

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU ÁP DỤNG THANG ĐIỂM CURB-65 TRONG TIÊN LƯỢNG BỆNH VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Huy Ngọc*

TÓM TẮT.

Đặt vấn đề: Hiện nay trên thế giới đã sử dụng nhiều thang điểm để đánh giá mức độ nặng cho viêm phổi cộng đồng. **Mục tiêu:** Bước đầu đánh giá giá trị của thang điểm CURB-65 trong tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải ở cộng đồng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Bệnh gặp nhiều nhất ở mức độ CURB-65 mức 1 điểm là 54%, mức 0 điểm là 21,3%, mức 2 điểm 18%, còn lại mức 3 điểm 6,7%. Điểm CURB-65 càng cao càng phải cần nhắc kỹ cho chỉ định điều trị nội trú. Nghiên cứu của chúng tôi cần phải có cỡ mẫu nhiều hơn nữa, và mức độ nặng hơn cũng cần được khảo sát. **Kết luận:** Điểm CURB-65 càng cao càng phải cần nhắc kỹ cho chỉ định điều trị nội trú.

Từ khóa: Thang điểm CURB-65, viêm phổi cộng đồng, Phú Thọ.

SUMMARY

INITIAL ASSESSMENT OF USING THE SCALE CURB-65 IN PROGNOSIS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN PHU THO PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Background: Currently on a world scale was used to assess more severe for community acquired pneumonia. Worldwide, there are numerous scales currently used to evaluate the severity of community-acquired pneumonia. **Objective:** Initial assessment the value of the scale Curb-65 in the prognosis of patients with community-acquired pneumonia in Phu Tho Province General Hospital. **Methods:** A cross-sectional study. **Results:** The disease was most frequently at the level of 1 point Curb-65 with the percentage was 54%, 0 point was 21.3%, 2 points was 18%, the remaining 6.7% at 3 points. The higher level of Curb-65 scale the higher consideration of inpatient treatment. Further study should have larger sample size, and more severe levels of symptoms to be examined. **Conclusion:** The higher levels of Curb-65 should be considered for inpatient treatment indications.

Keywords: Curb-65 point scale, community acquired pneumonia, Phu Tho.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là

bệnh lý nặng và thường gặp, đặc biệt là ở người cao tuổi. Trên thế giới tỷ lệ VPMPCD khác nhau tùy từng quốc gia, ở Mỹ hàng năm có khoảng 5,6 triệu trường hợp mắc VPMPCD, 20% nhập viện, 10% trong số này cần nhập vào điều trị tại khoa hồi sức tích cực. Từ vọng do VPMPCD đứng hàng thứ 7 và là nguyên nhân tử vong hàng đầu do các bệnh nhiễm khuẩn, riêng bệnh nhân nhập vào khoa hồi sức tích cực tỷ lệ tử vong chiếm 20-50%. Ở Việt Nam, viêm phổi chiếm 12% các bệnh phổi. Trong số 3606 bệnh nhân điều trị tại khoa hô hấp bệnh viện Bạch Mai từ 1996 - 2000 có tới 345 bệnh nhân viêm phổi (9,57%), đứng hàng thứ tư. Việc đánh giá mức độ nặng ở bệnh nhân VPMPCD rất quan trọng, giúp các bác sĩ Khoa Cấp cứu/Khoa Khám bệnh: quyết định cho bệnh nhân điều trị ngoại trú, nhập khoa hô hấp hay khoa hồi sức tích cực, lựa chọn kháng sinh thích hợp cho từng nhóm có mức độ nặng khác nhau. Một thang điểm thay thế để đánh giá mức độ nặng được đề nghị bởi Hội Lồng ngực Anh (BTS) và được sửa đổi bởi Nell và cộng sự (mBTS), thang điểm này nhằm xác định các bệnh nhân VPMPCD nặng với nguy cơ tử vong cao, nếu có từ 2 dấu hiệu đã nêu ở trên. Hạn chế của thang điểm này là không xác định được nhóm có nguy cơ tử vong thấp, nhóm mà có thể cho ra viện sớm hoặc điều trị tại nhà⁽¹⁾. Nhằm khắc phục những nhược điểm nêu trên, Lim và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu và đưa ra thang điểm CURB-65 (Rối loạn ý thức, Urea > 7mmol/l, Nhịp thở ≥ 30 , HA tâm thu < 90 mmHg hoặc HA tâm trương ≤ 60 mmHg và Tuổi ≥ 65). Kết quả của nghiên cứu này cho thấy thang điểm CURB-65 không những đơn giản, dễ áp dụng trong thực hành lâm sàng, tại các Khoa Cấp cứu/Khoa Khám bệnh, mà vẫn đảm bảo độ tin cậy cao trong tiên lượng điều trị bệnh nhân VPMPCD⁽²⁾. Tuy nhiên khi áp dụng trên thực tế thực hành lâm sàng các bác sỹ cho rằng còn gặp nhiều khó khăn do thang điểm chưa đề cập đến các bệnh nội khoa đi kèm vì đó là các nguy cơ của VPMPCD: Mục tiêu nghiên cứu: **Bước đầu đánh giá giá trị của thang điểm CURB-65 trong tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải ở cộng đồng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ.**

