virus hợp bào hô hấp (RSV: Respiratory Syncytial Virus) 2/3 các trường hợp viêm tiểu phế quản, có thể gây thành dịch.

Adenovirus: Bệnh cảnh viêm tiểu phế quản nặng hơn, kéo dài hơn và có khả năng diễn tiến thành VTPQ tắc nghẽn

Các virus khác: Parainfluenza virus, Influenza virus, Rhinovirus, Human Metapneumovirus, Bocavirus, Enterovirus...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

3.1.1. Lâm sàng:

3.1.1.1. Hỏi bệnh

* Bệnh sử: khởi phát từ từ với sốt, ho, sổ mũi, khò khè, khó thở thường ngày thứ 3, thứ 4.

* Tiền sử: khò khè (nếu có, cần phân biệt với hen).

* Yếu tố nguy cơ:

Tuổi < 3 tháng.

Tiền sử sinh 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 mạn tính sẵn có: loạn sản phế quản-phổi, thiếu sản phổi,...

Suy dinh dưỡng nặng.

Suy giảm miễn dịch: bẩm sinh, mắc phải.

3.1.1.2. Khám lâm sàng

Tìm dấu hiệu nguy hiểm: Tím tái trung ương, không uống được, li bì, khó đánh thức, co giật.

Dấu hiệu hô hấp: Khò khè, ho. Nghe phổi: ran ngáy, rít (còn có thể có ran ẩm, nổ). Đếm nhịp thở (Đếm nhịp thở trong 1 phút, ngưỡng thở nhanh ở trẻ em thay đổi theo tuổi), thở nhanh, rút lõm lồng ngực, cũng như các dấu hiệu co kéo các cơ hô hấp phụ khác.

3.1.2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu giảm hoặc bình thường hay tăng bạch cầu lympho.

- X-quang tim phổi thẳng: Hình ảnh ứ khí, xẹp phổi từng vùng...

Khí máu động mạch: khi có suy hô hấp PaO₂ giảm; PaCO₂ tăng; Nhiễm toan hô hấp kèm theo, có giá trị đánh giá mức độ nặng của suy hô hấp.

Xét nghiệm cấy dịch tỵ hầu khi có bội nhiễm, làm test nhanh RSV khi nghi ngờ do RSV

3.1.3. Chẩn đoán xác định: chủ yếu vẫn là dựa vào lâm sàng

* Gợi ý bởi: Tuổi < 24 tháng.

Biểu hiện lâm sàng: ho, khô khè, thở nhanh $\pm$ rút lõm lồng ngực.

Yếu tố dịch tễ: thành dịch, mùa mưa, mùa lạnh.

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

Phân độ viêm tiểu phế quản.

Viêm tiểu phế quản nhẹ:

- + Tỉnh táo, bú tốt.
- + Nhịp thở bình thường.
- + SpO₂ > 95% với khí trời.
- + Không có các yếu tố nguy cơ.

Viêm tiểu phế quản trung bình:

- + Tỉnh táo, bú kém.
- + Rút lõm lồng ngực nhẹ
- + Nhịp thở tăng.
- + SpO₂ : 92- 95% với khí trời.

Viêm tiểu phế quản nặng:

Bút rút, kích thích, li bì, rối loạn tri giác.

Bỏ bú (bú < 50% lượng sữa bình thường).

Thở nhanh .

Thở không đều (có cơn ngừng thở), thường ở trẻ < 3th.

Tím.

Rên rì.

Rút lõm lồng ngực nặng.

SpO₂ < 92% với khí trời.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Hen phế quản : có tiền sử khò khè và đáp ứng tốt với khí dung Salbutamol, có cơ địa dị ứng, chàm, gia đình có cơ địa bị hen, viêm mũi dị ứng, chàm...

Viêm phổi: Trẻ có thể sốt cao > 39 độ và hoặc có vùng ral ẩm hoặc nổ khu trú, X quang ngực có thâm nhiễm nhu mô phổi. Khó phân biệt với VTPQ nên đối với các nước đang phát triển, TCYTTG khuyến cáo xử trí VTPQ tương tự như viêm phổi.

TIÊU CHÍ 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, bỏ 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.

* Rút lõm lồng ngực, thở nhanh .

Có dấu hiệu mất nước.

Gia đình không theo dõi được ở nhà, hoặc có bệnh lý khác kèm theo.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

- Điều trị triệu chứng, bao gồm cung cấp đầy đủ nước - điện giải - dinh dưỡng... và bảo đảm đủ Oxy.

Ngoài ra điều trị các triệu chứng, bệnh lý khác kèm theo.

5.2. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ:

5.2.1. Viêm tiểu phế quản nhẹ

Cần nhắc sử dụng khí dung bằng thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh như Salbutamol, khi có co thắt phế quản hay thở rít.

Cần nhắc sử dụng corticoid khí dung.

Điều trị triệu chứng:

Thông thoáng đường thở, nhỏ mũi Natriclorid 0.9%.

Tiếp tục cho trẻ ăn/bú bình thường, chia lượng sữa/thức ăn ra nhiều bữa nhỏ.

Cho trẻ uống nước nhiều.

Hạ sốt (nếu có).

Chỉ sử dụng thuốc giảm ho an toàn, không chứa antihistamins cũng như các chất có thể có tác dụng phụ quan trọng khác.

- Rất cần nhắc khi sử dụng kháng sinh
- Hướng dẫn các dấu hiệu nặng cần đến khám lại ngay. - Tái khám sau 3 ngày hoặc khi có dấu hiệu nặng lên.

5.2.2. Viêm tiểu phế quản trung bình:

5.2.2.1. Điều trị hỗ trợ hô hấp

- Thông thoáng đường thở, hút dịch mũi họng,
- Nằm đầu cao.
- Thuốc dẫn phế quản (β_2 agonists):
 - Thuốc dẫn phế quản có hiệu quả không hằng định.
 - Khi bệnh nhi có khò khè hoặc kèm khó thở rút lõm lồng ngực, có thể cho Salbutamol khí dung

Liều lượng: Salbutamol: 0,15 mg/kg/lần (tối thiểu: 1,5 mg, tối đa: 5 mg/lần). - Có thể cho nước muối ưu trương 3%: phun khí dung.

Vật lý trị liệu hô hấp: Trường hợp khò khè nhiều, kéo dài, có hình ảnh xẹp phổi trên X-quang...

5.2.2.2. Cung cấp đủ nước - điện giải - dinh dưỡng

Tiếp tục cho ăn uống, bú, nên chia thành nhiều bữa ăn nhỏ, giảm số lượng mỗi lần bú, tăng số lần bú để vẫn bảo đảm đủ năng lượng cho trẻ.

Chú ý nếu trẻ thở nhanh > 60 lần/phút cần cho bú cẩn thận vì nguy cơ hít sặc cao.

5.2.2.3. Kháng sinh

* TCYTTG khuyến cáo xử trí trẻ VTPQ có thở nhanh hay có dấu hiệu suy hô hấp nào khác tương tự như trong viêm phổi.

* Sử dụng kháng sinh khi trẻ có một trong các biểu hiện:

Thở nhanh.

Thở rút lõm lồng ngực

Có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: Tím tái trung ương, bỏ bú/ bú kém (trẻ dưới 2 tháng), ngủ li bì/ khó đánh thức

Cận lâm sàng: Có bằng chứng nhiễm vi khuẩn

Lâm sàng có bằng chứng nhiễm vi khuẩn

Không sử dụng kháng sinh trong trường hợp sau:

Không có bằng chứng nhiễm vi khuẩn trên lâm sàng, và cận lâm sàng, VÀ

Không có tổn thương nhu mô phổi trên Xquang, VÀ

Không có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân.

Kháng sinh được lựa chọn ban đầu như trong trường hợp viêm phổi do vi trùng.

5.2.2.4. Corticoids

Không chỉ định rộng rãi Corticoids trong mọi trường hợp VTPQ trung bình.

Liều lượng: Prednison: 1–2 mg/kg/ngày (bệnh nhi còn uống được), hoặc Hydrocortison: 5 mg/kg/lần (TMC) mỗi 6 giờ, hoặc Methylprednisolon 2mg/kg/ngày, hoặc Dexamethzon. Hoặc Corticoids khí dung

5.2.3. Viêm tiểu phế quản nặng

Bên cạnh các điều trị như VTPQ trung bình cần cho trẻ nằm phòng cấp cứu hay khoa hồi sức tích cực, cần theo dõi sát mạch, nhịp thở, SpO₂, khí máu động mạch. Hỗ trợ hô hấp: thở oxy, NCPAP, giúp thở tùy mức độ suy hô hấp (xem phác đồ Suy hô hấp).

