

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG MỨC ĐỘ NẶNG TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Phúc¹, Lưu Văn Hậu¹

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị viêm phổi mắc phải tại cộng đồng mức độ nặng điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 64 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải tại cộng đồng mức độ nặng từ tháng 10/2022 đến tháng 9/2023

Kết quả: Tuổi trung bình $71,1 \pm 16,8$; thấp nhất 23 tuổi, cao nhất 96 tuổi; nam giới 65,6%; nữ giới 34,4%. Lâm sàng: Tiền sử hút thuốc lá chiếm 46,8%. Rối loạn ý thức chiếm 10,9%; nhiệt độ $\geq 37,5^\circ\text{C}$ 48,5%; tần số tim ≥ 125 lần/phút 21,8%; tần số thở ≥ 30 lần/phút 31,2%; huyết áp tâm thu < 90 mmHg 23,4%; $\text{SpO}_2 < 90\%$ chiếm 43,7%; ran ẩm, ran nổ 89,1%. Cận lâm sàng: Bạch cầu > 10 G/L 66,4%; bạch cầu < 4 G/L 9,3%; PCT > 10 ng/mL 30,0%, PCT từ 2 - 10 ng/mL 20,0%, $0,5$ ng/mL \leq PCT < 2 ng/mL 10%. Cây đờm dương tính 35,9%; *Haemophilus Influenza* 56,5%; *Klebsiella Pneumonia* 21,7%. Phương pháp điều trị: Thở oxy 39,1%; thở máy không xâm nhập 29,7%; thở máy xâm nhập 31,2%; phối hợp aih loại kháng sinh 65,6%. Kết quả: Khỏi bệnh 68,7%, chuyển tuyến dưới 7,8%, nặng xin về 23,5%.

Kết luận: Lâm sàng hay gặp sốt, mạch nhanh, huyết áp tụt, nghe phổi có ran ẩm, ran nổ. Cận lâm sàng thường gặp bạch cầu tăng, procalcitonin tăng, vi khuẩn thường gặp là *Haemophilus Influenza* và *Klebsiella Pneumonia*. Điều trị thường phối hợp hai kháng sinh, tỷ lệ khỏi bệnh cao nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn cao, chiếm 23,5%.

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng mức độ nặng, Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng là bệnh thường gặp và là một trong những căn nguyên chính gây tử vong trên thế giới, trong đó, viêm phổi mắc phải tại cộng đồng mức độ nặng là một nhóm bệnh điều trị với kết quả kém và cần mức độ chăm sóc cao hơn. Một nghiên cứu dựa cho thấy trong các bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán viêm phổi, có 21% bệnh nhân cần nhập Khoa Hồi sức tích cực (ICU), 6% cần thở máy xâm nhập và có 2% tử vong¹. Mặc dù các

phương pháp điều trị đã được cải thiện đáng kể trong những năm gần đây, tỷ lệ mắc và tử vong của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng mức độ nặng vẫn ở mức cao 17 - 48% theo nghiên cứu của Jason Phua². Tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng mức độ nặng, cần phải điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực ngày càng tăng, với các triệu chứng lâm sàng đa dạng, phức tạp, dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán cũng như đánh giá mức độ nặng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi cộng đồng mức độ nặng tại Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả 64 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm phổi

⁽¹⁾ Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Ngày nhận bài: 29/7/2024

Ngày phản biện xong: 20/8/2024

Ngày duyệt đăng: 20/9/2024

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Nguyễn Đức Phúc, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Điện thoại: 0963763676.

E-mail: Nguyenducphuckhoacc@gmail.com



mắc phải cộng đồng mức độ nặng từ tháng 10/2022 đến tháng 9/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Chẩn đoán viêm phổi mắc phải tại cộng đồng theo ATS/IDSA 2007 và “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn” do Bộ Y tế ban hành năm 2020^{3,4}.

- Chẩn đoán viêm phổi mắc phải tại cộng đồng mức độ nặng mức độ Fine IV hoặc Fine V theo bảng điểm Pneumonia Severity Index⁵.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư phổi, nhồi máu phổi, nấm phổi. Tổn thương phổi do xạ trị, viêm phổi mô kẽ, viêm phổi do thuốc, viêm phổi tổ chức hóa có tắc nghẽn tiểu phế quản, amyloidosis,

sarcoidosis. Viêm phổi liên quan chăm sóc y tế, viêm phổi bệnh viện.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiền cứu, loạt ca bệnh.