*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: huyngoc888@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2017

Ngày duyệt bài: 26.01.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Các bệnh nhân được chẩn đoán là VPMPCD khám tại Khoa Khám bệnh - BVĐK Tỉnh Phú Thọ từ tháng 1 năm 2016 đến hết tháng 9 năm 2016 theo tiêu chuẩn dưới đây.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân ≥ 16 tuổi; Bệnh nhân được chẩn đoán VPMPCD, dựa vào tiêu chuẩn hướng dẫn của Hội đồng ngực Anh:

- Triệu chứng của bệnh đường hô hấp dưới cấp tính (ho và/hoặc thiếu có 1 triệu chứng đường hô hấp dưới khác: ho, khạc đờm, khó thở, đau ngực).
- Dấu hiệu ổ tổn thương mới trên phim phổi.
- Tối thiểu 1 triệu chứng toàn thân (hoặc vã mồ hôi, sốt, run, đau mỏi và hoặc nhiệt độ $>38^{\circ}\text{C}$ hoặc hơn).
- Không có giải thích nào khác cho tình trạng bệnh này.

Tiêu chuẩn loại trừ: Viêm phổi bệnh viện (xuất hiện 48 giờ sau khi vào viện), hoặc nằm viện trong vòng 14 ngày gần đây; Lao phổi, ung thư phổi, nhồi máu phổi; Tổn thương phổi do xạ trị, viêm phổi mô kẽ, viêm phổi do thuốc, viêm phổi tổ chức hóa có tác nhân tiểu phế quản, amyloidosis, sarcoidosis.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: thuận tiện.

Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

Có 150 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu.

Phân bố điểm CURB-65: điểm CURB-65 gặp nhiều nhất là 1 chiếm 54% và điểm 0 chiếm 21,3%.

3.1 Liên quan giữa điểm CURB-65 với bệnh nhân cần nhập viện**Bảng 1. Liên quan giữa điểm CURB-65 với bệnh nhân cần nhập viện**

Điểm CURB-65	Nhập viện		Không nhập viện		p
	n	%	n	%	
0	0	0	32	21,3	p < 0,05
1	12	8,0	69	46	
2	12	8,0	15	10,0	
3	9	6,0	1	0,7	
4	0	0	0	0	
5	0	0	0	0	
Tổng số	33	22	117	78	

Tại điểm CURB-65 bằng 0 chúng tôi có 32 người chiếm 21,3% và không phải nhập viện, tiếp theo là điểm CURB-65 bằng 1 có 81 người chiếm 54% nhưng chỉ có 12 người phải nhập viện chiếm 8%, có 27 người (chiếm 18%) có điểm CURB-65 bằng 2 và tỷ lệ nhập viện/không nhập viện gần như nhau. Điểm CURB-65 là 3 có 10 người chiếm 6,7% và không có điểm 4/5. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2 Liên quan giữa điểm CURB-65 với số ngày điều trị**Bảng 2. Liên quan giữa điểm CURB-65 với số ngày điều trị**

Điểm CURB-65	n	Số ngày điều trị trung bình	p
0	0	0	< 0,01
1	12	4,0 \pm 2,66	
2	12	6,74 \pm 4,66	
3	9	9,03 \pm 3,79	
4	0	0	
5	0	0	
Tổng	33	6,89 \pm 3,02	