Thở oxy ẩm chỉ định khi:

Tím tái.

Thở nhanh , rút lõm lồng ngực.

Rên rì.

Bỏ bú hay bú kém.

Thở oxy sao cho SaO₂ đạt được > 90%, tốt nhất > 95%.

* Chỉ định thở NCPAP:

Vẫn còn tím tái khi thở oxy với FiO₂= 40%.

Thở nhanh >70 lần/phút dù đang thở oxy.

Có hình ảnh xẹp phổi trên X-quang.

Sau khi phun khí dung Salbutamol tình trạng lâm sàng không cải thiện có thể xem xét dùng thêm khí dung Adrenalin 1% liều lượng 0,4- 0,5 ml/kg/lần tối đa 5ml. Cung cấp đủ nước - điện giải - dinh dưỡng

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 Oxy.
- 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.

6. TIỀN LƯỢNG, BIẾN CHỨNG

Viêm tiểu phế quản thời gian trung bình khỏi bệnh là 12 ngày, 70% 5-7 ngày, 20% 3 tuần, 10% 4 tuần.

Các biến chứng:

Mất nước

Ngưng thở

Suy hô hấp

Bội nhiễm vi khuẩn thứ phát

7. PHÒNG BỆNH

Rửa tay: Là biện pháp quan trọng nhất

Các biện pháp khác có thể áp dụng tùy theo điều kiện:

+ Cách ly bệnh nhân theo nhóm.

- + Mang găng, khẩu trang, mặc áo choàng.
- + Giới hạn người nhà thăm bệnh nhân.

Kháng thể đơn dòng kháng RSV (palivizumab chỉ chỉ định giới hạn cho các trẻ có nguy cơ cao. Trong điều kiện hiện nay, không khuyến cáo sử dụng palivizumab do đắt tiền, không có sẵn ở Việt Nam.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Nhi Khoa (2020) Bệnh viện Nhi Đồng I.

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em ban hành theo quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI THÙY

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

1. ĐỊNH NGHĨA:

Viêm phổi thùy là 1 bệnh tổn thương 1 phân thùy hoặc một thùy phổi do vi khuẩn gây nên, thường là phế cầu. Đặc trưng là khối đông đặc của nhu mô phổi.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY VIÊM PHỔI THÙY.

- *Do vi khuẩn: Nguyên nhân hay gây viêm phổi thùy*

Từ 1 tới 6 tuổi: phế cầu, HI nhóm B, tụ cầu, liên cầu A

Trên 6 tuổi: M.pneumoniae, S.pneumoniae, C.pneumoniae

Trẻ nằm viện kéo dài hoặc suy giảm miễn dịch: Klebsiella, Pseudomonas, E. coli, Candida albicans, Pneumocystic carinii

Do virus: Paramyxovirus (virus á cúm, sởi và quai bị...)

Do nấm: aspergillus, candida...

Sắc xăng: Xăng là chất độc, nếu pha chì thì càng độc.

Do ứ đọng (nằm lâu), hít phải (dịch thức ăn, ói mửa).

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

3.1.1. Lâm sàng:

Giai đoạn khởi phát: đột ngột

+ Sốt cao, rét run, sốt dao động

+ Ho khan, ho đờm

+ Đau ngực, khó thở nhẹ

+ Mệt mỏi, gầy sút, chán ăn

+ Các triệu chứng thực thể còn nghèo nàn.

Giai đoạn toàn phát: từ ngày thứ 3

+ Nhiễm trùng nặng lên

- + Đau ngực tăng lên, khó thở nặng hơn
- + Ho nhiều, đờm đặc

+ Khám phổi: hội chứng đông đặc phổi điển hình (hoặc không điển hình) với rung thanh tăng, gõ đục, rì rào phế nang giảm, âm thổi ống và ran nổ khô chung quanh vùng đông đặc

Nếu sức đề kháng tốt, điều trị sớm và đúng thì bệnh sẽ thoái lui sau 7 - 10 ngày

Thường triệu chứng cơ năng giảm sớm hơn triệu chứng thực thể.

X quang mờ dần.

Nếu không điều trị hay điều trị không đúng, sức đề kháng quá kém thì bệnh sẽ nặng dần, tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc tăng lên, suy hô hấp, nhiễm trùng huyết hay có nhiều biến chứng khác như áp xe phổi, tràn dịch, tràn mủ màng phổi, màng tim.

3.1.2. Cận lâm sàng

X quang phổi: Biểu hiện sớm hơn triệu chứng thực thể vì vậy nên chụp chiếu phổi sớm để chẩn đoán kịp thời. Diễn hình là mờ hình tam giác, đỉnh ở phía trong (phía rốn phổi), đáy ở phía ngoài (phía nách) hoặc là hình mờ đậm, đều có bờ rõ khu trú ở một phân thùy hay một thùy phổi. Vì vậy trên phim chụp X quang phổi có thể thấy những đám mờ hình thể khác nhau: hình chữ nhật, hình thang, băng dài hoặc hình ê - ke... Cần chụp nghiêng để xác định tổn thương khu trú từng thùy, phân thùy. Ở trẻ nhỏ hình ảnh mờ tam giác có khi không diễn hình, có khi chỉ là một đám mờ thâm nhiễm tại một vùng của phổi. Ít khi có hình ảnh phản ứng màng phổi. Hình ảnh X quang nói chung xuất hiện sớm sau 24 giờ đầu. Khi thoái triển hình ảnh X quang có thể mất hẳn nhanh chóng hoặc vỡ từng mảnh rồi mất dần hoặc bóng mờ nhạt dần và sáng đều cả phế trường.

Các xét nghiệm khác:

Công thức máu: Số lượng bạch cầu thường tăng nhiều từ 15000 - 40000/mm³.

Tỉ lệ đa nhân trung tính thường tăng cao 70 - 80%. Nếu bạch cầu giảm dưới 5000/mm³ là tiên lượng xấu.

Tỉ lệ huyết sắc tố bình thường hoặc giảm ...

Vi khuẩn: Cấy dịch tỵ hầu, dịch phế quản để xác định vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ.

3.2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Lao: Bệnh cảnh kéo dài, hội chứng nhiễm trùng không rõ ràng, làm các xét nghiệm về lao để phân biệt.

Áp xe phổi giai đoạn đầu.

Viêm màng phổi dựa vào X quang và lâm sàng.

Xẹp phổi: không có hội chứng nhiễm trùng, âm phế bào mất, không có ran nổ. Xquang có hình ảnh xẹp phổi.

3.3. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN:

Dựa vào:

Diễn biến lâm sàng.

Yếu tố dịch tễ.

Kết quả cấy dịch tỵ hầu và cấy dịch nội khí quản, cấy máu.

Đáp ứng điều trị

4. TIÊU CHÍ NHẬP VIỆN

Tất cả những bệnh nhân viêm phổi thùy đều có chỉ định nhập viện.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nguyên tắc điều trị:

Chống suy hô hấp (nếu có): thông thoáng đường thở; oxy hỗ trợ (nếu cần);

Điều trị triệu chứng: hạ sốt, long đờm

Điều trị nguyên nhân: kháng sinh

Điều trị biến chứng (mủ màng phổi, viêm màng ngoài tim...).

5.2. Điều trị cụ thể:

5.2.1. Liệu pháp kháng sinh:

Khi chưa có kháng sinh đồ :

Ampicillin + Sulbactam, Amoxicillin+ clavulanic kết hợp với kháng sinh nhóm Aminosit

Hoặc Cephalosporin (Tùy thuộc tình trạng bệnh chọn 1 trong những loại: Cefotaxim, Ceftriaxon, Cefoperazon, Cefoperazon+ sulbactam...) kết hợp với nhóm Aminosit như : Amikacin liều 15mg/kg/ngày hoặc Gentamycin....

Khi nghi ngờ tụ cầu:

Dùng Cloxacillin 100-200mg/kg/ngày hoặc Vancomycin 40-60mg/kg/24h kết hợp với nhóm Aminosit (Amikacin, hoặc Gentamycin...)

Đối với căn nguyên là vi khuẩn không điển hình:

Viêm phổi thùy do *M pneumoniae* (không suy hô hấp) :

Azithromycin uống 5 ngày.

Clarithromycin.

Hoặc Erythromycin (Trường hợp không đáp ứng dùng levofloxacin 15-20mg/kg/12h).

Trẻ em > 7 tuổi có thể dùng doxycycline

Trên 15 tuổi: levofloxacin.