Các biến nghiên cứu

- Lâm sàng: Triệu chứng cơ năng, thực thể, toàn thân.
- Cận lâm sàng: Công thức máu, sinh hóa máu, vi sinh, X-quang phổi, CT ngực.
- Điều trị: Kháng sinh, thuốc vận mạch, thở oxy, thở máy không xâm nhập, thở máy xâm nhập.
- Kết quả điều trị: Khỏi ra viện, nặng xin về, chuyển tuyến dưới điều trị.

Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	42	65,6
	Nữ	22	34,4
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$) (Min - Max)		71,1 \pm 16,8 (thấp nhất: 23 - cao nhất: 96)	
Yếu tố nguy cơ	Hút thuốc	30	46,8
	Nghiện rượu	14	21,9
	Đái tháo đường	8	12,5
	Suy tim	5	7,8
	Bệnh thận mạn	4	6,3
	Ung thư	6	9,3
	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	7	11,1
Hen phế quản	2	3,1	
Tổng		64	100

Nhận xét: Độ tuổi trung bình 71,1 \pm 16,8 tuổi, thấp nhất: 23 tuổi, cao nhất: 96 tuổi. Nguy cơ cao nhất gặp ở những người hút thuốc là với 46,8%.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng toàn thân khi nhập viện

Triệu chứng lâm sàng toàn thân		n	Tỷ lệ (%)
Ý thức	Rối loạn ý thức	7	10,9
	Không rối loạn ý thức	57	89,1
Tần số thở (lần/ phút)	≥ 30	20	31,2
	< 30	44	68,8
Nhiệt độ (°C)	$< 37,5$	33	51,5
	$\geq 37,5$	31	48,5
Tổng		64	100

Nhận xét: Rối loạn ý thức chiếm 10,9%, tần số thở ≥ 30 lần/phút chiếm 31,2%.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	n	Tỷ lệ (%)
Ran ẩm - ran nổ	57	89,1
Hội chứng đông đặc	11	17,1
Hội chứng 3 giảm	5	7,8
Không có triệu chứng	7	10,9
Tổng	64	100

Nhận xét: Triệu chứng ran ẩm - ran nổ gặp hầu hết ở bệnh nhân với 89,1%.

Bảng 3. Triệu chứng cận lâm sàng

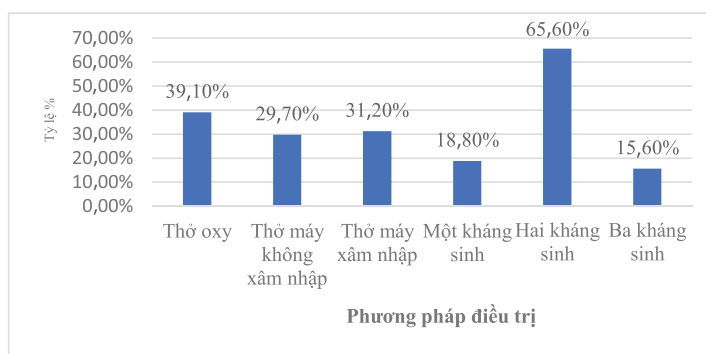
Triệu chứng cận lâm sàng	n	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu (G/L)	< 4	9,3
	4 -10	25
	> 10	65,6
PCT (ng/mL) (n = 40)	< 0,25	27,5
	0,25 < 0,5	12,5
	0,5 < 2	10,0
	2 - 10	20,0
	> 10	30,0

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng Bạch cầu > 10 G/L gặp nhiều nhất với 66,4%; bạch cầu < 4 G/L chiếm 9,3%. Có 40 bệnh nhân được làm xét nghiệm PCT có PCT > 10 ng/mL chiếm 30,0%, PCT từ 2 - 10 ng/mL chiếm 20,0%, 0,5 ng/mL ≤ PCT < 2 ng/mL chiếm 10%.