Tại điểm CURB-65 bằng 3 có số ngày điều trị trung bình dài nhất (9,03 \pm 3,79); có 1 người bệnh 0 điểm số ngày điều trị là 2 ngày rồi ra viện dùng đợt thuốc. Nghiên cứu của chúng tôi không có điểm 4/5 nhưng nhìn chung điểm CURB-65 càng cao thì số ngày điều trị trung bình càng dài, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.3 Liên quan giữa điểm CURB-65 với TKNT và tử vong: không có người bệnh nào

phải TKNT xâm nhập cũng như không có người bệnh nào tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Phân bố điểm CURB-65: Trong nghiên cứu của chúng tôi không có điểm CURB-65 là 0 điểm/4 điểm/5 điểm; điểm 1 có tỷ lệ 54%; điểm 2 có tỷ lệ là 18%; điểm 3 có tỷ lệ 6,7%. Kết quả này khác với một số nghiên cứu trong và ngoài nước như: Phí Thị Thục Oanh (2013), nghiên cứu

126 người bệnh cho thấy điểm CURB-65 là 0 điểm có tỷ lệ là 11,1%; điểm 1 có tỷ lệ 19,8%; điểm 2 có tỷ lệ là 18,3%; điểm 3 có tỷ lệ 25,4%; điểm 4 có tỷ lệ 23%; điểm 5 có tỷ lệ thấp 2,4%. Shin Yan Man và cộng sự (2006), nghiên cứu 1016 bệnh nhân nội trú bị VPMPCD, tỷ lệ điểm CURB-65 ở 0 điểm là 10,5%; 1 điểm là 32,8%; 2 điểm là 31%; 3 điểm là 18,6%; 4 điểm là 6,3%; 5 điểm rất thấp là 0,8%⁽²⁾. Drahomir Aujesky và cộng sự (2005), nghiên cứu 3181 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ điểm CURB-65 ở mức 0 điểm là 33%; điểm 1 là 28%; điểm 2 là 24%; điểm 3 là 12%; điểm 4 là 2% và điểm 5 là 0,2%⁽⁴⁾. Nghiên cứu của chúng tôi có điểm CURB-65 khác biệt so với các nghiên cứu trong nước và nước ngoài như vậy sẽ để chúng tôi chỉ khám xét phân loại những người bệnh có mức độ vừa phải ở tại phòng khám nội thông thường mà không bao gồm những người bệnh nặng như ở Khoa Cấp cứu.

Liên quan giữa điểm CURB-65 với chỉ định nhập viện: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở CURB-65 0 điểm có 32 người bệnh chiếm 21.3% thì đều được cho điều trị ngoại trú. Kết quả theo dõi người bệnh có kết quả tốt, không có diễn biến gì đặc biệt. Tại nhóm CURB-65 1 điểm, có 69 người bệnh (46%) được chỉ định điều trị ngoại trú và chỉ có 12 người bệnh điều trị nội trú (8%) cho kết quả tốt. Nhóm CURB-65 2 điểm, có 15 người bệnh điều trị ngoại trú (10%) và 12 người bệnh điều trị nội trú (8%), tỷ lệ tương đương nhau, cũng cho kết quả khả quan. Nhóm CURB-65 3 điểm chỉ có 10 người bệnh, nhưng có tới 9 người (6%) phải điều trị nội trú nhưng cũng cho kết quả tốt. Sự khác biệt giữa các nhóm là rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Như vậy qua đây cho thấy điểm CURB-65 càng cao thì tình trạng càng nặng, càng phải cần nhắc cho vào điều trị nội trú. Mặc dù các nghiên cứu khác không phân tích nhiều về vấn đề này, mặt khác nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa đầy đủ hết các nhóm nhưng cũng cho thấy CURB-65 cũng có giá trị rất lớn trong việc đánh giá và tiên lượng điều trị người bệnh.

Liên quan giữa điểm CURB-65 với những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhập ICU để TKNTXN: Trong nghiên cứu của chúng tôi không có người bệnh nào phải nhập ICU điều trị. Trong nghiên cứu của Phí Thị Thục Oanh (2013) điểm CURB-65 ở 0 và 1 điểm thì không có NB nào cần nhập ICU, 2 điểm có 13%; 3 điểm có 59%; 4 điểm có 100% và 5 điểm cũng có 100% bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhập ICU. Nghiên cứu của Bashir Ahmed Shah, 0-1 điểm không có

bệnh nhân nào cần nhập ICU, 2 điểm có 7%; 3 điểm có 28%; 4 điểm có 80% và 5 điểm có 100% bệnh nhân cần nhập ICU⁽⁵⁾. Như vậy có sự liên quan giữa điểm CURB-65 với bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhập ICU, điểm CURB-65 càng tăng thì bệnh nhân cần nhập ICU để TKNTXN cũng tăng theo. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả khác biệt so với các nghiên cứu khác có lẽ do đặc thù lựa chọn người bệnh nghiên cứu.

