**CHƯƠNG 3: BỆNH HÔ HẤP**

**VIÊM PHẾ QUẢN CẤP TÍNH**

**1.Đại cương**

Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm thoáng qua của khí quản và phế  
quản, biểu hiện đầu tiên là ho. Nguyên nhân thường là do nhiễm Siêu vi,  
tự giới hạn trong vòng 28 ngày (3 tuần) mà không cần điều trị

**II Lâm sàng**

**1. Bệnh sử**- Tuổi, khởi phát triệu chứng.  
- Liên quan triệu chứng với lúc ăn.  
- Triệu chứng kèm (sốt, khò khè).  
- Đặc trưng của ho: thời gian, các tác nhân làm giảm ho hay kích thích  
khởi phát ho.  
- Tiền sử cá nhân: bệnh đường hô hấp, ho, ngạt, tiêu phân mỡ, chậm lớn.  
- Tiền sử gia đình: hen, viêm phế quản, viêm xoang, xơ hóa nang.  
- Môi trường tiếp xúc: khói thuốc, bếp củi, chất độc hóa học, Ozone.  
**2. Thăm khám**

- Tăng trưởng và phát triển.

- Triệu chứng về hô hấp ran phổi ngón tay dùi trống

+ Đau căng xoang, sưng nề, chảy mũi sau, viêm mũi, viêm mũi dị ứng, polyp mũi.  
+ Lâm sàng cải thiện khi dùng thuốc giãn phế quản.  
**III. Cận lâm sàng**

Bước đầu cho mọi bệnh nhân: Xét nghiệm máu, Phim Xquang phổi  
- Cấy đờm: nhuộm gram, nhuộm Wright.  
- Phân tích tính chất protein máu: điện di đạm,…  
- Xét nghiệm mồ hôi.  
- Tùy theo bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng và kết quả của XN đã làm  
ở trên.

Miễn dịch: IgA, IgG và các thành phần của IgG, IgE, IgM.  
- Định lượng kháng thể (bạch hầu, uốn ván), đáp ứng với kháng  
nguyên polysaccharides.  
- Thực quản đồ, pH thực quản, đánh giá về nuốt.  
- Scan với Technechium.  
- Nội soi thực quản, nội soi PQ; chức năng hô hấp, đáp ứng với thuốc  
giãn PQ.  
- Hình ảnh xoang.  
- Sinh thiết và khảo sát chức năng lông chuyển.  
- Thử nghiệm kích thích PQ: nghiệm pháp Methacholine, gắng sức,  
không khí lạnh.  
- XN tìm nấm

**3.Chẩn đoán:**

Chẩn đoán VPQ cấp do Siêu vi thường dựa trên lâm sàng, xét nghiệm máu   
- Khi nghi ngờ viêm phổi, xẹp phổi thì cần phim phổi, khi đó thấy  
hình ảnh dày thành phế quản, ứ khí.  
- Cấy đàm có ích khi bội nhiễm hay nghi ngờ vi trùng không thường gặp.  
- Phân lập Siêu vi thường khó, chỉ giúp ích cho mục đích dịch tễ học.

**4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT  
 *4.* *1. Cấp tính*** - Nhiễm trùng:  
 + Virus: RSV, Parainfluenzae 1, 2, 3; Influenzae A và B; Adenovirus,  
 Rhinovirus, Metapneumovirus.  
 + Vi trùng: S. pneumoniae, S. aureus, H. influenzae, M. catarrhalis,  
 Mycoplasma pneumoniae, Clamydia pneumoniae, Boredetella  
 pertussis, C. diphtheria, M. tuberculosis.  
 - Tiếp xúc hóa chất: hít dịch dạ dày, khói thuốc, ô nhiễm

***4.2. Mạn tính*** - Xơ hóa nang, suyễn, lao, dị vật bỏ quên.  
 - Hội chứng rối loạn lông chuyển.

- Hít vào do có bất thường giải phẫu (dò khí - thực quản, chẻ thanh quản);  
 rối loạn chức năng nuốt có hoặc không có trào ngược dạ dày thực quản.  
 - Suy giảm miễn dịch: IgA, IgG và các thành phần của IgG, suy giảm  
 miễn dịch dịch thể, không có khả năng đáp ứng miễn dịch với kháng  
 nguyên   
 - Tổn thương do hít: hút thuốc, ô nhiễm trong nhà: khói thuốc lá, bếp củi, hóa chất (formaldehyte), ô nhiễm ngoài trời: Ozone  
 - Phá hủy đường hô hấp mạn tính - theo sau nhiễm trùng hay chấn thương đường hô hấp chậm hồi phục hay lành không hoàn toàn.  
 - Chèn ép cơ học đường hô hấp (mềm khí phế quản) hay chèn từ ngoài  
 vào (vòng mạch, hạch).

- Thường chỉ cần nghỉ ngơi, phòng thoáng khí và đủ độ ẩm.Nên tránh tiếp xúc với ô nhiễm không khí.Không cần dùng thuốc hay kháng sinh.  
- Đàm đổi màu cũng không phải là bằng chứng nhiễm trùng.  
- Kháng sinh dùng khi có bằng chứng nhiễm trùng.  
- Không khuyến cáo dùng thuốc làm giảm ho.  
- Có thể dùng giãn phế quản (uống hay khí dung) khi có khò khè.  
- Corticoides dùng khi triệu chứng hô hấp nặng: khó thở, tắc nghẽn  
đường hô hấp

**5.Điều trị**- Thường chỉ cần nghỉ ngơi, phòng thoáng khí và đủ độ ẩm. Nên tránh tiếp xúc với ô nhiễm không khí. Không cần dùng thuốc hay kháng sinh.  
- Đàm đổi màu cũng không phải là bằng chứng nhiễm trùng.  
- Kháng sinh dùng khi có bằng chứng nhiễm trùng.  
- Không khuyến cáo dùng thuốc làm giảm ho.  
- Có thể dùng giãn phế quản (uống hay khí dung) khi có khò khè.  
- Corticoides dùng khi triệu chứng hô hấp nặng: khó thở, tắc nghẽn  
đường hô hấp.

**6. Viêm phế quản mạn tính hay viêm phế quản tái phát**- Khi triệu chứng kéo dài hơn 3 tuần.  
- Do quá trình viêm mạn tính và phá hủy đường hô hấp.  
- Cần loại trừ nguyên nhân ho kéo dài do tâm lý.  
- Ho kéo dài có thể là biến chứng của viêm phế quảnhay là biểu hiện  
của cơn suyễn

**7.Dự phòng lâu dài**- VPQ ở trẻ < 5 tuổi: nguy cơ có đợt khò khè hay viêm phế quảnlúc  
sắp dậy thì.  
- Chú ý ở trẻ hút thuốc thụ động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị Bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2016

**VIÊM PHỔI DO VIRUS**

**1. Đại cương**

Viêm phổi là bệnh thường gặp, vẫn tiếp tục là nguyên nhân gây tử vong

đáng kể cho trẻ em ở các nước đang phát triển. Hiện nay, vai trò của virus trong

viêm phổi đang được chú ý hơn cả. Các virus hô hấp thường gặp ở trẻ em,

gồm: RSV, cúm, á cúm, Adenovirus, Rhinovirus, CMV. Các kĩ thuật chẩn đoán

hiện đại như phản ứng khuyếch đại chuỗi gen (PCR) giúp các nhà lâm sàng dễ

chẩn đoán căn nguyên virus gây viêm đường hô hấp nói chung và viêm phổi

nói riêng.

***1.1. Định nghĩa***

Viêm phổi là bệnh viêm các phế quản nhỏ, phế nang và tổ chức xung

quanh phế nang rải rác hai phổi, làm rối loạn trao đổi khí, tắc nghẽn đường thở,

dễ gây suy hô hấp và tử vong

***1.2. Dịch tễ***

Viêm phổi do virus xảy ra với tần suất cao 60 – 70% trong các trường hợp

viêm phổi, nhất ở lứa tuổi 2-3 tuổi. Mùa hay gặp nhất là vào mùa đông (lạnh và

ẩm). Hình thái và mức độ nặng của viêm phổi do virus thay đổi theo một số yếu

tố như tuổi, mùa, trạng thái miễn dịch của bệnh nhân, môi trường. Bệnh khó

phòng tránh, dễ lây nhiễm và tái phát.

**2. Nguyên nhân**

Virus hợp bào đường hô hấp (RSV), Virus Cúm (nhóm A, B), á Cúm, Rhino Virus, Adenovirus, Cytomegalovirus (CMV), Sởi, Quai bị...

**3. Chẩn đoán**

***3.1. Lâm sàng***

- Giai đoạn ủ bệnh: dài hay ngắn tùy thuộc vào từng loại virus.

- Giai đoạn khởi phát: triệu chứng viêm long đường hô hấp trên trong vài

ngày (đau họng, chảy mũi, hắt hơi, ho), có thể kèm theo sốt nhẹ.

- Giai đoạn toàn phát: trẻ sốt vừa hoặc cao. Thở nhanh kèm theo rút lõm

lồng ngực. Các trường hợp nặng có thể có tím, thở rên và mệt lả, đặc biệt ở trẻ

nhỏ. Khám phổi có ran rít, ngáy hoặc ít ran ẩm. Triệu chứng thực thể nghèo nàn và không đặc hiệu. Trên lâm sàng rất khó phân biệt giữa viêm phổi virus với viêm phổi do vi khuẩn. Các triệu chứng ngoài phổi có thể gặp: nôn trớ, tiêuchảy, phát ban, viêm kết mạc, gan lách to...

***3.2. Xét nghiệm***

- Công thức máu: số lượng bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ, tỷ lệ

lymphocyte chiếm ưu thế.

- CRP, pro-calcintonin: bình thường hoặc tăng.

- Xquang phổi: tổn thương đa dạng và không điển hình, hay gặp hình ảnh

thâm nhiễm khoảng kẽ lan toả hoặc hình lưới

***3.3.Chẩn đoán xác định:***

-Test nhanh phát hiện kháng nguyên virus cho kết quả nhanh trong vòng 15 phút. Hiện đang được áp dụng với cúm A, B, RSV.

-Real-time PCR phát hiện chuỗi RNA đặc hiệu của virus từ dịch tiết

đường hô hấp, có độ nhậy và độ đặc hiệu cao.( CMV…)

**4. Điều trị**

***4.1.Nguyên tắc***

1. -Chống suy hô hấp
2. -Chống nhiễm khuẩn
3. -Chống mất nước, rối loạn điện giải
   1. -Đảm bảo dinh dưỡng
   2. -Đảm bảo thân nhiệt

***4.2. Điều trị cụ thể***

***4.2.1.Chống suy hô hấp***

-Đặt trẻ nằm nơi thoáng khí, yên tĩnh, nới rộng quần áo, tã lót.

* 1. -Hỗ trợ kịp thời tùy theo mức độ suy hô hấp:
  2. +Giảm tắc nghẽn đường hô hấp:

1. +Đặt trẻ ở tư thế thích hợp: trẻ dưới 1 tuổi nằm tư thế thẳng (tư thế trung gian), trẻ trên 1 tuổi tư thế cổ hơi ngửa ra phía sau.
2. +Thông thoáng mũi: nhỏ nước muối sinh lý trước khi ăn, bú và ngủ.
3. +Vỗ rung kèm dẫn lưu tư thế, hút thông đường hô hấp khi có nhiều đờm.
4. +Cho trẻ thở oxy mask, oxy gọng khi có khó thở, tím tái, cho thở liên tục đến khi hết tím tái và phải thường xuyên theo dõi nhịp thở, độ bão hòa oxy, mạch, huyết áp, nhiệt độ… để kịp thời xử trí. Trường hợp tím tái nặng, ngừng thở có thể đặt ống thông nội khí quản để dễ dàng hút thông đường thở, thở oxy, bóp bóng hô hấp hỗ trợ.
   1. +Kiểm tra khí máu để đánh giá và điều chỉnh thăng bằng kiềm toan.

***4.2.2.Chống nhiễm khuẩn***

* 1. -Sử dụng kháng sinh cho trẻ khi có bội nhiễm
  2. -Vệ sinh sạch sẽ: hàng ngày vệ sinh răng miệng và da
  3. -Chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

***4.2.3.Đảm bảo thân nhiệt***

* 1. -Nới rộng quần áo, tã lót duy trì thân nhiệt ổn định.
  2. -Theo dõi nhiệt độ nếu trẻ sốt cao:

+Dùng khăn mềm thấm nước ấm để lau cho trẻ hoặc đắp chườm tại các vị trí trán, nách, bẹn.

1. +Dùng thuốc hạ nhiệt khi trẻ có sốt từ 38,50C trở lên. Không nên cho trẻ dùng aspirin.
2. +Cho trẻ uống nhiều nước hoặc bú tăng cường ở trẻ bú mẹ.
3. +Theo dõi sát thân nhiệt, đề phòng biến chứng sốt cao co giật.
   1. +Trẻ sơ sinh đẻ non, suy dinh dưỡng cần phải ủ ấm và theo dõi sát nhiệt

độ đề phòng hạ thân nhiệt ở trẻ.

***4.2.4.Đảm bảo dinh dưỡng:***

* 1. -Trẻ được cung cấp đủ năng lượng theo cân nặng, lứa tuổi.
  2. -Nếu trẻ bú kém cần cho trẻ ăn bằng thìa để đảm bảo số lượng.
  3. -Trẻ ăn dặm hoặc trẻ lớn cần cung cấp thức ăn dễ tiêu và đảm bảo lượng calo cần thiết.
  4. -Trẻ không tự ăn được cần phải tiến hành cho ăn qua ống thông hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch khi trẻ không bú được, nôn trớ hoặc ỉa chảy.
  5. -Cân trẻ 1 tuần/lần để theo dõi sự phát triển của trẻ.

***4.2.5.Chống mất nước, rối loạn điện giải:***

* 1. -Theo dõi và đánh giá tình trạng mất nước (thóp, môi, mắt, nếp véo da, khát nước, tinh thần, nước tiểu…). Đảm bảo nước và dinh dưỡng đủ.
  2. -Cho trẻ uống nhiều nước. Truyền dịch cho trẻ khi có chỉ định.
  3. -Theo dõi tình trạng điện giải để kịp thời điều chỉnh cho bệnh nhân.

***4.3.Thuốc kháng virus đặc hiệu: Phụ thuộc vào phân lập được virus (+).***

* 1. -Oseltamivir (Tamiflu): Điều trị cúm A

1. +Trẻ em trên 13 tuổi: 75mg x 2 lần/ngày x 7 ngày
2. +Trẻ em từ 1 – 13 tuổi: Dùng dung dịch uống tùy theo trọng lượng cơ thể:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| <15kg | | : 30mg x 2 lần/ngày x 7 ngày |
| 16 – 23 kg | | : 45 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày |
| 24 – 40 kg | | : 60 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày |
| 40 kg | | : 75 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày |
| + Trẻ em dưới 12 tháng: | | |
| < 3 tháng | | : 12 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày |
| 3 | - 5 tháng | : 20 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày |
| 6 | – 11 tháng : 25 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày | |

- Zanamivir: dạng hít định liều. Sử dụng trong trường hợp không có Oseltamivir.

+ Người lớn và trẻ em trên 7 tuổi: 2 lần xịt 5 mg x 2 lần/ngày + Trẻ em 5-7 tuổi: 2 lần xịt 5mg x 1 lần/ngày

- Ribavirin: dạng khí dung: Điều trị *RSV*, *Adenovirus*

- Ganciclovir: điều trị virus CMV

+Liều tấn công: 10 mg/kg/ngày x 7 ngày chia 2 lần truyền tĩnh mạch

chậm.

* 1. +Liều duy trì: 5 mg/kg/ngày duy trì đến khi PCR CMV âm tính.

**5.Tiên lượng**

* 1. -Đa số các trường hợp viêm phổi do virus đều tự khỏi. Tuy nhiên 1 vài trường hợp viêm phổi do RSV có thể nặng ở những trẻ nhỏ dưới 6 tuần tuổi.
  2. -Một số bệnh nhân có thể ho dai dẳng sau khi đã lui bệnh, 1 số bội nhiễm khuẩn cần điều trị như viêm phổi vi khuẩn.

**6. Phòng bệnh**

-Phòng bệnh đặc hiệu: hiện có một số vacxin: cúm…

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015
2. Hướng dẫn chản đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Nhi trung Uương 2018
3. Phác đồ điều trị BV Nhi đồng 1 năm 2020

**VIÊM PHỔI DO VI KHUẨN Ở TRẺ EM**

**1.Đại cương**

Viêm phế quản phổi là tổn thương cấp diễn, lan toả cả phế nang, mô kẽ lẫn phế quản, thường do virus khởi đầu, sau đó bội nhiễm do vi khuẩn hoặc cả hai.

Thường vi khuẩn qua đường hô hấp, ngoài ra vi khuẩn qua đường máu, bạch huyết, không điều trị kịp thời dễ dẫn đến tử vong

**2.Nguyên nhân**

Thay đổi tuỳ theo lứa tuổi.

