

VIÊM PHỔI

MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG

PGS.TS Trần Hoàng Thành

Bộ môn Nội tổng hợp - Trường Đại học Y Hà Nội

I. ĐỊNH NGHĨA:

Viêm phổi là tình trạng viêm nhiễm của nhu mô phổi trong đó bao gồm viêm các phế nang, ống và túi phế nang, các tiểu phế quản tận hoặc viêm nhiễm các tổ chức kẽ của phổi. Tác nhân gây viêm phổi có thể là các vi khuẩn, virus, kí sinh trùng các trực khuẩn lao.

II. DỊCH TỄ:

- Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) là một bệnh lý hụ hấp thường gặp nhất
- Bệnh hay xảy ra vào mùa thu đông.
- Châu Âu: 3 - 15 trường hợp/1000 dân/năm. Tỷ lệ này sẽ là 25 - 44/1000 ở người lớn tuổi và đặc biệt cao ở người > 70 tuổi với 68 - 114/1000 dân.
- Ở Mỹ hàng năm có khoảng 4 - 5 triệu người bị VP và 25% trong số đó cần phải nhập viện. Hàng năm viêm phổi bệnh viện ở Hoa Kỳ có khoảng 250.000 người và chiếm 15 - 18% nhiễm trùng bệnh viện.
- Ở Nga: khoảng 14 - 15% tỷ lệ BN nhập viện ở thành phố Maxtcova (Trutralin AG, 2006).
- Ở Việt Nam: khoảng 12,1% (Chu Văn Ý, Bệnh viện Bạch Mai). NC 1996 - 2000, trong số 3606 BN có 345 (9,5%) bị viêm phổi.

III. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ THUẬN LỢI

1. NGUYÊN NHÂN

- Vi khuẩn: phế cầu, tụ cầu, liên cầu, H.influenzae, ...
- Virus: cúm, adenovirus, H5N1, ...
- Ký sinh trùng: sán.
- Nấm: aspergillus.

2. YẾU TỐ THUẬN LỢI

- Người già và trẻ em
- Mắc các bệnh mạn tính (suy tim, suy thận, tiểu đường ...).
- Hôn mê, giảm hoặc mất các phản xạ ho, sau các phẫu thuật lớn.
- Suy kiệt, suy dinh dưỡng.
- Nhiễm HIV, AIDS
- Nghiện rượu

**ĐÁNH GIÁ YẾU TỐ NGUY CƠ
THEO HỆ THỐNG CHO ĐIỂM CỦA FINE VÀ CS ., 1997**

Đặc điểm	Điểm
Các yếu tố địa lý	
• Tuổi (nam)	= Tuổi (năm)
• Tuổi (nữ)	= Tuổi - 10
• Sống ở nhà điều dưỡng	+ 10
Các bệnh lý kèm theo	
• Ung thư	+ 30
• Bệnh gan	+ 20
• Suy tim xung huyết	+ 10
• Bệnh mạch máu não	+ 10
• Bệnh thận	+ 10
Các dấu hiệu thực thể	
• Biến đổi ý thức	+ 20
• Mạch > 125 chu kỳ/phút	+ 20
• Thở > 30 lần/phút	+ 20
• HA tâm thu < 90 mmHg	+ 15
• Thân nhiệt < 35° C hoặc > 40° C	+ 10

**ĐÁNH GIÁ YẾU TỐ NGUY CƠ
THEO HỆ THỐNG CHO ĐIỂM CỦA FINE VÀ CS ., 1997 (tiếp)**

Đặc điểm	Điểm
Các xét nghiệm và Xquang	
pH máu động mạch < 7,35	+ 30
Creatinin \geq 145 micromol/l	+ 20
Natrium < 130 mmol/l	+ 20

Glucose \geq 14 mmol/l	+ 10
Hematocrit < 30%	+ 10
PaO ₂ < 60 mmHg	+ 10
SaO ₂ < 90%	+ 10
Tràn dịch màng phổi	+ 10

ĐÁNH GIÁ YẾU TỐ NGUY CƠ THEO HỆ THỐNG CHO ĐIỂM CỦA FINE VÀ CS ., 1997 (tiếp)

- **Nhóm có nguy cơ loại I:** tuổi < 50, không có các bệnh lý kèm theo, không có bất thường về các dấu hiệu sinh tồn
- **Nhóm có nguy cơ loại II:** \leq 70 điểm
- **Nhóm có nguy cơ loại III:** 71 - 90 điểm
- **Nhóm có nguy cơ loại IV:** > 91 - 130 điểm
- **Nhóm có nguy cơ loại V:** > 130 điểm

IV. CƠ CHẾ BỆNH SINH

1. ĐƯỜNG VÀO

- Đường hô hấp: đường thường gặp nhất do hít vào phổi các vi khuẩn từ môi trường xung quanh hoặc từ các ổ nhiễm khuẩn của đường hô hấp trên.
- Đường máu: hay gặp nhất là nhiễm khuẩn huyết.
- Đường khác: bạch huyết, kề cận.