Azithromycin: tiêm tĩnh mạch

Lựa chọn thay thế: 10-14 ngày bằng đường tiêm
+ Lactobionate erythromycin

+ hoặc levofloxacin

6. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Được phát hiện sớm và có biện pháp điều trị kịp thời, bệnh có thể khỏi sau 7-10 ngày.

Biến chứng của viêm phổi thùy:

Viêm lan rộng gây xẹp thùy phổi, áp xe, tràn dịch màng phổi.

Viêm mủ màng phổi thường gặp ở bệnh nhân khi điều trị bằng kháng sinh không có tác dụng với phế cầu, bệnh nhân bị sốt kéo dài, lượng bạch cầu tăng đột biến.

Viêm màng não, viêm màng trong tim, viêm phúc mạc, viêm khớp nhiễm khuẩn ...

7. PHÒNG BỆNH

- Hiện tại tiêm phòng vaccin chống phế cầu là cách tốt nhất để phòng viêm phổi do phế cầu.

Dự phòng: Ở nước ta dùng vaccin phế cầu cho nhóm nguy cơ cao như suy thận mạn tính, đa u tủy, hội chứng thận hư, ghép thận, bệnh Hodgkin... Tiêm bắp một lần duy nhất.

Giữ ấm cổ, ngực trong mùa lạnh. Điều trị ổ viêm đường tai mũi họng. Tránh viêm phổi trong bệnh viện cho bệnh nhân, người thầy thuốc phải tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn triệt để.

8. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi Khoa (2020) Bệnh viện Nhi Đồng I.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em ban hành kèm theo quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em (2020) Bệnh viện Nhi Trung ương.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRÀN MỦ MÀNG PHỔI

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Tràn mủ màng phổi là sự tích tụ mủ trong khoang màng phổi, do nhiều nguyên nhân: viêm màng phổi, viêm phổi, phẫu thuật lồng ngực, chấn thương hoặc kết hợp nhiều yếu tố gây nên.

II. NGUYÊN NHÂN

Tác nhân gây bệnh chủ yếu là do vi trùng, chủ yếu là *Staphylococcus aureus*. Tràn mủ màng phổi cần phải được chẩn đoán và điều trị sớm, tránh để lại di chứng.

CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Cơ năng

- Sốt
- Ho, khó thở, đau ngực.
- Tư thế nằm nghiêng về bên bệnh.
- Tiền sử bệnh lý trước đó: viêm phổi, nhiễm trùng da, viêm cơ.

b. Thực thể

- Tìm dấu hiệu nhiễm trùng: tổng trạng, nhiệt độ.
- Tìm và đánh giá mức độ suy hô hấp (Xem bài viêm phổi).
- Khám tìm hội chứng ba giảm bên phổi bệnh.
- Nếu có tràn khí kèm theo, gõ đục vùng thấp và vang ở vùng cao.

c. Xét nghiệm

- Công thức máu, sinh hóa máu.
- Dịch màng phổi: sinh hoá, tế bào, soi tươi nhuộm Gram, cấy và kháng sinh đồ. - Cấy máu.
- X- quang ngực.
- Siêu âm ngực: giúp xác định tính chất dịch, lượng dịch, vị trí chọc dò, phát

hiện sớm trình trạng vách hóa màng phổi.

Chẩn đoán xác định:

Hội chứng nhiễm trùng, khám phổi: hội chứng 3 giảm + X- quang: mờ góc sườn hoành/ mờ 1/2 dưới phổi hoặc toàn bộ phổi kèm đẩy lệch trung thất về phía đối diện hoặc Siêu âm ngực: có tràn dịch màng phổi + Chọc hút màng phổi: mủ đặc hoặc vàng đục thành phần chủ yếu là đa nhân, soi tươi có vi trùng hoặc cấy mủ dương tính.

Giai đoạn: 3 giai đoạn tràn mủ màng phổi

Giai đoạn	Đặc điểm	Hướng điều trị
Giai đoạn 1: xuất tiết	Dịch ít, glucose, pH, LDH bình thường, bạch cầu thấp	Kháng sinh

Giai đoạn 2: tạo mủ fibrin	Sớm: dịch lỏng, tự do. dịch fibrin nhưng chưa tạo vách. BC > 500.LDH < 1000 U/L	Kháng sinh + dẫn lưu MP
	Muộn: dịch mủ đặc, vách hóa, LDH > 1000 U/L, bạch cầu tăng cao, đường giảm	Kháng sinh + dẫn lưu + tiêu sợi huyết
Giai đoạn 3: Tổ chức hóa, dày dính	Khó rút dịch, màng phổi dày kém đàn hồi	Kháng sinh + phẫu thuật

Chẩn đoán có thể

Hội chứng nhiễm trùng, khám phổi: hội chứng 3 giảm + X- quang ngực: mờ góc sườn hoành/ mờ 1/2 dưới phổi hoặc toàn bộ phổi kèm đẩy lệch trung thất về phía đối diện hoặc Siêu âm ngực: có tràn dịch màng phổi + Chọc hút dịch màng phổi: dịch vàng mờ, tính chất là dịch tiết: protein > 30mg/100ml; glucose < 40 – 60 mg/100ml; Lactate dehydrogenase (LDH) > 600 – 1.000 UI/100mL, thành phần tế bào chủ yếu là đa nhân trung tính > 50%; soi tươi không thấy vi trùng hoặc cấy âm tính.

Chẩn đoán phân biệt

Lao màng phổi: dựa vào tính chất dịch màng phổi: vàng chanh, tính chất là dịch tiết, thành phần chủ yếu là tế bào đơn nhân, có yếu tố dịch tế lao;

Tràn dịch màng phổi do dưỡng chấp: dịch đục như sữa, nhiều tế bào (> 70% lympho), đậm > 20 g/l, Triglycerides > 100mg%).

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Tất cả bệnh nhân đã được chẩn đoán hoặc nghi ngờ tràn mủ màng phổi đều phải nhập viện điều trị càng sớm càng tốt.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Kháng sinh

Dẫn lưu mủ sớm + bơm tiêu sợi huyết

Ngoại khoa

Điều trị cụ thể

Kháng sinh

- Kháng sinh ban đầu: Bắt đầu sau khi chọc dò màng phổi và có kết quả soi tươi:

Nếu soi tươi thấy cầu trùng Gr(+) hình chùm; hoặc kết quả soi tươi (-) hoặc chọc không ra dịch ngay -> bắt đầu KS chống tụ cầu: Oxacillin + Amikacin.

Nếu soi tươi thấy Gr(-) -> bắt đầu Cefotaxim/Ceftriaxone + Amikacin/Genta

Nếu chọc ra mủ thối, nghi ngờ yếm khí: phối hợp thêm Metronidazol.

Nếu không có kết quả soi tươi: dùng Oxacillin + Amikacin/Gentamycin.

Nếu bệnh nhân có dấu hiệu suy hô hấp nặng hay nhiễm trùng huyết và không có dấu gợi ý tụ cầu rõ: dùng Cefotaxim/Ceftriaxone + Vancomycin.

- Đánh giá sau 1 tuần điều trị:

Diễn tiến tốt: hết sốt, hết khó thở, lượng mủ ra ống dẫn lưu giảm, X-quang phổi giảm -> tiếp tục KS cho đủ 4 – 6 tuần, có thể chuyển sang kháng sinh dạng uống nếu lâm sàng ổn định (kháng sinh tĩnh mạch ít nhất 2 tuần).

Diễn tiến không tốt: còn sốt, ống dẫn lưu màng phổi ra mủ kéo dài, X-quang phổi không cải thiện: dựa vào kết quả cấy mủ màng phổi và kháng sinh đồ để quyết định kháng sinh; cân nhắc hội chẩn ngoại khoa sớm. Những trường hợp Viêm mủ màng phổi do tác nhân tụ cầu có tiết độc tố phổi hợp thêm kháng sinh Linezolid.

2.2. Dẫn lưu kín mủ màng phổi:

Với ống dẫn lưu 12 - 14F (sơ sinh: 10F).

- Chỉ định:

Dịch rút ra là mủ đặc.

Dịch vàng đục (chủ yếu là đa nhân $\pm$ soi tươi có vi trùng), lượng nhiều.

Chỉ định can thiệp ngoại khoa (phẫu thuật nội soi hay mổ hở): khi
+ Có dấu hiệu vách hoá trên siêu âm – X- quang

+ Điều trị kháng sinh + dẫn lưu màng phổi > 7 ngày không thành công.

