1. **ĐẠI CƯƠNG**
2. **Định nghĩa**

Viêm tiểu phế quản là bệnh lý viêm cấp tính do siêu vi của các phế quản cỡ nhỏ và trung bình, gặp ở trẻ < 2 tuổi, đặc trưng bởi hội chứng lâm sàng: ho, khò khè, thở nhanh và co lõm ngực.

1. **Nguyên nhân**

* *Respiratory syncytial virus* (RSV): chiếm đa số, khả năng lây lan rất cao, có thể gây thành dịch. Tỉ lệ mắc bệnh cao ở lứa tuổi 2-24 tháng.
* Human metapneumovirus: 8%
* Virus khác: *Rhinovirus, Adenovirus, Parainfluenzavirus, Enterovirus, Influenzavirus, Mycoplasma,…*

1. **LÂM SÀNG**

Chẩn đoán viêm tiểu phế quản chủ yếu dựa vào tuổi, triệu chứng lâm sàng, yếu tố dịch tễ của RSV trong cộng đồng. Các xét nghiệm thường quy thường không đặc hiệu.

1. **Bệnh sử**

* Khởi đầu với các triệu chứng nhiễm siêu vi: sổ mũi, ho, không sốt hoặc sốt nhẹ.
* Trong 1-2 ngày diễn tiến nhanh đến suy hô hấp, khò khè, thở nhanh co lõm ngực.

1. **Tiền căn**

* Khò khè trước đó (nếu ≥ 2 lần cần phân biệt với suyễn).
* Yếu tố nguy cơ:
  + - Tuổi < 3 tháng.
    - Tiền sử sanh non, nhẹ cân, suy hô hấp sơ sinh.
    - Bệnh tim bẩm sinh, bệnh phổi mạn tính kèm theo: tim bẩm sinh tím, cao áp phổi, loạn sản phế quản phổi…
    - Suy dinh dưỡng nặng.
    - Suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải.

1. **Thăm khám**

* Thở nhanh, co lõm ngực, thì thở ra kéo dài - Ngưỡng thở nhanh theo tuổi:

|  |  |
| --- | --- |
| **< 2 tháng** | **≥ 60 lần/phút** |
| **2 tháng - dưới 12 tháng** | **≥ 50 lần/phút** |
| **12 tháng - 5 tuổi** | **≥ 40 lần/phút** |

* Phổi: có thể có ran ẩm, ran ngáy, ran rít hoặc không nghe ran.

1. **CẬN LÂM SÀNG**

* Công thức máu: bạch cầu trong giới hạn bình thường.
* X-quang ngực:
  + - Ứ khí.
    - Dày thành phế quản hoặc viêm phổi kẽ.
    - Xẹp phổi.
    - Bình thường.
* Khí máu động mạch: trong trường hợp suy hô hấp nặng để đánh giá sự trao đổi khí.

1. **CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

* Suyễn nhũ nhi: khò khè ≥ 3 lần có đáp ứng với thuốc giãn phế quản.
* Viêm phổi: hoặc viêm phổi đi kèm.
* Ho gà: trẻ < 3 tháng chưa được chủng ngừa.
* Dị vật đường thở bỏ quên.
* Suy tim.
* Trào ngược dạ dày thực quản.
* Các nguyên nhân hiếm gặp khác: mềm sụn thanh quản, vòng nhẫn mạch máu, bất thường khí phế quản…

1. **TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

* Biểu hiện nhiễm trùng nhiễm độc, bú kém, li bì và mất nước.
* Khó thở (phập phồng cánh mũi, co kéo cơ liên sườn), thở nhanh (theo lứa tuổi), tím tái.
* Giảm oxy máu (SpO2< 95% không khí phòng).
* Ba mẹ không có điều kiện chăm sóc bé tại nhà.
* Có một trong các yếu tố nguy cơ.

1. **ĐIỀU TRỊ**
2. **Nguyên tắc**

Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị hỗ trợ: cung cấp đủ oxy, nước - điện giải và dinh dưỡng.