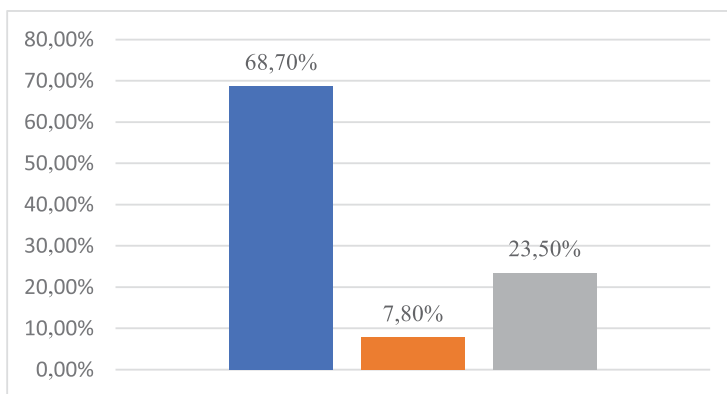
Bảng 5. Đặc điểm vi khuẩn học

Chủng vi khuẩn phân lập	n	Tỷ lệ (%)
<i>Haemophilus Influenza</i>	13	56,5
<i>Klebsiella Pneumonia</i>	5	21,7
<i>Pseudomonas Aeruginosa</i>	2	8,8
<i>E. coli</i>	1	4,3
<i>Burkholderia Pseudomallei</i>	1	4,3
<i>Staphylococcus Aureus</i>	1	4,3
Tổng	23	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 23 bệnh nhân cấy đờm cho kết quả dương tính trong đó *Haemophilus Influenza* chiếm 56,5%, tiếp đó *Klebsiella Pneumonia* chiếm 21,7%.


Biểu đồ 1. Các phương pháp điều trị

Nhận xét: Trong nghiên cứu thì số bệnh nhân thở oxy đơn thuần chiếm 39,1%, trong khi đó bệnh nhân cần thở máy xâm nhập chiếm 31,2%. Số bệnh nhân dùng hai loại kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất 65,6%.



Biểu đồ 2. Kết quả điều trị

Nhận xét: Số bệnh nhân khỏi ra viện chiếm 68,7%, chuyển tuyến dưới điều trị 7,8%, bệnh nhân nặng xin về 23,5%.

BÀN LUẬN

Tuổi trung bình tương đồng với Hoàng Thị Thùy tuổi trung bình là $67,36 \pm 14,01$ tuổi và Wongsurakiat P là $70,9 \pm 14,08$ tuổi^{6,7}.

Tiền sử bệnh nhân đa số có hút thuốc lá và nghiện rượu, các bệnh lý nền này là các yếu tố nguy cơ có thể làm tăng tỷ lệ tử vong. Đây cũng chính là một trong các yếu tố cần được đánh giá đầu tiên khi bệnh nhân đến khám để đưa ra quyết định điều trị hợp lý cho bệnh nhân.

Các triệu chứng toàn thân trong nghiên cứu này tương tự với kết quả này tương đương Díaz A: Nhịp thở ≥ 30 lần/phút chiếm 55%; huyết áp tâm thu < 90 mmHg chiếm 19%; tần số tim ≥ 125 lần/phút chiếm 28%⁸. Khác với Hoàng Thị Thùy, nghiên cứu cho thấy rối loạn ý thức chiếm 6,7%; tần số tim ≥ 125 lần/phút chiếm 12,4%; tần số thở ≥ 30 lần/phút chiếm 10,5%; huyết áp tâm thu < 90 mmHg chiếm 6,7%; SpO₂ $< 90\%$ chiếm 24,8⁶.

Triệu chứng thực thể trong nghiên cứu này gồm ran ẩm, ran nổ. Viêm phổi mắc phải cộng đồng ở bệnh nhân trẻ tuổi biểu hiện rầm rộ hơn những bệnh nhân lớn tuổi; biểu hiện lâm sàng ở người già hoàn toàn khác và so với người trẻ tuổi, các triệu chứng thường âm ỉ, thoáng qua và không diễn biến cấp tính như người trẻ. Viêm phổi ở người già có thể xuất hiện mà không có rét run, ho và đau ngực thường rất nhẹ, các dấu hiệu thực thể thường thay đổi. Các bệnh nhân thể có tình trạng rối loạn ý thức, suy giảm đột ngột các chức năng và các bệnh lý nền thường diễn biến nặng hơn.

