

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI MẮC PHẢI TẠI CỘNG ĐỒNG

Tạ Thị Diệu Ngân, Nguyễn Văn Kính,
Nguyễn Vũ Trung
Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Để đánh giá các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng (VPMPCEĐ) chúng tôi tiến hành nghiên cứu 75 bệnh nhân mắc VPMPCEĐ điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 2/2011 đến tháng 7/2012. Bệnh nhân được chẩn đoán VPMPCEĐ thường và nặng theo tiêu chuẩn đồng thuận giữa Hội Lồng ngực Mỹ và Hội Bệnh Nhiễm trùng Mỹ năm 2007.

Kết quả: Triệu chứng thường gặp của VPMPCEĐ là sốt (98,6%), ho (90,6%), khạc đờm (74,6%), đau ngực (68%). Trong viêm phổi nặng, tỷ lệ bệnh nhân có khó thở và cảm giác khó thở, rối loạn ý thức và đau cơ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với viêm phổi thường ($p < 0,001$) (khó thở 95,2% so với 46,3%; rối loạn ý thức 42,9% so với 1,9%; đau cơ 57,9% so với 27,8%). 90,5% bệnh nhân viêm phổi nặng có tổn thương lan tỏa ở phổi; số lượng tiểu cầu và bạch cầu máu giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nhưng men AST, ALT, urê, CRP trong máu tăng cao có ý nghĩa so với viêm phổi thường ($p < 0,001$). Nguy cơ mắc viêm phổi nặng ở các bệnh nhân nghiện rượu là 9,55 lần so với bệnh nhân không nghiện rượu (95%CI: 2,36-57,9; $p = 0,003$).

Từ khóa: Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng, viêm phổi nặng.

summary

To study clinical and paraclinical manifestations of community acquired pneumonia (CAP), 75 patients hospitalized at National Hospital for Tropical Diseases were recruited from February 2011 to July 2012. All of patients were diagnosed CAP and severe CAP according to the criteria of the Infectious Diseases Society of America and American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults, 2007.

Results: The most common symptoms of CAP were fever (98.6%), cough (90.6%), sputum (74.6%) and chest pain (68%). The rate of dyspnea and dyspnea feeling, confusing and myalgia in the severe CAP was significantly higher than those in non-severe CAP (dyspnea/dyspnea feeling 95.2% versus 46.3%; confusion 42.9% versus 1.9%; myalgia 57.9% versus 27.8%). 90.5% of severe CAP patients had multilobed infiltrations. Thrombocyte and white blood cells were significantly decreased but the levels of AST, ALT, Urea, CRP in blood were significantly increased in comparison with non-severe CAP. Alcohol dependence was a risk factor for severe CAP (OR=9.55; 95%CI=2.36-57.9).

Keywords: CAP, severe CAP

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng (VPMPCEĐ) là một bệnh thường gặp và hiện tại vẫn là một trong những căn nguyên chính gây tử vong trên thế giới. Tại Mỹ, viêm phổi đứng hàng thứ 6 trong số các căn nguyên gây tử vong và là nguyên nhân tử vong số 1 trong số các bệnh truyền nhiễm [1]. Phần lớn các trường hợp VPMPCEĐ được theo dõi điều trị ngoại trú, nhưng có khoảng 20% số bệnh nhân cần phải nhập viện điều trị. 10% bệnh nhân điều trị nội trú có biểu hiện viêm phổi nặng và cần phải điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực. Tỷ lệ tử vong của viêm phổi nặng có thể lên tới 50% [2]. Đặc biệt, tỷ lệ viêm phổi ngày càng tăng ở người già và trên một số cơ địa đặc biệt như nghiện rượu, tiểu đường, bệnh gan-thận mạn tính. Ở các bệnh nhân này, triệu chứng lâm sàng có thể không điển hình và thường diễn biến thành viêm phổi nặng. Tỷ lệ mắc viêm phổi nặng tăng lên theo tuổi và tuổi càng cao càng gây ra nhiều tác động bất lợi đến kết quả điều trị [1]. Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng làm cho việc chẩn đoán và điều trị VPMPCEĐ gặp nhiều khó khăn. Ở Việt Nam, hiện chưa có nhiều nghiên cứu lâm sàng về VPMPCEĐ. Các nghiên cứu trước đây thường chỉ tập trung tìm hiểu căn nguyên gây VPMPCEĐ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VPMPCEĐ ở các bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương (BVBNĐTU).

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Các bệnh nhân trên 18 tuổi mới nhập viện điều trị trong vòng 36h đầu, có các biểu hiện của viêm phổi và đồng ý ký bản thoả thuận tham gia nghiên cứu. VPMPCEĐ được chẩn đoán theo tiêu chuẩn sau [3]:

Một tổn thương mới xuất hiện trên phim chụp XQ ngực (một hoặc hai bên phổi).