Chỉ định dùng tiêu sợi huyết:

Mục đích dùng tiêu sợi huyết làm ly giải sợi fibrin ở vùng màng phổi bị vách hóa, làm sạch những lỗ thông bạch huyết, phục hồi lưu thông dịch trong khoang màng phổi.

- Chống chỉ định: có xuất huyết nội tạng, rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu, tràn khí màng phổi, dò phế quản - màng phổi, tiền sử dị ứng với urokinase.

2.3. Tập vật lý trị liệu:

- Vật lý trị liệu cho viêm mủ màng phổi hiện không được khuyến cáo thực

hiện.

Nên cho trẻ vận động sớm.

2.4. Điều trị triệu chứng và hỗ trợ

Cho paracetamol hoặc Ibuprofen nếu có sốt cao.

Dinh dưỡng: chế độ ăn lỏng, giàu Calori.

Oxy liệu pháp khi có suy hô hấp.

Điều trị sốc nhiễm trùng nếu có.

Bệnh nhân mổ màng phổi có đặt ODL được điều trị tối thiểu 3 tuần lễ, nếu diễn tiến tốt xuất viện và tái khám mỗi 2 tuần trong thời gian 2 tháng hoặc sớm hơn nếu bất thường. khi xuất viện cần hướng dẫn bà mẹ tự tập vật lý trị liệu và chế độ dinh dưỡng cũng như theo dõi ở nhà.

Hầu hết trẻ hồi phục tốt nếu được điều trị sớm và đúng, đủ.

Mờ phế âm và gõ đục do dày màng phổi vẫn có thể tồn tại dù trẻ khỏe.

Kiểm tra X quang phổi 4 – 6 tuần sau xuất viện. Khoảng 60 - 80% về bình thường sau 3 tháng.

VI.TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi khoa (2020). Bệnh viện Nhi Đồng 1. TP Hồ Chí Minh.
2. Phác đồ điều trị Nhi khoa (2008). Bệnh viện Nhi Đồng 2. TP Hồ Chí Minh.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI KÉO DÀI

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

1. ĐỊNH NGHĨA

Viêm phổi kéo dài (VPKD) (viêm phổi mạn): viêm phổi trên lâm sàng và X-quang kéo dài từ 4 tuần trở lên.

2. NGUYÊN NHÂN

Thường do khiếm khuyết cơ chế bảo vệ tại chỗ (phổi) hoặc toàn thân, hay có bệnh lý nền bên dưới làm thay đổi cơ chế bảo vệ của phổi.

Dị tật bẩm sinh đường hô hấp (trên hay dưới), hệ tim mạch.

Hít sạch tái phát.

Hiếm khuyết cơ chế thanh thải đờm: bệnh xơ nang, bất thường lông chuyển.

Rối loạn miễn dịch tại chỗ hoặc toàn thân.

Vi sinh

Nước đang phát triển: vi khuẩn lao(BK) là nguyên nhân quan trọng .

Nguyên nhân gây viêm phổi cấp cũng có khả năng gây VPKD. Tác nhân thường gây VP cấp, hiếm gây VPKD: Virus, S.pneumoniae, M.pneumoniae, Legionella species, Coxiella burnetti, C.pneumoniae. Tác nhân gây VP cấp thường gây VPKD: VK yếm khí, S.aureus, H.influenzae, Enterobacteraceae, P. aeruginosa.

Nguyên nhân khác: CMV, Chlamydia.

Bệnh nhân suy giảm miễn dịch: Pneumocystic jiroveci, nấm, Legionella.

3. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- Mục tiêu:

Xác định có bệnh lý hô hấp, khu trú nơi nhiễm trùng, phát hiện bệnh nền.

Đánh giá mức độ nặng của bệnh.

Lưu ý:

Tình trạng viêm phổi lần đầu.

Các đợt cấp và tình trạng bệnh nhân giữa các đợt.

Ho khan/ ho đờm – yếu tố, hoàn cảnh kết hợp.

Suy hô hấp sơ sinh.

Triệu chứng gợi ý tổn thương tai mũi họng, thanh quản.

Động tác nuốt.

Triệu chứng bất dung nạp thức ăn.

Nhiễm trùng tiên phát ở các cơ quan khác.

Tổn thương da không do nhiễm trùng.

Hội chứng xâm nhập.

Tiền sử gia đình: cơ địa dị ứng, bệnh hô hấp.

+ Môi trường sống của trẻ.

Đánh giá mức độ nặng dựa trên:

+ Chậm tăng trưởng.

+ Giới hạn hoạt động

+ Sốt dai dẳng.

+ Thở nhanh, suy hô hấp dai dẳng

+ Lòng ngực căng phồng dai dẳng.

+ Triệu chứng thiếu oxy.

+ Bất thường dai dẳng trên X-quang – Hô hấp ký.

2. Cận lâm sàng

Cần hỏi bệnh sử, khám lâm sàng kỹ trước khi chỉ định xét nghiệm (XN) cận lâm sàng.

- Xét nghiệm:

CTM, VS, CRP, Sinh hóa máu.

Xét nghiệm tầm soát lao, HIV

X-quang tim, phổi thẳng.

Siêu âm tim, siêu âm bụng (tầm soát trào ngược dạ dày- thực quản)

Hút dịch khí quản qua đường mũi, hút dịch qua nội khí quản (nếu bệnh nhân được đặt nội khí quản) làm PCR lao và nuôi cấy, kháng sinh đồ...

- XN khác: xem xét tùy bối cảnh lâm sàng.

Khí máu động mạch.

Hô hấp ký: trẻ từ 6 tuổi, khi đã có loại trừ lao và không có chống chỉ định.

CT scanner ngực: để loại trừ dị vật đường thở hoặc dị dạng bẩm sinh đường hô hấp.

Nội soi hô hấp – Rửa phế quản phế nang: lấy dịch rửa làm xét nghiệm trong trường hợp viêm phổi kéo dài.

Sinh thiết phổi: khi vẫn không tìm được nguyên nhân sau khi đã thực hiện các xét nghiệm trên.

XN miễn dịch: chỉ định khi có gợi ý nhiễm trùng dai dẳng, nhiễm trùng nặng, biểu hiện không thường gặp, tác nhân gây bệnh không thường gặp.

Định lượng Immunoglobulin (IgA, IgM, IgG) để loại trừ suy giảm miễn dịch bẩm sinh.

3. Chẩn đoán xác định

Lâm sàng: viêm phổi(lâm sàng + XQ phổi) kéo dài từ 4 tuần trở lên.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Hen dai dẳng
- Xơ phổi
- Dị vật đường thở bỏ quên

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Viêm phổi kéo dài kèm theo có suy hô hấp

Các trường hợp Viêm phổi kéo dài chưa xác định được căn nguyên mà đã điều trị các thuốc thông thường không đỡ.

Bệnh nhân không uống được thuốc và từ chối uống thuốc

Cần phải làm các xét nghiệm sâu về hô hấp để tìm căn nguyên như: cấy dịch tỵ hầu, PCR lao, nội soi phế quản, nội soi tiêu hóa...

Trẻ sơ sinh và trẻ nhũ nhi

Trẻ có kèm theo các bệnh nặng toàn thân khác như: tim bẩm sinh, rối loạn chuyển hóa – di truyền, bệnh phổi mạn, xuất huyết giảm tiểu cầu, suy dinh dưỡng...

Trẻ có dị ứng với các thuốc liên quan đến điều trị.

Cần phải chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác.

Nguyên tắc điều trị:

- Kháng sinh.
- Điều trị bệnh lý đặc hiệu đi kèm theo.
- Điều trị hỗ trợ: dinh dưỡng, vật lý trị liệu, điều trị triệu chứng.
- Các điều trị khác: Corticoid, phẫu thuật cắt thùy phổi.

Điều trị cụ thể:

- Kháng sinh:

Chọn lựa kháng sinh ban đầu theo phác đồ điều trị viêm phổi cộng đồng hay bệnh viện (khi nghi nhiễm trùng bệnh viện). Kháng sinh thay thế được lựa chọn tùy theo đáp ứng điều trị, tuổi bệnh nhân, mức độ nặng và kết quả vi trùng học.

- Điều trị bệnh lý đặc hiệu đi kèm theo: hen, trào ngược dạ dày-thực quản, tim bẩm sinh, dị dạng phổi bẩm sinh, suy giảm miễn dịch...

- Điều trị hỗ trợ: dinh dưỡng, vật lý trị liệu, điều trị triệu chứng.
- Các điều trị khác:

Corticoid: trong trường hợp viêm phổi kẽ sau khi đã loại trừ lao.

