[RapidLeech](http://chanret.com)

|  |
| --- |
|  |
| **VIÊM PHỔI**  **ThS BS Trần Thị Tố Quyên**  **Bộ môn Nội- Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch**  **Mục Tiêu của Y3 và CT3:**   * Nắm được các tác nhân gây bệnh và các yếu tố thuận lợi gây viêm phổi * Phân loại được các thể lâm sàng của viêm phổi * Kể được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của viêm phổi * Nêu được các chẩn đoán xác định, chẩn đoán tác nhân, chẩn đoán phân biệt, chẩn đoán biến chứng và độ nặng của viêm phổi theo thang điểm CURB65 * Tham khảo phần điều trị * Hiểu được phần dự phòng viêm phổi  1. **Đại Cương**   viemphoi.jpg  Viêm phổi là một tình trạng viêm của nhu mô phổi, thường do vi khuẩn, virus, nấm hay ký sinh trùng.Viêm phổi thường trở nên nặng khi bệnh nhân trên 65 tuổi hoặc có bệnh mãn tính hoặc suy giảm miễn dịch.Viêm phổi cũng có thể xảy ra ở trẻ, người khỏe mạnh.  Viêm phổi có thể ở mức độ từ nhẹ đến đe dọa tính mạng.Viêm phổi thường là một biến chứng của bệnh khác, chẳng hạn như bệnh cúm.Kháng sinh có thể xử lý các hình thức phổ biến nhất của viêm phổi do vi khuẩn, nhưng có tình trạng ngày càng đề kháng kháng sinh . Nên cách xử lý tốt nhất là cố gắng để ngăn chặn tình trạng nhiễm trùng bằng cách không hút thuốc lá, vệ sinh môi trường sống, tiêm ngừa cúm và các vi khuẩn có lien quan nhất là trên các đối tượng có nguy cơ  **1.1. Dich tễ học**  Hàng năm tại Mỹ có khoảng 4 triệu trường hợp viêm phổi ở người lớn, trong đó khoảng 20% các bệnh nhân (BN) phải nhập viện; tỷ lệ tử vong với bệnh nhân ngoại trú từ 1-5%, với bệnh nhân nằm điều trị nội trú từ 15-30%, chi phí hàng năm khoảng 9,7 tỷ Dollars. Tần xuất chung khoảng 8 - 15/1000 dân .  Trong số 3606 BN điều trị tại khoa Hô Hấp bệnh viện Bạch Mai từ 1996-2000 có 345 (9,57%) BN viêm phổi- đứng thứ 4.  **1.2. Nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi**  Cơ thể có nhiều cách để bảo vệ phổi bị lây nhiễm.Trong thực tế, khi tiếp xúc với vi khuẩn và virus có thể gây viêm phổi, cơ thể sẽ có một số cơ chế bảo vệ như ho, các vi khuẩn có lợi thường trú (normal flora), để ngăn chặn tác nhân gây viêm phổi Tuy nhiên, trong một số các điều kiện sự cân bằng này sẽ bị phá vỡ như suy dinh dưỡng, suy giảm đề kháng, suy giảm miễn dịch, cơ chế phòng thủ này sẽ bị phá vỡ và hình thành viêm phổi.  Khi các sinh vật xâm nhập được vào phổi , bạch cầu bắt đầu tấn công các tác nhân gây bệnh Xác của các tác nhân gây bệnh, bạch cầu, phản ứng viêm của hệ miễn dịch sẽ tạo thành những chất lỏng gọi là đàm tích tụ trong các phế nang và đường dẫn khí , dẫn đến khó thở đặc trưng cho nhiều loại viêm phổi.  