Liên quan giữa điểm CURB-65 với tình trạng sốc nhiễm khuẩn: Sốc nhiễm khuẩn là tình trạng nhiễm khuẩn nặng phối hợp với hạ HA không đáp ứng với bù dịch mà cần phải sử dụng thuốc vận mạch, sốc nhiễm khuẩn là một trong những tiêu chuẩn chính của tiêu chuẩn nhập ICU. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 150 người bệnh không có trường hợp nào có tình trạng sốc nhiễm khuẩn có lẽ cũng do đặc thù lựa chọn nhóm người bệnh nghiên cứu.

Liên quan giữa điểm CURB-65 với số ngày điều trị trung bình: Trong nghiên cứu của chúng tôi, số điểm CURB-65 có liên quan đến số ngày điều trị trung bình, điểm CURB-65 càng cao thì số ngày điều trị càng dài hơn. Số ngày điều trị trung bình của tất cả các nhóm là $6,89 \pm 3,02$ ngày, trong đó nhóm 1 điểm là $4,0 \pm 2,66$ ngày, nhóm 2 điểm là $6,74 \pm 4,66$ ngày, nhóm 3 điểm dài nhất là $9,03 \pm 3,79$ ngày. Số ngày điều trị của chúng tôi trong tất cả các nhóm đều ngắn hơn so với các tác giả khác cũng có lẽ do tính chất mức độ nặng của những người bệnh này nhẹ hơn so với trong các nghiên cứu đó.

Liên quan giữa điểm CURB-65 với số ngày TKNT trung bình: Trong nghiên cứu của chúng tôi không có người bệnh nào phải TKNT. Nhưng theo kết quả của các tác giả khác thì thấy rằng điểm CURB-65 càng cao số ngày TKNT càng dài. Theo Phí Thị Thục Oanh, 0 điểm số ngày TKNT trung bình là 3, điểm CURB-65 là 5 số ngày TKNT trung bình là $16,3 \pm 3,09$. Theo Jung-Hsiang Chen, 0 điểm số ngày TKNT là trung bình là $3,1 \pm 2,0$; điểm CURB-65 là 5 có số ngày TKNT trung bình là $15,5 \pm 3,2$; với $p < 0,001$ ⁽⁶⁾.

Liên quan giữa điểm CURB-65 với tử vong: Nghiên cứu của chúng tôi cũng không có người bệnh nào tử vong. Trong nghiên cứu của Phí Thị Thục Oanh, ở 0 điểm không có bệnh nhân nào tử vong, 1 điểm có 4%; 2 điểm có 8,7%; 3 điểm có 21,9%; 4 điểm có 48,3% và 5 điểm thì 100% bệnh nhân tử vong. Nghiên cứu của Sonia Luque và cộng sự: 0 điểm không có

nh nhân nào tử vong, 1 điểm có 4,9%; 2 điểm 6,5%; 3 điểm có 14,3%; 4 điểm có 25% và 5 điểm có 75%⁽²⁾. Nghiên cứu của Shin Yan Man cộng sự, tử vong ở nhóm 0 điểm là 0,9%; 1 điểm là 3,6%; 2 điểm là 7,3%; 3 điểm là 16,4%; 4 điểm là 26,6% và 5 điểm là 37,5%⁽²⁾. Nghiên cứu của Drahomir Aujesky và cộng sự 0 điểm có 3%; 1 điểm có 3%; 2 điểm 6,1%; 3 điểm có 3%; 4 điểm có 17% và 5 điểm có 43%⁽⁴⁾.

KẾT LUẬN

Bệnh gặp nhiều nhất ở mức độ CURB-65 mức điểm là 54%, mức 0 điểm là 21,3%, mức 2 điểm 18%, còn lại mức 3 điểm 6,7%. Điểm IRB-65 càng cao càng phải cần nhắc kỹ cho chỉ huy điều trị nội trú. Nghiên cứu của chúng tôi cần phải có cỡ mẫu nhiều hơn nữa, và mức độ nghiêm trọng cần được khảo sát.

