**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM TIỂU PHẾ QUẢN**

**1. ĐỊNH NGHĨA:**

- Là bệnh lý viêm nhiễm cấp do virus của các phế quản nhỏ và trung bình ở trẻ < 2 tuổi. Đặc trưng bởi hội chứng lâm sàng: ho, khò khè, thở nhanh, có hay không có lõm ngực.

**2. NGUYÊN NHÂN:**

- RSV: 50-75%: lây lan cao thành dịch lớn, hoặc gây viêm tiểu phế quản mắc phải tại bệnh viện.

- Adenovirus type 3,7,21:10% :thường nặng hơn, có khả năng diễn tiến thành viêm tiểu phế quản tắc nghẽn.

- ít hơn: Parainfluenza, Influenza virus, Human metapNếumo virus, Mycoplasma...

- Lây lan: Do tiếp xúc trực tiếp nước mũi, đàm khi ho, tay người chăm sóc, đồ chơi.

**3. CHẨN ĐOÁN:**

***Bênh sử:***

Khởi phát từ từ với sốt nhẹ, ho sổ mũi, khò khè khó thở (thường ngày thứ 3-4 của bệnh).

***Tiền căn***

Khò khè: để phân biệt với suyễn, nếu trẻ >18 tháng cần nghĩ đến suyễn dù là cơn đầu.

***Yếu tố nsuy cơ:***

- < 3 tháng tuổi

- Tiền sử khi sinh: sinh non, nhẹ cân, suy hô hấp sơ sinh (đặc biệt là phải giúp thở)

- Bệnh tim bẩm sinh: nhất là tim bẩm sinh tím kèm cao áp phổi.

- Bệnh phổi mãn: loạn sản phế quản phổi, thiểu sản phổi...

- Suy dinh dưỡng nặng.

- Suy giảm miễn dịch bẳm sinh, mắc phải.

***Khám lâm sàng:***

- Dấu hiệu sinh tồn

- Tìm các dấu hiệu nguy hiểm: tím tái trung ương, không uống được, li bì khó đánh thức, co giật, suy dinh dưỡng nặng

- Dấu hiệu hô hấp: nhịp thở, co lõm, khò khè, ran phổi (ran ẩm, ran nổ).

***Cận lâm sàng:***

- Thường quy khi nhập viện: công thức máu, Xquang tim phổi thẳng.

- Khí máu động mạch: khi suy hô hấp.

- Dịch mũi hầu: test Elisa tìm kháng thể RSV: không đại trà.

***Chẩn đoán:*** Chủ yếu là lâm sàng:

- Tuổi: < 24 tháng

- Dịch tễ: thành dịch, mùa mưa, mùa lạnh.

- Lâm sàng: ho, khò khè, thở nhanh, có hoặc không co lõm ngực.

- Cận lâm sàng: không đặc hiệu cho chẩn đoán: công thức máu, xét nghiệm siêu vi, Xquang phổi: thường ứ khí phế nang đáy phổi, có thể xẹp phân thùy đỉnh hay thùy trên phổi phải, hoặc bình thường.

**4. PHÂN ĐỘ:**

***4.1. Nhẹ:***

- Tỉnh, bú tốt

- Nhịp thở <50 lần/phút

- SpO2 > 95%/khí ừời.

- Không yếu tố nguy cơ.

***4.2. Trung bình:***

- Tỉnh, bú kém.

- Thở 50-70 lần/phút, co lõm ngực.

- SpO2 92-95%/ khí trời.

***4.3. Nặng:***

- Bứt rứt, kích thích, hoặc li bì, rối loạn tri giác. Bú < 50% lượng sữa bình thường.

- Thở >70 lần/phút, không đều, có cơn ngưng thở (thường ở trẻ < 3tháng tuổi), tím, rên rỉ, co lõm ngực nặng.

- SpO2 < 92%/ khí trời.

**5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

*5.1. Suyễn:* tiền căn khò khè, đáp ứng tốt Salbutamol khí dung

*5.2. Viêm phổi*

*5.3. Suy tim ứ huyết, viêm cơ tim do virus.*

*5.4. Ho gà: < 3 tháng, ho dạng ho gà.*

*5.5. Dị vật*

*5.6. Hiếm gặp khác như các bệnh bẩm sinh: mềm sụn thanh quản, vòng nhẫn mạch máu: khi có dấu hiệu gợi ý, diễn tiến không điển hình.*

**6. XỬ TRÍ**(sử dụng toàn bộ phần điều trị theo phác đồ BV Nhi Đồng 1)

***6.1. Nguyên tắc cơ bản:***

Triệu chứng: chủ yếu là oxy, nước - điện giải -dinh dưỡng.

***6.2. Chỉ định nhập viện:***

- <3 tháng

- Có yếu tố nguy cơ ở trên

- Có 1 trong 5 dấu hiệu nguy hiểm trên

- Thở > 70 lần/phút, co lõm ngực.

- Có dấu hiệu mất nước.

***6.3.******Nhẹ:*** Ngoại trú, điều trị triệu chứng, hướng dẫn các dấu hiệu nặng cần khám ngay, tái khám 2 ngày. Không dùng kháng sinh, giãn phế quản, corticoid.

- Ăn bú bình thường: chia nhỏ các cữ cho khỏi sặc.

- Uống nhiều nước.

- Hạ sốt nếu có.

- Thuốc ho an toàn không chứa kháng histamine.(sữo Pectol, Sừo Astex)

***6.4. Trung bình: Nhập viện:***

*6.4.1. Hô hấp:*

- Nằm đầu cao.

