


VIÊM THANH KHÍ PHẾ
QUẢN

Mục tiêu học tập

1. **Tác nhân**
 2. **Dịch tễ học**
 3. **Bệnh sinh**
 4. **Lâm sàng**
 5. **Chẩn đoán**
 6. **Điều trị**
 7. **Case study**
- 

Đại cương

Croup:

- Cry aloud
- Roup-> To cry or shout

Nhóm bệnh lý bao gồm:

- Laryngotracheitis
- Bacterialtracheitis
- Spasmodic croup
- Laryngotracheobronchitis
- Laryngotracheobronchopneumonitis

Tác nhân

Parainfluenza viruses (types 1, 2, 3): 80%

- **PIV1 chiếm tỉ lệ cao nhất ± gây dịch**
- **PIV2 gây bệnh lẻ tẻ**
- **PIV3 tổn thương biểu mô đường hô hấp nhỏ: viêm tiểu phế quản**

Tác nhân

- **Các tác nhân khác:**

Adenovirus

Enterovirus

Human bocavirus

Coronavirus

Rhinovirus

Tác nhân

**Virus: influenza virus, Adenovirus, Herpes gây
bệnh nặng hơn**

Mycoplasma ít gặp hơn



Dịch tễ

- **Tuổi nhà trẻ: 6th –3 tuổi, đỉnh 18 –24 tháng**
- **Sau 6 tuổi hiếm gặp**
- **1,5 – 6% cần nhập viện (2%)**
- **Nam nhiều hơn nữ: 1,4/1**
- **Lây nhiễm qua các giọt chất tiết, qua bàn tay**
- **Virus sống lâu ngày trên bề mặt khô: quần áo, đồ chơi kiểm soát lây lan**

Bệnh sinh

Viêm & sưng nề chủ yếu vùng hạ thanh môn gây chít hẹp-> triệu chứng ± lan đến khí & phế quản

Biểu mô hạ thanh môn có nhiều tuyến nhày -> khi viêm chất tiết làm hẹp thêm lòng thanh quản

PIV ái lực với biểu mô hô hấp - tế bào có lông: hemagglutinin-neuraminidase & acid sialic

Bệnh sinh

Protein F hợp màng: chuyển các tp virus giữa các tế bào

PIV cytopathic -> tế bào khổng lồ & chết

Đáp ứng viêm: BC đa nhân, mono thâm nhiễm vào lớp dưới biểu mô -> xung huyết mạch máu & phù nề thành đường thở