-Trẻ sơ sinh: liên cầu B, trực khuẩn Gram âm đường ruột, Listeria Monocytogent, Chlamydia Trachomatis

-Trẻ 2 tháng đến 5 tuổi: phế cầu, HI, M. Pneumonia, Tụ cầu…

-Trẻ trên 5 tuổi: Mycoplasma, Phế cầu, Tụ cầu

**3.Chẩn đoán**

***3.1.Lâm sàng***:

***a. Viêm phổi***

– Sốt

– Ho có đờm (màu vàng, màu xanh hay rỉ sắt)

– Nhịp thở nhanh so với lứa tuổi

|  |  |
| --- | --- |
| -Thở nhanh: < 2 tháng tuổi | ≥ 60 lần/phút |
| 2 - ≤ 12 tháng tuối | ≥ 50 lần/phút |
| 1-5 tuổi | ≥ 40 lần/phút |
| > 5 tuổi | ≥ 30 lần/phút |

– Rút lõm lồng ngực

– Phổi có ran ẩm nhỏ hạt rải rác hai phế trường

***b. Viêm phổi nặng***

Chẩn đoán viêm phổi nặng khi trẻ có dấu hiệu của viêm phổi kèm theo ít

nhấtmột trong các dấu hiệu sau:  
-Dấu hiệu toàn thân nặng.  
+ Bỏ bú hoặc không uống được.  
+ Rối loạn tri giác: lơ mơ hoặc hôn mê.  
+ Co giật.  
- Dấu hiệu suy hô hấp nặng.  
+ Thở rên.  
+ Rút lõm lồng ngực rất nặng.  
+ Tím tái hoặc SpO2 < 90%.  
- Trẻ dưới 2 tháng tuổi

***3.2.Cận lâm sàng***

***3.2.1. X quang tim phổi thẳng*** Đám mờ ranh giới không rõ lan toả hai phổi hoặc hình mờ hệ thống bên  
trong có hình ảnh phế quản chứa khí. Có thể thấy tổn thương đa dạng trong  
viêm phổi không điển hình.  
***3.2. 2.Công thức máu và CRP*** Bạch cầu máu ngoại vi, bạch cầu đa nhân trung tính, CRP máu thường  
tăng cao khi viêm phổi do vi khuẩn; bình thường nếu do virus hoặc do vi khuẩn  
không điển hình  
***3.2.3*** **Xét nghiệm tìm nguyên nhân gây bệnh** h.

Dịch hô hấp (dịch tỵ hầu, dịch nội khí quản, dịch rửa phế quản): soi tươi,  
nuôi cấy. Với vi khuẩn không điển hình, có thể chẩn đoán xác định nhờ PCR  
tìm nguyên nhân từ dịch hô hấp hoặc ELISA tìm kháng thể trong máu.  
***3.3. Chẩn đoán phân biệt***- Viêm phổi do vi rút.  
- Viêm tiểu phế quản.  
- Hen phế quản***.***

**4.Điều trị**

* ***4.1. Viêm phổi***- Điều trị ngoại trú.  
  - Hướng đẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà: cách cho trẻ uống thuốc, cách nuôi  
  dưỡng, cách làm thông thoáng mũi, theo dõi và phát hiện các dấu hiệu nặng để  
  đưa đến khám lại ngay.  
  - Điều trị kháng sinh.  
  + Trẻ ≤ 6 tháng: nếu nghi ngờ viêm phổi do vi khuẩn cần điều trị nội trú,  
  chú ý căn nguyên chlamydia trachomatis.  
  + Trẻ 6 tháng - 5 tuổi.  
  Uống một trong các kháng sinh sau:  
  - Amoxicillin 90-100mg/kg/24 giờ, chia 2- 3 lần (tối đa 4g/ngày).  
  - Amoxicillin – clavulanic 90mg/kg/24 giờ (tính theo liều Amoxicillin, tối  
  đa 4g/ngày), chia 2-3 lần x 5 ngày.  
  - Cefdinir 14mg/kg/ngày chia 2 lần (tối đa 600 mg/ngày).  
  - Nếu trẻ dị ứng với nhóm Beta – lactam hoặc nghi ngờ viêm phổi do vi  
  khuẩn không điển hình thì dùng nhóm Macrolide: Azithromycin: 10 mg/kg/ngày (tối đa 500 mg/ ngày) trong ngày đầu, sau đó 5 mg/kg/ngày trong 4 ngày sau (tối đa 250mg/ngày). Hoặc: Clarithromycin: 15 mg/kg/ngày chia 2 lần (tối đa 1g/ngày) x 10 ngày.Hoặc: Erythromycin: 40-50 mg/kg/ngày chia 4 lần (tối đa 2g/ngày) x 10 ngày.  
  + Trẻ trên 5 tuổi:  
  Viêm phổi do vi khuẩn không điển hình rất thường gặp: kháng sinh lựa  
  chọn ban đầu là nhóm Macrolid (liều như trên) hoặc Doxycyclin 4mg/kg/ngày  
  chia 2 lần.  
  Nếu viêm phổi do vi khuẩn điển hình: phác đồ như viêm phổi nhóm 6 tháng - 5 tuổi.  
  ***4.2. Viêm phổi nặng***Trẻ viêm phổi nặng được điều trị tại bệnh viện.  
  - Chống suy hô hấp: thông thoáng đường thở, thở oxy khi SpO2 < 90%.  
  - Điều trị triệu chứng  
  + Hạ sốt khi nhiệt độ ≥ 38.5ºC, dùng Paracetamol 10 – 15 mg/kg/lần cách  
  mỗi 6 giờ. Cho trẻ nằm trong phòng thoáng, lau người bằng nước ấm.  
  + Chống hạ nhiệt độ: khi thân nhiệt đo ở nách dưới 36 độ C, điều trị bằng  
  ủ ấm.  
  + Cung cấp đủ nước, điện giải và dinh dưỡng.  
  + Phòng lây chéo và nhiễm khuẩn bệnh viện.  
  - Điều trị kháng sinh.  
  + Kháng sinh lựa chọn ban đầu thuộc nhóm Penicilline A kết hợp một  
  thuốc thuộc nhóm Aminosid. Lựa chọn:  
  - Ampicillin 150 - 200mg/kg/24 giờ, chia 4 lần, tiêm tĩnh mạch chậm cách  
  mỗi 6 giờ (tối đa 12g/ngày). Hoặc:  
  - Amoxicillin-clavulanic 90mg/kg/24 giờ, chia 3 lần, tiêm tĩnh mạch chậm  
  hoặc tiêm bắp cách mỗi 8 giờ. Kết hợp với Gentamicin 7,5mg/kg hoặc Amikacin 15mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm 30 phút hoặc tiêm bắp một lần.  
  - Khi thất bại với các thuốc trên hoặc có thể dùng ngay từ đầu hoặc trẻ ≤ 6  
  tháng:  
  - Ceftriaxon 100 mg/kg/24h tiêm tĩnh mạch chậm 1-2 lần/ngày (tối đa  
  4g/ngày), hoặc:vCefotaxim 100 – 200 mg/kg/24 giờ, chia 2 - 3 lần tiêm tĩnh mạch chậm (tối đa 8g/ngày); Thời gian dùng kháng sinh ít nhất 5 ngày.  
  + Nếu có bằng chứng viêm phổi màng phổi do tụ cầu nhạy với  
  methicilline (cộng đồng), dùng Oxacillin hoặc Cloxacillin 200mg/kg/24 giờ, chia 4 lần, tiêm tĩnh mạch chậm. Kết hợp với Gentamycin 7,5mg/kg /24 giờ,  
  tiêm tĩnh mạch chậm.  
  - Chọc hút hoặc dẫn lưu mủ khi có tràn mủ màng phổi.  
  + Có bằng chứng của phế cầu, tụ cầu kháng methicillin hoặc trong cộng  
  đồng có tỷ lệ kháng cao chọn một trong các kháng sinh sau:  
  -Clindamycin: 30- 40 mg/kg/ ngày chia 3-4 lần (tối đa 1,8g/ngày). Hoặc:  
  -Vancomycin 40-60 mg/kg/ngày chia 3-4 lần x 10 ngày (tối đa 4g/ngày).  
  - Trường hợp trẻ dị ứng với Vancomycin có thể thay thế bằng Linezolid  
  30 mg/kg/ngày chia 3 lần cho trẻ < 12 tuổi, 20mg/kg/ngày cho trẻ ≥12 tuổi.  
  + Nếu có bằng chứng viêm phổi do vi khuẩn không điển hình: Uống Macrolide nếu trẻ không suy hấp.  
  +Nếu trẻ suy hô hấp, hoặc sau 48h dùng Macrolide trẻ còn sốt dùng  
  Levofloxacin tiêm tĩnh mạch chậm 16-20 mg/kg/24h với trẻ < 5 tuổi,  
  10mg/kg/ngày 1 liều duy nhất với trẻ ≥ 5 tuổi.  
  ***4.3. Viêm phổi bệnh viện***- Thường là vi khuẩn gram âm, có thể kết hợp Aminosid với một trong các  
  nhóm sau:  
  + Meropenem: 60 mg/kg chia 3 lần/ngày (tối đa 6g/ngày).  
  + Cefepim:150mg/kg/ngày chia 3 lần.  
  + Piperacillin- tazobactam: 300mg/kg/ngày chia 4 lần (tối đa 4g).  
  + Ceftazidim: 125-150 mg/kg/ngày chia 3 lần (tối đa 6g/ngày).  
  + Clindamycin: 30-40mg/kg/ngày chia 3-4 lần (cho bệnh nhân dị ứng với  
  nhóm beta lactam).  
  Kết hợp Meropenem + Amikacin được dùng điều trị cho nhiều ch ***5. 5* 5.Phòng bệnh**

-Phòng bệnh đặc hiệu: có một số vacxin phòng bệnh: HIB, phế cầu.

-Phòng bệnh không đặc hiệu chủ yếu dựa vào chăm sóc đủ dinh dưỡng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bv Nhi Trung Ương 2018

2.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em BV nhi đồng 2 2016

**VIÊM PHỔI KHÔNG ĐIỂN HÌNH Ở TRẺ EM**

**1.Đại cương**

Viêm phổi là tình trạng tổn thương viêm nhu mô phổi, có thể lan tỏa hai bên phổi hoặc tập trung ở một thùy phổi. Vi khuẩn không điển hình (VKKĐH) là một trong các nhóm căn nguyên gây viêm phổi ở trẻ em. Loại vi khuẩn này có cấu trúc không có vách tế bào, chỉ có một màng bào tương mỏng xung quanh, không bắt màu khi nhuộm gram. Kháng sinh thông thường tác động lên vách tế bào không có tác dụng trên nhóm vi khuẩn này

**2.Nguyên nhân**

Các loại VKKĐH gây viêm phổi ở trẻ em: - Mycoplasma pneumonia: gặp 7-20% các ca viêm phổi cộng đồng ở lứa tuổi 5-14. - Chlamydia pneumonia: chiếm 1-2 % các ca viêm phổi cộng đồng ở trẻ lớn, bệnh thường nhẹ. - Legionella pneumonia: ít gặp, chiếm 1% các ca viêm phổi cộng đồng, thường gặp trên trẻ có yếu tố nguy cơ như suy giảm miễn dịch, loạn sản phế quản phổi, hoặc dùng Corticoid kéo dài.

**3.Chẩn đoán**

***3.1. Lâm sàng***

- Triệu chứng cơ năng:

+ Khởi phát sốt nhẹ, âm ỉ, giai đoạn toàn phát có thể sốt cao, rét run, mệt mỏi. + Ho thường nổi bật, ho nhiều, ho khan thành cơn, sau ho có đờm.

+ Trẻ lớn có thể kèm đau ngực, đau cơ, ngứa họng, khàn tiếng.

+ Các triệu chứng khác: khò khè, khó thở thường gặp ở trẻ nhỏ

-Triệu chứng thực thể: nghe phổi có thể có rales ẩm, rales ngáy rít, hoặc không nghe thấy rales.

- Tổn thương ngoài phổi như: tổn thương màng phổi, phát ban ngoài da, rối loạn tiêu hóa, tổn thương tim mạch, thần kinh, viêm đa khớp v.v... có thể là dấu hiệu gợi ý viêm phổi do VKKĐH.

***3.2. Cận lâm sàng***

- Xquang: hình ảnh đa dạng, có thể gặp tổn thương lan tỏa, hình lưới, kẽ; mờ không đều lan tỏa; hoặc đám mờ tập trung; tràn dịch màng phổi ít gặp.

- Các xét nghiệm chẩn đoán căn nguyên:

+ PCR, realtime PCR: độ nhạy và độ đặc hiệu cao

+Xét nghiệm vi sinh có giá trị xác định căn nguyên vi khuẩn

* Kháng thể IgM thường tăng trong máu ngày thứ 7 đến ngày thứ 9 sau nhiễm trùng duy trì trong máu trong 3 -4 tuần ( Có thể nhầm với nhiễm khuẫn hô hấp trên, đối với trẻ suy giảm miễn dịch IgM có thể không tăng)
* Test bổ thể cố định : cho kết quả IgM và IgG sớm hơn, có độ nhạy cao
* Tìm kháng nguyên thông qua phản ứng miễn dịch kháng nguyên - kháng thể cho kết quả sau 7 ngày kể từ thời điểm khởi phát

+Phương pháp nuôi cấy vi khuẩn trực tiếp: cho kết quả muộn sau 2-3 tuần, do đó thường ít được chỉ định.

Các xét nghiệm khác:

- Xét nghiệm huyết học: số lượng bạch cầu không tăng hoặc tăng nhẹ, CRP thường tăng.

- Các xét nghiệm sinh hóa ít có biến đổi, khi có suy thở nặng, đo khí máu sẽ thấy pH có thể giảm, paCO2 tăng, paO2 giảm, SaO2 giảm.

***3.3. Chẩn đoán xác định***

- Chẩn đoán xác định viêm phổi theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế: ho, sốt, kèm theo thở nhanh theo lứa tuổi.

- Yếu tố dịch tễ: theo mùa, vùng dịch, lứa tuổi (3- 15 tuổi); biểu hiện lâm sang: diễn biến âm ỉ sau tăng dần, ho khan theo cơn, Xquang tổn thương kẽ hoặc đám mờ tập trung có giá trị gợi ý.

- Chẩn đoán xác định căn nguyên VKKĐH: tìm được bằng chứng đoạn AND của vi khuẩn (PCR)

***4. Phân loại:***

***4.1. Viêm phổi nặng do vi khuẩn không điển hình***

Chưa có thang điểm phân loại rõ mức độ viêm phổi do VKKĐH. Dựa vào thang điểm chẩn đoán viêm phổi nặng của hiệp hội truyền nhiễm Hoa Kỳ, chẩn đoán khi:

- Có 1 tiêu chuẩn chính trở lện:

+ Cần thông khí nhân tạo.

+ Sốc nhiễm khuẩn

- Hoặc có 2 trong các dấu hiệu sau:

+ Rút lõm lồng ngực

+ Thở nhanh

+ Ngừng thở

+ Rối loan ý thức

+ Hạ huyết áp

+ Tràn dịch màng phổi

+ Sp02 < 90% thở khí trời

+ Tỷ lệ Pa02/Fi02 < 250

+ Thâm nhiễm nhiều thuỳ phổi

***4.2. Viêm phổi do VKKĐH: không có dấu hiệu bệnh viêm phổi nặng***

**5. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm phổi do vi khuẩn điển hình.

- Viêm phổi do virus.

* 1. .

**6. Điều trị**

**6.1. Nguyên tắc điều trị**

- Chống suy hô hấp.

- Cung cấp đủ nước và điện giải.

- Điều trị hỗ trợ: Hạ sốt, cung cấp đủ dinh dưỡng, calo theo nhu cầu

- Điều trị nhiễm trùng bằng kháng sinh.

**6.2. Điều trị kháng sinh**

**-** Lựa chọn đầu tiên là kháng sinh nhóm Macrolide đường uống hoặc tĩnh mạch, lựa chọn một trong các kháng sinh sau:

+ Erythromycin: 30-50 mg/kg/ngày x 10 ngày- 14 ngày.