Kèm theo có một hoặc nhiều biểu hiện cấp tính của đường hô hấp như: ho, khạc đờm, khó thở, sốt trên 38°C hoặc có thể hạ nhiệt độ (36°C), khám phổi có hội chứng đồng đặc hoặc có ran ẩm hoặc ran nổ ở phổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã từng nằm viện trong thời gian 14 ngày trước khi bị VPMPCEĐ hoặc đã điều trị ở một bệnh viện khác trong vòng 48h trước khi chuyển đến BVBNĐTU; bệnh nhân nhiễm HIV hoặc nghi ngờ mắc lao phổi.

2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2011 đến tháng 7/2012

3. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. Thông tin của bệnh nhân được thu thập theo một mẫu bệnh án có sẵn. Bệnh nhân nghiên cứu được chia thành 2 nhóm VPMPCEĐ thường và nặng để so sánh.

- Chẩn đoán VPMPCE nặng là các bệnh nhân có các tiêu chí giống như VPMPCE thường như đã nêu ở trên và có thêm ít nhất 3 tiêu chuẩn phụ và/hoặc ít nhất một tiêu chuẩn chính sau [3]:

- Tiêu chuẩn chính:
 Có thông khí hỗ trợ xâm nhập
 Sốc nhiễm khuẩn cần phải dùng thuốc vận mạch
 Tiêu chuẩn phụ:
 Nhịp thở trên 30 lần/phút
 PaO₂/FIO₂ <250
 Tổn thương ở nhiều thùy phổi
 Rối loạn ý thức
 Urê máu >20mg/dL (>7,14mmol/L)
 Giảm bạch cầu máu (số lượng bạch cầu <4000 tế bào/mm³)
 Giảm tiểu cầu máu (số lượng tiểu cầu <100,000 tế bào/mm³)
 Hạ nhiệt độ (nhiệt độ cơ thể < 36°C)
 Hạ huyết áp cần phải hồi sức tích cực bằng dịch truyền

- Một số yếu tố như tuổi, tình trạng nghiện rượu, hút thuốc lá sẽ được phân tích để tìm ra yếu tố nguy cơ gây viêm phổi nặng.

- Các xét nghiệm trong nghiên cứu được thực hiện tại khoa xét nghiệm BVBNĐTU' theo thường quy.

4. Xử lý kết quả: Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm STATA 10.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 75 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu có 54 bệnh nhân VPMPCE thường và 21 VPMPCE nặng, tuổi trung bình là 55,4 ± 19,3 (thấp nhất là 18, cao nhất là 92 tuổi), 48 nam (64%) và 27 nữ (36%).

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện

Triệu chứng	Chung cả 2 nhóm	VPMPCE thường (n=54) (1)	VPMPCE nặng (n=21) (2)	p(1)(2)
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sốt	74 (98,6)	54 (100)	20 (95,2)	p>0,05
Ho	68 (90,6)	48 (88,9)	20 (95,2)	p>0,05
Khạc đờm	56 (74,6)	41 (75,9)	15 (71,4)	p>0,05
Ho máu	5 (6,6)	4 (7,4)	1 (5)	p>0,05
Khó thở/cảm giác khó thở	45 (60)	25 (46,3)	20 (95,2)	p<0,001
Đau ngực	51 (68)	35 (64,8)	16 (80)	p>0,05
Rét run	44 (58,6)	32 (60,4)	12 (57,1)	p>0,05
Vã mồ hôi	18 (24)	14 (26,4)	4 (21,1)	p>0,05
Rối loạn ý thức	10 (13,3)	1 (1,9)	9 (42,9)	p<0,001
Đau đầu	32 (42,6)	23 (42,6)	9 (42,9)	p>0,05
Đau họng	31 (41,3)	20 (37)	11 (57,9)	p>0,05
Đau cơ	26 (34,6)	15 (27,8)	11 (57,9)	p<0,05
Nôn	7 (9,3)	5 (9,2)	2 (9,5)	p>0,05
Đau bụng	3 (4)	3 (5,5)	0 (0)	p>0,05

Nhận xét: Trong nhóm viêm phổi nặng tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn ý thức, khó thở và đau cơ cao hơn có

ý nghĩa thống kê so với nhóm viêm phổi thường (p<0,01)