Hóa chất trung gian gây co thắt -> hẹp khẩu kính

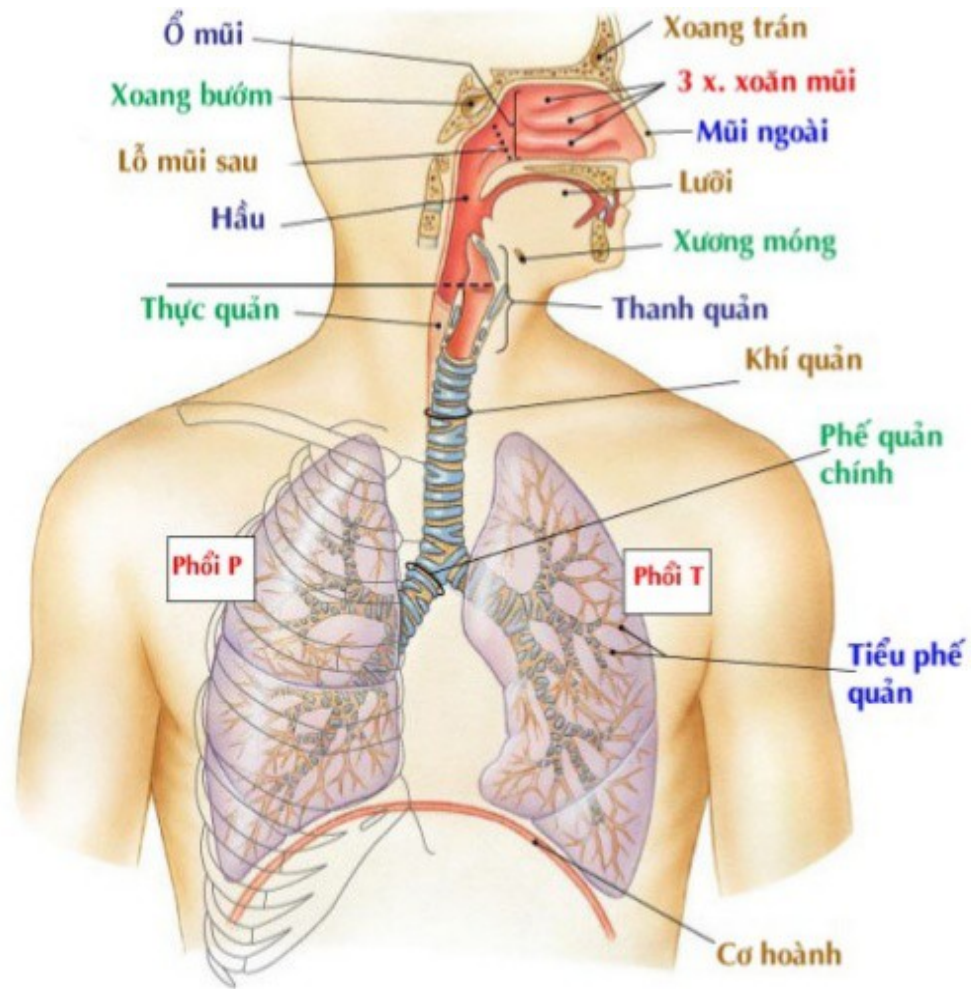
Bệnh sinh

Đáp ứng tăng nhạy cảm type 1

Vai trò của IgE kháng PIV -> hẹp đường thở

Liên quan rõ ở bệnh nhân viêm thanh quản co thắt tái phát (spasmodic croup): tăng hoạt tính ở đhh trong & ngoài lồng ngực

Bệnh căn của viêm thanh quản co thắt chưa rõ



Triệu chứng lâm sàng

Bắt đầu với viêm hô hấp không đặc hiệu (ho, chảy mũi, đau họng).

Sốt (38-39°C) có thể 40°C.

Thời gian 1-2 ngày



Lâm sàng khó thở thanh quản

Triệu chứng chính

Khó thở chậm thì hít vào

Tiếng rít thì hít vào

Co lõm cơ hô hấp phụ

Nặng lên vào ban đêm 22 giờ hay 4 giờ sáng

Giảm trong vòng 2-7 ngày, nhưng có trường hợp 2 tuần

Phân độ khó thở thanh quản

Điểm số Westley

Tri giác

- Bình thường: 0
- Rối loạn: 5

Tím tái

- Không: 0
- Khi kích thích: 4
- Khi nghỉ ngơi: 5

Thở rít

- Không: 0
- Khi kích thích: 1
- Khi nghỉ ngơi: 2

▪ Luồng khí hít vào

- Bình thường: 0
- Giảm: 1
- Giảm rõ: 2

▪ Co kéo cơ HH phụ

- Không: 0
- Nhẹ: 1
- Trung bình: 2
- Nặng: 3

< 4 : VTKPQ nhẹ

5-6 : VTKPQ nhẹ/trung bình

7-8 : VTKPQ trung bình

> 9 : VTKPQ nặng.

Phân độ lâm sàng

- ❖ **Thể nhẹ: thường gặp nhất**
 - **Hắt hơi, chảy mũi, sốt nhẹ, tổng trạng tốt**
 - **Vẫn chơi, ăn uống bình thường**
 - **Ho như chó sủa**
 - **Khóc/nói khàn**
 - **Triệu chứng nặng lên vào buổi tối**
 - **± tiếng thở rít khi gắng sức, (-) lúc nghỉ**
 - **Không dấu hiệu nguy kịch hô hấp**

Phân độ lâm sàng

❖ **Thể trung bình:**

Như thể nhẹ

Tiếng thở rít khi nghỉ ngơi

Có dấu hiệu nguy kịch hô hấp: co lõm ngực, thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, tim nhanh