+ Azithromycin: 10 mg/kg/ ngày đầu, sau đó 5 mg/kg/ ngày x 4 ngày sau

+ Clarithromycin: 15 mg/kg/ngày chia 2 lần x 10-14 ngày

- Lựa chọn thay thế cho trẻ trên 8 tuổi: nhóm Tetracycline:

+ Tetracycline: 20-30 mg/kg/ngày chia 2 lần x 7- 10 ngày

+ Hoặc Doxycycline: 2-4 mg/kg/ngày chia 2 lần x 7- 10 ngày

- Bệnh nhân viêm phổi nặng do VKKĐH hoặc viêm phổi do VKKĐH thất bại với nhóm Macrolide (bệnh nhân không hết sốt sau 48h,và/ hoặc suy hô hấp nặng

+ Chuyển kháng sinh sang nhóm Quinolone với trẻ lớn: 20 mg/kg/ngày chia 2 lần ở trẻ < 5 tuổi; 10 mg/kgx 1 lần/ ngày ở trẻ trên 5 tuổi

+ Corticoid trong trường hợp có tổn thương ngoài phổi (xét nghiệm gợi ý LDH> 410 IU/ml, IL- 18 > 1000 pcg/ml): Methylprednisolon: 10 mg/kg/24 h TMC x 3 ngày

+ Gammaglobulin + Lọc máu, Ecmo, và/ hoặc tổn thương phổi nặng)

**7. Phòng bệnh**

* 1. 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1.Cập nhật hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bv Nhi Trung Ương 2020

2.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

**KHÓ THỞ THANH QUẢN Ở TRẺ EM**

**1.Đại cương**

Khó thở thanh quản là một hội chứng rất hay gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên. Là một trong những cấp cứu hô hấp cần được điều trị ngay.

Ở trẻ nhỏ khi gặp chứng khó thở thanh quản nguy cơ tử vong rất cao do không cung cấp được oxy cho cơ thể. Khó thở thanh quản được coi như một cấp cứu hô hấp ở trẻ em. Vì vậy đòi hỏi [bác sĩ](https://bookingcare.vn/tai-mui-hong-s4) phải chẩn đoán nhanh, chính xác và kịp thời xử trí.

Lứa tuổi hay gặp 6 – 36 tháng

**2.Nguyên nhân**

***2.1.Khó thở thanh quản cấp tính:***

-Dị vật đường thở: thường có hội chứng xâm nhập

* 1. -Viêm thanh quản cấp: nguyên nhân có thể là do vi khuẩn (H.influenzae, Streptococcus.Pneumonial, Staphylococcus.Aureus) hoặc virus (hay gặp nhất là virus Cúm, sau đó là virus nhóm Myxovirus).
  2. -Tétanie: thường ở trẻ còi xương có biểu hiện co thắt thanh quản cấp tính.
  3. -Bạch hầu thanh quản: có thể khởi phát từ từ nhưng khi có giả mạc gây tắc thì khó thở dữ dội. Phát hiện dựa vào khám họng, soi thanh quản, cấy tìm vi khuẩn bạch cầu.
  4. -Viêm thanh quản do sởi: có biểu hiện viêm long đường hô hấp, mọc ban sởi và dựa vào dịch tễ học.
  5. -Abcès sau họng: biểu hiện nhiễm trùng nặng và không nuốt được.

***2.2.Khó thở thanh quản mạn tính:***

* 1. -Thở rít thanh quản bẩm sinh do mềm sụn thanh quản, dị dạng sụn thanh

quản.

* 1. -Hẹp thanh quản mạn tính: do hậu quả của chấn thương hoặc hẹp do u máu, dị dạng bẩm sinh.
  2. -U nhú thanh quản: là loại u nhú, lành tính ở thanh quản, u phát triển nhanh, tái phát gây khó thở thanh quản từ từ. Chẩn đoán nhờ soi thanh quản.

**2.Chẩn đoán:**

***2.1. Chẩn đoán xác định***

-Chủ yếu dựa vào lâm sàng để chẩn đoán khó thở thanh quản. Có 3 triệu chứng cơ bản, cổ điển là:

* 1. +Khó thở thì hít vào, khó thở chậm.
  2. +Có tiếng rít thanh quản (Cornage)
  3. +Co kéo cơ hô hấp nhất là lõm ức và rút lõm lồng ngực.

Có 4 triệu chứng phụ hay gặp:

* 1. +Khàn tiếng hay mất tiếng (khi nói, ho, khóc).
  2. +Đầu gật gù khi thở, thường ngửa đầu ra sau trong thì hít vào.
  3. +Quan sát thấy sụn thanh quản nhô lên khi hít vào.
  4. +Nhăn mặt và nở cánh mũi.

***2.2. Chẩn đoán mức độ khó thở thanh quản***

Đánh giá mức độ khó thở thanh quản rất quan trọng. Điều này giúp cho tiên lượng và có thái độ xử trí kịp thời. Có 3 mức độ khó thở thanh quản theo 3 mức nặng nhẹ.

**Độ 1**:

1. -Khàn và rè tiếng khi khóc, nói.
2. -Tiếng ho còn trong hay hơi rè.
3. -Biểu hiện khó thở vào chưa điển hình, tiếng rít thanh quản nhẹ
4. -Hoặc chưa rõ co kéo cơ hô hấp phụ ít.
5. -Tình trạng toàn thân chưa ảnh hưởng.

**Độ 2:**

1. -Mất tiếng, nói không rõ từ
2. -Tiếng ho ông ổng như chó sủa
3. -Triệu chứng khó thở thanh quản điển hình tiếng rít thanh quản rõ
4. -Co kéo cơ hô hấp mạnh
5. -Trẻ kích thích, vật vã, hốt hoảng, lo sợ.

**Độ 3:**

* 1. -Mất tiếng hoàn toàn, khóc hoặc nói không thành tiếng, phào phào.
  2. -Không ho thành tiếng hoặc không ho được.
  3. -Triệu chứng khó thở dữ dội, có biểu hiện của tình trạng thiếu ôxy nặng. Trẻ có thể tím tái, rối loạn nhịp thở.
  4. -Tình trạng toàn thân bị ảnh hưởng rõ thần kinh (hôn mê, lờ đờ hay vật vã), tim mạch, da tái vã mồ hôi v.v...

1. Chẩn đoán nguyên nhân khó thở thanh quản

**3.Điều trị**

* 1. -Mức độ khó thở thanh quản.
  2. -Có sốt hay không sốt.
  3. -Đánh giá lại sau 10-15 phút điều trị
  4. -Điều trị nguyên nhân

-Cụ thể: theo mức độ khó thở thanh quản.

1. +Khó thở thanh quản độ 1: Điều trị ngoại trú, Dexamethason 0,15mg/ kg/ liều duy nhất hoặc Prednisone 2mg/kg trong 2-3 ngày, cần tái khám mỗi ngày.
2. +Khó thở thanh quản độ 2: nhập viện, Dexamethason 0,6mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch một lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần; hoặc cho uống với liều như trên, hoặc khí dung Budenoside 1-2 mg/liều duy nhất nếu có chống chỉ định dùng Corticoide toàn thân ví dụ như đang bị thủy đậu, lao, xuất huyết tiêu hóa, loét dạ dày, nôn ói nhiều. Sau 2 giờ nếu không cải thiện xem xét khí dung Adrenalin, kháng sinh nếu chưa loại nguyên nhân nhiễm khuẩn.
3. +Khó thở thanh quản độ 3: nằm cấp cứu, thở ôxy đảm bảo SpO2 > 95%, khí dung Adrenalin 1/1000 2-5ml hoặc 0,4-0,5ml/kg (tối đa 5ml), có thể lặp lại liều 2 sau 30 phút nếu còn khó thở nhiều và sau đó 1-2 giờ nếu cần, tối đa 3 liều; Dexamethason 0,6 mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần; kháng sinh Cefotaxim hay Ceftriaxone trong 3-5 ngày.
4. +Chỉ định đặt nội khí quản khi thất bại với Adrenalin và Dexamethason, vẫn còn tím tái, lơ mơ kiệt sức, cơn ngừng thở.
5. +Không khuyến cáo mở khí quản.

**4. Phòng bệnh**

- Tiêm phòng Sởi, Bạch hầu đầy đủ

- Tránh cho trẻ ăn hoặc nuốt các loại thực phẩm có nguy cơ trở thành dị vật đường thở

-Giữ ấm cơ thể

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn hẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bv Nhi Trung Ương 2018

2.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

3.Phác đồ điều trị BV Nhi đồng 1 năm 2016

**VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP Ở TRẺ EM**

**1.Đại cương**

Viêm tiểu phế quản (Bronchiolitis) là một nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới được đặc trưng bởi tổn thương viêm cấp ở các tiểu phế quản, các đường dẫn khí có đường kính nhỏ hơn 2mm

**2. Nguyên nhân**

***2.1.Tác nhân gây bệnh***

- RSV (Respiratory Syncytial virus) chiếm 45-90%.  
- HMPV (Human metapneumovirus) chiếm 8% trong VTPQ ±đơn độc  
hoặc kèm RSV.  
- Rhinovirus, Adenovirus, Parainfluenza virus, Enterovirus, Influenzavirus.- Chlamydia gây VTPQ ở trẻ < 3 tháng.  
- Hiếm: M. pneumoniae, Haemophilus influenzae, Bordetella pertussis

***2.2.Yếu tố nguy cơ***

- Trẻ đẻ non, cân nặng khi sinh thấp.  
- Trẻ < 3 tháng.  
- Bệnh tim bẩm sinh, có tăng áp lực động mạch phổi.  
- Bệnh phổi mạn tính: loạn sản phế quản phổi.  
- Suy giảm miễn dịch

- Suy dinh dưỡng, còi xương

**3.Chẩn đoán**

***3.1. Lâm sàng****:* thay đổi tuỳ theo mức độ nặng nhẹ.  
- Giai đoạn khởi phát.  
+ Viêm đường hô hấp trên: chảy mũi và ho. Điển hình: chảy nước mũi  
trong và ho.  
+ Sốt thường là sốt nhẹ, đôi khi sốt rất cao, đến 40 độ C. Có trẻ không sốt.  
- Giai đoạn toàn phát: trẻ thường được đưa đến viện trong tình trạng:  
+ Tinh thần: ngủ không yên giấc, hoặc kích thích, nhưng không có các  
triệu chứng toàn thân hoặc li bì.  
+ Khò khè lan toả.  
+ Tắc nghẹt mũi, phập phồng cánh mũi.  
+ Không bú được hoặc bú kém, nôn sau ho.  
- Khám phổi.  
+ Trẻ thở nhanh nông, thì thở ra kéo dài.  
+ Rales rít, rales ngáy khắp hai trường phổi, giảm thông khí, thậm chí mất  
thông khí phổi.  
+ Suy hô hấp với các dấu hiệu: da tái, vã mồ hôi, nhịp thở nhanh, rút lõm  
lồng ngực, co kéo các cơ hô hấp phụ, tím quanh môi và đầu chi.  
+ Ngừng thở gặp 2-7%, hay gặp ở trẻ sơ sinh, hoặc trẻ sinh non, và thường  
xuất hiện trong 3 ngày đầu tiên

***3.1.2 Tiêu chuẩn cận lâm sàng***

- X quang: dày quanh phế quản/viêm phổi kẽ,ứ khí, thâm nhiễm phổi: do  
viêm /xẹp khu trú, đông đặc phân thùy, xẹp thùy trên phải, xẹp thùy dưới hai  
bên & trên trái, có thể gặp hình ảnh xquang bình thường (10%).  
- Bạch cầu và công thức bình thường hoặ c tăng nhẹ.  
- Tăng BC, tăng CRP, tăng má u lắ ng khi nhiễm RSV và viêm phổi thùy.

***3.2. Chẩn đoán phân biệt***

-Hen phế quản: rất khó phân biệt với những cơn hen đầu tiên

-Viêm phổi do vi khuẩn hoặc virus

-Mềm sụn thanh khí quản

-Chèn ép khí phế quản từ ngoài vào (mạch máu, u)

-Tắc nghẽn đường hô hấp ở trong: u, u mạch máu, hẹp khí quản

-Dị vật đường thở

-Trào ngược dạ dày thực quản

-Khó thở thứ phát sau nhiễm virus.

**4. Biến chứng**

***4.1. Biến chứng gần***

* 1. -Suy thở cấp
  2. -Tràn khí màng phổi

-Viêm phổi - trung thất

* 1. -Xẹp phổi
  2. -Tử vong

***4.2. Biến chứng xa***

* 1. -Rối loạn chức năng hô hấp
  2. -Xuất hiện từng cơn khó thở ra tái phát
  3. -Viêm tiểu phế quản lan tỏa

**5.Điều tr****ị**

***5.1 Nguyên tắc:***- Hỗ trợ.  
- Phát hiện và điều trị biến chứng.  
- Đặc hiệu.  
**5.2. Tiêu chuẩn nhập viện**- Dấu hiệu nhiễm độc, bú kém, li bì, mất nước.  
- Suy hô hấp mức độ trung bình và nặng, khi có 1 trong các dấu hiệu: thở  
nhanh, phập phồng cánh mũi, co rút lồng ngực, gắng sức cơ hô hấp phụ, nhịp  
thở >70 lần/phút, tím tái.  
- Có cơn ngừng thở.  
- SpO2 <95%.  
- Bố mẹ bệnh nhân không thể điều trị tại nhà.  
- Các trẻ có yếu tố nguy cơ.  
**5.3. Điề u trị cụ thể**- Điều trị tại nhà:  
+ Ăn uống đầy đủ, uống nhiều nước.  
+ Thông thoáng đường thở.  
+ Hướng dẫn bố mẹ phát hiện dấu hiệu nặng (khó thở tăng lên: thở rên,  
phập phồng cánh mũi, co kéo lồng ngực đáng kể, ăn dưới 3/4 bình thường hoặc  
đái rất ít (bỉm không ướt sau 12h), mệt lả).  
- Điều trị tại bệnh viện:  
+ Hỗ trợ hô hấp: thông thoáng đường thở, hầu hết trẻ cần hút mũi, thở oxy  
duy trì SpO2 > 93%, một số trường hợp cần thở oxy lưu lượng cao (humidified  
high-flow nasal cannula HFNC) hoặc CPAP trước khi thở máy xâm nhập.  
+ Ăn qua sonde hoặc truyền dịch giúp đủ nhu cầu và lượng dịch mất đi do  
thở nhanh hoặc sốt.  
+ Có thể khí dung bằng nước muối ưu trương 3%: cải thiện triệu chứng  
bệnh và giảm thời gian nằm viện sau hơn 72 giờ

+ Cân nhắc khí dung Ventolin (Salbutamol) 0.15 mg/kg/lần (liều đầu tiên  
và theo dõi đáp ứng của bệnh nhân, Tối thiểu 1,5 mg tối đa 5 mg/lần)

+ Lưu ý Trường hợp BN khó thơ, tím tái, co rút lồng ngực, thở nhanh từ 70 lần/phút, Spo2 dưới 92% phải khí dung Salbutamol dưới nguồn Oxygen 6l/phút)  
+ Steroid không được khuyế n cáo sử dụng trong tất cả các trường hơp  
viêm tiểu phế quản trừ khi nghi ngờ Hen hoặc có suy hô hấp:

- Prednisolon 1 -2 mg/kg/ngày nếu BN còn uống được

- Methyprednison 2 mg/kg/ngày trường hợp nặng   
+ Lý liệu pháp hô hấp được khuyến cáo trong các trường hợp trẻ khó khăn  
tống dịch ra ngoài: bệnh lý thần kinh cơ, xơ nang phổi, biến chứng xẹp phổi.  
+ Kháng sinh: chỉ định trong trường hợp đồng nhiễm, bội nhiễm vi khuẩn  
hoặc lứa tuổi nhỏ dưới 3 tháng, những trẻ có yếu tố nguy cơ.  
- Điều trị đặc hiệ u: Ribavirin khí dung cho cá c trườ ng hợ p nhiễ m RSV có  
yếu tố nguy cơ cao (tim bẩm sinh, suy giảm miễn dịch, tuổi dưới 6 tuần tuổi) bị  
bệnh nặng đe dọa tính mạng

-Kháng sinh khi có bội nhiễm

**Dự phòng**

- Rửa tay thường xuyên có thể làm giảm nguy cơ mắc bệnh.  
- Cách ly trẻ khi dịch cúm hoặc ho.  
- Thụ động: chỉ định cho trẻ suy giảm miễn dịch, loạn sản phế quản phổi,  
đẻ non, tim bẩm sinh.  
+ RSV-IVIG: 750mg/kg/tháng IV.  
+ Palivizumab: 15mg/kg/tháng IM (Synagis), là kháng thể đơn dòng đầu  
tiên để chống lại RSV

Cơ chế hoạt động: là kháng thể tạo ra dưới dạng protein bám dính vào  
RSV và làm bất hoạt hoạt động của virus.  
- Chủ động:  
+ Vaccin bất họat bằng formol thất bại 60s  
+ Hiện chưa có vaccin hiệu quả phòng RSV

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn hẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bv Nhi Trung Ương 2018

2.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

3.Phác đồ điều trị BV Nhi đồng 1 năm 2020

**DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ**

**1. Đại cương**

* 1. Trẻ càng nhỏ, sự phân chia của cây phế quản càng ít, lòng phế quản càng dễ hẹp và co thắt biến dạng. Thành phế quản mềm, khẩu kính không phải hình trụ tròn mà đường kính trước sau nhỏ hơn đường kính ngang. Bề mặt phế quản trẻ em trơn nhẵn, ít có sự cản trở, nên dị vật dễ rơi sâu vào phế quản thùy hay phế quản phân thùy. 80% dị vật là các vật dụng nhỏ, đồ chơi và thức ăn. 60% dị vật có bản chất thực vật.