2. CƠ CHẾ BẢO VỆ CỦA PHỔI

- Giảm hoặc mất phản xạ ho.
- Nồng độ các globulin miễn dịch trong máu thấp.
- Tổn thương hệ thống dẫn lưu phế quản.

V. TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

- Giai đoạn xung huyết: xảy ra vài giờ đầu, hình ảnh tổn thương chủ yếu là xung huyết.
- Giai đoạn gan hoá đỏ: sau từ 1 - 2 ngày vùng phổi bị tổn thương có màu đỏ chắc như gan do trong các phế nang chứa nhiều hồng cầu, bạch cầu và vi khuẩn. Nếu cắt một miếng phổi bỏ vào nước sẽ bị chìm.
- Giai đoạn gan hoá xám: vùng phổi tổn thương màu xám và trên bề mặt có mũ,...

VI. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Tuỳ thuộc vào thể của viêm phổi thuộc loại nào (viêm phổi thùy, viêm phổi đốm hay còn gọi là PQPV và viêm phổi kẽ) mà triệu chứng lâm sàng có những nét đặc thù khác nhau dưới đây là triệu chứng lâm sàng của một trường hợp viêm phổi thùy.

VIÊM PHỔI THUYỀN

- Toàn thân: bệnh khởi phát đột ngột với:
 - Sốt, thường sốt rét run, thể trạng nhiễm trùng, nhiễm độc và có thể có sốc nhiễm khuẩn
 - Ở người già có thể có lú lẫn và ở trẻ em có thể co co giật
- Cơ năng:
 - Ho: lúc đầu ho khan sau ho có đờm màu rỉ sắt
 - Đau ngực: đau bên ngực tổn thương, có thể đau rất nhiều
 - Khó thở: có thể không có hoặc với nhiều mức độ (nhẹ - nặng - suy hô hấp)
- Thực thể:

Ở giai đoạn sớm có thể không phát hiện thấy gì đặc biệt. Nếu có rì rào phế nang giảm, gõ đục, tiếng cọ màng phổi

 - *Hội chứng đông đặc: rung thanh tăng, gõ đục, rì rào phế nang giảm*
 - Có thể nghe thấy ran nổ, tiếng thổi ống ở vùng đông đặc. Đối với các loại viêm phổi khác triệu chứng quan trọng là có ran ẩm hoặc ran nổ ở vùng tổn thương

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA CÁC LOẠI BỆNH NGUYÊN KHÁC NHAU

a. Viêm phổi do phế cầu

- Loại tác nhân gây bệnh hay gặp nhất: 30% hoặc hơn
- Hay gặp vào mùa thu, đông
- Bệnh hay phát triển trong đợt dịch cúm
- Đối tượng dễ mắc là những người lớn tuổi có các bệnh mạn tính (xơ gan, tiểu đường, suy thận,...)
- Biểu hiện lâm sàng thường cấp tính, sốt, rét run, đau ngực, ho khạc đờm đục có thể có lẫn máu. Nghe phổi có ran ẩm, có thể có tiếng cọ màng phổi

b. Viêm phổi do tụ cầu

- Thường là biến chứng của nhiễm virus hoặc nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Tiên lượng nặng do kháng với nhiều thuốc.
- Bệnh khởi phát cấp tính: sốt cao, rét run, ho khạc đờm mủ vàng, đau ngực, khó thở,...
- Tổn thương trên XQ thường là những ổ nhỏ hoặc những ổ áp xe hoá.

c. Viêm phổi do *Klebsiella pneumonia*

- Hay gặp ở nam giới > 60 tuổi, đặc biệt ở những người nghiện rượu, người có các bệnh mạn tính như viêm phổi không đặc hiệu, ĐTD.
- Hay gây viêm phổi trong bệnh viện.
- Dễ có biến chứng suy tim.
- Sốt dai dẳng ít có rét run, khó thở, xanh tím, ho khạc đờm màu gỉ sắt, mủ đôi khi có máu.
- Viêm phổi thường xảy ra ở vùng sau của thùy đỉnh hoặc thùy dưới.

d. Viêm phổi do liên cầu (tan huyết)