Trẻ còn chơi, vẫn uống được

Phân độ lâm sàng

❖ **Thể nặng**

nặng nhanh

Dấu hiệu nguy kịch tăng ± do thăm khám

Trẻ có vẻ lo lắng, mệt

**Chảy nước bọt, từ chối uống, không thể vừa
nuốt vừa thở**

Không có vẻ mặt nhiễm trùng, nhiễm độc

Trẻ: bứt rứt, vật vã, tím tái, rối loạn tri giác

Giảm SpO2

NHẬN BIẾT NHANH

- **Nhẹ:** không hoặc ít dấu hiệu khi nằm yên, ăn uống, chơi bình thường. Chỉ khàn tiếng, thở rít khi gắng sức, khóc.
- **Trung bình:** có dấu hiệu khi nằm yên nhưng chưa có dấu hiệu thiếu ôxy. Thở rít khi nằm yên, khó thở, thở nhanh, rút lõm ngực, tim nhanh.
- **Nặng:** có dấu hiệu thiếu ôxy. Tím tái, cơn ngừng thở, lơ mơ.

Tiếp cận chẩn đoán

Hỏi bệnh

- Triệu chứng khởi phát: sốt nhẹ, ho, sổ mũi. Sau 1 - 3 ngày đột ngột xuất hiện dấu hiệu khàn tiếng và khó thở thanh quản.
- Hội chứng xâm nhập để loại trừ dị vật đường thở.
- Trẻ còn ăn uống được, nuốt khó hay không để phân biệt viêm nắp thanh môn.
- Tiền căn thở rít hoặc khó thở thanh quản để chẩn đoán phân biệt với dị

Tiếp cận chẩn đoán

Khám lâm sàng

- Sốt nhẹ hay không sốt.
- Khàn tiếng, tiếng rít thanh quản.
- Thở nhanh, co lõm ngực.
- Tím tái.
- Khám họng tìm giả mạc để loại trừ bạch hầu.
- Phân độ khó thở thanh quản

Tiếp cận chẩn đoán

Đề nghị cận lâm sàng

- CTM.
- Phết họng loại trừ bạch hầu.
- Khi suy hô hấp hoặc cần chẩn đoán phân biệt X-quang phổi và cổ thẳng.
 - Phát hiện tình trạng hẹp hạ thanh môn (dấu hiệu nóc nhà thờ: Steeple sign).
 - Loại trừ dị vật đường thở.

Tiếp cận chẩn đoán

Đề nghị cận lâm sàng

- **CT scanner ổ ngực:** khi cần chẩn đoán phân biệt với dị vật đường thở, dị dạng mạch máu hay dị dạng đường dẫn khí.
- **Nội soi thanh khí quản** không thực hiện thường quy, chỉ nội soi khi:
 - Cần chẩn đoán phân biệt dị vật đường thở.
 - Khó thở thanh quản tái phát.
 - Thất bại điều trị nội khoa.

Tiếp cận chẩn đoán

Chẩn đoán xác định

- Triệu chứng khởi phát: viêm hô hấp trên.
- Khàn tiếng.
- Rít thanh quản.
- Nội soi: viêm thanh khí quản

Tiếp cân chẩn đoán

□ □ X quang phổi: giá trị tiên lượng

X quang cổ thẳng/ nghiêng: không thường quy, chỉ khi cần Δ phân biệt 40% 40% có bất thường

Thẳng: Hẹp hạ thanh môn: DH nóc nhà thờ (Steeple sign)

Nghiêng: dẫn rộng vùng hạ hầu

Tiếp cận chẩn đoán

- Nội soi trong giai đoạn cấp: hiếm khi chỉ định để tránh làm BN nặng thêm. □

Chỉ định:

Nghi ngờ dị vật đường thở.

Khi tắc nghẽn HH trên nặng: giúp phát hiện bất thường & hỗ trợ đặt NKQ

Tiếp cân chẩn đoán

Nội soi sau giai đoạn cấp:

Chỉ định: Nghi ngờ hẹp hạ thanh môn sau NKQ.

VTKPQ tái phát ở trẻ nhỏ (< 3 tuổi)

TC tiếng thở bất thường mãn tính, khàn tiếng, khóc yếu

VTKPQ tái phát hay kéo dài –kém đáp ứng ĐT hay cần đặt NKQ

TC trào ngược DD –TQ đã được xác định.