**2.Chẩn đoán**

***2.1.Lâm sàng***

***2.1.1.Hội chứng xâm nhập***

-Ngay sau khi dị vật tiếp xúc vào nắp thanh môn, phản xạ tức thời làm

đóng thanh môn, hai dây thanh khép lại. Áp lực trong buồng thanh quản, hệ thống phế quản sẽ tăng đột ngột và phản xạ ho sặc sụa nhằm tống dị vật ra ngoài khi mở đột ngột thanh môn.

***2.1.2. Triệu chứng định khu***

* 1. -Nếu dị vật ở thanh quản:

1. Triệu chứng khó thở thanh quản ở các mức độ khác nhau: Khó thở 2 thì, thở chậm, có tiếng rít, có khan tiếng, tiếng ho ông ổng. Nếu dị vật gây phù nề ở hạ thanh môn dễ gây khó thở cấp diễn.
2. -Nếu dị vật ở khí quản:
3. +Nếu dị vật to, sắc cạnh gây mắc cố định tại khí quản: Gây khó thở kiểu khó thở thanh quản hay khó thở như hen.
4. +Nếu dị vật di động trong khí quản: Có hội chứng xâm nhập và có cơn ho rũ, tím tái, đồng thời có những cơn khó thở kiểu thanh quản dữ dội do dị vật di động lên hạ thanh môn.

- Rì rào phế nang giảm một bên

- Điều trị không đỡ

- Xquang xẹp phổi, khí phế thũng, giãn phế quản

+ Đặc biệt là tiếng lật phật: Tiếng bật xuất hiện không thường xuyên, xuất hiện sau kích thích gây ho, sau thay đổi tư thế, sau vỗ. Nếu có dấu hiệu này thì khẳng định có dị vật và di động.

- Nếu dị vật ở phế quản:

+Có những cơn ho vì dị vật tròn nhẵn, dễ di động gây kích thích. Dị vật thường gây tiếng rít ở một bên phổi. Có thể thay đổi tiếng rít khi thay đổi tư thế hay sau cơn ho, cơn kích thích.

+Ít có cơn khó thở cấp diễn như dị vật khí quản, thanh quản.

-Nếu dị vật bỏ quên lâu: Có thể ho ra máu. Nếu dị vật trên 1 tuần, có tổ chức viêm sùi quanh dị vật.

***2.2.Cận lâm sàng: Hình ảnh X-quang***

-Trường hợp dị vật mới, Xquang phổi ít có giá trị trong chẩn đoán, hầu như không có dấu hiệu, trừ dị vật cản quang.

-Những ngày sau khi có dị vật: Xquang phổi có hình ảnh viêm phế quản, xẹp phổi, ứ khí.

* 1. +Xẹp phổi thường do nguyên nhân phù nề dưới dị vật
  2. +Ứ khí do nguyên nhân phù nề phía trên dị vật
  3. +Áp xe phổi do dị vật bỏ quên
  4. +Giãn phế quản thường do dị vật để quá lâu.

**3. Các thể lâm sáng**

***3.1. Dị vật bỏ quên***

Do không khai thác được hội chứng xâm nhập:

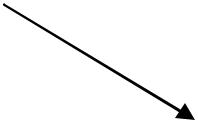
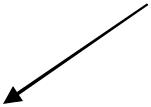
Trẻ đang khỏe mạnh

Tự nhiên xuất hiện cơn ho

- Khó thở đột ngột

- Cơn khó thở

- Cơn ho kéo dài



**Chỉ định soi phế quản**

(Nhằm mục đích chẩn đoán)

Nếu có dị vật bỏ quên ở thanh quản, thường được chẩn đoán nhờ khi có xuất hiện cơn khó thở thanh quản.

***3.2.Dị vật sống đường thở:***

* 1. -Đi đến hoặc sống ở miền núi
  2. -Ho ra máu thường xuyên
  3. -Khó thở từng cơn
  4. -Khàn tiếng từng lúc

**4. Biến chứng**

* 1. -Viêm phế quản
  2. -Áp xe phổi
  3. -Viêm màng phổi mủ, tràn khí trung thất, tràn khí dưới da (thường do dị vật cứng gây rách phế quản, khí quản hay do vỡ phế nang do ho nhiều gây tăng áp lực đột ngột).
  4. -Giãn phế quản
  5. -Sẹo hẹp khí phế quản

**5. Điều trị**

Chia ra hai giai đoạn

***5.1. Giai đoạn cấp cứu ban đầu***

-Áp dụng ngay kỹ thuật Heimlich: Đứng, nằm ấn vào thượng vị tạo áp lực tăng đột ngột, dồn nén hơi trong phổi đẩy bật ra.

-Hoặc dùng ngay kim 13 chọc qua màng giáp nhẫn để mở thông tắt đường thở dưới dị vật.

***5.2. Giai đoạn cấp cứu chuyên khoa***

* 1. -Soi thanh khí phế quản + tiền mê + tê tại chỗ
  2. -Soi thanh khí phế quản + mê nội khí quản + giãn cơ + thở máy

1. \*Nếu dị vật thanh quản:
2. -Không mở khí quản:

+ Dùng Mac Intosh

+ Dùng ống Chevalier - Jackson soi:

Lấy pince gắp dị vật luôn ở tư thế nằm ngang đối với dị vật mảnh dẹt mở pince theo kiểu trước sau đối với dị vật tròn.

- Mở khí quản:

Trước khi gắp, nên bịt ống canuyl để thanh môn mở ra, nhìn thấy dị vật rồi luồn pince vào gắp. Nếu không gắp được dị vật, phải dùng ống soi phế quản lách qua thanh môn để lấy dị vật.

\*Nếu dị vật phế quản:

1. -Dị vật khí phế quản còn sớm: Khi không gây mê, soi thực quản rồi gắp qua thanh môn vì dị vật thường còn di động.
2. -Dị vật khí phế quản muộn hoặc cố định:

+Bước 1: Tìm dị vật

+ Bước 2: Lấy dị vật

Đối với dị vật khí phế quản có mở khí quản, phải soi từ thanh quản xuống phế quản.

**6. Tiên lượng**

* 1. Nếu chẩn đoán sớm và can thiệp đúng kỹ thuật, tiên lượng tốt hơn

**7. Phòng bệnh**

-Tuyên truyền để nhiều người được biết rõ những nguy hiểm của dị vật đường thở.

-Không nên để cho trẻ em đưa các vật và đồ chơi vào mồm ngậm mút.

-Không nên để cho trẻ ăn thức ăn dễ hóc như: hạt na, lạc, quất, hồng bì, hạt dưa, hạt bí...

-Nếu thấy trẻ đang ngậm hoặc ăn những thứ dễ gây nên hóc, không nên hoảng hốt, la hét, mắng trẻ vì làm như vậy trẻ sợ hãi, dễ bị hóc.

-Nếu bị hóc hoặc nghi bị hóc vào đường thở, cần đưa đi bệnh viện ngay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn hẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bv Nhi Trung Ương 2018

2.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

3.Phác đồ điều trị BV Nhi đồng 2 năm 2016

**VIÊM MỦ MÀNG PHỔI**

**1.Đại cương**

Viêm mủ màng phổi (VMMP) là hiện tượng viêm và ứ mủ trong khoang màng phổi. Đây có thể là dịch mủ thật sự, nhưng cũng có khi là chất dịch đục hoặc màu nâu nhạt nhưng bao giờ cũng chứa xác bạch cầu đa nhân, thành phần cơ bản của mủ

**2.Nguyên nhân**

Nguyên nhân của VMMP: Vi khuẩn thường gặp hiện nay là: Tụ cầu vàng, Liên cầu, Phế cầu, các vi khuẩn Gram âm như P .Pneumoniae, K. Pneumoniae, E. coli..

**3.Chẩn đoán**

***3.1.Lâm sàng***

Bệnh nhân được chẩn đoán VMMP khi có các dấu hiệu sau:

-Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc: sốt cao, đau đầu, mất ngủ, kém ăn,

gày sút.

1. -Ho, đau ngực, khó thở (do chèn ép phổi)
2. -Hội chứng 3 giảm ở phổi (ở trẻ nhỏ: rì rào phế nang giảm + gõ đục)
3. -Chọc dò màng phổi có mủ, đôi khi có màu đục, vàng, xanh, mầu nâu.

***3.2. Xét nghiệm***

**-** Xét nghiệm máu ngoại biên:

* 1. + Số lượng bạch cầu tăng, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng.
  2. + CRP tăng.
  3. + Lactat tăng.
  4. - Chụp xquang phổi (thẳng, nghiêng): có hình ảnh tràn dịch màng phổi.
  5. + Hình ảnh góc sườn hoành tù -> mờ hoàn toàn một bên phổi, trung thất bị
  6. đẩy về bên đối diện.
  7. + Mờ đồng nhất hay không đều, mờ nhiều hay ít phụ thuộc vào mức độ
  8. tràn dịch.
  9. + Hoặc có hình ảnh vách hoá khoang màng phổi
  10. - Siêu âm khoang màng phổi:
  11. + Hình ảnh tràn dịch hay vách hoá tạo thành ổ cặn (giai đoạn muộn).
  12. - Xét nghiệm dịch màng phổi:
  13. + Màu sắc dịch màng phổi: trong -> đục có mủ.
  14. + Tế bào: số lượng bạch cầu >10.000/mcl, chủ yếu là bạch cầu đa nhân
  15. trung tính.
  16. + Sinh hóa: có ý nghĩa tiên lượng xuất hiện mủ trong khoang màng phổi:
  17. pH<7,2, glu <40mg%, LDH >1000ui/l.

+ Vi sinh (nhuộm Gram, nuôi cấy tìm vi khuẩn, làm kháng sinh đồ).-Cấy máu.

***3.3. Chẩn đoán xác định***

- Hội chứng nhiễm trùng: sốt, ho, khó thở, đau ngực .v.v

- Hội chứng 3 giảm: rì rào phế nang giảm, rung thanh giảm, gõ đục.

- Xquang phổi có hình ảnh tràn dịch (hoặc ổ cặn màng phổi).

- Chọc hút màng phổi: cho chẩn đoán xác định đồng thời để xác định vi

khuẩn trong mủ và làm kháng sinh đồ.

**4. Điều trị**

***4.1. Nguyên tắc***

1. -Dùng kháng sinh liều cao, phối hợp, dùng kháng sinh theo KSĐ
2. -Làm sạch khoang màng phổi

-Điều trị hỗ trợ

-Điều trị triệu chứng

***4.2. Điều trị kháng sinh:***

1. \*Với nhóm vi khuẩn Gram (+): Tụ cầu, phế cầu .v.v.

-Kết hợp nhóm Beta-lactam và Aminosid:

Cloxacillin (200 mg/kg/24h/TM) + Amikacin (15mg/kg/24h/TB) Hoặc: Oxacillin (200mg/kg/24h/TM) + Amikacin (15mg/kg/24h/TB)

-Bệnh nhân trong bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết: Vancomycin 40-60mg / kg /

24h.

TM chậm + Amikacin (15mg/kg/24h/TB).

1. \*Với nhóm vi khuẩn Gram (-):
   1. Ceftazidim (100-150mg/kg/24h/TM) + Amikacin (15mg/kg/24h/TB)
   2. Hoặc Cefoperazone (100-150mg/kg/24h/TM) + Amikacin (15mg/kg/24h /TB).-

Vi khuẩn không điển hình: Macrolid, cân nhắc Quinolon.

* 1. Nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí: kết hợp thêm Metronidazol/Clindamycin.
  2. Chuyển kháng sinh đường uống khi lâm sàng cải thiện: (hết sốt, bạch cầu
  3. giảm, CRP giảm).

Thời gian điều trị kháng sinh 2-6 tuần.

1. Hoặc điều trị theo kết quả kháng sinh đồ nếu có

***4.3. Các biện pháp làm sạch mủ trong khoang màng phổi:***

***4.3.1. Chọc hút màng phổi:***

Áp dụng với tất cả các bệnh nhân để chẩn đoán nguyên nhân và hỗ trợ

điều trị. Lấy dịch màng phổi để làm xét nghiệm sinh hoá, tế bào, soi tươi, nuôi cấy. Chọc tháo mủ làm giảm khó thở khi lượng dịch màng phổi nhiều gây chèn ép.

***4.3.2. Mở màng phổi dẫn lưu kín:***

* 1. -Xquang có dịch >3 khoang liên sườn
  2. -Có hiện tượng vách hoá nhưng lượng dịch nhiều, mở khoang màng phổi dẫn lưu trong khi chờ phẫu thuật.
  3. -Thời gian dẫn lưu trung bình 5-7 ngày, rút ống dẫn lưu khi lượng dịch hút < 30ml/ ngày

***4.3.3. Phẫu thuật bóc tách màng phổi và các ổ cặn mủ khi:***

* 1. -Điều trị bằng kháng sinh và dẫn lưu sau 7ngày không có kết quả
  2. -Tình trạng toàn thân xấu đi
  3. -Suy hô hấp dai dẳng

1. -Có hình ảnh ổ cặn mủ trên phim Xquang và siêu âm
2. -Có hiện tượng rò khí – phế mạc (chỉ định mổ cấp cứu)

Mổ bóc tách màng phổi và ổ cặn mủ sớm giúp giảm thời gian điều trị và hạn chế tối đa biến chứng của bệnh.

***4.4. Điều trị hỗ trợ, điều trị triệu chứng:***

* 1. -Liệu pháp oxy (khi cần)
  2. -Liệu pháp bù dịch, thăng bằng toan kiềm.
  3. -Kiểm soát albumin máu.
  4. -Đảm bảo về dinh dưỡng, năng lượng, nâng cao thể trạng: cho bệnh nhân ăn uống tốt, truyền đạm, truyền máu, các loại sinh tố..
  5. -Tập thở để phục hồi khả năng đàn hồi của nhu mô phổi và làm phổi nở

**5. TIẾN TRIỂN, BIẾN CHỨNG VÀ THEO DÕI**

***5.1. Tiến triển***

- Nếu được điều trị đúng và tích cực ngay từ giai đoạn cấp tính thì có thể

khỏi sau 2-4 tuần.

- Nếu điều trị không tốt hoặc không được điều trị thì mủ màng phổi sẽ trở

thành mãn tính và dẫn tới các biến chứng nặng.

***5.2. Biến chứng***

- Các biến chứng tại chỗ: vỡ gây rò mủ qua thành ngực, rò màng phổi-phế

quản, có trường hợp rò màng phổi-thực quản hoặc vỡ ổ mủ màng phổi qua cơ

hoành vào ổ bụng.

- Các biến chứng toàn thân: suy kiệt do nhiễm trùng nhiễm độc nặng kéo

dài, nhiễm khuẩn huyết, áp xe các cơ quan khác (não,thận...), suy tim.

***5.3. Theo dõi***

- Bệnh nhân viêm mủ màng phổi cần được theo dõi ngoại trú, chụp XQ

phổi, xét nghiệm máu trong vòng 4 tuần sau khi xuất viện.

- Xquang phổi phần lớn bình thường sau 6 tháng.

**6. Phòng bệnh**

- Tiêm phòng đầy đủ

- Vệ sinh sạch sẽ

- Giữ ấm cơ thể

- Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn hẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bv Nhi Trung Ương 2018

2.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

3.Phác đồ điều trị BV Nhi đồng 2 năm 2016

**CHƯƠNG 3: BỆNH HÔ HẤP**

**VIÊM PHẾ QUẢN CẤP TÍNH**

**1.Đại cương**

Viêm phế quản cấp là tình trạng viêm thoáng qua của khí quản và phế  
quản, biểu hiện đầu tiên là ho. Nguyên nhân thƣờng là do nhiễm siêu vi,  
tự giới hạn trong vòng 28 ngày (3 tuần) mà không cần điều trị

**II Lâm sàng**

**1. Bệnh sử**- Tuổi, khởi phát triệu chứng.  
- Liên quan triệu chứng với lúc ăn.  
- Triệu chứng kèm (sốt, khò khè).  
- Đặc trưng của ho: thời gian, các tác nhân làm giảm ho hay kích thích  
khởi phát ho.  
- Tiền căn: bệnh đường hô hấp, ho, ngạt, tiêu phân mỡ, chậm lớn.  
- Tiền sử gia đình: suyễn, viêm phế quản, viêm xoang, xơ hóa nang.  
- Môi tờng tiếp xúc: khói thuốc, bếp củi, chất độc hóa học, Ozone.  
**2. Thăm khám**

- Tăng trưởng và phát triển.