Các nguyên nhân gây viêm phổi thường gặp là: Phế cầu, Haemophilus influenzae, Tụ cầu, Moraxella catarrhalis, Legionella pneumophila, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, trực khuẩn gram âm (trực khuẩn mủ xanh, trực khuẩn đường ruột,...). Các virút như virút cúm thông thường, và một số virút mới xuất hiện như SARS - corona virút, virút cúm gia cầm cũng có thể gây nên viêm phổi nặng. Các vi khuẩn có xu hướng giảm nhạy cảm với các kháng sinh. Phế cầu kháng penicillin xuất hiện ngày càng nhiều, thường đồng thời kháng cả với các thuốc khác như macrolide và doxycycline. Tỷ lệ phế cầu đa kháng thuốc ở Hoa Kỳ chiếm khoảng 25% các chủng phế cầu phân lập được. Có khoảng 50% các trường hợp không tìm được căn nguyên gây bệnh.  Bệnh thường xảy ra về mùa đông hoặc khi tiếp xúc với lạnh. Tuổi cao, nghiện rượu, suy giảm miễn dịch là các yếu tố nguy cơ viêm phổi. Chấn thương sọ não, hôn mê, mắc các bệnh phải nằm điều trị lâu, nằm viện trước đó, có dùng kháng sinh trước khi bị viêm phổi, nghiện rượu, giãn phế quản là các yếu tố nguy cơ viêm phổi do các vi khuẩn Gram âm, kể cả trực khuẩn mủ xanh. Động kinh, suy giảm miễn dịch, suy tim, hút thuốc lá, nghiện rượu, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, cắt lách, bệnh hồng cầu hình liềm là các yếu tố nguy cơ viêm phổi do phế cầu. Các trường hợp biến dạng lồng ngực, gù, vẹo cột sống; bệnh tai mũi họng như viêm xoang, viêm amiđan; tình trạng răng miệng kém, viêm răng lợi dễ bị nhiễm các vi khuẩn yếm khí. Viêm phổi do các virút (nhất là virus cúm) chiếm khoảng 10% các BN. Các BN viêm phổi virút nặng thường bị  bội nhiễm vi khuẩn.   1. clear   **Phân loại bệnh viêm phổi**  Viêm phổi là đôi khi được phân loại theo nguyên nhân gây ra bệnh viêm phổi:   * **2.1 Viêm phổi mắc phải ngoài cộng đồng.**   . Nguyên nhân phổ biến nhất là vi khuẩn Streptococcus pneumoniae.Ít phổ biến hơn là Mycoplasma pneumoniae, một loại vi khuẩn không điển hình và triệu chứng thường nhẹ hơn.. Đi bộ viêm phổi, một thuật ngữ dùng để mô tả đó không phải là viêm phổi nặng do Mycoplasma pneumoniae.   * **2.2** **Viêm phổi trong bệnh viện.**   Khi bệnh nhân đang nằm viện, bệnh nhân đang ở một nguy cơ cao của bệnh viêm phổi, đặc biệt là nếu bệnh nhân đang thở máy, sau phẩu thuật ngực bụng, trong một đơn vị chăm sóc đặc biệt hoặc khi có hệ thống miễn dịch suy yếu. Đây là loại viêm phổi đặc biệt nghiêm trọng,nhất là cho ở những người trên 70 tuổi, trẻ em và những người có bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) hoặc HIV / AIDS.  Viêm phổi trong bệnh viện phát triển ít nhất 48 giờ sau khi nhập viện.  Một yếu tố phổ biến loại viêm phổi này là bệnh trào ngược dạ dày (GERD). Điều này xảy ra ngay cả một lượng nhỏ trào ngược dạ dày có thể dẫn đến viêm phổi ở những người đang nằm viện.   * **2.3 Viêm phổi hít.**   Đây là loại bệnh viêm phổi xảy ra khi thức ăn trào vào phổi, gặp trong các bệnh nhân bị hôn mê, nôn mửa hay các trường hợp rối loạn phản xạ.. Viêm phổi hít thường xảy ra ở thùy dưới phổi phải hơn những vị trí khác   * **2.4 Viêm phổi cơ hội.