Phẫu thuật cắt thùy phổi: chỉ định hạn chế trong trường hợp viêm phổi mãn tính khu trú ở thùy phổi mất chức năng, cấu trúc bị phá hủy, giãn phế quản, abces phổi (nhiều ổ nhỏ hay một ổ abces lớn chiếm toàn bộ thùy phổi).

VI. THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị tại nhà

Hướng dẫn cha mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà.

Cần khám - đánh giá lại sau 2 ngày hoặc bất cứ khi nào nếu bệnh nặng hơn hoặc trẻ có sốt dai dẳng hoặc cha mẹ lo lắng nhiều về bệnh của trẻ.

Cần nhắc nhở cha mẹ đưa trẻ đến khám lại ngay khi có 1 trong các dấu hiệu sau:

- Không uống được.
- Ngủ li bì/khó đánh thức.

Khó thở hơn.

Sốt: thay đổi thất thường hoặc vẫn sốt dai dẳng.

2. Điều trị tại bệnh viện

Cần đánh giá đáp ứng sau 48h điều trị kháng sinh (trường hợp nặng đánh giá sau 72 giờ)

Nếu trẻ không đỡ phải đi tìm các nguyên nhân liên quan đến các yếu tố không nhiễm trùng khác như: hen phế quản, trào ngược dạ dày – thực quản, dị vật đường thở...

X quang ngực:

Cần chụp X quang phổi cho các trẻ viêm phổi kéo dài để hướng căn nguyên.

3. Đánh giá đáp ứng với điều trị

Đánh giá lâm sàng là tốt nhất để xác định đáp ứng với điều trị.

Cần đánh giá toàn diện: tổng trạng, tình trạng bú/ăn uống, sốt, nhưng quan trọng nhất là dựa trên nhịp thở (trường hợp viêm phổi), dấu hiệu rút lõm lồng ngực...

VII. PHÒNG BỆNH

- Bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu sau sinh.
- Nuôi dưỡng trẻ tốt tránh suy dinh dưỡng.
- Chủng ngừa: là biện pháp phòng bệnh đặc hiệu, hiệu quả.
- Cải thiện điều kiện nhà ở.
- Tránh hít khói thuốc lá thụ động.
- Rửa tay.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị Nhi khoa (2020). Bệnh viện Nhi Đồng 1. TP Hồ Chí Minh.
2. Phác đồ điều trị Nhi khoa (2008). Bệnh viện Nhi Đồng 2. TP Hồ Chí Minh.

3. Sách giáo khoa Nhi khoa, Hội Nhi khoa Việt Nam, 2016.

8. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Viêm phổi (VP) là bệnh lý viêm của phổi do tác nhân nhiễm trùng làm kích thích các phản ứng gây tổn hại nhu mô phổi. Viêm phổi cộng đồng là Viêm phổi xảy ra ở bệnh nhân không có tiền sử mới nhập viện.

2. Phân loại

Theo giải phẫu:

Viêm phổi thùy

Viêm phế quản phổi

Viêm phổi kẽ

Phân loại theo bệnh cảnh lâm sàng:

VP điển hình: Diễn tiến cấp tính với sốt cao, rét run, đau ngực, ho có đờm. X quang phổi: có hình ảnh VP thùy. Là bệnh cảnh điển hình của VP do phế cầu.

VP không điển hình: Khởi phát từ từ (nhiều ngày, vài tuần), sốt nhẹ, ho khan, nhức đầu, mệt mỏi. X quang phổi không có hình ảnh VP thùy điển hình, nhuộm gram đờm âm tính, kém đáp ứng với điều trị kháng sinh họ penicillin.

Thường do *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophila*

II. NGUYÊN NHÂN

Bảng 1. Nguyên nhân viêm phổi theo tuổi:

Nhóm tuổi	Tác nhân gây bệnh (theo thứ tự tần xuất)
1 – 3 tháng	<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>RSV</i> , các loại vi rút hô hấp khác, <i>Bordetella pertussis</i>
3 – 24 tháng	VP nhẹ-trung bình: <i>RSV</i> , các loại vi rút hô hấp khác, <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Hemophilus influenzae</i> (type B-HI, không định type NT-HI), <i>C. trachomatis</i> , <i>M. pneumoniae</i> .
2 – 5 tuổi	Các loại vi rút hô hấp, <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> (HIB, NTH), <i>C. trachomatis</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>Chlamydiae</i>

	<i>pneumoniae</i>
6 – 18 tuổi	<i>M. pneumoniae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>H.influenzae</i> (NTHI), <i>influenzae virus typ A-B</i> , <i>Adenovirus</i> , vi rút hô hấp khác
Tất cả các lứa tuổi	VP nặng cần nhập khoa hồi sức cấp cứu: <i>S. pneumoniae</i> , <i>S.aureus</i> , <i>Streptococci group A</i> , <i>HIB</i> , <i>M.pneumoniae</i> , <i>Adenovirus</i>

Tại các nước đang phát triển, theo TCYTTG, viêm phổi ở trẻ dưới 5 tuổi chủ yếu là do vi khuẩn:

Ở trẻ từ 2 tháng đến 59 tháng: Nguyên nhân hàng đầu là phế cầu (*S. pneumoniae*), *H. influenzae*, *B. catarrhalis*.

Ở trẻ dưới 2 tháng tuổi: hàng đầu là vi khuẩn gram âm đường ruột (*E. coli*, *Klebsiella*) bên cạnh các vi khuẩn kể trên.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. 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

- Trình tự khám để phát hiện, đánh giá VP ở trẻ em:

1. Đánh giá dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: tím tái trung ương, bỏ bú hoặc bú kém (trẻ dưới 2 tháng tuổi), không uống được (Trẻ từ 2 đến 59 tháng tuổi), ngủ li bì - khó đánh thức.

2. Đếm nhịp thở trong một phút: Thở nhanh là dấu hiệu lâm sàng có giá trị chẩn đoán cao nhất.

Đối với trẻ dưới 5 tuổi, tiêu chuẩn thở nhanh theo phân loại của TCYTTG là:
 ≥ 60 lần/phút ở trẻ < 2 tháng tuổi.

≥ 50 lần / phút ở trẻ từ 2 tháng đến < 12 tháng tuổi.

≥ 40 lần/phút ở trẻ 12 tháng đến < 5 tuổi.

≥ 30 lần /phút ở trẻ ≥ 5 tuổi.

3. Phát hiện các dấu hiệu thở rút lõm lồng ngực

4. Phát hiện các tiếng thở bất thường: khò khè, thở rít.

5. Nghe phổi bằng ống nghe: ran nổ, ran ẩm nhỏ hạt.

6. Phát hiện, đánh giá các dấu hiệu khác: sốt, suy dinh dưỡng nặng, đau ngực, đau bụng, phập phồng cánh mũi, thở rên, bú kém, kích thích.

7. Độ bão hòa oxygen qua da (ở bệnh nhân nhập viện).

c. Cận lâm sàng.

- Xét nghiệm khi nhập viện :

- X-quang ngực thẳng khi: để chẩn đoán VP, chụp lại khi VP kém đáp ứng với điều trị ban đầu theo kinh nghiệm, có biểu hiện lâm sàng không rõ ràng, nghi ngờ có biến chứng (tràn dịch, tràn khí màng phổi,...), cần chẩn đoán phân biệt.

Công thức máu, số lượng, tỷ lệ bạch cầu

Các xét nghiệm phản ứng ở pha viêm cấp, các chỉ số cần theo dõi liên quan đến tác dụng phụ của thuốc.

- Xét nghiệm vi sinh:

Cấy máu: nếu nghi ngờ nhiễm trùng huyết.

Cấy, PCR dịch tỵ hầu

BK đờm/dịch dạ dày: nếu nghi ngờ lao.

Khí máu động mạch : khi có suy hô hấp.

Xét nghiệm đờm, hút dịch khí quản qua ống NKQ hoặc qua nội soi phế quản, huyết thanh chuẩn đoán (Phế cầu, Hemophilus, Mycoplasma, RSV,...) trong viêm phổi kéo dài, cần xác định tác nhân.

2. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: ho, khó thở (thở nhanh, thở rút lõm lồng ngực) VÀ
- X-quang: có tổn thương nhu mô phổi.
- Đánh giá mức độ nặng: giúp điều trị, tiên lượng bệnh.