Có 40 bệnh nhân được làm xét nghiệm PCT có PCT > 10 ng/mL chiếm 30,0%, cao hơn nghiên cứu của Hoàng Thị Thùy là 21,9%. Theo nhiều nghiên cứu thì cho thấy PCT nên được sử dụng đánh giá mức độ nặng viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng, giúp định hướng sử dụng kháng sinh cho bệnh nhân

Trong 23 trường hợp phân lập được 6 nhóm vi khuẩn, trong đó *Heamophilus influenza* và *Klebsiella Pneumonia* là hai chủng vi sinh thương gặp nhất, kết quả này khác với nghiên cứu của Hoàng Thị Thùy *Acinetonacter Baumanii* chiếm 61,5%; *Staphylococcus Aureus* và *Klebsiella Pneumonia* 23,1%; *E. coli* chiếm 15,4%, *Enterobacter sp* và *Pseudomonas putida* 7,7%⁶. Nghiên cứu của Wongsurakiat P cho thấy nhiều nhất là *Staphylococcus Aureus*, *Klebsiella Pneumonia* và *Pseudomonas Aeruginosae* chiếm 17,9%; *E. coli* chiếm 3,6%⁷. Có sự khác biệt này là do môi trường, địa điểm của từng nghiên cứu là khác nhau. Tác nhân vi khuẩn đối với viêm phổi mắc phải cộng đồng có ý nghĩa quan trọng trong việc xác định căn nguyên gây bệnh, phân biệt với lao phổi và có ý nghĩa trong việc lựa chọn kháng sinh điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 39,1% cần hỗ trợ thở oxy; có 29,7% thở máy không xâm nhập và 31,2% thở máy xâm nhập.

Nguyên tắc điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng là dùng kháng sinh sớm cho bệnh nhân viêm phổi do vi khuẩn, điều trị theo kinh nghiệm, khi có kết quả kháng sinh đồ sẽ điều chỉnh theo kháng sinh đồ. Phối hợp hai nhóm kháng sinh chiếm 65,6%; sử dụng

một kháng sinh 18,8%, phối hợp ba nhóm kháng sinh chiếm 16,6%. Theo Lê Chung Thủy, tỷ lệ dùng kháng sinh cephalosporin thế hệ III là 96%; kết hợp hai nhóm cephalosporin thế hệ III với aminoglycosid với tỷ lệ 50%; phối hợp cephalosporin thế hệ III với quinolon chiếm 41%¹⁰. Phối hợp kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ban đầu chủ yếu dựa theo kinh nghiệm, phối hợp giữa cephalosporin thế hệ III với aminoglycosid hoặc quinolon được đánh giá là có hiệu quả cao¹².

Nhóm điều trị khỏi bệnh và ra viện chiếm 68,7%; điều trị đỡ giảm chuyển tuyến dưới điều trị chiếm 7,8%; nhóm nặng xin về và tử vong chiếm 23,5%. Kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Thùy cho thấy,

chuyển tuyến dưới điều trị là 22,9% và nặng xin về chiếm 11,4%⁶, tương đương với Ewig S, tỷ lệ tử vong là 30%¹³.

