



VIÊM PHỔI DO VI KHUẨN Ở TRẺ EM

Viêm phổi là tình trạng viêm cấp tính lan toả cả phế nang, mô kẽ và phế quản, có thể một hoặc hai bên phổi.

Viêm phổi cộng đồng: viêm phổi mắc phải ở cộng đồng hoặc 48 giờ đầu nằm viện.

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán viêm phổi và mức độ nặng (viêm phổi, viêm phổi nặng) ở trẻ em chủ yếu dựa vào lâm sàng.

1. Viêm phổi

Trẻ ho, sốt kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu:

-Thở nhanh:

< 2 tháng tuổi \geq 60 lần/phút
2 - \leq 12 tháng tuổi \geq 50 lần/phút
1-5 tuổi \geq 40 lần/phút
> 5 tuổi \geq 30 lần/phút- Rút lõm lồng ngực (phần dưới lồng ngực lõm vào ở thì hít vào)

- Nghe phổi có tiếng bất thường: ran ẩm nhỏ hạt, ran phế quản, ran nổ, giảm thông khí khu trú.

CHẨN ĐOÁN

2. Viêm phổi nặng

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

CÂN LÂM SÀNG

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.
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. Xét nghiệm tìm nguyên nhân gây bệnh: 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.

NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

Thay đổi tùy theo lứa tuổi.

- a. Trẻ sơ sinh: liên cầu B, trực khuẩn Gram âm đường ruột, *Listeria monocytogenes*, *Chlamydia trachomatis*
 - b. Trẻ 2 tháng đến 5 tuổi: phế cầu, HI, *M. pneumoniae*, tụ cầu...
 - c. Trẻ trên 5 tuổi: *Mycoplasma*, phế cầu, tụ cầu
-

ĐIỀU TRỊ

1. Viêm phổi

- Điều trị ngoại trú.
- Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà: cách cho trẻ uống thuốc, các 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:

1.1. Trẻ dưới 5 tuổi:

Uống một trong các kháng sinh sau:

- Amoxicillin 80mg/kg/24 giờ, chia 2 lần hoặc
- Amoxicillin – clavulanic 80mg/kg/24 giờ, chia 2 lần

.Thời gian điều trị 5 ngày.

- Nếu trẻ dị ứng với nhóm Beta – lactam hoặc nghi ngờ viêm phổi do vi khuẩn không điển hình thì dùng nhóm Macrolid: (Azithromycin, Clarithromycin hoặc Erythromycin).
-

ĐIỀU TRỊ

1.2. Trẻ trên 5 tuổi:

Viêm phổi do vi khuẩn không điển hình rất thường gặp. Kháng sinh lựa chọn ban đầu là nhóm Macrolid. Dùng một trong các thuốc sau:

- Erythromycin 40 mg/kg/24 giờ, chia 3 lần, uống khi đói. Hoặc
- Clarithromycin 15 mg/kg/24 giờ, uống, chia 2 lần. Hoặc
- Azithromycin 10 mg/kg/24 giờ, uống một lần khi đói.

Thời gian điều trị 7 □ 10 ngày. Azithromycin có thể dùng 5 ngày.

ĐIỀU TRỊ

2. Viêm phổi nặng

~~Trẻ viêm phổi nặng được điều trị tại bệnh viện.~~

2.1. Chống suy hô hấp:

- + Bệnh nhân nằm ở nơi thoáng, mát, yên tĩnh.
 - + Thông thoáng đường thở.
 - + Thở oxy khi $SpO_2 < 90\%$. Tùy mức độ suy hô hấp có thể thở mask, gọng mũi, thở liên tục hay ngắt quãng. Thở CPAP.
-

ĐIỀU TRỊ

2.2. Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt khi nhiệt độ $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$, 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

2.3. Điều trị kháng sinh

Kháng sinh lựa chọn ban đầu thuộc nhóm Penicilline A kết hợp một thuốc thuộc nhóm Aminosit. Lựa chọn:

- Ampicillin 200mg/kg/24 giờ, chia 4 lần, tiêm tĩnh mạch chậm cách mỗi 6 giờ. 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 tiêm tĩnh mạch chậm 30 phút hoặc tiêm bắp một lần. Có thể thay thế bằng Amikacin 15mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm hoặc tiêm bắp.
-

ĐIỀU TRỊ

- Dùng **Ceftriaxon** 80mg/kg/24h tiêm tĩnh mạch chậm 1 lần hoặc Cefotaxim 100 – 200 mg/kg/24 giờ, ~~chia 2 - 3 lần tiêm tĩnh mạch chậm~~ ; dùng khi thất bại với các thuốc trên hoặc dùng ngay từ đầu.
- 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. Điều trị ít nhất 3 tuần.
- Nếu có bằng chứng viêm phổi do vi khuẩn không điển hình: uống Macrolid nếu trẻ không suy hấp. Nếu trẻ suy hô hấp, dùng Levofloxacin tiêm tĩnh mạch chậm 15-20 mg/kg/12h, ngày hai lần. Thời gian điều trị 1- 2 tuần.

VIÊM PHỔI KHÔNG ĐIỂN HÌNH Ở TRẺ EM

Năm 1938 Reiman đưa ra thuật ngữ viêm phổi không điển hình (atypical pneumonia) với tác nhân là Mycoplasma. Xu hướng viêm phổi không điển hình ngày một gia tăng. Tỷ lệ viêm phổi không điển hình từ 15-25% các trường hợp viêm phổi. lứa tuổi hay gặp là 2 đến 10 tuổi, trong đó tuổi tiền học đường chiếm 75-80%. Tỷ lệ người lành mang vi khuẩn không điển hình chiếm 30-35%.