Bảng 2. Phân loại VP ở trẻ từ 2 -59 tháng tuổi theo TCYTTG 2014

Phân loại	Dấu hiệu
Viêm phổi rất nặng	Ho hoặc khó thở Kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau: - Tím tái trung ương - Các dấu hiệu suy hô hấp nặng khác - Không uống được
Viêm phổi nặng	Ho hoặc khó thở Kèm theo thở rút lõm lồng ngực Và không có các dấu hiệu nguy hiểm
Viêm phổi	Ho hoặc khó thở Kèm thở nhanh Không có dấu hiệu của viêm phổi nặng và rất nặng

Mọi trường hợp viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng đều được xem là một trường hợp nhiễm khuẩn nặng vì bệnh diễn tiến nhanh, trẻ dễ bị suy hô hấp, tỷ lệ tử vong cao.

3. Chẩn đoán có thể

Lâm sàng: ho, khó thở (thở nhanh, rút lõm lồng ngực).

Không có bằng chứng X quang phổi (không chụp hay chưa thấy tổn thương nhu mô phổi).

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 :

Hen phế quản.

Viêm tiểu phế quản

Viêm phế quản

Lao phổi

Di tật đường thở bỏ quên.

Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp (ARDS)

Thuyên tắc phổi

Sarcoidose

Suy tim ứ huyết

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Viêm phổi hoặc nghi ngờ viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng tuổi

Viêm phổi nặng hay rất nặng ở trẻ từ 2-59 tháng tuổi.

Có dấu hiệu suy hô hấp.

Nghi ngờ có biến chứng.

Trẻ không uống được thuốc

Trẻ đã điều trị thuốc uống không đỡ

Trẻ mắc các bệnh kèm theo khác như: tim bẩm sinh, sốt môi hờ hàm ếch, bại não, suy giảm miễn dịch...

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị kháng sinh

Điều trị suy hô hấp: thở oxy, NCPAP, thở máy

Dinh dưỡng

Điều trị các triệu chứng và các rối loạn đi kèm: sốt, ho, khò khè, rối loạn nước - điện giải, thăng bằng toan kiềm...

Điều trị biến chứng: chọc dò - dẫn lưu màng phổi (tràn khí màng phổi, viêm mủ màng phổi), vật lý trị liệu hô hấp (khi có xẹp phổi).

2. Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm

Cần đánh giá đáp ứng điều trị sau 48 đến 72 giờ.

a. Viêm phổi ở trẻ dưới 2 tháng

Ampicillin 200mg/kg/ngày kết hợp với Amikacin 15mg/kg/ngày (TB hay TM). Một đợt dùng từ 5 đến 10 ngày.

Trong các trường hợp viêm phổi rất nặng: Cephalosporin III: Cefotaxime 200mg/kg phối hợp với amikacin.

b. Viêm phổi ở trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi

Viêm phổi:

Lựa chọn hàng đầu: Amoxicillin: 80-90mg/kg/ngày chia 3 lần uống.

Điều trị thay thế khác:

Amoxicillin + Acid clavulanic: theo liều Amoxicilline hoặc

Cephalosporin thứ II (Cefuroxim, Cefaclo...), thứ III (Cefpodoxime, Cefdinir).

Macrolide khi dị ứng với beta lactam, kém đáp ứng với điều trị kháng sinh ban đầu hay nghi ngờ tác nhân không điển hình: Erythromycin, Clarithromycin, Azythromycin.

Thời gian điều trị: 05 ngày.

- Viêm phổi nặng:

Kháng sinh:

Ampicillin 200mg/kg/ngày (TMC) chia 3-4 lần, hoặc Cephalosporin III
+ Thời gian điều trị thường là 7 – 10 ngày.

Đánh giá sau 2 – 3 ngày, nếu không đỡ hoặc nặng thêm thì điều trị như viêm phổi rất nặng.

- Viêm phổi rất nặng:

Thở oxy hay các phương pháp hỗ trợ hô hấp khác

Kháng sinh:

Cefotaxime 200mg/kg/ngày, chia 3 – 4 lần, phối hợp với Amikacin 15mg/kg/ngày, hoặc Ceftriaxone hoặc Cephalosporin III khác.

+ Thời gian điều trị thường 7 – 10 ngày

+ Nếu nghi ngờ viêm phổi do tụ cầu:

Oxacillin 200mg/kg/ngày (TM hoặc TB) chia 3-4 lần kết hợp với Amikacin 15mg/kg/ngày (TM hoặc TB) 1 lần/ngày

Nếu tụ cầu kháng Methicillin thì có thể chuyển sang dùng Vancomycin (60mg/kg/ngày chia 4 lần TTM trong 60 phút).

C. Viêm phổi ở trẻ em trên 5 tuổi

Lựa chọn kháng sinh cần hướng đến cả phế cầu và cả *M.pneumoniae*, *C.pneumoniae*.

Viêm phổi nhẹ - vừa: Macrolide

Erythromycin: 40mg/kg/ngày chia 4 lần, uống trong 7 – 10 ngày

Clarithromycin: 15mg/kg/ngày chia 2 lần, uống trong 7 – 10 ngày hoặc

Azithromycin: 10mg/kg/ngày, uống 1 lần/ngày trong 5 ngày.

Viêm phổi nặng: Macrolide + Beta-lactam (Ampicillin hay Cephalosporin thế hệ 3 TM)

Điều trị thay thế: Levofloxacin (8-10mg/kg/ngày 1 lần/ngày cho trẻ 5-16 tuổi, tối đa 750mg/ngày)

VI. THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

1. Trường hợp trẻ được điều trị tại nhà

+ Hướng dẫn cha mẹ cách chăm sóc trẻ tại nhà.

+ Cần khám - đánh giá lại sau 2 ngày hoặc bất cứ khi nào nếu bệnh nặng hơn hoặc trẻ vẫn sốt dai dẳng hoặc cha mẹ lo lắng nhiều về bệnh của trẻ.

+ Cần đưa trẻ đến khám lại ngay khi có 1 trong các dấu hiệu sau:

Không uống được.

Ngủ li bì/khó đánh thức.

Khó thở hơn.

Sốt: thay đổi thất thường hoặc vẫn sốt dai dẳng.

Khám lại cho các trẻ VP sau 2 ngày điều trị để đánh giá và xử trí tiếp nếu: -

Trẻ đỡ: Nhịp thở giảm về bình thường, hết sốt thì tiếp tục điều trị kháng

sinh như đã cho.

Trẻ không đỡ: các dấu hiệu không thay đổi cần phải đổi kháng sinh hoặc cho trẻ nhập viện.

Nặng lên: Trẻ vẫn thở nhanh hoặc vẫn sốt, hoặc có thêm dấu hiệu rút lõm lồng ngực hoặc có dấu hiệu của bệnh rất nặng, cần phải cho trẻ nhập viện.

2. Trường hợp trẻ được điều trị tại bệnh viện

Cần đánh giá đáp ứng sau 48h điều trị kháng sinh (trường hợp nặng đánh giá sau 72 giờ)

Nếu vẫn còn sốt sau 48 giờ, nhịp thở nhanh hơn hoặc trẻ trở nên li bì hoặc kích thích hơn thì cần phải thăm khám đánh giá lại toàn diện quá trình chẩn đoán và điều trị, phát hiện sớm các biến chứng (nhiễm trùng huyết, Tràn mủ màng phổi, mất nước và các biến chứng khác).

X quang ngực: Cần chụp X quang lại cho các trẻ VP có hình ảnh tổn thương lan tỏa trên diện rộng, viêm phổi dạng hình tròn, có biến chứng (xẹp phổi, kén khí, tràn dịch-tràn khí màng phổi, áp xe phổi) hoặc triệu chứng vẫn dai dẳng kéo dài.

3. Đánh giá đáp ứng với điều trị

Cần đánh giá đáp ứng sau 48 giờ điều trị kháng sinh (trường hợp nặng đánh giá sau 72 giờ).

+ Đánh giá lâm sàng là tốt nhất để xác định đáp ứng với điều trị.

+ Cần đánh giá toàn diện: tổng trạng, tình trạng bú/ăn uống, sốt, nhưng quan trọng nhất là dựa trên nhịp thở (trường hợp viêm phổi), dấu hiệu rút lõm lồng ngực (viêm phổi nặng), cải thiện các dấu hiệu nguy hiểm (viêm phổi rất nặng).

Nếu trẻ vẫn sốt, có diễn tiến xấu đi sau khi nhập viện và bắt đầu điều trị kháng sinh, hoặc trẻ không cải thiện trong vòng 48-72 giờ, cần đánh giá lại trẻ.

Các yếu tố cần xem xét ở trẻ thất bại điều trị:

Chẩn đoán?

Trẻ đã được điều trị với thuốc phù hợp và liều lượng thích hợp không?