- Triệu chứng về hô hấp ran phổi ngón tay dùi trống

+ Đau căng xoang, sưng nề, chảy mũi sau, viêm mũi, viêm mũi dị ứng, polyp mũi.  
+ Lâm sàng cải thiện khi dùng thuốc giãn phế quản.  
**III. Cận lâm sàng**

Bước đầu cho mọi bệnh nhân: Phim phổi  
- Cấy đàm: nhuộm gram, nhuộm Wright.  
- Phân tích tính chất protein máu: điện di đạm,…  
- Xét nghiệm mồ hôi.  
- Tùy theo bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng và kết quả của XN đã làm  
ở trên.

Miễn dịch: IgA, IgG và các thành phần của IgG, IgE, IgM.  
- Định lượng kháng thể (bạch hầu, uốn ván), đáp ứng với kháng  
nguyên polysaccharides.  
- Thực quản đồ, pH thực quản, đánh giá về nuốt.  
- Scan với Technechium.  
- Nội soi thực quản, nội soi PQ; chức năng hô hấp, đáp ứng với thuốc  
giãn PQ.  
- Hình ảnh xoang.  
- Sinh thiết và khảo sát chức năng lông chuyển.  
- Thử nghiệm kích thích PQ: nghiệm pháp Methacholine, gắng sức,  
không khí lạnh.  
- XN tìm nấm

**3.Chẩn đoán:**

Chẩn đoán VPQ cấp do siêu vi thƣờng dựa trên lâm sàng, không cần  
các xét nghiệm máu khác.  
- Khi nghi ngờ viêm phổi, xẹp phổi thì cần phim phổi, khi đó thấy  
hình ảnh Dày thành phế quản, ứ khí.  
- Cấy đàm có ích khi bội nhiễm hay nghi ngờ vi trùng không thƣờng gặp.  
- Phân lập siêu vi thường khó, chỉ giúp ích cho mục đích dịch tễ học.

**4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT  
 *4.* *1. Cấp tính*** - Nhiễm trùng:  
 + Virus: RSV, Parainfluenzae 1, 2, 3; Influenzae A và B; Adenovirus,  
 Rhinovirus, Metapneumovirus.  
 + Vi trùng: S. pneumoniae, S. aureus, H. influenzae, M. catarrhalis,  
 Mycoplasma pneumoniae, Clamydia pneumoniae, Boredetella  
 pertussis, C. diphtheria, M. tuberculosis.  
 - Tiếp xúc hóa chất: hít dịch dạ dày, khói thuốc, ô nhiễm

***4.2. Mạn tính*** - Xơ hóa nang, suyễn, lao, dị vật bỏ quên.  
 - Hội chứng rối loạn lông chuyển.

- Hít vào do có bất thường giải phẫu (dò khí - thực quản, chẻ thanh quản);  
 rối loạn chức năng nuốt có hoặc không có trào ngược dạ dày thực quản.  
 - Suy giảm miễn dịch: IgA, IgG và các thành phần của IgG, suy giảm  
 miễn dịch dịch thể, không có khả năng đáp ứng miễn dịch với kháng  
 nguyên   
 - Tổn thương do hít: hút thuốc, ô nhiễm trong nhà: khói thuốc lá, bếp củi,  
 hóa chất (formaldehyte NO2), ô nhiễm ngoài trời: SO2, Ozone, NO2.  
 - Phá hủy đƣờng hô hấp mạn tính - theo sau nhiễm trùng hay chấn  
thương đường hô hấp chậm hồi phục hay lành không hoàn toàn.  
 - Chèn ép cơ học đường hô hấp (mềm khí phế quản) hay chèn từ ngoài  
 vào (vòng mạch, hạch).

- Thường chỉ cần nghỉ ngơi, phòng thoáng khí và đủ độ ẩm.Nên  
tránh tiếp xúc với ô nhiễm không khí.Không cần dùng thuốc hay kháng sinh.  
- Đàm đổi màu cũng không phải là bằng chứng nhiễm trùng.  
- Kháng sinh dùng khi có bằng chứng nhiễm trùng.  
- Không khuyến cáo dùng thuốc làm giảm ho.  
- Có thể dùng giãn phế quản (uống hay khí dung) khi có khò khè.  
- Corticoides dùng khi triệu chứng hô hấp nặng: khó thở, tắc nghẽn  
đường hô hấp

**5.Điều trị**- Thường chỉ cần nghỉ ngơi, phòng thoáng khí và đủ độ ẩm. Nên tránh tiếp xúc với ô nhiễm không khí. Không cần dùng thuốc hay kháng sinh.  
- Đàm đổi màu cũng không phải là bằng chứng nhiễm trùng.  
- Kháng sinh dùng khi có bằng chứng nhiễm trùng.  
- Không khuyến cáo dùng thuốc làm giảm ho.  
- Có thể dùng giãn phế quản (uống hay khí dung) khi có khò khè.  
- Corticoides dùng khi triệu chứng hô hấp nặng: khó thở, tắc nghẽn  
đường hô hấp.

**6. Viêm phế quản mạn tính hay viêm phế quản tái phát**- Khi triệu chứng kéo dài hơn 3 tuần.  
- Do quá trình viêm mạn tính và phá hủy đường hô hấp.  
- Cần loại trừ nguyên nhân ho kéo dài do tâm lý.  
- Ho kéo dài có thể là biến chứng của viêm phế quảnhay là biểu hiện  
của cơn suyễn

**7.Dự phòng lâu dài**- VPQ ở trẻ < 5 tuổi: nguy cơ có đợt khò khè hay viêm phế quảnlúc  
sắp dậy thì.  
- Chú ý ở trẻ hút thuốc thụ động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phác đồ điều trị nội khoa Bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2016

**VIÊM PHỔI DO VIRUS**

**1. Đại cương**

Viêm phổi là bệnh thường gặp, vẫn tiếp tục là nguyên nhân gây tử vong

đáng kể cho trẻ em ở các nước đang phát triển. Hiện nay, vai trò của virus trong

viêm phổi đang được chú ý hơn cả. Các virus hô hấp thường gặp ở trẻ em,

gồm: RSV, cúm, á cúm, Adenovirus, Rhinovirus, CMV. Các kĩ thuật chẩn đoán

hiện đại như phản ứng khuyếch đại chuỗi gen (PCR) giúp các nhà lâm sàng dễ

chẩn đoán căn nguyên virus gây viêm đường hô hấp nói chung và viêm phổi

nói riêng.

***1.1. Định nghĩa***

Viêm phổi là bệnh viêm các phế quản nhỏ, phế nang và tổ chức xung

quanh phế nang rải rác hai phổi, làm rối loạn trao đổi khí, tắc nghẽn đường thở,

dễ gây suy hô hấp và tử vong

***1.2. Dịch tễ***

Viêm phổi do virus xảy ra với tần suất cao 60 – 70% trong các trường hợp

viêm phổi, nhất ở lứa tuổi 2-3 tuổi. Mùa hay gặp nhất là vào mùa đông (lạnh và

ẩm). Hình thái và mức độ nặng của viêm phổi do virus thay đổi theo một số yếu

tố như tuổi, mùa, trạng thái miễn dịch của bệnh nhân, môi trường. Bệnh khó

phòng tránh, dễ lây nhiễm và tái phát.

**2. Nguyên nhân**

Virus hợp bào đường hô hấp (RSV), virus cúm (nhóm A, B), á cúm,

Rhinovirus, Adenovirus, Cytomegalovirus (CMV), sởi, quai bị...

**3. Chẩn đoán**

***3.1. Lâm sàng***

- Giai đoạn ủ bệnh: dài hay ngắn tùy thuộc vào từng loại virus.

- Giai đoạn khởi phát: triệu chứng viêm long đường hô hấp trên trong vài

ngày (đau họng, chảy mũi, hắt hơi, ho), có thể kèm theo sốt nhẹ.

- Giai đoạn toàn phát: trẻ sốt vừa hoặc cao. Thở nhanh kèm theo rút lõm

lồng ngực. Các trường hợp nặng có thể có tím, thở rên và mệt lả, đặc biệt ở trẻ

nhỏ. Khám phổi có ran rít, ngáy hoặc ít ran ẩm. Triệu chứng thực thể nghèo nàn và không đặc hiệu. Trên lâm sàng rất khó phân biệt giữa viêm phổi virus với viêm phổi do vi khuẩn. Các triệu chứng ngoài phổi có thể gặp: nôn trớ, tiêuchảy, phát ban, viêm kết mạc, gan lách to...

***3.2. Xét nghiệm***

- Công thức máu: số lượng bạch cầu bình thường hoặc tăng nhẹ, tỷ lệ

lymphocyte chiếm ưu thế.

- CRP, pro-calcintonin: bình thường hoặc tăng.

- Xquang phổi: tổn thương đa dạng và không điển hình, hay gặp hình ảnh

thâm nhiễm khoảng kẽ lan toả hoặc hình lưới

***3.3.Chẩn đoán xác định:***

-Test nhanh phát hiện kháng nguyên virus cho kết quả nhanh trong vòng 15 phút. Hiện đang được áp dụng với cúm A, B, RSV.

-Real-time PCR phát hiện chuỗi RNA đặc hiệu của virus từ dịch tiết

đường hô hấp, có độ nhậy và độ đặc hiệu cao.( CMV…)

**4. Điều trị**

***4.1.Nguyên tắc***

1. -Chống suy hô hấp
2. -Chống nhiễm khuẩn
3. -Chống mất nước, rối loạn điện giải
   1. -Đảm bảo dinh dưỡng
   2. -Đảm bảo thân nhiệt

***4.2. Điều trị cụ thể***

***4.2.1.Chống suy hô hấp***

-Đặt trẻ nằm nơi thoáng khí, yên tĩnh, nới rộng quần áo, tã lót.

* 1. -Hỗ trợ kịp thời tùy theo mức độ suy hô hấp:
  2. +Giảm tắc nghẽn đường hô hấp:

1. +Đặt trẻ ở tư thế thích hợp: trẻ dưới 1 tuổi nằm tư thế thẳng (tư thế trung gian), trẻ trên 1 tuổi tư thế cổ hơi ngửa ra phía sau.
2. +Thông thoáng mũi: nhỏ nước muối sinh lý trước khi ăn, bú và ngủ.
3. +Vỗ rung kèm dẫn lưu tư thế, hút thông đường hô hấp khi có nhiều đờm.
4. +Cho trẻ thở oxy mask, oxy gọng khi có khó thở, tím tái, cho thở liên tục đến khi hết tím tái và phải thường xuyên theo dõi nhịp thở, SpO2, mạch, huyết áp, nhiệt độ… để kịp thời xử trí. Trường hợp tím tái nặng, ngừng thở có thể đặt ống thông nội khí quản để dễ dàng hút thông đường thở, thở oxy, bóp bóng hô hấp hỗ trợ.
   1. +Kiểm tra khí máu để đánh giá và điều chỉnh thăng bằng kiềm toan.

***4.2.2.Chống nhiễm khuẩn***

* 1. -Sử dụng kháng sinh cho trẻ khi có bội nhiễm
  2. -Vệ sinh sạch sẽ: hàng ngày vệ sinh răng miệng và da
  3. -Chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

***4.2.3.Đảm bảo thân nhiệt***

* 1. -Nới rộng quần áo, tã lót duy trì thân nhiệt ổn định.
  2. -Theo dõi nhiệt độ nếu trẻ sốt cao:

+Dùng khăn mềm thấm nước ấm để lau cho trẻ hoặc đắp chườm tại các vị trí trán, nách, bẹn.

1. +Dùng thuốc hạ nhiệt khi trẻ có sốt từ 38,50C trở lên. Không nên cho trẻ dùng aspirin.
2. +Cho trẻ uống nhiều nước hoặc bú tăng cường ở trẻ bú mẹ.
3. +Theo dõi sát thân nhiệt, đề phòng biến chứng sốt cao co giật.
   1. +Trẻ sơ sinh đẻ non, suy dinh dưỡng cần phải ủ ấm và theo dõi sát nhiệt

độ đề phòng hạ thân nhiệt ở trẻ.

***4.2.4.Đảm bảo dinh dưỡng:***

* 1. -Trẻ được cung cấp đủ năng lượng theo cân nặng, lứa tuổi.
  2. -Nếu trẻ bú kém cần cho trẻ ăn bằng thìa để đảm bảo số lượng.
  3. -Trẻ ăn dặm hoặc trẻ lớn cần cung cấp thức ăn dễ tiêu và đảm bảo lượng calo cần thiết.
  4. -Trẻ không tự ăn được cần phải tiến hành cho ăn qua ống thông hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch khi trẻ không bú được, nôn trớ hoặc ỉa chảy.
  5. -Cân trẻ 1 tuần/lần để theo dõi sự phát triển của trẻ.

***4.2.5.Chống mất nước, rối loạn điện giải:***

* 1. -Theo dõi và đánh giá tình trạng mất nước (thóp, môi, mắt, nếp véo da, khát nước, tinh thần, nước tiểu…). Đảm bảo nước và dinh dưỡng đủ.
  2. -Cho trẻ uống nhiều nước. Truyền dịch cho trẻ khi có chỉ định.
  3. -Theo dõi tình trạng điện giải để kịp thời điều chỉnh cho bệnh nhân.

***4.3.Thuốc kháng virus đặc hiệu: Phụ thuộc vào phân lập được virus (+).***

* 1. -Oseltamivir (Tamiflu): Điều trị cúm A

1. +Trẻ em trên 13 tuổi: 75mg x 2 lần/ngày x 7 ngày
2. +Trẻ em từ 1 – 13 tuổi: Dùng dung dịch uống tùy theo trọng lượng cơ thể:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| <15kg | | : 30mg x 2 lần/ngày x 7 ngày |
| 16 – 23 kg | | : 45 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày |
| 24 – 40 kg | | : 60 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày |
| 40 kg | | : 75 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày |
| + Trẻ em dưới 12 tháng: | | |
| < 3 tháng | | : 12 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày |
| 3 | - 5 tháng | : 20 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày |
| 6 | – 11 tháng : 25 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày | |

- Zanamivir: dạng hít định liều. Sử dụng trong trường hợp không có Oseltamivir.

+ Người lớn và trẻ em trên 7 tuổi: 2 lần xịt 5 mg x 2 lần/ngày + Trẻ em 5-7 tuổi: 2 lần xịt 5mg x 1 lần/ngày

- Ribavirin: dạng khí dung: Điều trị *RSV*, *Adenovirus*

- Ganciclovir: điều trị virus CMV

+Liều tấn công: 10 mg/kg/ngày x 7 ngày chia 2 lần truyền tĩnh mạch

chậm.

* 1. +Liều duy trì: 5 mg/kg/ngày duy trì đến khi PCR CMV âm tính.

**5.Tiên lượng**

* 1. -Đa số các trường hợp viêm phổi do virus đều tự khỏi. Tuy nhiên 1 vài trường hợp viêm phổi do RSV có thể nặng ở những trẻ nhỏ dưới 6 tuần tuổi.
  2. -Một số bệnh nhân có thể ho dai dẳng sau khi đã lui bệnh, 1 số bội nhiễm khuẩn cần điều trị như viêm phổi vi khuẩn.

**6. Phòng bệnh**

-Phòng bệnh đặc hiệu: hiện có một số vacxin: cúm…

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015
2. Hướng dẫn chản đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Nhi trung Uương 2018
3. Phác đồ điều trị BV Nhi đồng 1 năm 2020

**VIÊM PHẾ QUẢN PHỔI DO VI KHUẨN Ở TRẺ EM**

**1.Đại cương**

Viêm phế quản phổi là tổn thương cấp diễn, lan toả cả phế nang, mô kẽ lẫn phế quản, thường do virus khởi đầu, sau đó bội nhiễm do vi khuẩn hoặc cả hai.

Thường vi khuẩn qua đường hô hấp, ngoài ra vi khuẩn qua đường máu, bạch huyết, không điều trị kịp thời dễ dẫn đến tử vong

**2.Nguyên nhân**

Thay đổi tuỳ theo lứa tuổi.

