

Hướng dẫn mới về xử trí

VIÊM PHỔI MẮC PHẢI TRONG CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ EM

Viêm phổi mắc phải trong cộng đồng (VPCĐ) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu cho trẻ em trên thế giới, được định nghĩa như là chứng viêm phổi ở trẻ em vốn đang khỏe mạnh bị lây nhiễm ở bên ngoài bệnh viện.

Mới đây, Hội Bệnh Nhiễm Nhi khoa và Hội Bệnh Nhiễm Hoa Kỳ đã triệu tập một Hội đồng nhằm xem xét lại việc xử trí VPCĐ. Những dữ liệu có trên PubMed đến hết tháng 5/2010 đã được xem lại. Hội đồng chuyên gia này bao gồm các nhà lâm sàng và nghiên cứu đại diện cho tập thể các thầy thuốc nhi khoa cộng đồng, sức khỏe công cộng, chăm sóc đặc biệt, cấp cứu, y học nội viện (hospitalist medicine), bệnh nhiễm, phổi, và ngoại khoa. Những hướng dẫn thực hành này nhằm đến sự quản lý, chẩn đoán, điều trị bằng kháng sinh và phẫu thuật phụ trợ, cũng như phòng ngừa bệnh VPCĐ trên trẻ em từ hơn 3 tháng tuổi trong điều kiện ngoại trú hoặc nội trú.

Tóm tắt nghiên cứu và triển vọng

Những hướng dẫn tiên phong này về việc chẩn đoán và điều trị bệnh VPCĐ trên trẻ nữ nhi và trẻ em, từ Hội Bệnh Nhiễm Nhi khoa và Hội Bệnh Nhiễm Hoa Kỳ nhấn mạnh đến tầm quan trọng của việc chủng ngừa, kể cả tiêm vắc xin cúm hàng năm, nhằm bảo vệ trẻ em tránh viêm phổi đe dọa tính mạng.

Một hội đồng gồm 13 thành viên, do BS. John S. Bradley đứng đầu, cùng với bộ môn Nhi, Trường Y khoa, Đại học California và Bệnh viện Nhi Rady ở San Diego, là tác giả của những hướng dẫn mới này, được công bố trên mạng vào ngày 30 tháng 8 và in trên tạp chí Clinical Infectious Diseases số ra ngày 01 tháng 10 năm nay. Tài liệu này trình bày 92 khuyến cáo chuyên biệt về mọi vấn đề, mỗi khuyến cáo với những mức độ chứng cứ khác nhau.

Những khuyến cáo hiện có nhằm vào chẩn đoán và điều trị viêm phổi ở người lớn, nhưng trong lĩnh vực nhi khoa, bệnh viêm phổi nhiễm trùng thường có diễn biến khác biệt, ngay cả khi do cùng một mầm bệnh. Điều này dẫn đến những khác biệt lớn trong việc điều trị VPCĐ ở trẻ em.

Theo BS. Bradley và cs. “Tài liệu này được thiết kế nhằm cung cấp sự hướng dẫn trong việc chăm sóc các bệnh nhi và đề cập đến những vấn đề thực hành trong chẩn đoán và xử trí VPCĐ trong

điều kiện ngoại trú (phòng mạch, phòng khám sơ cứu, khoa cấp cứu) hoặc nội trú tại Hoa Kỳ.

Khuyến cáo về chẩn đoán

Trong một văn bản thông báo đính kèm của Hội Bệnh Nhiễm Nhi khoa và Bệnh Nhiễm Hoa Kỳ, BS. Bradley ghi nhận: “Các phương pháp chẩn đoán và điều trị áp dụng khá tốt ở người lớn, có thể rất nguy hiểm và không mang lại kết quả mong muốn ở trẻ em.”

Về mặt chẩn đoán, hướng dẫn cho rằng không nên cấy máu thường qui ở bệnh nhi ngoại trú đã được chủng ngừa đầy đủ, bị VPCĐ không nhiễm độc nghiêm trọng.