Có biến chứng không: tràn dịch màng phổi-viêm mủ màng phổi, viêm phổi hoại tử, áp xe phổi?

Có phải trẻ không đáp ứng với điều trị là do có cơ địa suy giảm miễn dịch hay bệnh đồng mắc?

Trường hợp thất bại điều trị:

- Đánh giá độ nặng của bệnh hiện tại dựa trên lâm sàng, cận lâm sàng và tiến triển nhằm xác định mức chăm sóc hỗ trợ cần thiết.

- Chẩn đoán hình ảnh (X quang, siêu âm, CT ngực) để đánh giá mức độ lan rộng, tiến triển, biến chứng của viêm phổi.

- Các xét nghiệm vi sinh khác để xác định hoặc là tác nhân gây bệnh ban đầu tồn tại dai dẳng, hoặc tác nhân ban đầu trở nên kháng thuốc, hoặc có tác nhân thứ phát mới:

Xét nghiệm đờm, dịch hút qua nội khí quản, rửa phế quản-phế nang

Xử trí khi thất bại điều trị:

Xác định mức chăm sóc hỗ trợ cần thiết: nhập viện, thở oxy hay các phương pháp hỗ trợ hô hấp khác.

Kháng sinh: đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ nếu có hoặc phối hợp kháng sinh phổ rộng hơn.

Nếu tràn dịch hoặc tràn khí màng phổi ở mức độ ít: điều trị kháng sinh.
Nếu tràn dịch nhiều và có suy hô hấp: dẫn lưu màng phổi.

VII. PHÒNG BỆNH

Bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu sau sinh.

Nuôi dưỡng trẻ tốt tránh suy dinh dưỡng.

Chủng ngừa: là biện pháp phòng bệnh đặc hiệu, hiệu quả.

Cải thiện điều kiện nhà ở.

Tránh hít khói thuốc lá thụ động.

Rửa tay.

Phác đồ điều trị Nhi khoa (2020). Bệnh viện Nhi Đồng 1. TP Hồ Chí Minh.

Phác đồ điều trị Nhi khoa (2008). Bệnh viện Nhi Đồng 2. TP Hồ Chí Minh.

Sách giáo khoa Nhi khoa, Hội Nhi khoa Việt Nam, 2016.

9. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ÁP XE PHỔI

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Áp xe phổi là hiện tượng viêm và nung mủ trong nhu mô phổi tạo thành một hay nhiều hang chứa mủ với đường kính từ 2cm trở lên, phân biệt với viêm phổi hoại tử dưới 2cm. Áp xe phổi có thể gặp ở mọi lứa tuổi, hiếm thấy ở sơ sinh, thường gặp ở nam hơn nữ.

II. NGUYÊN NHÂN

Áp xe phổi hình thành thường nhất là sau viêm phổi do *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococci* sp, sau đó là *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas* không đáp ứng điều trị hoặc do vi khuẩn yếm khí sau dị vật phế quản bỏ quên hay sau viêm phổi hít.

CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a. Cơ năng

- + Sốt? (thường > 40^o C) Mệt mỏi? Sụt cân? Đau ngực?
- + Ho: thời gian, tính chất đờm khạc ra: màu, hôi?

- + Ợc mủ? Ho ra máu? Hơi thở hôi?
- + Tiền sử: hội chứng xâm nhập. **b.**

Khám lâm sàng

- + Tìm vết mặt nhiễm trùng, thở nhanh, co kéo ngực, giảm cử động lồng ngực.
- + Khám phổi tìm hội chứng đông đặc ở giai đoạn đầu, về sau hội chứng ba giảm. + Tìm thêm các dấu hiệu gợi ý nhiễm trùng tụ cầu: nốt da, viêm cơ, viêm cốt tuỷ xương.

c. Xét nghiệm

Công thức máu: bạch cầu tăng, có thể có thiếu máu nhẹ. VS bình thường hoặc tăng nhẹ.

Sinh hóa máu, CRP.

X- quang ngực (thẳng, nghiêng) : kích thước ổ abscess thường từ 2 – 20 cm, vách dày 5 – 15 mm.

Siêu âm ngực.

Cấy máu.

Chọc hút mủ ổ áp xe qua da: nhuộm Gram và cấy mủ, nên gửi cả hai môi trường hiếu khí và kỵ khí khi nghi ngờ tác nhân yếm khí.

CT ngực.

Chẩn đoán xác định: +
Hội chứng nhiễm trùng.

+ Và biểu hiện tại phổi: thở hôi, ọc mủ, khám thấy hội chứng đông đặc hay hội chứng 3 giảm.

Và X- quang phổi: khối tròn bờ dày rõ, có hoặc không có mức khí dịch nằm ngang.

Hoặc siêu âm ngực: thấy ổ áp xe trong phổi.

Chẩn đoán có thể

Hội chứng nhiễm trùng + Biểu hiện tại phổi: thở hôi, ọc mủ, khám thấy hội chứng đông đặc hay hội chứng ba giảm + X-quang hoặc Siêu âm ngực: chưa phát hiện được hoặc hình ảnh không điển hình của ổ áp xe.

Chẩn đoán phân biệt

U lao hay hang lao: thường kèm hạch rốn phổi và xẹp phổi, có thể tìm được BK trong mủ, trên siêu âm có những đám vôi hoá.

Bất thường đường hô hấp bẩm sinh: CCAM, phổi biệt lập, , nang sinh phế quản, kén phổi.

Tràn dịch màng phổi khu trú: có thể phân biệt dựa vào X-quang và siêu âm xác định vị trí ổ mủ ở màng phổi hay nhu mô phổi.

IV. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán hoặc nghi ngờ áp xe phổi cần nhập viện quản lý, tìm nguyên nhân và điều trị.

V. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh
- Điều trị triệu chứng: thở oxy và điều trị suy hô hấp, giảm đau – hạ sốt, đảm bảo thể tích tuần hoàn- chống sốc (nếu có)...

- Dinh dưỡng
- Dẫn lưu mủ
- Điều trị ngoại khoa

2. Điều trị cụ thể

- a. Kháng sinh:

Được phối hợp liều cao, thời gian điều trị 4 – 6 tuần, trong đó ít nhất 2 tuần bằng đường tĩnh mạch.

- Kháng sinh ban đầu:

Chọn lựa ban đầu: Cephalosporin thế hệ III: Cefotaxim, Cefoperazone, ...

TTM ($\pm$ Amioglycosid). Lựa chọn khác nếu có gợi ý trên lâm sàng.

Nếu mủ thối, nghi ngờ vi trùng yếm khí: Cefotaxim/Ceftriaxone + Metronidazol TTM.

Nếu nghi ngờ tụ cầu (đa áp xe phổi, bệnh cảnh nhiễm trùng huyết tụ cầu): Oxacillin TM + Amikacin TM (Amikacin không dùng quá 5 -7 ngày)

Điều chỉnh kháng sinh sau đó theo kháng sinh đồ.

Đánh giá sau 1 tuần:

Diễn tiến tốt: sốt giảm, ọc mủ giảm, X- quang cải thiện thì tiếp tục kháng sinh đủ 4 tuần:

Cephalosporin III + Metronidazol TM x 2 tuần, Metronidazol (U) x 2 tuần.

Đối với tụ cầu: Oxacillin TM x 2 tuần, Amikacin x 5 ngày, sau đó

Oxacillin (U) x 2 tuần.

Diễn tiến không tốt: sốt kéo dài, ọc mủ kéo dài, ổ mủ còn tồn tại trên X-quang ngực thì thay đổi kháng sinh theo kết quả KSD cấy mủ, cấy máu. Nếu cấy mủ hoặc máu âm tính:

Đổi sang Cefotaxim/Ceftriaxon + Metronidazol.

Nếu nghi tụ cầu: đổi sang Vancomycin.

b. Dẫn lưu mủ

- Dẫn lưu tư thế và vật lý trị liệu

Chỉ định trong áp xe phổi giai đoạn tạo hang, ọc mủ.

Chống chỉ định trong: suy hô hấp, suy tim, ho ra máu, áp xe chưa khu trú, bệnh nhân hôn mê.

- Chọc thoát mủ ổ áp xe qua da

Chỉ định: khi áp xe phổi khu trú, cách thành ngực ≤ 1 cm, đường kính > 4 cm.

Thủ thuật được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm.

Tai biến: tràn mủ, tràn máu, tràn khí màng phổi, ho ra máu.

- Nội soi phế quản

Chỉ định khi bệnh sử nghi ngờ có dị vật.