Tiếp cận chẩn đoán

Lưu ý

- Hai yếu tố quan trọng ghi nhận ngay khi âm tính:**

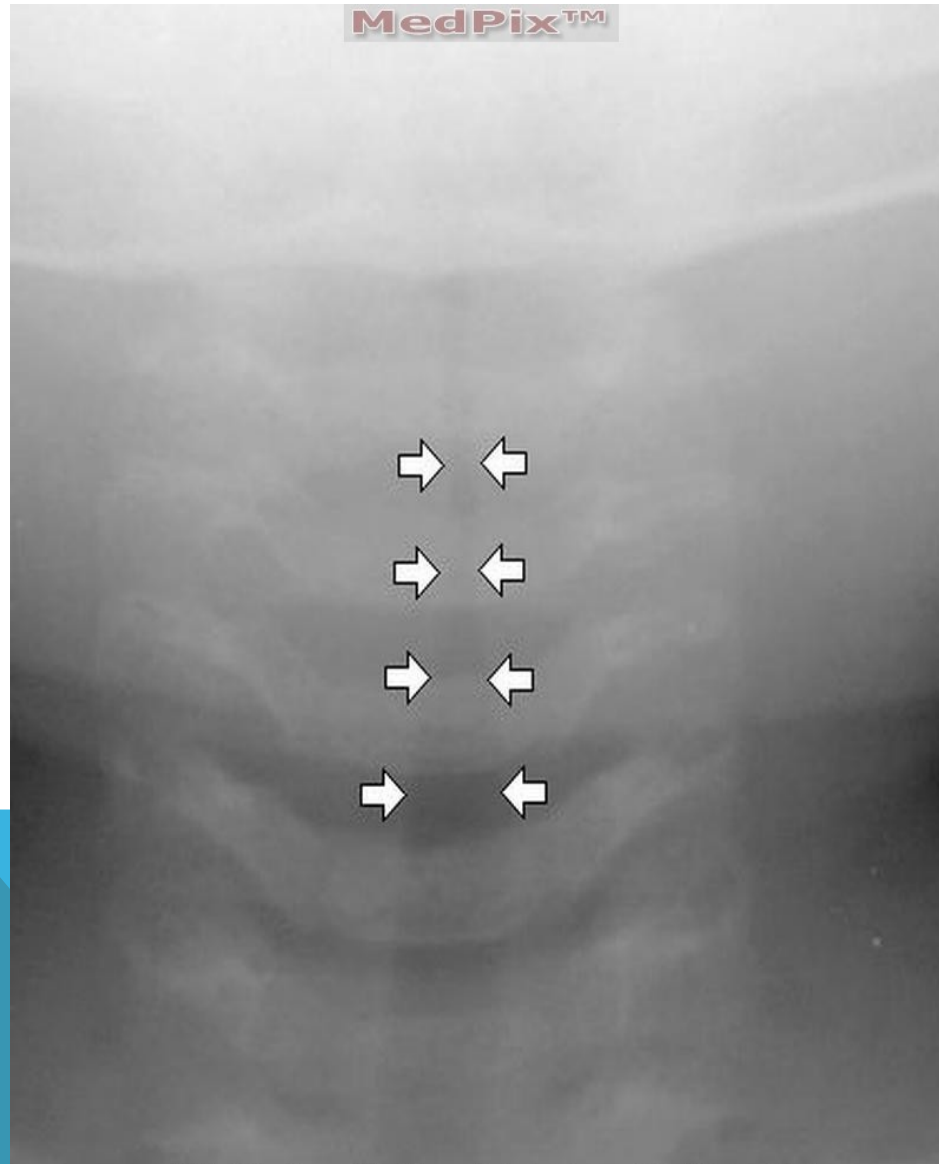
Hội chứng xâm nhập nhập.

Không uống được

HÌNH ẢNH X QUANG (tt)



HÌNH ẢNH X QUANG (tt)



HÌNH ẢNH X QUANG (tt)



- Đường dọc thân sống bình thường
- Thân sống & đĩa gian sống b.thường
- C1 C2 b. thường
- Tư thế ngửa
- Khoảng trước sống dày > bề rộng thân sống
- Thanh thiệt mỏng
- Kích thước thanh quản b. thường

HÌNH ẢNH X QUANG (tt)



- Đường dọc thân sống bình thường
- Thân sống & đĩa gian sống b.thường
- C1 C2 b. thường
- Tư thế ngửa
- Khoảng trước sống dày < bề rộng thân sống
- Thanh thiệt: # ngón tay cái
- Kích thước thanh quản b. thường