Tài liệu đính kèm viết: “Trong những trường hợp này, không có nhu cầu thực hiện các can thiệp không cần thiết như X-quang (khiến bệnh nhi phơi nhiễm phóng xạ không cần thiết) hoặc cho dùng kháng sinh (chỉ diệt vi khuẩn, không diệt virút, và có thể làm cho vi khuẩn kháng thuốc)”.

Tuy nhiên, nên cấy máu ở những bệnh nhi “không có cải thiện lâm sàng hay ở những trẻ có các triệu chứng bệnh tiến triển hoặc biểu hiện lâm sàng xấu đi sau khi khởi trị kháng sinh”, các tác giả viết.

Nhập viện tùy theo triệu chứng ở trẻ

Các hướng dẫn cũng khuyên nên cho nhập viện những bệnh nhi từ 3 đến 6 tháng tuổi nghi ngờ bị viêm phổi nhiễm trùng, ngay cả khi xét nghiệm máu không khẳng định được là viêm phổi. Theo BS. Bradley “xét nghiệm máu ở trẻ em thường không chính xác, vì vậy, bác sĩ cần theo dõi kỹ các triệu chứng, và nếu không chắc chắn, nên thiên về điều trị là hơn.

Nhấn mạnh về việc chủng ngừa

Dựa trên những chứng cứ chất lượng cao, các tác giả mạnh mẽ khuyến nghị rằng mọi trẻ em ít nhất từ 6 tháng tuổi và trẻ vị thành niên cần được tiêm vắc xin cúm hàng năm để phòng VPCĐ.

Cha mẹ những trẻ nhỏ hơn 6 tháng tuổi cũng cần được tiêm vắc xin cúm, vì con họ không thể được chủng ngừa bằng vắc xin.

Amoxicillin là liệu pháp đầu tay

Ngoài ra, amoxicillin nên được dùng như liệu pháp đầu tay cho viêm phổi nhiễm trùng, còn các kháng sinh mạnh hơn là không cần thiết. Nên xem

Staphylococcus aureus kháng methicillin là nguyên nhân gây viêm phổi nếu liệu pháp đầu tay như trên không hiệu quả.

Theo các hướng dẫn, việc điều trị quá mức là mối quan ngại lớn. Hầu hết trường hợp viêm phổi ở trẻ trước tuổi đến trường có nguồn gốc virút và do đó sẽ không phát triển thành bệnh viêm phổi nhiễm trùng có nguy cơ đe dọa tính mạng.

Vì những khó khăn trong nghiên cứu ở trẻ em, các hướng dẫn đều kêu gọi cần có thêm những nghiên cứu trong một số lĩnh vực.

“Với những hướng dẫn này, chúng tôi hy vọng rằng sẽ có sự nhất quán giữa các bác sĩ về tiêu chuẩn và chất lượng chăm sóc bệnh nhi bị VPCĐ – qua đó đem lại kết quả điều trị tốt hơn nhiều”. BS. Bradley nói.

“Chúng tôi hy vọng rằng dựa theo các hướng dẫn này, các bác sĩ và bệnh viện có thể tập hợp những dữ liệu và những kết quả có thể so sánh được”. BS. Bradley nói thêm: “Chúng tôi nghĩ rằng đây là một tổng quan đầu tiên cho những hướng dẫn tiếp theo”

Những hướng dẫn nhằm đến nhu cầu quan trọng chưa được đáp ứng

TS. BS. Carrie Byington, một chuyên gia về bệnh nhiễm trẻ em ở bộ môn Nhi, Đại học Y khoa Utah, thành phố Salt Lake, ghi nhận rằng những hướng dẫn này nhằm đến những nhu cầu rất quan trọng chưa được đáp ứng cho mọi thầy thuốc lâm sàng chăm sóc bệnh nhi.

Bác sĩ này cho rằng viêm phổi là một nguyên nhân nhập viện thông thường nhất ở trẻ em tại Hoa Kỳ, và có rất nhiều sự khác biệt trong việc chăm sóc cho trẻ. TS. Byington là một trong những tác giả của những hướng dẫn mới này và là Phó chủ tịch Ủy ban Bệnh Nhiễm của Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ.