- Thông thoáng đường thở: hút đàm thường xuyên.

- β2 agonist giãn phế quản: có hiệu quả không hằng định vì bằng chứng (mức độ chứng cứ loại I Cochrane 2010) không làm: tăng SpO2, giảm tần suất nhập viện, và giảm thời gian nằm viện . Khi khò khè khó thở co lõm ngực cho khí dung Salbutamol 0, 15mg/kg/lần **X**2 lần cách 20 phút. Sau 1 giờ: đánh giá lại nếu đáp ứng thì dùng tiếp, còn không thì không cần thiết dùng thêm. Khi khí dung dùng nước muối ưu trương 3% pha với Salbutamol.

*6.4.2.*Vật lý trị liệu hô hấp: chủ yếu khi có biến chứng xẹp phổi, khò khè kéo dài.

*6.4.3.*Nước - điện giải - dinh dưỡng: Ăn bú bình thường : chia nhỏ các cữ cho khỏi sặc. Lưu ý nếu thở > 60l/ph thì nguy cơ hít sặc cao.

*6.4.4.*Kháng sinh : theo WHO cần điều trị kháng sinh như viêm phổi do vi trùng ở nước đang phát triển như Việt Nam vì: không có dấu hiệu đặc hiệu phân biệt giữa virus và vi trùng, không có điều kiện cách ly, và nhiều yếu tố nguy cơ kết hợp nhiễm trùng do vi trùng.

Các kháng sinh thường dùng: Amoxicilline, Amox-Clavulanic acid, ceíurox-ime, Ceíòtaxime, Ceữriaxon. Trong trường hợp dị ứng dùng nhóm Macrolid như: Clarithromycine, Erythromycine, Azithromycine (dạng huyền dịch, viên hoặc dạng gói)

*6.4.5.* Corticoid : bằng chứng ( mức độ chứng cứ loại I Cochrane 2010) cho thấy corticoid không làm giảm thời gian nằm viện. Chỉ định khi nghi ngờ suyễn hoặc có suy hô hấp. Dạng khí dung chưa được khuyến cáo sử dụng:

- Prednisone 1 -2mg/kg/ngày

- Hydrocortisone 5mg/kg/mỗi 6 giờ

- Dexamethasone 0, 15mg/kg/mỗi 6-8giờ

***6.5. Nặng:***

*6.5.1.* Theo dõi sát: mạch, nhịp thở, và SpO2, khí máu.

*6.5.2.* Hô hấp:

**Chỉ định thở oxy ẩm qua cannula:**

- Tím tái.

- Thở > 701ần/phút co lõm ngực nặng.

- Rên rỉ.

- Bỏ bú hay bú kém.

**Chỉ định thở NCPAP:**

- Thở cannula FiO2 40% vẫn còn tím tái.

- Thở > 701/ph /oxy.

- Xẹp phổi.

**Chỉ định thở máy: khi thất bại với thở NCPAP:**

- Có cơn ngưng thở.

- Kiệt sức.

- Tăng PaCO2, giảm nặng PaO2.

**Khí dung β2 agonist giãn phế quản**nếu không cải thiện có thể xem xét cho khí dung Adrenalin l%o liều 0,4-0, 5ml/kg/lần tối đa 5ml.

*6.5.3.* Nước- điện giải - dinh dưỡng : chú ý hội chứng SIADH ( thường khi tổn thương nhu mô phổi nặng, hỗ ừợ hô hấp áp lực dương): cung cấp 2/3 nhu cầu cơ bản.

**Chỉ định đặt sonde dạ dày nuôi ăn:**

- Thở > 70-801ần/phút

- Ói liên tục

- Tăng công hô hấp khi đang bú, SpO2 <90%/ oxy khi đang bú, hoặc kém phối hợp động tác bú nuốt và hô hấp.

**Chỉ định truyền dịch nuôi ăn đường tĩnh mạch:**

- Mất nước.

- Ăn hoặc bú <80ml/kg/ngày.

**6.6. Không khuyến cáo sử dụng thường quy:**

- *Vât lý tri liệu:* chủ yếu khi có biến chứng xẹp phổi, khò khè kéo dài.

- *Ipratropium bromide:* khi nghi ngờ suyễn, phối hợp khí dung salbutamol.

- Kháng virus Ribavrin: khi RSV (+) mà kèm thờ máy, hoặc có yếu tố nguy cơ: khí dung 18 giờ/24 giờ qua nội khí quản, rất đắt tiền.

- Immunoglobulin: không khuyến cáo dùng rộng rãi, rất đắt tiền.

*6.7.*Không khuyến cáo:

- Khí dung Normal saline

- Khí dung liên tục để làm ẩm

- Thuốc ho không an toàn (có chứa kháng histamine)

- Kháng histamine

**7. DIỄN TIẾN:**

*7.1.* *Giảm:* sau 3-4 ngày, khỏi hẳn sau 1-2 tuần.

*7.2.****Biến chứng:***

- Suy hô hấp cấp: thường xảy ra 24-48 giờ sau nhập viện, xử trí không kịp có thể tử vong.

- Bội nhiễm vi trùng: kéo dài điều trị.

- Kéo dài: vài tháng thường do Adenovirus, dẫn đến lệ thuộc Oxy loạn sản phổi.

**8. TIÊN LƯỢNG:**

Nặng khi có yếu tố nguy cơ ở trên.

***9.*** **PHÒNG NGỪA:**

- Mang khẩu hang

- Rửa tay

- Cách ly.