1. **Điều trị hỗ trợ - Hỗ trợ hô hấp:**

* Cung cấp oxy để đảm bảo SpO2 ≥ 92%: thở oxy ẩm qua canula, NCPAP hoặc thở máy tùy theo diễn tiến lâm sàng.
* Cung cấp đầy đủ dinh dưỡng, nước và điện giải.
* Dinh dưỡng qua sonde dạ dày khi:
  + - Thở > 70 lần/phút
    - Nôn ói liên tục
    - SpO2< 90% khi trẻ bú, ăn uống dù đang thở oxy.
* Dinh dưỡng bằng đường tĩnh mạch: khi trẻ có dấu hiệu mất nước hoặc nuôi qua sonde dạ dày không đủ nhu cầu năng lượng.
* Hội chứng tăng tiết ADH không thích hợp: hạn chế dịch = 2/3 nhu cầu cơ bản.

1. **Phát hiện và điều trị biến chứng**

Thường gặp là bội nhiễm vi trùng, đôi khi có xẹp phân thùy phổi.

1. ***Kháng sinh:***

* Kháng sinh chỉ định khi có bằng chứng bội nhiễm vi trùng hoặc lâm sàng có dấu hiệu nặng chưa loại trừ nhiễm trùng:
  + - Sốt cao đột ngột hoặc kéo dài.
    - Diễn tiến lâm sàng xấu nhanh trong vòng 24-48 giờ.
    - Bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân chiếm ưu thế; CRP > 20 mg/l
    - X-quang có thâm nhiễm đông đặc phổi.
    - Cấy đàm (+), cấy máu (+).
* Có thể sử dụng kháng sinh như trong điều trị Viêm phổi.

1. ***Thuốc giãn phế quản:***

Có thể sử dụng khi chưa loại trừ suyễn.

* Khí dung Salbutamol: 0,15 mg/kg/lần (tối thiểu 2,5 mg; tối đa 5 mg/lần). Phun khí dung với Oxy 6 lít/phút khi bệnh nhân khó thở nhiều, co lõm ngực nặng, tím tái, SpO2< 92%. Nếu có đáp ứng thì tiếp tục khí dung mỗi 4 - 6 giờ và ngưng khi triệu chứng suy hô hấp cải thiện. (IIB - Uptodate 19.1).
* Không khuyến cáo dùng giãn phế quản đường uống (IA - Uptodate 19.1).
* Không dùng kháng cholinergic.

1. ***Corticosteroid:***

* Còn nhiều tranh cãi, không khuyến cáo dùng thường qui ở trẻ khỏe mạnh và trẻ nhỏ viêm tiểu phế quản lần đầu. (IA - Uptodate 19.1).
* Có thể có hiệu quả ở những bệnh nhân có bệnh phổi mạn tính (loạn sản phế quản phổi) và bệnh nhân khò khè nhiều lần trước đó.
* Khí dung Corticoid không hiệu quả trong dự phòng khò khè tái phát (IB - Cochrane 2008).

1. ***Nước muối ưu trương Natrichlorua 3%:***

* Có tác dụng làm giảm phù nề đường thở và nút nhầy.
* Dùng Natrichlorua 3% đơn độc không kèm thuốc giãn phế quản.
* Natrichlorua 3% hiệu quả hơn Natrichlorua 9‰ trong cải thiện triệu chứng nặng và giảm thời gian nằm viện. (A - Cochrane 2011).
* Sử dụng ở những bệnh nhân:
  + - Lần đầu tiên khò khè
    - Bệnh nhân nặng nằm phòng cấp cứu.
    - Không có bệnh lý tim mạch, bệnh phổi mạn tính.

1. ***Vật lý trị liệu hô hấp:***

* Không chỉ định thường qui, chỉ định trong những trường hợp có xẹp phổi.

1. **TÀI LIỆU THAM KHẢO**
2. *Phác đồ điều trị nhi khoa*, Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2020)
3. *Hướng dẫn điều trị nhi khoa,* Bệnh viện Nhi Đồng 2 (2019)
4. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em,* Bộ Y tế (2015)
5. *Thực hành lâm sàng Nhi khoa,* Bộ môn Nhi – Đại học Y dược TP.HCM (2020)