Bà nói: “Thường việc chăm sóc bệnh nhi không dựa trên chứng cứ và hệ quả là vừa điều trị chưa đủ, vừa điều trị quá mức cho trẻ, và ít mang lại kết quả mong muốn. Đây là nỗ lực đầu tiên nhằm xem xét lại mọi chứng cứ có thể có được trong y văn và cung cấp những hướng dẫn rõ ràng cho các thầy thuốc thực hành nhằm có thể giúp họ đưa ra quyết định cho những bệnh nhi bị viêm phổi.

Đối tượng được quan tâm

Theo BS. Byington, các bác sĩ nhi khoa tuyến cơ sở có lẽ là đối tượng được quan tâm nhất trong các hướng dẫn về xét nghiệm chẩn đoán và khuyến nghị

về liệu pháp kháng sinh. Các bác sĩ nhi khoa tại bệnh viện cũng sẽ là đối tượng được quan tâm trong những hướng dẫn về trẻ nằm viện, bao gồm xét nghiệm và điều trị viêm phổi có biến chứng.

Những điểm đáng lưu ý trong nghiên cứu:

- Chỉ định nhập viện là các trường hợp VPCĐ vừa và nặng dựa trên tình trạng suy hô hấp và hạ oxy-máu ($SpO_2 < 90\%$), tuổi nhỏ hơn 3-6 tháng, nghi ngờ nhiễm khuẩn, tác nhân gây bệnh nguy hiểm, có sự quan ngại về việc chăm sóc tại nhà hoặc theo dõi bệnh.
- Chỉ định cho nhập khoa săn sóc đặc biệt là có nhu cầu thông khí, dọa suy hô hấp, nhịp tim nhanh kéo dài, huyết áp hoặc tưới máu không thỏa đáng, độ bão hòa oxy mao mạch dưới 92% khi thở oxy với nồng độ $\geq 50\%$, và tình trạng tâm thần bị rối loạn.
- Chỉ định cấy máu khi không có cải thiện sau khi khởi trị kháng sinh ban đầu, nhập viện khi bệnh VPCĐ nhiễm trùng ở mức trung bình hoặc nặng hoặc có biến chứng, hoặc cấy máu theo dõi cho kết quả dương tính với *S. aureus*.
- Nếu có chỉ định, có thể thực hiện các xét nghiệm nhuộm Gram và cấy đàm, xét nghiệm virút hô hấp, và *Mycoplasma pneumonia*.
- Nên xét nghiệm công thức máu trong trường hợp viêm phổi nặng.
- Không nên dùng các chất phản ứng trong pha cấp tính (tốc độ lắng máu, protein C phản ứng, nồng độ procalcitonin huyết thanh) để phân biệt nguyên nhân virút hay vi khuẩn, nhưng có thể có ích trong trường hợp bệnh nghiêm trọng.
- Theo dõi oxy mao mạch được chỉ định cho mọi bệnh nhi bị viêm phổi và nghi hạ oxy-máu.
- Nên chụp X-quang ngực cho bệnh nhi ngoại trú trong trường hợp hạ oxy-máu, suy hô hấp đáng kể, hoặc điều trị kháng sinh thất bại, và cho tất cả bệnh nhân nội trú.
- Nên theo dõi X-quang ngực trên bệnh nhi mà tình trạng không được cải thiện trong vòng 48 đến 72 giờ sau khi khởi trị kháng sinh và trong các trường hợp viêm phổi tái phát trên cùng một thùy phổi.
- Phần lớn bệnh nhi ngoại trú trước tuổi đến trường bị VPCĐ là do nguyên nhân virút và không cần điều trị kháng sinh.