Bảng 2. Một số thay đổi về xét nghiệm cận lâm sàng trong viêm phổi

Xét nghiệm	VPMPCE thường (n= 54) (1)	VPMPCE nặng (n= 21) (2)	p(1)(2)
Hồng cầu (10 ¹² /l)	4,5 ± 0,8	4,1 ± 0,53	p< 0,01
Bạch cầu (10 ⁹ /l)	12,3 ± 5,9	7,3 ± 7,1	p<0,001
Tiểu cầu (10 ⁹ /l)	227,2 ± 115,6	117,9 ± 116,9	p<0,001
Urê máu (mmol/L)	5,1 ± 2,4	11,6 ± 15,8	p<0,01
Creatinine (μmol/L)	98,2 ± 23,3	106,1 ± 32,3	p>0,05
AST (U/L-37°C)	36 ± 23,6	145,8 ± 112,8	p<0,001
ALT (U/L-37°C)	33,3 ± 29,1	77,8 ± 56,1	p<0,001
CRP (mg/l)	113 ± 75,1	218,4 ± 128,8	p<0,01

Nhận xét: Trong viêm phổi nặng, số lượng tiểu cầu và bạch cầu thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với viêm phổi thường (p<0,001). Men AST, ALT và CRP trong viêm phổi nặng tăng cao hơn rõ rệt so với viêm phổi thường (p <0.01).

Bảng 3. Thay đổi về hình ảnh XQ trong viêm phổi

Tổn thương trên XQ	VPMPCE thường (n= 54)		VPMPCE nặng (n= 21)		
	n	%	n	%	
Mức độ tổn thương	Tổn thương khu trú	23	42,6	2	9,5
	Tổn thương lan tỏa	31	57,4	19	90,5
Tràn dịch màng phổi	Có	6	13	5	23,8
	Không	49	87	16	76,2

Nhận xét: Trong viêm phổi nặng, tổn thương phổi lan tỏa chiếm 90,5%, tỷ lệ bệnh nhân có tràn dịch màng phổi trong viêm phổi nặng là 23,8%, viêm phổi thường là 13%.

Bảng 4: Yếu tố nguy cơ mắc viêm phổi nặng

Đặc điểm	OR	p	[95%CI]
<i>Nhóm tuổi</i>			
19-<25 tuổi	1		
25-<45 tuổi	0,505	0,525	0,06 - 4,14
45-<65 tuổi	0,124	0,098	0,01 - 1,47
>65 tuổi	0,230	0,203	0,02 - 2,20
<i>Hút thuốc lá</i>			
Không	1		
Có	1,45	0,633	0,31 - 6,84

Nghiện rượu			
Không	1		
Có	9,55	0,003	2,36 – 57,9

Nhận xét: Phân tích hồi quy đa biến logistic với một số yếu tố liên quan đến viêm phổi cho thấy các bệnh nhân nghiện rượu có nguy cơ mắc viêm phổi nặng gấp 9,55 lần so với các bệnh nhân không uống rượu

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có các triệu chứng của viêm phổi là sốt (98,6%), ho (90,6%), khạc đờm (74,6%) và đau ngực (68%). Kết quả này cũng tương tự như kết quả của Sopena N. (1998) [4] với tỷ lệ các triệu chứng là sốt (93,6%), ho (89,6%), khạc đờm (69,6%), đau ngực (42,4%). Trong viêm phổi nặng, tỷ lệ bệnh nhân có khó thở, rối loạn ý thức và đau cơ khi đến bệnh viện cao hơn có ý nghĩa thống kê so với viêm phổi thường. Biểu hiện rối loạn ý thức gặp trong 42,9% số bệnh nhân nặng nhưng chỉ gặp 1,9% ở các bệnh nhân viêm phổi thường. Nếu tính chung trên cả nhóm bệnh nhân mắc viêm phổi cộng đồng thì tỷ lệ này chiếm 13,3%, thấp hơn so với nghiên cứu của Sopena N. (20,8%) [4], Nguyễn Thanh Hồi (23,7%) [5], Ruiz M. (24%) [6].