-Trẻ sơ sinh: liên cầu B, trực khuẩn Gram âm đường ruột, Listeria monocytogent, Chlamydia trachomatis

-Trẻ 2 tháng đến 5 tuổi: phế cầu, HI, M. pneumonia, tụ cầu…

-Trẻ trên 5 tuổi: Mycoplasma, phế cầu, tụ cầu

**3.Chẩn đoán**

***3.1.Lâm sàng***:

– Sốt

– Ho có đờm (màu vàng, màu xanh hay rỉ sắt)

– Nhịp thở nhanh so với lứa tuổi

|  |  |
| --- | --- |
| -Thở nhanh: < 2 tháng tuổi | ≥ 60 lần/phút |
| 2 - ≤ 12 tháng tuối | ≥ 50 lần/phút |
| 1-5 tuổi | ≥ 40 lần/phút |
| > 5 tuổi | ≥ 30 lần/phút |

. – Cánh mũi phập phồng, sùi bọt cua (trẻ sơ sinh)

– Rút lõm lồng ngực

– Li bì

– Tím tái, co giật, có cơn ngừng thở

– Phổi có ran ẩm nhỏ hạt rải rác hai phế trường

+ Rút lõm lồng ngực rất nặng + Tím tái hoặc SpO2 < 90%

1. -Trẻ dưới 2 tháng tuổi

***3.2.Cận lâm sàng***

+ Công thức máu

– Số lượng bạch cầu tăng

– Bạch cầu trung tính tăng cao

+ X-quang : có ý nghĩa chẩn đoán xác định

– Hai phế trường có những nốt mờ rải rác

– Có những đám mờ tập trung ở nhu mô phổi

– Có hình bóng hơi (thường do tụ cầu)

+ Khí máu (chỉ cần làm khi có suy thở)

– Nhẹ chưa thấy thay đổi

– Vừa : Thường thấy toan hoặc kiềm hô hấp

– Nặng :

PaO2 < 50 mmHg

SaO2 < 96%

PaCO2 > 70 mmHg

BE < -6mEq/l

+ Cấy dịch tìm nguyên nhân

– Lấy dịch tị hầu

– Lấy dịch nội khí quản

– Soi tươi và nuôi cấy tìm vi khuẩn làm kháng sinh đồ

+ Làm xét nghiệm CRP (C-Reactive Protein) (nếu cần)

CRP > 10 mg/l (để phân biệt với viêm phổi do virus)

**4.Điều trị**

***4.1. Điều trị triệu chứng***

– Để bệnh nhân nằm ở nơi thoáng, khô, tránh gió lùa

– Hạ nhiệt độ nếu có sốt trên 38oC, dùng Paracetamol 10 – 15 mg/kg, cứ 6 giờ dùng 1 lần đến khi nhiệt độ hạ xuống <38oC thì ngừng thuốc. Không dùng Paracetamol quá 100mg/kg/24 giờ.

– Làm thông thoáng đường thở, cho bệnh nhân nằm đầu cao, hút dịch mũi họng hoặc qua nội khí quản.

– Nếu bệnh nhân co thắt (ran rít, ran ngáy hai phế trường…) cho khí dung.

Natri Chlorua 9‰ x 2ml

Oxy nồng độ 40 – 60%

Cho bệnh nhân thở 5 – 10 phút, sau đó vỗ rung và hút dịch mũi, mồm. Cứ 3 – 4 giờ làm lại 1 lần.

***4.2. Dùng kháng sinh***

***4.2.1 Các chủng vi khuẩn hay gây viêm phế quản phổi***

Vi khuẩn hay gây viêm phế quản phổi trẻ em theo lứa tuổi như sau :

– Trẻ dưới 1 tháng tuổi :

+ Nhóm B của Streptocuccus

+ E. Coli

+ Staphylococcus Pneumoniae

+ Klebsiella, Pseudomonas Aeruginosa

– Trẻ 1 – 3 tuổi :

+ Haemophilus Influenzae

+ Streptocuccus Pneumoniae

– Trẻ trên 3 tuổi :

+ Streptocuccus Pneumoniae

+ Staphilococcus Aureus

+ Mycoplasma Pneumoniae

***4.2.2 Kháng sinh và liều lượng***

Bệnh nhi chưa dùng kháng sinh ở tuyến trước

– Ampicillin : Liều dùng : 50mg – 100mg/kg/24giờ, pha nước cất đủ 10ml, tiêm tĩnh mạch chậm, chia 2 lần trong ngày (làm test trước khi tiêm).

– Có thể phối hợp :

+ Với Amikacin: Liều dùng : 15 mg/kg/24 giờ, chia 2 lần tiêm bắp.

+ Hoặc với Bruramycin : Liều dùng 4mg/kg/24giờ, chia 2 lần tiêm bắp.

Bệnh nhân đã dùng kháng sinh

– Augmentin loại 0,5g hoặc 1g : Liều dùng 100mg/kg/24 giờ ; pha loãng bằng nước cất đủ 20ml, tiêm tĩnh mạch chậm, chia 2 lần, sáng và chiều.

và Amikacin : Liều 15mg/kg/24 giờ, tiêm bắp chia 2 lần trong ngày.

– Hoặc Tarcefoksym (Cefotaxim) loại 1g : Liều dùng 100mg/kg/24 giờ. Tiêm tĩnh mạch chậm chia 2 lần trong ngày.

và Amikacin : Liều 15mg/kg/24 giờ, tiêm bắp chia làm 2 lần trong ngày.

***2.2.3. Nếu nghi là do tụ cầu trùng***

– Cloxacillin loại 0,5g : Liều lượng 100mg – 200mg/kg/24 giờ. Tiêm tĩnh mạch, chia 2 lần trong 1 ngày.

– Hoặc Bristopen loại 1g : Liều lượng 100mg/kg/24 giờ, tiêm tĩnh mạch chia 2 lần trong ngày.

– Hoặc Vancomycin loại 0,5g : Liều dùng 30 – 50g/kg/24 giờ, pha vào huyết thanh mặn đẳng trương 9‰ vừa đủ truyền trong 1 giờ (tốc độ từ 15 – 20 giọt trong 1 phút).

– Hoặc Cefobis loại 1g : Liều dùng 100mg/kg/24 giờ, chia 2 lần trong ngày, pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm.

***2.2.4. Nếu nghi viêm phế quản phổi do Haemophylus Influenzae***.

Tuổi thường 3 tháng đến 4 tuổi: Cloramphenicol loại 0,5g hoặc 1g : Liều lượng 30-50mg/kg/24giờ, pha loãng TMC trong 5 phút

***2.3. Một số điểm cần lưu ý***

Truyền dịch chỉ nên cho 20ml/kg/24 giờ ; 7 giọt trong 1 phút. Khi thấy gan to, mạch nhanh, đái ít không nên truyền dịch, dấu hiệu trên biểu hiện suy tim. Cần cho :

Digoxin : Liều 0,02mg/kg/24 giờ, chia làm 3 lần. Uống lần đầu 1/2 liều trên. Sau đó số còn lại chia ra cứ 8 giờ cho uống 1/4 liều còn lại.

***2.5. Bệnh nhân xuất viện***

– Hết sốt

– Tỉnh táo

– Ăn, uống tốt

– Bạch cầu trở về bình thường

– Phổi hết hoặc đỡ ran

– X-quang phổi hết các đám mờ rải rác ở phế trường.

***5. Phòng bệnh***

* 1. -Phòng bệnh đặc hiệu: có một số vacxin phòng bệnh: HIB, phế cầu.

-Phòng bệnh không đặc hiệu chủ yếu dựa vào chăm sóc đủ dinh dưỡng, tiê

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Cập nhật chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bv Nhi Trung Ương 2020

2.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

3.Phác đồ điều trị BV Nhi đồng 1 năm 2020

**VIÊM PHỔI KHÔNG ĐIỂN HÌNH Ở TRẺ EM**

**1.Đại cương**

Viêm phổi là tình trạng tổn thương viêm nhu mô phổi, có thể lan tỏa hai bên phổi hoặc tập trung ở một thùy phổi. Vi khuẩn không điển hình (VKKĐH) là một trong các nhóm căn nguyên gây viêm phổi ở trẻ em. Loại vi khuẩn này có cấu trúc không có vách tế bào, chỉ có một màng bào tương mỏng xung quanh, không bắt màu khi nhuộm gram. Kháng sinh thông thường tác động lên vách tế bào không có tác dụng trên nhóm vi khuẩn này

**2.Nguyên nhân**

Các loại VKKĐH gây viêm phổi ở trẻ em: - Mycoplasma pneumonia: gặp 7-20% các ca viêm phổi cộng đồng ở lứa tuổi 5-14. - Chlamydia pneumonia: chiếm 1-2 % các ca viêm phổi cộng đồng ở trẻ lớn, bệnh thường nhẹ. - Legionella pneumonia: ít gặp, chiếm 1% các ca viêm phổi cộng đồng, thường gặp trên trẻ có yếu tố nguy cơ như suy giảm miễn dịch, loạn sản phế quản phổi, hoặc dùng Corticoid kéo dài.

**3.Chẩn đoán**

***3.1. Lâm sàng***

- Triệu chứng cơ năng:

+ Khởi phát sốt nhẹ, âm ỉ, giai đoạn toàn phát có thể sốt cao, rét run, mệt mỏi. + Ho thường nổi bật, ho nhiều, ho khan thành cơn, sau ho có đờm.

+ Trẻ lớn có thể kèm đau ngực, đau cơ, ngứa họng, khàn tiếng.

+ Các triệu chứng khác: khò khè, khó thở thường gặp ở trẻ nhỏ

-Triệu chứng thực thể: nghe phổi có thể có rales ẩm, rales ngáy rít, hoặc không nghe thấy rales.

- Tổn thương ngoài phổi như: tổn thương màng phổi, phát ban ngoài da, rối loạn tiêu hóa, tổn thương tim mạch, thần kinh, viêm đa khớp v.v... có thể là dấu hiệu gợi ý viêm phổi do VKKĐH.

***3.2. Cận lâm sàng***

- Xquang: hình ảnh đa dạng, có thể gặp tổn thương lan tỏa, hình lưới, kẽ; mờ không đều lan tỏa; hoặc đám mờ tập trung; tràn dịch màng phổi ít gặp.

- Các xét nghiệm chẩn đoán căn nguyên:

+ PCR, realtime PCR: độ nhạy và độ đặc hiệu cao +

+Phương pháp nuôi cấy vi khuẩn trực tiếp: cho kết quả muộn sau 2-3 tuần, do đó thường ít được chỉ định.

Các xét nghiệm khác:

- Xét nghiệm huyết học: số lượng bạch cầu không tăng hoặc tăng nhẹ, CRP thường tăng.

- Các xét nghiệm sinh hóa ít có biến đổi, khi có suy thở nặng, đo khí máu sẽ thấy pH có thể giảm, paCO2 tăng, paO2 giảm, SaO2 giảm.

***3.3. Chẩn đoán xác định***

- Chẩn đoán xác định viêm phổi theo tiêu chuẩn của Bộ Y Tế: ho, sốt, kèm theo thở nhanh theo lứa tuổi.

- Yếu tố dịch tễ: theo mùa, vùng dịch, lứa tuổi (3- 15 tuổi); biểu hiện lâm sang: diễn biến âm ỉ sau tăng dần, ho khan theo cơn, Xquang tổn thương kẽ hoặc đám mờ tập trung có giá trị gợi ý.

- Chẩn đoán xác định căn nguyên VKKĐH: tìm được bằng chứng đoạn AND của vi khuẩn (PCR)

***4. Phân loại:***

***4.1. Viêm phổi nặng do vi khuẩn không điển hình***

Chưa có thang điểm phân loại rõ mức độ viêm phổi do VKKĐH. Dựa vào thang điểm chẩn đoán viêm phổi nặng của hiệp hội truyền nhiễm Hoa Kỳ, chẩn đoán khi:

- Có 1 tiêu chuẩn chính trở lện:

+ Cần thông khí nhân tạo.

+ Sốc nhiễm khuẩn

- Hoặc có 2 trong các dấu hiệu sau:

+ Rút lõm lồng ngực

+ Thở nhanh

+ Ngừng thở

+ Rối loan ý thức

+ Hạ huyết áp

+ Tràn dịch màng phổi

+ Sp02 < 90% thở khí trời

+ Tỷ lệ Pa02/Fi02 < 250

+ Thâm nhiễm nhiều thuỳ phổi

***4.2. Viêm phổi do VKKĐH: không có dấu hiệu bệnh viêm phổi nặng***

**5. Chẩn đoán phân biệt**

- Viêm phổi do vi khuẩn điển hình.

- Viêm phổi do virus.

* 1. .

**6. Điều trị**

**6.1. Nguyên tắc điều trị**

- Chống suy hô hấp.

- Cung cấp đủ nước và điện giải.

- Điều trị hỗ trợ: Hạ sốt, cung cấp đủ dinh dưỡng, calo theo nhu cầu

- Điều trị nhiễm trùng bằng kháng sinh.

**6.2. Điều trị kháng sinh**

**-** Lựa chọn đầu tiên là kháng sinh nhóm Macrolide đường uống hoặc tĩnh mạch, lựa chọn một trong các kháng sinh sau:

+ Erythromycin: 30-50 mg/kg/ngày x 10 ngày- 14 ngày.

+ Azithromycin: 10 mg/kg/ ngày đầu, sau đó 5 mg/kg/ ngày x 4 ngày sau

+ Clarithromycin: 15 mg/kg/ngày chia 2 lần x 10-14 ngày

- Lựa chọn thay thế cho trẻ trên 8 tuổi: nhóm Tetracycline:

+ Tetracycline: 20-30 mg/kg/ngày chia 2 lần x 7- 10 ngày

+ Hoặc Doxycycline: 2-4 mg/kg/ngày chia 2 lần x 7- 10 ngày

- Bệnh nhân viêm phổi nặng do VKKĐH hoặc viêm phổi do VKKĐH thất bại với nhóm Macrolide (bệnh nhân không hết sốt sau 48h,và/ hoặc suy hô hấp nặng

+ Chuyển kháng sinh sang nhóm Quinolone với trẻ lớn: 20 mg/kg/ngày chia 2 lần ở trẻ < 5 tuổi; 10 mg/kgx 1 lần/ ngày ở trẻ trên 5 tuổi

+ Corticoid trong trường hợp có tổn thương ngoài phổi (xét nghiệm gợi ý LDH> 410 IU/ml, IL- 18 > 1000 pcg/ml): Methylprednisolon: 10 mg/kg/24 h TMC x 3 ngày

+ Gammaglobulin + Lọc máu, Ecmo, và/ hoặc tổn thương phổi nặng)

**7. Phòng bệnh**

* 1. 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1.Cập nhật hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bv Nhi Trung Ương 2020

2.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

**KHÓ THỞ THANH QUẢN Ở TRẺ EM**

**1.Đại cương**

Khó thở thanh quản là một hội chứng rất hay gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên. Là một trong những cấp cứu hô hấp cần được điều trị ngay.

Ở trẻ nhỏ khi gặp chứng khó thở thanh quản nguy cơ tử vong rất cao do không cung cấp được oxy cho cơ thể. Khó thở thanh quản được coi như một cấp cứu hô hấp ở trẻ em. Vì vậy đòi hỏi [bác sĩ](https://bookingcare.vn/tai-mui-hong-s4) phải chẩn đoán nhanh, chính xác và kịp thời xử trí.

**2.Nguyên nhân**

***2.1.Khó thở thanh quản cấp tính:***

-Dị vật đường thở: thường có hội chứng xâm nhập

* 1. -Viêm thanh quản cấp: nguyên nhân có thể là do vi khuẩn (H.influenzae, Streptococcus.pneumonial, Staphylococcus.aureus) hoặc virus (hay gặp nhất là virus cúm, sau đó là virus nhóm myxovirus).
  2. -Tétanie: thường ở trẻ còi xương có biểu hiện co thắt thanh quản cấp tính.
  3. -Bạch hầu thanh quản: có thể khởi phát từ từ nhưng khi có giả mạc gây tắc thì khó thở dữ dội. Phát hiện dựa vào khám họng, soi thanh quản, cấy tìm vi khuẩn bạch cầu.
  4. -Viêm thanh quản do sởi: có biểu hiện viêm long đường hô hấp, mọc ban sởi và dựa vào dịch tễ học.
  5. -Abcès sau họng: biểu hiện nhiễm trùng nặng và không nuốt được.

***2.2.Khó thở thanh quản mạn tính:***

* 1. -Thở rít thanh quản bẩm sinh do mềm sụn thanh quản, dị dạng sụn thanh

quản.

* 1. -Hẹp thanh quản mạn tính: do hậu quả của chấn thương hoặc hẹp do u máu, dị dạng bẩm sinh.
  2. -U nhú thanh quản: là loại u nhú, lành tính ở thanh quản, u phát triển nhanh, tái phát gây khó thở thanh quản từ từ. Chẩn đoán nhờ soi thanh quản.

**2.Chẩn đoán:**

***2.1. Chẩn đoán xác định***

-Chủ yếu dựa vào lâm sàng để chẩn đoán khó thở thanh quản. Có 3 triệu chứng cơ bản, cổ điển là:

* 1. +Khó thở thì hít vào, khó thở chậm.
  2. +Có tiếng rít thanh quản (Cornage)
  3. +Co kéo cơ hô hấp nhất là lõm ức và rút lõm lồng ngực.

Có 4 triệu chứng phụ hay gặp:

* 1. +Khàn tiếng hay mất tiếng (khi nói, ho, khóc).
  2. +Đầu gật gù khi thở, thường ngửa đầu ra sau trong thì hít vào.
  3. +Quan sát thấy sụn thanh quản nhô lên khi hít vào.
  4. +Nhăn mặt và nở cánh mũi.

***2.2. Chẩn đoán mức độ khó thở thanh quản***

Đánh giá mức độ khó thở thanh quản rất quan trọng. Điều này giúp cho tiên lượng và có thái độ xử trí kịp thời. Có 3 mức độ khó thở thanh quản theo 3 mức nặng nhẹ.