VI KHUẨN GÂY VIÊM PHỔI KHÔNG ĐIỂN HÌNH

Có 3 loại vi khuẩn: - *Mycoplasma pneumoniae* 55 - 70%

- *Chlamydia pneumoniae* 10 - 15%

- *Legionella pneumoniae* 5 - 7%

Đặc điểm chung của những vi khuẩn này là chúng chui vào trong tế bào vật chủ và phát triển, phá hủy tế bào vật chủ, bởi cấu trúc vi khuẩn bị thiếu hụt một phần ở thành vách tế bào, dễ biến thể, không đủ ARN. Vi khuẩn có khả năng tạo Hydrogen peroxid phá hủy tế bào. Những vi khuẩn này đều là vi khuẩn Gram âm.

TỒN THƯƠNG CƠ THỂ BỆNH

Tồn thương bộ máy hô hấp đa dạng. Chủ yếu ở tổ chức kẽ kèm tổn thương nhu mô phổi. Các tiểu phế quản nhỏ bị phù nề, hoại tử, nghẽn tắc mạch. Các đại thực bào và tế bào đơn nhân bị vi khuẩn phá hủy, tổn thương nhu mô lan tỏa.

LÂM SÀNG

- Đa số viêm phổi không điển hình có giai đoạn tiền triệu bằng triệu chứng viêm đường hô hấp. Đôi khi khởi phát nhanh đột ngột.
 - Sốt cao, sốt liên tục > 39 - 40°C hay gặp.
 - Ho nhiều, thành cơn hoặc ho khan lúc đầu sau có đờm khi ở giai đoạn xuất tiết trong lòng đường thở.
-

LÂM SÀNG

- Khàn tiếng khi ho nhiều
 - Trẻ lớn có thể kèm đau ngực.
 - Triệu chứng cơ năng và toàn thân thường rầm rộ, nặng nề.
 - Triệu chứng thực thể thường nghèo nàn. Thăm khám thu được ít biểu hiện rõ ràng như ran ở phổi hay triệu chứng khác.
 - Một đặc điểm lâm sàng gợi ý viêm phổi không điển hình là thường có kết hợp tổn thương ngoài phổi như: tổn thương màng phổi, tổn thương gan, lách hay cơ tim v.v...
-

CẬN LÂM SÀNG

- Xét nghiệm huyết học: số lượng BC tăng hoặc tăng nhẹ, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính có thể không tăng. CRP thường tăng cao.
- Các xét nghiệm sinh hóa ít có biến đổi, khi có suy thở nặng, đo khí máu sẽ thấy pH có thể giảm, $p\text{aCO}_2$ tăng, $p\text{aO}_2$ giảm, SaO_2 giảm.
- Xét nghiệm vi sinh: có giá trị chẩn đoán xác định căn nguyên vi khuẩn. Phương pháp nuôi cấy vi khuẩn trực tiếp hay phương pháp PCR, realtime PCR tìm đoạn gen vi khuẩn không điển hình từ các bệnh phẩm dịch tiết hô hấp.

CẬN LÂM SÀNG

- Xquang: hình ảnh tổn thương phổi trên phim chủ yếu là tổn thương ở nhu mô, lan tỏa, hình lưới, mờ không đều, rải rác toàn bộ 2 phế trường kiểu hình ảnh tổn thương tổ chức kẽ. Đôi khi có hình ảnh tổn thương đám mờ đậm tập trung kiểu hoại tử. Một số trường hợp có tràn dịch màng phổi một hoặc hai bên kèm theo, tuy lượng dịch không nhiều.
-

CHẨN ĐOÁN

- Lứa tuổi, yếu tố dịch tễ, biểu hiện lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa, huyết học, Xquang có giá trị gợi ý chẩn đoán viêm phổi không điển hình.
 - Chẩn đoán xác định nguyên nhân dựa vào xét nghiệm vi sinh phân lập được vi khuẩn hay tìm được bằng chứng đoạn ADN của vi khuẩn.
-

ĐIỀU TRỊ

6.1. Chống suy hô hấp:

- Nếu có suy hô hấp cần sử dụng liệu pháp ôxy gen, theo dõi sát nhịp thở, SaO₂, khí máu, hút thông đường thở.
- Truyền dịch: cung cấp đủ nước và điện giải.

6.2. Điều trị hỗ trợ:

Hạ sốt, cung cấp đủ dinh dưỡng, calo theo nhu cầu

ĐIỀU TRỊ

6.3. Kháng sinh:

- Lựa chọn đầu tiên là kháng sinh nhóm Macrolid: Bao gồm hoặc Erythromycin (50 mg/kg /ngày), Clarithromycin (15 mg /kg /ngày) và Azithromycin (liều 10 mg/kg/ngày).
 - Quinolone là nhóm kháng sinh tiếp theo có hiệu quả cao với vi khuẩn gây viêm phổi không điển hình, Levofloxacin 20 mg/kg/ngày.
 - Có thể dùng dạng uống với thể viêm phổi không nặng. Nên dùng dạng kháng sinh tiêm khi viêm phổi nặng, có suy thở.
-

PHÒNG BỆNH

- 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.
-