Khi phân tích các xét nghiệm cận lâm sàng trong viêm phổi, chúng tôi nhận thấy trong viêm phổi nặng, số lượng tiểu cầu và bạch cầu giảm hơn có ý nghĩa thống kê so với viêm phổi thường, nhưng ngược lại, men gan, ure, lại tăng cao có ý nghĩa hơn trong viêm phổi nặng (Bảng 2). Hầu hết các bệnh nhân viêm phổi nặng ngoài biểu hiện tổn thương nặng ở phổi còn có biểu hiện suy đa tạng kèm theo và có thể tử vong do suy đa tạng hơn là do tổn thương hệ hô hấp [2]. Protein C phản ứng (CRP) trong viêm phổi nặng cũng cao rõ rệt hơn so với viêm phổi thường ($p=0,0049$). CRP là một dấu ấn viêm có vai trò quan trọng trong chẩn đoán viêm phổi do vi khuẩn và theo dõi đáp ứng với điều trị kháng sinh. Một số nghiên cứu cho thấy CRP là một dấu ấn quan trọng để chẩn đoán VPMPCĐ và được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của bệnh trên lâm sàng [7,8].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy có 90,5% bệnh nhân viêm phổi nặng có tổn thương phổi lan tỏa ở nhiều hơn một thùy phổi, trong khi đó có 57,4% bệnh nhân viêm phổi thường có biểu hiện dạng tổn thương này trên phim XQ phổi. Tràn dịch màng phổi gặp 13% số bệnh nhân viêm phổi thường và 23,8% viêm phổi nặng. Hình ảnh tổn thương XQ trong VPMPCĐ thường đa dạng và khác nhau ở các nghiên cứu. Nguyễn Thanh Hồi [5] cho thấy có 52,6% bệnh nhân có tổn thương ở một phân thùy phổi và 26,3% bệnh nhân có tổn thương cả hai phổi. Jong G.M và cs (1995) lại cho thấy 45,5% có tổn thương phổi lan tỏa [9].

Phân tích đa biến hồi quy logistic để tìm ra yếu tố nguy cơ gây viêm phổi nặng cho thấy các bệnh nhân

nghiện rượu có nguy cơ mắc viêm phổi nặng là 9,55 lần (95%CI: 2,36-57,9, $p=0,003$). Một số nghiên cứu khác cho thấy nguy cơ viêm phổi nặng ở bệnh nhân nghiện rượu thay đổi từ 5,2 (95% CI 1,4-19) [10] đến 9 (95%CI 5,1-16,2) [11]. Các bệnh nhân nghiện rượu thường có tổn thương phổi lan tỏa gây ra tình trạng suy hô hấp cấp tiến triển và thường phải điều trị thông khí nhân tạo tại các Khoa Hồi sức tích cực [12].

KẾT LUẬN

Triệu chứng thường gặp của VPMPCĐ là sốt (98,6%), ho (90,6%), khạc đờm (74,6%), đau ngực (68%)

Trong viêm phổi nặng: tỷ lệ bệnh nhân có khó thở, rối loạn ý thức và đau cơ khi đến bệnh viện cao hơn có ý nghĩa thống kê so với viêm phổi thường ($p<0,01$); 90,5% bệnh nhân viêm phổi nặng có tổn thương lan tỏa ở phổi; số lượng tiểu cầu và bạch cầu thấp hơn có ý nghĩa thống kê, nhưng men gan, ure, CRP lại tăng cao có ý nghĩa so với viêm phổi thường.

Nguy cơ mắc viêm phổi nặng ở các bệnh nhân nghiện rượu là 9,55 lần so với bệnh nhân không nghiện rượu (95%CI: 2,36-57,9, $p=0,003$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Thoracic Society (2001). Guidelines for the Management of Adults with Community-acquired Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. Vol 163. pp 1730–1754.
2. Baudouin SV (2002). The pulmonary physician in critical care. *Critical care management of community acquired*. *Thorax*. 57:267-271.
3. Lionel A. Mandell, Richard G. Wunderink, Antonio Anzueto. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Clinical Infectious Diseases*. 44:S27–72.
4. Sopena N, Leal M.S, Botet M.L.P, et al. (1998). Comparative study of the clinical presentation of legionella pneumonia and other community-acquired pneumonia. *Chest*. volume 113, P: 1195-1200
5. Nguyễn Thanh Hồi (2003). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học của viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn hiếu khí điều trị tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện. ĐHY Hà Nội.
6. Ruiz M, Ewig S, Marcos M.A et al. (1999). Etiology of community-acquired pneumonia: impact of age, comorbidity, and severity. *American journal of respiratory and critical care medicine*. vol 160, P. 397-405
7. Almirall J, Bolibar I, Toran P, et al. (2004). Contribution of C-reactive protein to the diagnosis and assessment of severity of community-acquired pneumonia. *Chest*. 125:1335–1342. doi: 10.1378/chest.125.4.1335.
8. García Vázquez E, Martínez JA, Mensa J, et al. (2003). C-reactive protein levels in community-acquired pneumonia. *Eur Respir J*. 21:702–705.
9. Jong G.M, Hsiue T.R, Chen C.R, Chang H.Y,

and Chen C.W (1995). Rapidly fatal outcome of bacteremic *Klebsiella pneumoniae* pneumonia in alcoholics. *Chest*. vol: 107, P. 214-217

10. Fernandez-Sola´ J, Junque A, Estruch R, et al

(1995). High alcohol intake as a risk and prognostic factor for community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med*. 155:1649 –1654.