**Độ 1**:

1. -Khàn và rè tiếng khi khóc, nói.
2. -Tiếng ho còn trong hay hơi rè.
3. -Biểu hiện khó thở vào chưa điển hình, tiếng rít thanh quản nhẹ
4. -Hoặc chưa rõ co kéo cơ hô hấp phụ ít.
5. -Tình trạng toàn thân chưa ảnh hưởng.

**Độ 2:**

1. -Mất tiếng, nói không rõ từ
2. -Tiếng ho ông ổng như chó sủa
3. -Triệu chứng khó thở thanh quản điển hình tiếng rít thanh quản rõ
4. -Co kéo cơ hô hấp mạnh
5. -Trẻ kích thích, vật vã, hốt hoảng, lo sợ.

**Độ 3:**

* 1. -Mất tiếng hoàn toàn, khóc hoặc nói không thành tiếng, phào phào.
  2. -Không ho thành tiếng hoặc không ho được.
  3. -Triệu chứng khó thở dữ dội, có biểu hiện của tình trạng thiếu ôxy nặng. Trẻ có thể tím tái, rối loạn nhịp thở.
  4. -Tình trạng toàn thân bị ảnh hưởng rõ thần kinh (hôn mê, lờ đờ hay vật vã), tim mạch, da tái vã mồ hôi v.v...

1. Chẩn đoán nguyên nhân khó thở thanh quản

**3.Điều trị**

* 1. -Mức độ khó thở thanh quản.
  2. -Có sốt hay không sốt.
  3. -Đánh giá lại sau 10-15 phút điều trị
  4. -Điều trị nguyên nhân

-Cụ thể: theo mức độ khó thở thanh quản.

1. +Khó thở thanh quản độ 1: Điều trị ngoại trú, Dexamethason 0,15mg/ kg/ liều duy nhất hoặc Prednisone 2mg/kg trong 2-3 ngày, cần tái khám mỗi ngày.
2. +Khó thở thanh quản độ 2: nhập viện, Dexamethason 0,6mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch một lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần; hoặc cho uống với liều như trên, hoặc khí dung Budenoside 1-2 mg/liều duy nhất nếu có chống chỉ định dùng Corticoide toàn thân ví dụ như đang bị thủy đậu, lao, xuất huyết tiêu hóa, loét dạ dày, nôn ói nhiều. Sau 2 giờ nếu không cải thiện xem xét khí dung Adrenalin, kháng sinh nếu chưa loại nguyên nhân nhiễm khuẩn.
3. +Khó thở thanh quản độ 3: nằm cấp cứu, thở ôxy đảm bảo SpO2 > 95%, khí dung Adrenalin 1/1000 2-5ml hoặc 0,4-0,5ml/kg (tối đa 5ml), có thể lặp lại liều 2 sau 30 phút nếu còn khó thở nhiều và sau đó 1-2 giờ nếu cần, tối đa 3 liều; Dexamethason 0,6 mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 lần, có thể lặp lại sau 6-12 giờ nếu cần; kháng sinh Cefotaxim hay Ceftriaxone trong 3-5 ngày.
4. +Chỉ định đặt nội khí quản khi thất bại với Adrenalin và Dexamethason, vẫn còn tím tái, lơ mơ kiệt sức, cơn ngừng thở.
5. +Không khuyến cáo mở khí quản.

**4. Phòng bệnh**

- Tiêm phòng Sởi, Bạch hầu đầy đủ

- Tránh cho trẻ ăn hoặc nuốt các loại thực phẩm có nguy cơ trở thành dị vật đường thở

-Giữ ấm cơ thể

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn hẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bv Nhi Trung Ương 2018

2.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

3.Phác đồ điều trị BV Nhi đồng 1 năm 2016

**VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN CẤP Ở TRẺ EM**

**1.Đại cương**

Viêm tiểu phế quản (Bronchiolitis) là một nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới được đặc trưng bởi tổn thương viêm cấp ở các tiểu phế quản, các đường dẫn khí có đường kính nhỏ hơn 2mm

**2. Nguyên nhân**

***2.1.Tác nhân gây bệnh***

- RSV (Respiratory Syncytial virus) chiếm 45-90%.  
- HMPV (Human metapneumovirus) chiếm 8% trong VTPQ ±đơn độc  
hoặc kèm RSV.  
- Rhinovirus, Adenovirus, Parainfluenza virus, Enterovirus, Influenzavirus.- Chlamydia gây VTPQ ở trẻ < 3 tháng.  
- Hiếm: M. pneumoniae, Haemophilus influenzae, Bordetella pertussis

***2.2.Yếu tố nguy cơ***

- Trẻ đẻ non, cân nặng khi sinh thấp.  
- Trẻ < 3 tháng.  
- Bệnh tim bẩm sinh, có tăng áp lực động mạch phổi.  
- Bệnh phổi mạn tính: loạn sản phế quản phổi.  
- Suy giảm miễn dịch

- Suy dinh dưỡng, còi xương

**3.Chẩn đoán**

***3.1. Lâm sàng****:* thay đổi tuỳ theo mức độ nặng nhẹ.  
- Giai đoạn khởi phát.  
+ Viêm đường hô hấp trên: chảy mũi và ho. Điển hình: chảy nước mũi  
trong và ho.  
+ Sốt thường là sốt nhẹ, đôi khi sốt rất cao, đến 400C. Có trẻ không sốt.  
- Giai đoạn toàn phát: trẻ thường được đưa đến viện trong tình trạng:  
+ Tinh thần: ngủ không yên giấc, hoặc kích thích, nhưng không có các  
triệu chứng toàn thân hoặc li bì.  
+ Khò khè lan toả.  
+ Tắc nghẹt mũi, phập phồng cánh mũi.  
+ Không bú được hoặc bú kém, nôn sau ho.  
- Khám phổi.  
+ Trẻ thở nhanh nông, thì thở ra kéo dài.  
+ Rales rít, rales ngáy khắp hai trường phổi, giảm thông khí, thậm chí mất  
thông khí phổi.  
+ Suy hô hấp với các dấu hiệu: da tái, vã mồ hôi, nhịp thở nhanh, rút lõm  
lồng ngực, co kéo các cơ hô hấp phụ, tím quanh môi và đầu chi.  
+ Ngừng thở gặp 2-7%, hay gặp ở trẻ sơ sinh, hoặc trẻ sinh non, và thường  
xuất hiện trong 3 ngày đầu tiên

***3.1.2 Tiêu chuẩn cận lâm sàng***

- X quang: dày quanh phế quản/viêm phổi kẽ,ứ khí, thâm nhiễm phổi: do  
viêm /xẹp khu trú, đông đặc phân thùy, xẹp thùy trên phải, xẹp thùy dưới hai  
bên & trên trái, có thể gặp hình ảnh xquang bình thường (10%).  
- Bạch cầu và công thức bình thường hoặ c tăng nhẹ.  
- Tăng BC, tăng CRP, tăng má u lắ ng khi nhiễm RSV và viêm phổi thùy.

***3.2. Chẩn đoán phân biệt***

-Hen phế quản: rất khó phân biệt với những cơn hen đầu tiên

-Viêm phổi do vi khuẩn hoặc virus

-Mềm sụn thanh khí quản

-Chèn ép khí phế quản từ ngoài vào (mạch máu, u)

-Tắc nghẽn đường hô hấp ở trong: u, u mạch máu, hẹp khí quản

-Dị vật đường thở

-Trào ngược dạ dày thực quản

-Khó thở thứ phát sau nhiễm virus.

**4. Biến chứng**

***4.1. Biến chứng gần***

* 1. -Suy thở cấp
  2. -Tràn khí màng phổi

-Viêm phổi - trung thất

* 1. -Xẹp phổi
  2. -Tử vong

***4.2. Biến chứng xa***

* 1. -Rối loạn chức năng hô hấp
  2. -Xuất hiện từng cơn khó thở ra tái phát
  3. -Viêm tiểu phế quản lan tỏa

**5.Điều trị**

***5.1 Nguyên tắc:***- Hỗ trợ.  
- Phát hiện và điều trị biến chứng.  
- Đặc hiệu.  
**5.2. Tiêu chuẩn nhập viện**- Dấu hiệu nhiễm độc, bú kém, li bì, mất nước.  
- Suy hô hấp mức độ trung bình và nặng, khi có 1 trong các dấu hiệu: thở  
nhanh, phập phồng cánh mũi, co rút lồng ngực, gắng sức cơ hô hấp phụ, nhịp  
thở >70 lần/phút, tím tái.  
- Có cơn ngừng thở.  
- SpO2 <95%.  
- Bố mẹ bệnh nhân không thể điều trị tại nhà.  
- Các trẻ có yếu tố nguy cơ.  
**5.3. Điề u trị cụ thể**- Điều trị tại nhà:  
+ Ăn uống đầy đủ, uống nhiều nước.  
+ Thông thoáng đường thở.  
+ Hướng dẫn bố mẹ phát hiện dấu hiệu nặng (khó thở tăng lên: thở rên,  
phập phồng cánh mũi, co kéo lồng ngực đáng kể, ăn dưới 3/4 bình thường hoặc  
đái rất ít (bỉm không ướt sau 12h), mệt lả).  
- Điều trị tại bệnh viện:  
+ Hỗ trợ hô hấp: thông thoáng đường thở, hầu hết trẻ cần hút mũi, thở oxy  
duy trì SpO2 > 93%, một số trường hợp cần thở oxy lưu lượng cao (humidified  
high-flow nasal cannula HFNC) hoặc CPAP trước khi thở máy xâm nhập.  
+ Ăn qua sonde hoặc truyền dịch giúp đủ nhu cầ u và lượng dị ch mấ t đi do  
thở nhanh hoặc sốt.  
+ Có thể khí dung bằng nước muối ưu trương 3%: cải thiện triệu chứng  
bệ nh và giả m thờ i gian nằm viện sau hơn 72 giờ

+ Cân nhắc khí dung Ventolin (Salbutamol) 0.15 mg/kg/lần (liều đầu tiên  
và theo dõi đáp ứng của bệnh nhân, Tối thiểu 1,5 mg tối đa 5 mg/lần)

+ Lưu ý Trường hợp BN khó thơ, tím tái, co rút lồng ngực, thở nhanh từ 70 lần/phút, Spo2 dưới 92% phải khí dung Salbutamal dưới nguồn Oxygen 6l/phút)  
+ Steroid không được khuyế n cáo sử dụng trong tất cả các trường hơp  
viêm tiểu phế quản trừ khi nghi ngờ Hen hoặc có suy hô hấp:

- Prednisolon 1 -2 mg/kg/ngày nếu BN còn uống được

- Methyprednison 2 mg/kg/ngày trường hợp nặng   
+ Lý liệu pháp hô hấp được khuyến cáo trong các trường hợp trẻ khó khăn  
tống dịch ra ngoài: bệnh lý thần kinh cơ, xơ nang phổi, biến chứng xẹp phổi.  
+ Kháng sinh: chỉ định trong trường hợp đồng nhiễm, bội nhiễm vi khuẩn  
hoặc lứa tuổi nhỏ dưới 3 tháng, những trẻ có yếu tố nguy cơ.  
- Điều trị đặc hiệ u: Ribavirin khí dung cho cá c trườ ng hợ p nhiễ m RSV có  
yếu tố nguy cơ cao (tim bẩm sinh, suy giảm miễn dịch, tuổi dưới 6 tuần tuổi) bị  
bệnh nặng đe dọa tính mạng

-Kháng sinh khi có bội nhiễm

**Dự phòng**

- Rửa tay thường xuyên có thể làm giảm nguy cơ mắc bệnh.  
- Cách ly trẻ khi dịch cúm hoặc ho.  
- Thụ động: chỉ định cho trẻ suy giảm miễn dịch, loạn sản phế quản phổi,  
đẻ non, tim bẩm sinh.  
+ RSV-IVIG: 750mg/kg/tháng IV.  
+ Palivizumab: 15mg/kg/tháng IM (Synagis), là kháng thể đơn dòng đầu  
tiên để chống lại RSV

Cơ chế hoạt động: là kháng thể tạo ra dưới dạng protein bám dính vào  
RSV và làm bất hoạt hoạt động của virus.  
- Chủ động:  
+ Vaccin bất họat bằng formol thất bại 60s  
+ Hiện chưa có vaccin hiệu quả phòng RSV

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn hẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bv Nhi Trung Ương 2018

2.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

3.Phác đồ điều trị BV Nhi đồng 1 năm 2020

**DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ**

**1. Đại cương**

* 1. Trẻ càng nhỏ, sự phân chia của cây phế quản càng ít, lòng phế quản càng dễ hẹp và co thắt biến dạng. Thành phế quản mềm, khẩu kính không phải hình trụ tròn mà đường kính trước sau nhỏ hơn đường kính ngang. Bề mặt phế quản trẻ em trơn nhẵn, ít có sự cản trở, nên dị vật dễ rơi sâu vào phế quản thùy hay phế quản phân thùy.
  2. 80% dị vật là các vật dụng nhỏ, đồ chơi và thức ăn.
  3. 60% dị vật có bản chất thực vật.

**2.Chẩn đoán**

***2.1.Lâm sàng***

***2.1.1.Hội chứng xâm nhập***

-Ngay sau khi dị vật tiếp xúc vào nắp thanh môn, phản xạ tức thời làm

đóng thanh môn, hai dây thanh khép lại. Áp lực trong buồng thanh quản, hệ thống phế quản sẽ tăng đột ngột và phản xạ ho sặc sụa nhằm tống dị vật ra ngoài khi mở đột ngột thanh môn.

***2.1.2. Triệu chứng định khu***

* 1. -Nếu dị vật ở thanh quản:

1. Triệu chứng khó thở thanh quản ở các mức độ khác nhau: Khó thở 2 thì, thở chậm, có tiếng rít, có khan tiếng, tiếng ho ông ổng. Nếu dị vật gây phù nề ở hạ thanh môn dễ gây khó thở cấp diễn.
2. -Nếu dị vật ở khí quản:
3. +Nếu dị vật to, sắc cạnh gây mắc cố định tại khí quản: Gây khó thở kiểu khó thở thanh quản hay khó thở như hen.
4. +Nếu dị vật di động trong khí quản: Có hội chứng xâm nhập và có cơn ho rũ, tím tái, đồng thời có những cơn khó thở kiểu thanh quản dữ dội do dị vật di động lên hạ thanh môn.

- Rì rào phế nang giảm một bên

- Điều trị không đỡ

- Xquang xẹp phổi, khí phế thũng, giãn phế quản

+ Đặc biệt là tiếng lật phật: Tiếng bật xuất hiện không thường xuyên, xuất hiện sau kích thích gây ho, sau thay đổi tư thế, sau vỗ. Nếu có dấu hiệu này thì khẳng định có dị vật và di động.

- Nếu dị vật ở phế quản:

+Có những cơn ho vì dị vật tròn nhẵn, dễ di động gây kích thích. Dị vật thường gây tiếng rít ở một bên phổi. Có thể thay đổi tiếng rít khi thay đổi tư thế hay sau cơn ho, cơn kích thích.

+Ít có cơn khó thở cấp diễn như dị vật khí quản, thanh quản.

-Nếu dị vật bỏ quên lâu: Có thể ho ra máu. Nếu dị vật trên 1 tuần, có tổ chức viêm sùi quanh dị vật.

***2.2.Cận lâm sàng: Hình ảnh X-quang***

-Trường hợp dị vật mới, Xquang phổi ít có giá trị trong chẩn đoán, hầu như không có dấu hiệu, trừ dị vật cản quang.

-Những ngày sau khi có dị vật: Xquang phổi có hình ảnh viêm phế quản, xẹp phổi, ứ khí.

* 1. +Xẹp phổi thường do nguyên nhân phù nề dưới dị vật
  2. +Ứ khí do nguyên nhân phù nề phía trên dị vật
  3. +Áp xe phổi do dị vật bỏ quên
  4. +Giãn phế quản thường do dị vật để quá lâu.

**3. Các thể lâm sáng**

***3.1. Dị vật bỏ quên***

Do không khai thác được hội chứng xâm nhập:

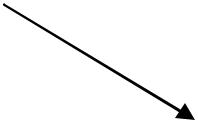
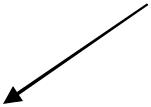
Trẻ đang khỏe mạnh

Tự nhiên xuất hiện cơn ho

- Khó thở đột ngột

- Cơn khó thở

- Cơn ho kéo dài



**Chỉ định soi phế quản**

(Nhằm mục đích chẩn đoán)

Nếu có dị vật bỏ quên ở thanh quản, thường được chẩn đoán nhờ khi có xuất hiện cơn khó thở thanh quản.