- Điều trị chống nhiễm khuẩn ngoại trú bao gồm:
 - a. Amoxicillin để trị *Streptococcus pneumoniae* ở bệnh nhi trước đó khỏe mạnh, đã chủng ngừa đầy đủ, trước tuổi đến trường, hoặc bệnh nhi tuổi đi học có VPCĐ nhiễm trùng từ nhẹ đến vừa.
 - b. Kháng sinh macrolide cho bệnh nhi ở tuổi tiểu học mắc VPCĐ nghi do tác nhân gây bệnh không điển hình.
 - c. Điều trị thuốc kháng virút chống cúm trong VPCĐ từ cúm trung bình đến nặng nghi do cúm, cho dù xét nghiệm virút cúm chưa có kết quả hoặc âm tính.
- Điều trị chống nhiễm khuẩn nội trú trong các trường hợp sau:
 - a. Ampicillin hoặc penicillin G ở nữ nhi đã chủng ngừa đầy đủ hoặc bệnh nhi ở tuổi đến trường.
 - b. Cephalosporin thế hệ thứ ba dạng tiêm (ceftriaxone hoặc cefotaxim) trong trường hợp không được chủng ngừa đầy đủ, do phân lập được các chủng phế cầu khuẩn xâm lấn kháng penicillin mạnh, và nhiễm khuẩn đe dọa tính mạng.
 - c. Thêm một macrolide uống hoặc chích theo kinh nghiệm cùng với một kháng sinh beta-lactam trong trường hợp nghi ngờ nhiễm *Mycoplasma pneumoniae* và *Chlamydophila pneumoniae*.
 - d. Vancomycin hoặc clindamycin cộng với một kháng sinh beta-lactam trong trường hợp nghi nhiễm *S.aureus*.
- Thời gian điều trị kháng sinh thích hợp là 10 ngày, nhưng liệu trình ngắn hơn cũng có thể có hiệu quả, và cũng có thể kéo dài hơn khi cần.
- Tràn dịch cận phổi có thể xác định bằng X-quang ngực, siêu âm, hoặc CT, có thể dẫn lưu tùy thuộc vào thể tích tràn dịch và mức độ ảnh hưởng hô hấp.

- Các phương án dẫn lưu tràn dịch có thể là đặt ống dẫn lưu qua thành ngực với chất tiêu sợi huyết, hoặc mổ nội soi ngực qua màn hình video.
- Tiêu chuẩn xuất viện bao gồm sự cải thiện tổng thể về mặt lâm sàng ít nhất 12 đến 24 giờ; ôxy-máu mao mạch > 90% ít nhất 12 đến 24 giờ khi thở không khí phòng; trạng thái tâm thần trở lại như ban đầu; khả năng dung nạp kháng sinh điều trị và chế độ thở ôxy tại nhà; không diễn biến xấu sau khi rút ống dẫn lưu được 12-24 giờ; và lưu ý đến những cảnh ngại có thể có khi chăm sóc tại gia.
- Chủng ngừa thích hợp cho trẻ và những người giữ trẻ có thể ngăn ngừa được bệnh VPCĐ.

Ý nghĩa lâm sàng

- Điều trị chống nhiễm khuẩn được khuyến dùng trên bệnh nhi ngoại trú vốn trước đó khỏe mạnh, đã chủng ngừa đầy đủ, bao gồm amoxicillin cho trẻ trước hoặc trong tuổi đến trường mắc bệnh VPCĐ nhiễm khuẩn từ nhẹ đến trung bình; kháng sinh macrolide cho trẻ ở tuổi đến trường nghi bị nhiễm khuẩn không điển hình; và điều trị thuốc kháng virút cúm ở bệnh nhi bị VPCĐ vừa hoặc nặng nghi do nhiễm virút cúm.
- Điều trị chống nhiễm khuẩn được khuyến dùng cho trẻ nằm viện do VPCĐ bao gồm ampicillin hoặc penicillin G cho những trẻ đã chủng ngừa đầy đủ; cephalosporin thế hệ thứ ba dạng tiêm cho trẻ không được chủng ngừa đầy đủ, trẻ sống trong vùng có tỉ lệ kháng penicillin cao, hoặc trong trường hợp nhiễm khuẩn đe dọa tính mạng; điều trị bằng macrolide cộng với một beta-lactam cho bệnh nhi nghi nhiễm *M.pneumoniae* và *C. pneumoniae*; và vancomycin hoặc clindamycin cộng beta-lactam nếu nghi nhiễm *S.aureus*.

HVN. (Theo Medscape)