LIỆU THAM KHẢO

Chu Văn Ý (1999), "Viêm phổi", Bách khoa toàn thư bệnh học, nhà xuất bản y học, tr. 369-372.

- John L. Johnson, Christina, S. Hirsch (2003), "Aspiration pneumonia"
- John Hawboldt, BSP, ACRP, Phard (2007), Community acquired pneumonia, school of Pharmacy- Memorial University of Newfoundland-Canada, Hoa Pharm. 2007; 32 (10): 44-50.
- Jokinen C, Heiskanen L, Juven H et al, "Incidence of community-acquired pneumonia in the population of four municipalities in Eastern Finland". Am J epidemiol 1993, 137; p.977-988.
- Jong-Chan Lee, Hee-Jin Hwang et al. Comparison of severity predictive rules for hospitalized nursing home-acquired pneumonia in Korea: a retrospective observational study Prim Care Respir J 2013; 22(2): 149-154.
- K L Buisung, K A Thursky et al, A prospective comparison of severity scores for identifying patients with severe community acquired pneumonia: reconsidering what is meant by severe pneumonia, Thorax 2006; 61: 419-424, doi: 10.1136/thx.2005.051326.
- Lê Chung Thủy (2012), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chụp CLVT ở bệnh nhân VPMPCT tại Bệnh viện Bạch Mai, Luận Văn thạc sỹ y học - ĐHY Hà Nội.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ DÒ ĐỘNG TĨNH MẠCH MÀNG CỨNG NÃO TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Văn Khôi*, Lê Văn Phước*, Lê Văn Khoa*,
Vũ Minh Ngọc*, Nguyễn Huỳnh Nhật Tuấn*

TÓM TẮT

Mục đích: Dò động tĩnh mạch màng cứng não (DTMMCN) là dò từ động mạch vào tĩnh mạch tĩnh cứng và hoặc xoang tĩnh mạch màng cứng tại ổ. Nguy cơ đột quỵ xuất huyết não hàng năm lên tới 10,5%, nguy cơ cao khi có dôi ngược vào tĩnh mạch não và gia tăng nguy cơ xuất huyết lên đến 5% ở vị trí liều tiểu não. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị như phẫu thuật, xạ phẫu với tia gamma nhưng can thiệp nội mạch được xem là lựa chọn hàng đầu. Mục đích nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật can thiệp nội mạch trong điều trị dò động tĩnh mạch màng cứng não. **Đối tượng và phương pháp:** 10 bệnh nhân được can thiệp nội mạch dò động tĩnh mạch màng cứng não tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 06/2015 đến tháng 05/2016, với kỹ thuật thực hiện: chụp mạch chẩn đoán dò động tĩnh mạch màng cứng não, tiếp cận ống thông qua đường tĩnh

mạch và/hoặc đường động mạch, chọn vật liệu xuyên tắc như coils, onyx, n-BCA, ... Hiệu quả và độ an toàn được đánh giá dựa vào các biến: tắc hoàn toàn, chỉ là thành công thủ thuật, cải thiện lâm sàng, biến chứng thủ thuật. **Kết quả:** Có 31 bệnh nhân, thành công kỹ thuật với tắc được hoàn toàn 100%, bằng đường tĩnh mạch (TM) là 88,4% (23/26) trường hợp, bằng đường động mạch (DM) là 80% (4/5) trường hợp, kết hợp đường DM và TM 66,7% (2/3) trường hợp, thất bại chung 6,4% (2/31) trường hợp. Kết quả sau 1 tháng theo dõi ghi nhận: tử vong (0%), xuất huyết não 3,2% (1/31), đau đầu nôn mửa 9,6% (3/31). **Kết luận:** Điều trị dò động tĩnh mạch màng cứng não bằng kỹ thuật can thiệp nội mạch là kỹ thuật an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Dò động tĩnh mạch màng cứng não, phân loại Cognard, tắc hoàn toàn, can thiệp nội mạch.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF ENDOVASCULAR INTERVENTION OF BRAIN DURAL ARTERIOVENOUS FISTULAE IN CHOR RAY HOSPITAL

Purpose: Brain dural arteriovenous fistulae are the connection between branches of dural arteries and dural veins or venous sinuses at brain. Annually,

Bệnh viện Chợ Rẫy

Người trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Khôi

Email: khoinguyenvan@yahoo.co.uk

Ngày nhận bài: 14.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2017

Ngày duyệt bài: 25.01.2017