Qua nội soi có thể hút bớt mủ, lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm.

c. Điều trị ngoại khoa

- Dẫn lưu trực tiếp ổ áp xe:

Thất bại với điều trị nội khoa.

Ổ áp xe to > 8 cm.

Doạ vỡ.

Ho ra máu lượng lớn.

Cắt thùy phổi:

Áp xe mạn tính (> 1 tháng).

Lâm sàng, X- quang không cải thiện.

Hình ảnh hang có vách.

Biến chứng ho ra máu lượng nhiều, hay ho ra máu tái phát nhiều lần.

VI. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

Đa số áp xe phổi hết sốt sau 6 – 8 ngày, theo dõi X- quang mỗi 2 tuần, mức khí dịch biến mất dần, để lại bờ tròn và mất hẳn sau vài tháng.

Những yếu tố tiên lượng xấu:

Ổ áp xe quá lớn, đường kính $> 6\text{cm}$.

Triệu chứng kéo dài trước nhập viện > 6 tuần.

Viêm phổi hoại tử với nhiều ổ áp xe.

Bệnh nhân suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch.

Áp xe kèm bất thường phế quản (tắc nghẽn, u ...).

VII. TÁI KHÁM

Tái khám 2 tuần sau xuất viện trong tháng đầu, sau đó tái khám mỗi tháng trong 3 tháng.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Nhi khoa (2020). Bệnh viện Nhi Đồng 1. TP Hồ Chí Minh.

Phác đồ điều trị Nhi khoa (2008). Bệnh viện Nhi Đồng 2. TP Hồ Chí Minh.

10. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI KHÔNG ĐIỂN HÌNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 333/QĐ-BVN ngày 09/7/2021 của BV Nhi Thái Bình)

I. ĐỊNH NGHĨA

Viêm phổi do vi khuẩn không điển hình là do các vi khuẩn không điển hình không thể phát hiện được bằng nhuộm Gram và không thể nuôi cấy theo phương pháp tiêu chuẩn. Các vi khuẩn phổ biến nhất là vi khuẩn *Mycoplasma pneumoniae*, vi khuẩn *Chlamydia pneumoniae* và vi khuẩn *Legionella pneumophila*.

Lứa tuổi hay gặp là 2 đến 10 tuổi, trong đó tuổi tiền học đường chiếm 75-80%. Tỷ lệ người lành mang vi khuẩn không điển hình chiếm 30-35%.

CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

- + Lứa tuổi trẻ lớn
- + Cơ năng rầm rộ, thực thể nghèo nàn
- + Sốt
- + Ho khan sau ho đờm
- + Thở nhanh (theo tuổi)
- + Ran bệnh lý: không ran(trẻ lớn), ran ẩm, phế quản (trẻ nhỏ, đến muộn)
- + Điều trị β - lactam => không đáp ứng

2. Cận lâm sàng

- + Sinh hóa máu: đánh giá chức năng gan thận...
- + Xét nghiệm Ig G và Ig M, *Mycoplasma Pneumoniae*.
- + XQuang phổi: viêm phổi kẽ, viêm phổi tập trung, tràn dịch màng phổi
- + Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ, CRP tăng, PCR

Mycoplasma pneumoniae hoặc *Chlamydia pneumoniae* hoặc *Legionella pneumoniae* dịch tỵ hầu, dịch nội khí quản hoặc dịch màng phổi (+).

3. Chẩn đoán xác định

Trẻ lớn, thường trên 5 tuổi, triệu chứng cơ năng hô hấp rầm rộ, thực thể nghèo nàn, điều trị kháng sinh nhóm β – lactam không đáp ứng. XQ phổi: viêm phổi kẽ, viêm phổi tập trung, tràn dịch màng phổi. Xét nghiệm PCR *Mycoplasma pneumoniae* hoặc *Chlamydia pneumoniae* hoặc *Legionella pneumoniae* dịch tỵ hầu, dịch nội khí quản hoặc dịch màng phổi (+).

4. Chẩn đoán phân biệt:

Viêm phổi do các nguyên nhân khác

Viêm phổi thùy

Viêm mủ màng phổi

Trẻ nhỏ dưới 2 tháng tuổi có nghi ngờ viêm phổi hoặc viêm phổi.

Trẻ có kèm suy hô hấp.

Có dấu hiệu viêm phổi nặng trên lâm sàng như: thở nhanh, rút lõm lồng ngực hoặc co kéo các cơ hô hấp.

Uống thuốc không đỡ.

Trẻ có sốt cao trên 3 ngày kèm ho nhiều, ăn uống kém.

Trẻ không uống được hoặc khó uống thuốc.

Xq phổi có hình ảnh tổn thương kèm theo bệnh nhân có sốt, ho nhiều.

Trẻ có kèm theo các bệnh khác như: bại não, bệnh phổi mạn, hen phế quản, tiền sử dị ứng thuốc... Các bệnh bẩm sinh khác như: tim bẩm sinh, suy giảm miễn dịch, rối loạn chuyển hóa...

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

Thông thoáng đường thở

Hạ sốt

Bù đủ dịch

Liệu pháp ô xy nếu có suy thở

Liệu pháp kháng sinh

2. Liệu pháp kháng sinh

2.1. Viêm phổi không suy hô hấp

Azithromycin (10 mg/kg vào ngày 1, tiếp theo là 5 mg/kg/ngày, mỗi ngày một lần, dùng 5 ngày, uống).

Lựa chọn thay thế: 10-14 ngày

Clarithromycin (15 mg/kg/ngày chia 2 lần)

Hoặc Erythromycin uống (40 mg/kg/ngày chia 4 lần)

Hoặc levofloxacin (500 mg mỗi ngày một lần) uống cho trẻ trên 15 tuổi

Dị ứng Macrolid: thay levofloxacin.

2.2. Viêm phổi có suy hô hấp

Levofloxacin tĩnh mạch 10-14 ngày (đổi sang uống Azithromycin nếu bệnh nhân chưa ổn định hoàn toàn).

Kháng sinh nhóm β -Lactam/Cephalosporin phối hợp trong trường hợp không loại trừ được đồng nhiễm.

Levofloxacin tĩnh mạch

6 tháng – 5 tuổi: 16-20 mg/kg/ngày chia 2 lần,

5-16 Tuổi: 8-10 mg/kg/ngày- một lần, liều hàng ngày tối đa 750 mg

- Thời gian điều trị:

Từ 5 đến 10 ngày (Azithromycin)

Từ 10 đến 14 ngày với các thuốc Quinolone, Erythromycin,

Từ 14-21 ngày với bệnh nhân suy giảm miễn dịch, bệnh nặng, viêm phổi do *L.pneumophila*.

2.3. Theo dõi điều trị

- Điều trị thất bại

Sốt kéo dài > 48 giờ

Suy hô hấp tăng

Tổn thương nhu mô tăng (trên 2 thùy phổi)

Có biểu hiện ngoài phổi

Các khả năng xảy ra

Đồng nhiễm

Kháng thuốc

Biến chứng ngoài phổi

Các XN có thể làm theo thời gian và tùy thuộc diễn biến bệnh và các biểu hiện ngoài phổi:

Cấy máu, NKQ, cấy dịch màng phổi

CT ngực (có viêm phổi màng phổi)

Siêu âm màng phổi

Hb niệu (nếu nghi ngờ tán huyết)

Điện giải đồ, phosphatasa kiềm, men gan, ure, creatinin...(nếu do *Legionella pneumophyla*).

2.4. Xử trí:

Thay kháng sinh: Macrolid => Quinolon, Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ nếu có đồng nhiễm.

Corticoid: cân nhắc trong các trường hợp viêm phổi nặng do *M.pneumoniae*.

Có các biểu hiện ngoài phổi, hoặc viêm phổi thể nặng:

Viêm não màng não

Tán huyết

Guilain Barre

Steven Johnson

Suy đa tạng

Các trường hợp không đáp ứng điều trị đặc hiệu (sốt > 48 giờ): Uống prednisolon 1mg/kg/ngày trong một tuần.

Gamma Globulin: 1g/kg/24h –TM 1-2 liều.

Lọc máu, ECMO.

Phòng bệnh đặc hiệu: hiện chưa có vacxin phòng bệnh đặc hiệu nhóm 3 loại vi khuẩn trên.

Phòng bệnh không đặc hiệu chủ yếu dựa vào chăm sóc đủ dinh dưỡng, tiêm chủng đủ theo lịch, tránh ô nhiễm môi trường.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị viêm phổi không điển hình do vi khuẩn ở trẻ em, Bệnh viện Nhi Trung ương, 2013.