- Thường xảy ra thứ phát.
- Bệnh khởi phát cấp tính với sốt (hay tái phát), rét run, ho lúc đầu ho khan sau sẽ có đờm mủ xanh, có thể có đờm lẫn máu.
- Vị trí tổn thương thường ở vùng dưới và giữa phổi.
- Biến chứng: viêm màng phổi cận viêm phổi thường xảy ra sớm, áp xe phổi.

e. Viêm phổi do trực khuẩn mủ xanh

- Tương đối hiếm gặp
- Thường xảy ra cho những người phải trải qua những cuộc đại phẫu thuật tim, phổi
- Những trường hợp điều trị kháng sinh không hợp lý và kéo dài
- Những người có các ổ nhiễm khuẩn ở răng miệng, xoang
- Tiến triển thường cấp và nặng.
- Hay có biến chứng áp xe phổi.

f. Viêm phổi do *H. influenzae*

- Bệnh hay gặp ở trẻ em
- Ở người lớn thường gặp trong các đợt cấp của COPD, giãn phế quản

g. Viêm phổi do *Mycoplasma pneumonia*

- Hay phát triển thành dịch với chu kỳ 4 năm/lần, đặc biệt là mùa thu và đông.
- Sốt cao hoặc nhẹ.
- Không có đau ngực, ho thường khan nếu có đờm thường dính.
- Hay có đau cột sống và đùi.

VII. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

1. Xquang phổi

- Hình ảnh đám mờ hình tam giác có đỉnh quay về phía rốn phổi, bên trong có thể có các phế quản hơi & TDMP có thể kèm theo - viêm phổi thùy.
- Hình ảnh thâm nhiễm viêm

- Hình ảnh lấp đầy các phế nang, bóng mờ phế nang hoặc mô kẽ. Có thể có hình ảnh TDMP.
- Hình các nốt, chấm trong viêm phổi (PQPV) ở trẻ em và người già .
- Hình ảnh kính mờ trong viêm phổi do virus.

2. CT - SCAN phổi

- Hình ảnh đông đặc của viêm phổi thùy với các phế quản hơi.
- Hình ảnh thâm nhiễm viêm.
- Hình ảnh viêm phổi kính mờ.
- Hình ảnh viêm phổi dạng nốt.
- Có thể có hình ảnh TDMP kèm theo bên bị bệnh .

3. Công thức máu

- Số lượng bạch cầu trung tính ↑
- Tốc độ máu lắng ↑
- Ở những bệnh nhân già yếu hoặc có cơ địa suy dinh dưỡng những biểu hiện trên có thể không có. Nếu viêm phổi do virus bạch cầu thường giảm hoặc không tăng.

4. CRP tăng.

VIII. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Dựa vào:

- Những biểu hiện lâm sàng:
 - + Hội chứng nhiễm trùng.
 - + Hội chứng đông đặc, tiếng thổi ống, ran nổ (viêm phổi thùy).
 - + Ran ẩm hoặc ran nổ.
- Những biểu hiện cận lâm sàng:
 - + Hình ảnh Xquang.
 - + Hình ảnh trên CT.

IX. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Nhồi máu phổi.
- Giãn phế quản đợt bội nhiễm.
- COPD đợt bội nhiễm.
- Lao phổi.
- Bệnh bụi phổi.
- K phổi.

X. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN

1. Các xét nghiệm không xâm nhập

- Đờm, chất ngoáy họng: nhuộm, soi, nuôi cấy
Nguyên tắc lấy đờm:
 - + Tốt nhất là lấy vào buổi sáng sớm sau khi đã vệ sinh răng miệng. Bảo bệnh nhân hít sâu 2 - 3 lần trước khi khạc đờm làm XN.
 - + Đờm được đựng vào ống nghiệm vô khuẩn.
 - + Không để bệnh phẩm > 2h.
- Phản ứng huyết thanh chẩn đoán.
- Dựa vào đặc điểm lâm sàng và dịch tễ.

2. Các thăm dò chẩn đoán xâm nhập

- Khung nội soi
 - Hút xuyên thành khí quản.
 - Hút xuyên thành ngực.
- Nội soi
 - Dịch rửa phế quản phế nang Bệnh phẩm chải cú bảo vệ (PSB)
 - BAL

XI. TIÊU CHUẨN PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ NẶNG CỦA VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG (CURB 65 – BTS 04)

- C: lú lẫn
- U: ure > 7 mmol/l
- R: nhịp thở ≥ 30 lần/phút
- B: HA tâm thu (tâm thu <90 mmHg, tâm trương ≤ 60 mmHg)
- Tuổi > 65

Xếp loại từ 0 – 5

Thang điểm từ 0 - 4 được tính bằng cách cộng thêm 1 điểm nếu có một trong số 4 tiêu chuẩn trên.