HÌNH ẢNH NỘI SOI (tt)



CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

| | <i>VTKPQ</i> | <i>VTT</i> | <i>VKQVT</i> | <i>BH</i> | <i>AXTSH</i> |
|-----------------|--|----------------------------|--|----------------------|---|
| <i>T.nhân</i> | <i>PIV 1-3 Influ Adeno RSV</i> | <i>H.influ Strepto</i> | <i>S.aureus M.catarr H.influ</i> | <i>C.diphth</i> | <i>Mixed S.aureus Strepto h.influ Anaerob</i> |
| <i>Tuổi</i> | <i>6th-4t.1-2</i> | <i>2 –7t</i> | <i>6th – 8t</i> | <i>Mọi tuổi</i> | <i>< 6tuổi</i> |
| <i>Tần suất</i> | <i>2</i> | <i>Hiếm</i> | <i>Hiếm</i> | <i>Hiếm CN</i> | <i>0 thường</i> |
| <i>K.phát</i> | <i>Thường</i> | <i>Nhanh</i> | <i>Chậm</i> | <i>Mơ hồ</i> | <i>Từ từ</i> |
| <i>Vị trí</i> | <i>Sau NSV Hạ t.môn</i> | <i>Th.thiệt</i> | <i>K.quản</i> | <i>Nhiều nơi</i> | <i>Thành sau họng</i> |

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT (tt)

| | <i>VTKPQ</i> | <i>VTT</i> | <i>VKQVT</i> | <i>BH</i> | <i>AXTSH</i> |
|-----------------|--|---|--|--|--|
| <i>Lâm sàng</i> | Sốt nhẹ 0 nh. độc Ho # sữa Thở rít Khàn Bứt rứt | Sốt cao Đau họng Nh. độc Thở rít Chảy nm Kh. nuốt Nghẹt giọng Tt n.hoa | Sốt cao Nh.độc Ho l.lạnh Thở rít Khàn Đau cổ Ngộp thở | Sốt Nh.độc Thở rít Đau họng Thở hôi Lớn hạch cổ Cổ bạnh | Sốt Đau họng Đau & cứng cổ Kh.nuốt Thở rít Chảy nm Phồng th. sau họng |

30,2%

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT (tt)

| | <i>VTKPQ</i> | <i>VTT</i> | <i>VKQVT</i> | <i>BH</i> | <i>AXTSH</i> |
|----------------|--|---|--|---|--------------|
| <i>Nội soi</i> | <i>N. mạc đỏ sậm Phù hạ th.môn</i> | <i>Th. thiệt phù nề đỏ dâu hoặc tái</i> | <i>N.mạc đỏ sậm Loét Chất tiết đặc, nhiều Phù hạ th. Môn Th. thiệt bthường</i> | <i>Màng giả dai dính máu xám trên hầu</i> | <i>0 làm</i> |

Điều trị

NHỆ - Khàn tiếng, ho - Thở rít khi khóc

ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

- **Dexamethason/ Prednison uống - Không kháng sinh - Hạ sốt, giảm ho - Hướng dẫn bà mẹ (chăm sóc trẻ tại nhà. Dấu hiệu nặng cần tái khám ngay)**

Điều trị

**TRUNG BÌNH - Khàn tiếng, ho - Thở rít khi
nằm yên, thở nhanh, rút lõm ngực - SpO₂ ≥
95%**

NHẬP VIỆN

**Corticoides: - Dexamethason 0,6mg/kg TB/ TM
hoặc uống Dexamethason 0,15 mg/kg -
Hoặc Prednisolon 1 mg/kg mỗi 8-12 giờ -
Hoặc Budesonid KD 1 - 2 mg/ lần - Nếu thất
bại sau 2 giờ: khí dung Adrenalin - Kháng
sinh nếu có nhiễm khuẩn**

Điều trị

NẶNG - Vật vã, tím tái - Cơ ngừng thở

CẤP CỨU

- **Oxy - Khí dung Adrenalin 1%o: 2 - 5 ml, lặp lại sau 30 - 60 phút nếu cần - Dexamethason 0,6 mg./g TB hay TM - Kháng sinh - Hội chẩn Tai mũi họng**

Lưu đồ tiếp cận điều trị