***3.2.Dị vật sống đường thở:***

* 1. -Đi đến hoặc sống ở miền núi
  2. -Ho ra máu thường xuyên
  3. -Khó thở từng cơn
  4. -Khàn tiếng từng lúc

**4. Biến chứng**

* 1. -Viêm phế quản
  2. -Áp xe phổi
  3. -Viêm màng phổi mủ, tràn khí trung thất, tràn khí dưới da (thường do dị vật cứng gây rách phế quản, khí quản hay do vỡ phế nang do ho nhiều gây tăng áp lực đột ngột).
  4. -Giãn phế quản
  5. -Sẹo hẹp khí phế quản

**5. Điều trị**

Chia ra hai giai đoạn

***5.1. Giai đoạn cấp cứu ban đầu***

-Áp dụng ngay kỹ thuật Heimlich: Đứng, nằm ấn vào thượng vị tạo áp lực tăng đột ngột, dồn nén hơi trong phổi đẩy bật ra.

-Hoặc dùng ngay kim 13 chọc qua màng giáp nhẫn để mở thông tắt đường thở dưới dị vật.

***5.2. Giai đoạn cấp cứu chuyên khoa***

* 1. -Soi thanh khí phế quản + tiền mê + tê tại chỗ
  2. -Soi thanh khí phế quản + mê nội khí quản + giãn cơ + thở máy

1. \*Nếu dị vật thanh quản:
2. -Không mở khí quản:

+ Dùng Mac Intosh

+ Dùng ống Chevalier - Jackson soi:

Lấy pince gắp dị vật luôn ở tư thế nằm ngang đối với dị vật mảnh dẹt mở pince theo kiểu trước sau đối với dị vật tròn.

- Mở khí quản:

Trước khi gắp, nên bịt ống canuyl để thanh môn mở ra, nhìn thấy dị vật rồi luồn pince vào gắp. Nếu không gắp được dị vật, phải dùng ống soi phế quản lách qua thanh môn để lấy dị vật.

\*Nếu dị vật phế quản:

1. -Dị vật khí phế quản còn sớm: Khi không gây mê, soi thực quản rồi gắp qua thanh môn vì dị vật thường còn di động.
2. -Dị vật khí phế quản muộn hoặc cố định:

+Bước 1: Tìm dị vật

+ Bước 2: Lấy dị vật

Đối với dị vật khí phế quản có mở khí quản, phải soi từ thanh quản xuống phế quản.

**6. Tiên lượng**

* 1. Nếu chẩn đoán sớm và can thiệp đúng kỹ thuật, tiên lượng tốt hơn

**7. Phòng bệnh**

-Tuyên truyền để nhiều người được biết rõ những nguy hiểm của dị vật đường thở.

-Không nên để cho trẻ em đưa các vật và đồ chơi vào mồm ngậm mút.

-Không nên để cho trẻ ăn thức ăn dễ hóc như: hạt na, lạc, quất, hồng bì, hạt dưa, hạt bí...

-Nếu thấy trẻ đang ngậm hoặc ăn những thứ dễ gây nên hóc, không nên hoảng hốt, la hét, mắng trẻ vì làm như vậy trẻ sợ hãi, dễ bị hóc.

-Nếu bị hóc hoặc nghi bị hóc vào đường thở, cần đưa đi bệnh viện ngay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn hẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bv Nhi Trung Ương 2018

2.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

3.Phác đồ điều trị BV Nhi đồng 2 năm 2016

**VIÊM MỦ MÀNG PHỔI**

**1.Đại cương**

Viêm mủ màng phổi (VMMP) là hiện tượng viêm và ứ mủ trong khoang màng phổi. Đây có thể là dịch mủ thật sự, nhưng cũng có khi là chất dịch đục hoặc màu nâu nhạt nhưng bao giờ cũng chứa xác bạch cầu đa nhân, thành phần cơ bản của mủ

**2.Nguyên nhân**

Nguyên nhân của VMMP: Vi khuẩn thường gặp hiện nay là: Tụ cầu vàng, Liên cầu, Phế cầu, các vi khuẩn Gram âm như P.pneumoniae, K. pneumoniae, E. coli..

**3.Chẩn đoán**

***3.1.Lâm sàng***

Bệnh nhân được chẩn đoán VMMP khi có các dấu hiệu sau:

-Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc: sốt cao, đau đầu, mất ngủ, kém ăn,

gày sút.

1. -Ho, đau ngực, khó thở (do chèn ép phổi)
2. -Hội chứng 3 giảm ở phổi (ở trẻ nhỏ: rì rào phế nang giảm + gõ đục)
3. -Chọc dò màng phổi có mủ, đôi khi có màu đục, vàng, xanh, mầu nâu.

***3.2. Xét nghiệm***

**-** Xét nghiệm máu ngoại biên:

* 1. + Số lượng bạch cầu tăng, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng.
  2. + CRP tăng.
  3. + Lactat tăng.
  4. - Chụp xquang phổi (thẳng, nghiêng): có hình ảnh tràn dịch màng phổi.
  5. + Hình ảnh góc sườn hoành tù -> mờ hoàn toàn một bên phổi, trung thất bị
  6. đẩy về bên đối diện.
  7. + Mờ đồng nhất hay không đều, mờ nhiều hay ít phụ thuộc vào mức độ
  8. tràn dịch.
  9. + Hoặc có hình ảnh vách hoá khoang màng phổi
  10. - Siêu âm khoang màng phổi:
  11. + Hình ảnh tràn dịch hay vách hoá tạo thành ổ cặn (giai đoạn muộn).
  12. - Xét nghiệm dịch màng phổi:
  13. + Màu sắc dịch màng phổi: trong -> đục có mủ.
  14. + Tế bào: số lượng bạch cầu >10.000/mcl, chủ yếu là bạch cầu đa nhân
  15. trung tính.
  16. + Sinh hóa: có ý nghĩa tiên lượng xuất hiện mủ trong khoang màng phổi:
  17. pH<7,2, glu <40mg%, LDH >1000ui/l.

+ Vi sinh (nhuộm Gram, nuôi cấy tìm vi khuẩn, làm kháng sinh đồ).-Cấy máu.

***3.3. Chẩn đoán xác định***

- Hội chứng nhiễm trùng: sốt, ho, khó thở, đau ngực .v.v

- Hội chứng 3 giảm: rì rào phế nang giảm, rung thanh giảm, gõ đục.

- Xquang phổi có hình ảnh tràn dịch (hoặc ổ cặn màng phổi).

- Chọc hút màng phổi: cho chẩn đoán xác định đồng thời để xác định vi

khuẩn trong mủ và làm kháng sinh đồ.

**4. Điều trị**

***4.1. Nguyên tắc***

1. -Dùng kháng sinh liều cao, phối hợp, dùng kháng sinh theo KSĐ
2. -Làm sạch khoang màng phổi

-Điều trị hỗ trợ

-Điều trị triệu chứng

***4.2. Điều trị kháng sinh:***

1. \*Với nhóm vi khuẩn Gram (+): Tụ cầu, phế cầu .v.v.

-Kết hợp nhóm Beta-lactam và Aminosid:

Cloxacillin (200 mg/kg/24h/TM) + Amikacin (15mg/kg/24h/TB) Hoặc: Oxacillin (200mg/kg/24h/TM) + Amikacin (15mg/kg/24h/TB)

-Bệnh nhân trong bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết: Vancomycin 40-60mg / kg /

24h.

TM chậm + Amikacin (15mg/kg/24h/TB).

1. \*Với nhóm vi khuẩn Gram (-):
   1. Ceftazidim (100-150mg/kg/24h/TM) + Amikacin (15mg/kg/24h/TB)
   2. Hoặc Cefoperazone (100-150mg/kg/24h/TM) + Amikacin (15mg/kg/24h /TB).-

Vi khuẩn không điển hình: Macrolid, cân nhắc Quinolon.

* 1. Nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí: kết hợp thêm Metronidazol/Clindamycin.
  2. Chuyển kháng sinh đường uống khi lâm sàng cải thiện: (hết sốt, bạch cầu
  3. giảm, CRP giảm).

Thời gian điều trị kháng sinh 2-6 tuần.

1. Hoặc điều trị theo kết quả kháng sinh đồ nếu có

***4.3. Các biện pháp làm sạch mủ trong khoang màng phổi:***

***4.3.1. Chọc hút màng phổi:***

Áp dụng với tất cả các bệnh nhân để chẩn đoán nguyên nhân và hỗ trợ

điều trị. Lấy dịch màng phổi để làm xét nghiệm sinh hoá, tế bào, soi tươi, nuôi cấy. Chọc tháo mủ làm giảm khó thở khi lượng dịch màng phổi nhiều gây chèn ép.

***4.3.2. Mở màng phổi dẫn lưu kín:***

* 1. -Xquang có dịch >3 khoang liên sườn
  2. -Có hiện tượng vách hoá nhưng lượng dịch nhiều, mở khoang màng phổi dẫn lưu trong khi chờ phẫu thuật.
  3. -Thời gian dẫn lưu trung bình 5-7 ngày, rút ống dẫn lưu khi lượng dịch hút < 30ml/ ngày

***4.3.3. Phẫu thuật bóc tách màng phổi và các ổ cặn mủ khi:***

* 1. -Điều trị bằng kháng sinh và dẫn lưu sau 7ngày không có kết quả
  2. -Tình trạng toàn thân xấu đi
  3. -Suy hô hấp dai dẳng

1. -Có hình ảnh ổ cặn mủ trên phim Xquang và siêu âm
2. -Có hiện tượng rò khí – phế mạc (chỉ định mổ cấp cứu)

Mổ bóc tách màng phổi và ổ cặn mủ sớm giúp giảm thời gian điều trị và hạn chế tối đa biến chứng của bệnh.

***4.4. Điều trị hỗ trợ, điều trị triệu chứng:***

* 1. -Liệu pháp oxy (khi cần)
  2. -Liệu pháp bù dịch, thăng bằng toan kiềm.
  3. -Kiểm soát albumin máu.
  4. -Đảm bảo về dinh dưỡng, năng lượng, nâng cao thể trạng: cho bệnh nhân ăn uống tốt, truyền đạm, truyền máu, các loại sinh tố..
  5. -Tập thở để phục hồi khả năng đàn hồi của nhu mô phổi và làm phổi nở

**5. TIẾN TRIỂN, BIẾN CHỨNG VÀ THEO DÕI**

***5.1. Tiến triển***

- Nếu được điều trị đúng và tích cực ngay từ giai đoạn cấp tính thì có thể

khỏi sau 2-4 tuần.

- Nếu điều trị không tốt hoặc không được điều trị thì mủ màng phổi sẽ trở

thành mãn tính và dẫn tới các biến chứng nặng.

***5.2. Biến chứng***

- Các biến chứng tại chỗ: vỡ gây rò mủ qua thành ngực, rò màng phổi-phế

quản, có trường hợp rò màng phổi-thực quản hoặc vỡ ổ mủ màng phổi qua cơ

hoành vào ổ bụng.

- Các biến chứng toàn thân: suy kiệt do nhiễm trùng nhiễm độc nặng kéo

dài, nhiễm khuẩn huyết, áp xe các cơ quan khác (não,thận...), suy tim.

***5.3. Theo dõi***

- Bệnh nhân viêm mủ màng phổi cần được theo dõi ngoại trú, chụp XQ

phổi, xét nghiệm máu trong vòng 4 tuần sau khi xuất viện.

- Xquang phổi phần lớn bình thường sau 6 tháng.

**6. Phòng bệnh**

- Tiêm phòng đầy đủ

- Vệ sinh sạch sẽ

- Giữ ấm cơ thể

- Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Hướng dẫn hẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bv Nhi Trung Ương 2018

2.Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em Bộ y tế 2015

3.Phác đồ điều trị BV Nhi đồng 2 năm 2016

**TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI**

1. **Đại cương**

Tràn dịch màng phổi là sự có mặt bất thường của dịch trong khoang màng phổi

Khoang màng phổi là khoang ảo, lượng dịch trong khoang màng phổi trung bình vào khoảng 0.1 – 0,2 ml/ kg/ cân nặng

1. **Chẩn đoán**
   1. ***Công việc chẩn đoán:***
2. Hỏi:

- Sốt, ho, đau ngực, khó thở

- Tiền sử trước đó: Viêm phổi, tiếp xúc Lao, chấn thương ngực

1. Khám lâm sàng

- Tổng trạng, nhiệt độ, cân nặng

- Đánh giá mức độ suy hô hấp

- Khám và tìm hội chứng 3 giảm

- Khám hạch ngoại biên ( Tìm dấu hiệu của Lao hay bệnh ác tính)

1. Cận lâm sàng

- Công thức máu

- Xquang ngực

-Siêu âm màng phổi

- Xét nghiệm dịch màng phổi: Sinh hóa, tế bào, vi khuẩn, PCR Lao (Nghi ngờ Lao), tế bào máu, hay hóa mô miễn dịch nếu nghi ngờ bệnh lý ác tính

- Máu lắng, sinh thiết màng phổi

1. **Chẩn đoán xác định**

***3.1Chẩn đoán có tràn dịch màng phôi***

* Dựa vào khám có hội chứng 3 giảm
* Xquang phổi: Có hình ảnh tràn dịch
* Chọc dò màng phổi ra dịch
  1. ***Chẩn đoán tính chất dịch màng phổi***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dịch màng phổi | Dịch thấm | Dịch tiết |
| Protein | <3g/dl | >= 3 g/dl |
| LDH |  | Cao > 200 dv/l |
| Protien DMP/ Plasma | < 0.5 | >= 0.5 |
| LDH DMP/Plasma | < 0.6 | >= 0.6 |
| Đường | Bằng đường máu | Thấp < 60 mg% |

**4.Các tình hướng lâm sàng thường gặp:**

***4.1 Viêm mủ màng phổi***

- Hội chứng nhiễm trùng

- Dịch màng phổi đục như mủ, hoặc mờ là dịch tiết, thành phần dịch là đa nhân trung tính, soi tươi hoặc cấy có vi trùng

***4.2 Tràn dịch dưỡng chấp***

- Điển hình dịch mờ, đục như sữa

Tính chất dịch: Dịch vô trùng thành phần chủ yếu là Lyphocyte, Protein >= 3g/dl. Glucose + Glucose máu, Lipit 400 – 660 mg/dl, . Triglycerid >= 100 mg/dl ( Tiêu chuẩn chẩn đoán )

***4.3 Tràn dịch màng phổi Lao***

* Dịch màng phổi là dịch màu vàng chanh, dịch tiết, thành phần chủ yếu là Lyphocyte, PCR Lao (+)
* Bilan Lao: Máu lắng tăng, có nguồn lây lao

***4.4 Tràn dịch màng phổi do bệnh lý ác tính***

* Dịch màu vàng hay đỏ, thành phần chủ yếu là tế bào máu hay tế bào ác tính, sinh thiết màng phổi thấy tế bào ác tính

***5.Chẩn đoán phân biệt: U trung thất, u phổi***

**6.Điều trị**:

***6.1 Tràn dịch màng phổi dịch thấm***

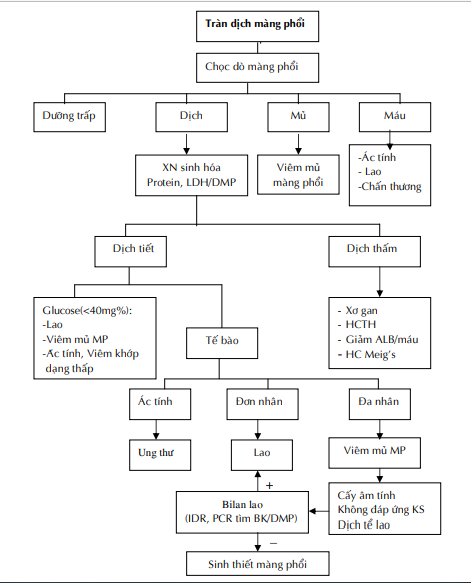
* Chỉ định chọc dò để giảm khó thở (Mỗi lần chọc dịch không vượt quá 10 ml/kg)
* Tìm bệnh căn đi kèm: Suy gan, hội chứng thận hư
  1. ***Tràn dịch màng phổi là dịch tiết***

1. a Nếu tràn dịch màng phổi là dịch mủ thì xử trí như Viêm mủ màng phổi
2. b.Tràn dịch màng phổi do Lao: Chọc dịch để làm giảm khó thở, làm xét nghiệm Bilan Lao, PCR Lao, không cần thiết phải cho kháng sinh ngay, dợi kết quả hộ chẩn với chuyên khoa Lao

c. Nếu tràn dịch dưỡng chấp: Chọc dò để giảm khó thở, dinh dưỡng đầy đủ, cung cấp thêm chất béo MCT ( Medium Chain Tryglycerid), điều trị bệnh đi kèm nếu biết ( Lao, ung thư)

d. Nếu tràn dịch dưỡng chấp ở trẻ sơ sinh phải chờ đợi, lượng dịch giảm hẳn ở 4 -5 tuần sau

**LƯU ĐỒ XỬ TRÍ TRÀN DỊCH MÀNG PHỔI**



TÀI LIỆU THAM KHẢO: Phác đồ điều trị BV Nhi đồng 1 năm 2020