XII. CÁC TIÊU CHUẨN PHẢI VÀO ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

1. Lâm sàng

- Tuổi > 70
- Có các bệnh mạn tính kèm theo (suy tim, suy thận, tiểu đường, suy giảm miễn dịch, COPD)
- Thân nhiệt < 35°C hoặc thõn nhiệt > 40°C
- Thở nhanh > 25 lần/ph
- Mạch nhanh > 140 c/ph

- Có rối loạn ý thức
- Có các biến chứng kèm theo: suy hô hấp, áp xe phổi, tràn mủ màng phổi,...
- Tình trạng kinh tế

2. Cận lâm sàng

- Hematocrit < 30 %
- Hoặc hemoglobin < 90g/dl
- Creatinine > 1,2 mg% (106 micromol/l hoặc ure > 20 mg% (7,1 mmol/l)
- Có h/a tổn thương rộng trên XQ

XIII. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt: Efferalgan 0,5g cách 5 - 6h/viên. Lưu ý đối với những bệnh nhân suy gan
- Giảm đau nếu có.
- Efferalgan 0,5g cách 5 - 6h/viên. Lưu ý đối với những bệnh nhân suy gan.
- Chống khó thở nếu có.
 - + Thở ôxy
 - + Hô hấp nhân tạo không hay có xâm nhập.

2. Điều trị theo nguyên nhân

Tốt nhất nên dựa vào kháng sinh đồ. Nếu chưa có kết quả kháng sinh đồ về phải cho theo kinh nghiệm.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG THEO CHỈ DẪN CỦA HỘI LÒNG NGỰC MỸ 2009

Vi khuẩn	Thuốc
1. Phế cầu	
• Loại nhạy cảm với Penicillin	Penicillin G, amoxicillin
• Loại kháng với Penicillin	Cefotaxim, ceftriaxon, fluoroquinolon, vancomycin
2. H. influenzae	Cephalosporin thế hệ 2 - 3, doxycyclin, beta-lactam hoặc ức chế beta-lactamase, TMP - SMZ
3. Moraxella catarrhalis	Cephalosporin thế hệ 2 - 3, TMP - SMZ, macrolid beta-lactam hoặc ức chế beta-lactamase
4. Legionella spp	Macrolid ± rifampin, fluoroquinolon đơn trị

5. Mycoplasma pneumonia	Doxycyclin, macrolid
6. Chlamydia pneumonia	Doxycyclin, macrolid
7. Anaerobes	Beta-lactam hoặc ức chế beta-lactamase, clindamycin
8. Trực khuẩn đường ruột Gram âm	Cephalosporin thế hệ 3, aminoglycosid, carbapenem
9. Trực khuẩn mủ xanh	Aminoglycosid + ticarcillin, piperacillin, mezlocillin, ceftazidim, cefepim, aztreonam hoặc carbapenem
10. Tụ cầu vàng	
• Nhạy cảm với methicillin	Nafcillin hoặc oxacillin, rifampin hoặc gentamycin
• Kháng methicillin	Vancomycin, rifampin hoặc gentamycin
11. Bacillus anthracis	Ciprofloxacin hoặc doxycyclin + với 2 trong số các thuốc sau: rifampin, vancomycin, penicillin, ampicillin, chloramphenicol, imipenem, clindamycin, clarithromycin
12. Cúm A: trong phạm vi 48h sau triệu chứng khởi đầu hoặc bệnh nhân suy giảm miễn dịch	Amatidin, rimantidin, oseltamivir, zanamivir
13. Cúm B: trong phạm vi 48h sau triệu chứng khởi đầu hoặc bệnh nhân suy giảm miễn dịch	Oseltamivir, zanamivir

3. Điều trị theo kinh nghiệm

- Thường chọn nhóm Cephalosporin có phổ rộng, có thể dùng đơn độc hoặc kết hợp (nhóm macrolide hoặc aminosid, nhóm quinolon (Tavanic) khi có AFB (-).
- Thời gian cho kháng sinh: tùy thuộc tác nhân gây bệnh trung bình từ 7 - 10 ngày. Nếu có biến chứng mủ màng phổi hoặc áp xe hoá phải cho kháng sinh từ 4 – 6 tuần hoặc hơn.

4. Các thuốc điều trị khác

- Corticoid trong những trường hợp nặng.

- Thuốc làm loãng đờm: mucomyst, mucosolvan, cho mucitux nếu có viêm loét đường tiêu hóa
- Không cho các thuốc chống ho có codein

5. Điều trị bệnh kèm theo nếu có (suy tim, suy thận, tiểu đường, ...)

6. Điều trị biến chứng (TKMP, MỦ MP ...)

7. Chế độ ăn giàu protein và các vitamin