KẾT LUẬN

Viêm phổi mắc phải cộng đồng mức độ nặng thường gặp ở bệnh nhân nam giới, lớn tuổi, tiền sử hút thuốc lá. Lâm sàng hay gặp sốt, mạch nhanh, huyết áp tụt, nghe phổi có ran ẩm, ran nổ. Cận lâm sàng thường gặp bạch cầu tăng, procalcitonin tăng, vi khuẩn thường gặp là *Haemophilus Influenza* và *Klebsiella Pneumonia*. Điều trị thường phối hợp hai kháng sinh, tỷ lệ khỏi bệnh cao nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn cao, chiếm 23,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Jain S., Self W.H., Wunderink R.G., et al. (2015). Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization among U.S. Adults. *N Engl J Med*, 373(5), 415-427.
- Phua J., Dean N.C., Guo Q., et al. (2016). Severe community-acquired pneumonia: timely management measures in the first 24 hours. *Crit Care Lond Engl*, 20(1), 237.
- Mandell L.A., Wunderink R.G., Anzueto A., et al. (2007). Infectious Diseases Society of America/ American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*, 44 Suppl 2(Suppl 2), S27-72.
- Nguyễn Tường Sơn (2020). Quyết định 4815/QĐ-BYT 2020 tài liệu Hướng dẫn chẩn đoán viêm phổi mắc phải ở người lớn. Bộ Y tế.
- Kim M.-A., Park J.S., Lee C.W., et al. (2019). Pneumonia severity index in viral community acquired pneumonia in adults. *PloS One*, 14(3), e0210102.
- Hoàng Thị Thùy (2020). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và yếu tố nguy cơ của viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học Đại học Y Hà Nội.
- Wongsurakiat P., Chitwarakorn N. (2019). Severe community-acquired pneumonia in general medical wards: outcomes and impact of initial antibiotic selection. *BMC Pulm Med*, 19(1), 179.
- Díaz A., Alvarez M., Callejas C., et al. (2005). [Clinical picture and prognostic factors for severe community-acquired pneumonia in adults admitted to the intensive care unit]. *Arch Bronconeumol*, 41(1), 20-26.
- Thái Thị Nga (2014). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ số procalcitonin của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học Đại học Y Hà Nội.
- Lê Thị Chung Thủy (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng. Luận văn Thạc sĩ Y học Đại học Y Hà Nội.
- Syrjälä H., Broas M., Suramo I., et al. (1998). High-resolution computed tomography for the diagnosis of community-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*, 27(2), 358-363.
- Metlay J.P., Waterer G.W., Long A.C., et al. (2019). Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med*, 200(7), e45-e67.
- Ewig S., Ruiz M., Mensa J., et al. (1998). Severe community-acquired pneumonia. Assessment of severity criteria. *Am J Respir Crit Care Med*, 158(4), 1102-1108.



CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF SEVERE COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA AT THE INTENSIVE CARE UNIT IN NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objectives: Evaluate clinical, subclinical characteristics and results of treatment of severe community-acquired pneumonia at the Department of Intensive Care Unit - Nghe An Friendship General Hospital.

Subjects: The study describes 64 patients diagnosed and treated for severe community-acquired pneumonia from 10/2012 to 9/2023.

Subjects and methods: Cross-sectional descriptive study.

Results: Average age 71.1 ± 16.8 ; lowest 23 years old, highest 96 years old; men 65.6%; female 34.4%. *Clinical:* History of smoking 46.8%. Consciousness disorders accounted for 10.9%; temperature ≥ 37.5 °C 48.5%; Heart rate ≥ 125 beats/minute 21.8%; respiratory rate ≥ 30 times/minute 31.2%; systolic blood pressure < 90 mmHg 23.4%; SpO₂ $< 90\%$ 43.7%; Moist rales, crackles 89.1%. *Paraclinical:* WBC > 10 G/L 66.4%; WBC < 4 G/L 9.3%; PCT > 10 ng/mL 30.0%, PCT from 2 - 10 ng/mL 20.0%, 0.5 ng/mL \leq PCT < 2 ng/mL 10%. Sputum culture was positive in 35.9%; Haemophilus Influenza 56.5%; Klebsiella Pneumonia 21.7%. *Treatment:* Breathe oxygen 39.1%; Non-invasive ventilation 29.7%; invasive mechanical ventilation 31.2%; combination of 2 antibiotics 65.6%. *Results treatment:* 68.7% cured, less than 7.8% referred to hospital, 23.5% returned home.

Conclusions: Clinically, there is often fever, rapid pulse, low blood pressure, and moist crackles and crackles on auscultation. Paraclinically, there is increased white blood cells, increased procalcitonin, X-rays show typical lesions of bronchopneumonia, and common bacteria are Haemophilus Influenza and Klebsiella Pneumonia. Treatment is often a combination of two antibiotics, the cure rate is high but the death rate is still high, accounting for 23.5%.

Keywords: Severe community-acquired pneumonia, Intensive Care Unit, Nghe An Friendship General Hospital.