**   Xảy ra trên những người có hệ miễn dịch suy yếu.Các sinh vật mà không phải là có hại cho người khỏe mạnh có thể nguy hiểm cho những người bị AIDS và các điều kiện khác mà làm suy yếu hệ thống miễn dịch, cũng như những người đã có một cấy ghép nội tạng Thuốc ức chế hệ thống miễn dịch như corticosteroid hay hóa trị liệu, cũng có thể gây nguy cơ bị viêm phổi cơ hội.   * **2.5 Mầm bệnh khác.** dịch cúm H5N1 (cúm gia cầm) và virus đường hô hấp cấp tính nặng hội chứng (SARS) nghiêm trọng, đôi khi gây viêm phổi chết người, ngay cả trong những người khỏe mạnh Mặc dù hiếm, nhưng bệnh than, bệnh dịch hạch cũng có thể gây viêm phổi. Một số hình thức nấm, khi hít vào có thể gây ra viêm phổi.Bệnh lao trong phổi cũng có thể gây viêm phổi.   **3 . Triệu chứng**  **3.1. Triệu chứng lâm sàng viêm phổi thuỳ**  Bệnh xảy ra đột ngột thường ở người trẻ tuổi, bắt đầu một cơn rét run kéo dài khoảng 30 phút, rồi nhiệt độ tăng lên 30 - 40°C, mạch nhanh mặt đỏ, sau vài giờ thì khó thở, toát mồ hôi, môi tím có mụn hecpet ở mép, môi. Người già, người nghiện rượu có thể có lú lẫn, triệu chứng thường không rầm rộ. Trẻ em có thể co giật. Đau ngực vùng tổn thương, đau ít hoặc nhiều, có trường hợp đau rất dữ dội. Ho khan lúc đầu, về sau ho có đờm đặc, màu vàng hoặc màu xanh. Trường hợp điển hình đờm có màu rỉ sắt. Trong những giờ đầu nghe phổi chỉ thấy rì rào phế nang bên tổn thương giảm, sờ và gõ bình thường, có thể nghe thấy tiếng cọ màng phổi và ran nổ cuối thì thở vào. Sau đó có hội chứng đông đặc rõ rệt với các dấu hiệu như gõ đục, rung thanh tăng, rì rào phế nang giảm hoặc mất, tiếng thổi ống.  **3.2. Triệu chứng lâm sàng viêm phổi không điển hình**  Biểu hiện lâm sàng của viêm phổi không điển hình thường xuất hiện dần dần. Thư­ờng có ho khan, nhức đầu, rối loạn ý thức, đau cơ, đau khớp, rối loạn tiêu hoá. Khám không rõ hội chứng đông đặc; thấy rải rác ran ẩm, ran nổ. Tuy nhiên các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu cho thể bệnh.  **3.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng**  ***Dấu hiệu X quang:*** thấy một đám mờ của một thùy hay một phân thùy, có hình tam giác đáy quay ra ngoài, đỉnh quay vào trong, có thể thấy hình ảnh tràn dịch màng phổi hoặc hình rãnh liên thuỳ. Chụp CT Scan phổi độ phân giải cao có thể được chỉ định trên những bệnh nhân có các dấu hiệu lâm sàng của viêm phổi nhưng không thấy hình ảnh bất thường trên phim X quang phổi, giúp quan sát được các tổn thương nhỏ, ở vị trí khó thấy như gần rãnh cột sống, hoặc các tổn thương kẽ như dạng kính mờ lúc còn ít.  ***Xét nghiệm máu:*** Có thể thấy số lượng bạch cầu tăng (>10 Giga/lít­), bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên 85%, bạch cầu non chưa trưởng thành tăng > 15% hoặc số lượng bạch cầu giảm (< 4,5 Giga/lít). Tốc độ lắng máu tăng. Cần xét nghiệm chức năng gan, thận, đường, điện giải đồ máu để tìm các bệnh lý phối hợp.  ***Các xét nghiệm khác:*** Nuôi cấy đàm, kháng sinh đồ, huyết thanh chẩn đoán  **4. Chẩn đoán**  **4.1. Chẩn đoán xác định**  Bệnh khởi phát đột ngột, có thể thấy các yếu tố thuận lợi cho viêm phổi do phế cầu: cắt lách, suy giảm miễn dịch, nghiện rượu mạn tính, bệnh hồng cầu hình liềm  Có cơn rét run và sốt cao 39°C - 40°C. Đau ngực có khi rất nổi bật. Ho và khạc đờm màu rỉ sắt hoặc đờm màu xanh, đờm mủ, môi khô, lưỡi bẩn, bạch cầu máu tăng cao. Hội chứng đông đặc phổi: gõ đục, rung thanh tăng, rì rào phế nang giảm, tiếng thổi ống.  X quang phổi chuẩn: có hội chứng lấp đầy phế nang, có thể có hình ảnh tràn dịch màng phổi hoặc hình rãnh liên thuỳ dày. Các tổn thương dạng lưới nốt, hình kính mờ gợi ý viêm phổi do vi khuẩn không điển hình (do Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Rickettsia pneumoniae). Tuy nhiên hình ảnh X quang không đặc hiệu cho căn nguyên.  **4.2. Chẩn đoán căn nguyên vi sinh**  Khi bệnh nhân nhập viện nhất là các trường hợp nặng cần tiến hành nuôi cấy và làm kháng sinh đồ với các bệnh phẩm như đờm, dịch phế quản (soi phế quản ống mềm - chải phế quản bằng catheter có nút bảo vệ, rửa phế nang), dịch màng phổi nếu có, máu. Chuyển bệnh phẩm đến phòng xét nghiệm vi sinh trong vòng 1 giờ.  Các phương pháp gián tiếp: Miễn dịch huỳnh quang, test ngưng kết bổ thể, huyết thanh học đặc hiệu với các vi khuẩn khó nuôi cấy (Legionelle Pneumoniae, Mycoplasma Pneumoniae, Chlamydia Pneumoniae) hoặc virus.  Phát hiện kháng nguyên hoà tan của vi khuẩn qua nước tiểu. PCR (phản ứng khuếch đại chuỗi) với một số loại vi khuẩn, virút. Các xét nghiệm này đặc biệt cần thiết trong các vụ dịch để phát hiện sớm, phân loại BN.  **4.3. Chẩn đoán phân biệt**  ***Xẹp phổi***: trung thất bị kéo về bên xẹp phổi, cơ hoành nâng lên cao.  ***Tràn dịch màng phổi:*** chọc dò màng phổi hoặc siêu âm để xác định.  ***Ung thư phổi:*** dấu hiệu đầu tiên của ung thư phổi có khi biểu hiện như một viêm phổi - một hội chứng nhiễm khuẩn cấp sau một tắc phế quản do ung thư, sau khi điều trị hết nhiễm khuẩn mà tổn thương phổi vẫn còn tồn tại trên 1 tháng thì phải làm Soi phế quản ống mềm để tìm ung thư phế quản nhất là người có tuổi, nghiện thuốc lá.  ***Giãn phế quản bội nhiễm:*** có tiền sử sốt, ho khạc đờm mủ nhiều, kéo dài. Hình ảnh X quang có khi là một đám mờ không đồng đều giống phế quản viêm một vùng. Chụp PQ cản quang hoặc chụp CT Scan phổi xác định rõ.  ***Lao phổi:*** tổn thương hình mờ, thâm nhiễm nốt không đồng đều ở vùng đỉnh phổi. Cần nhuộm Ziel Nelsen tìm AFB trong đờm, dịch phế quản, nuôi cấy tìm BK trong đờm, dịch phế quản trên các môi trường kinh điển (Lowenstein) và nếu có điều kiện nuôi cấy trên môi trường MGIT Bactec để có thể phát hiện sớm vi khuẩn lao và xác định mức độ nhạy cảm với kháng sinh.  ***Tắc mạch phổi gây nhồi máu phổi:*** có triệu chứng đau ngực dữ dội, có khi sốc, sốt, ho ra máu, thường xảy ra ở người có bệnh tim, hoặc phẫu thuật vùng hố chậu, cố định chi dưới. Các biểu hiện nhiễm trùng không nhiều, dấu hiệu tắc tĩnh mạch ngoại vi, tâm phế cấp trên lâm sàng và điện tâm đồ (hình ảnh S1 Q3). Chụp cắt lớp vi tính phổi có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch bằng máy CT xoắn ốc hoặc nhất là máy đa đầu dò sẽ cho phép tái tạo hình ảnh động mạch phổi, thấy rõ động mạch bị tắc.  ***Viêm phổi với cơ chế tự miễn do dùng thuốc:*** hỏi kỹ tiền sử dùng thuốc, đặc biệt chú ý tới các thuốc hay gây viêm phổi như cordaron... Các triệu chứng sẽ giảm hoặc mất đi khi ngừng thuốc sớm.  ***Phù phổi bán cấp không điển hình:*** thử dùng lợi tiểu rồi chụp lại phim X quang phổi.  **4.4. Chẩn đoán biến chứng**  Viêm phỏi có thể gây các biến chứng tại phổi, trong lồng ngực và biến chứng xa  ***Biến chứng tại phổi:***  Bệnh có thể lan rộng ra hai hoặc nhiều thùy phổi, bệnh nhân khó thở nhiều hơn, tím môi; mạch nhanh, bệnh nhân có thể chết trong tình trạng  suy hô hấp, sốc nhiễm trùng. Xẹp một thuỳ phổi: do cục đờm đặc quánh gây tắc phế quản. Áp xe phổi: rất thường gặp, do dùng kháng sinh không đủ liều lượng, bệnh nhân sốt dai dẳng, khạc nhiều đờm có mủ. X quang phổi có 1 hoặc nhiều hình hang với mức nước, mức hơi.  ***Biến chứng trong lồng ngực:***  Tràn khí màng phổi, trung thất: thường do nguyên nhân tụ cầu. Tràn dịch màng phổi: viêm phổi dưới màng gây tràn dịch màng phổi, nước vàng chanh, nhẹ, chóng khỏi - thường do phế cầu khuẩn. Tràn mủ màng phổi: bệnh nhân sốt dai dẳng, chọc dò màng phổi có mủ, thường xảy ra trong trường hợp viêm phổi màng phổi, hoặc do chọc dò màng phổi gây bội nhiễm. Viêm màng ngoài tim: triệu chứng đau vùng trước tim, nghe có tiếng cọ màng tim, thường là viêm màng tim có mủ.  ***Biến chứng xa:***  Viêm nội tâm mạc cấp tính do phế cầu: biến chứng này hiếm gặp, bệnh nhân có cơn sốt rét run, lách to. Viêm khớp do phế cầu: gặp ở người trẻ tuổi, thường chỉ bị một khớp sưng, đỏ, nóng, đau. Viêm màng não do phế cầu: là biến chứng hiếm gặp, nước não tuỷ chứa nhiều phế cầu, glucose giảm, có ít bạch cầu đa nhân. Viêm phúc mạc: thường gặp ở trẻ em. Sốc nhiễm trùng, mê sảng ỏ người nghiện rượu....  **4.5. Chẩn đoán mức độ nặng của viêm phổi**  Có nhiều thang điểm khác nhau để đánh giá mức độ nặng của viêm phổi, liên quan đến chỉ định nhập viện điều trị, dùng thuốc và tiên lượng bệnh nhân. Hội Lồng ngực Anh đã đưa ra thang điểm CURB 65 đơn giản và dễ áp dụng .  *Bảng 1: thang điểm CURB 65*   |  |  | | --- | --- | | Ký hiệu | Tiêu chuẩn | | C | Thay đổi ý thức | | U | Ure máu > 7 mmol/ lít | | R | Nhịp thở ≥ 30 lần/ phút | | B | Huyết áp tâm trương ≤ 60 mmHg | | 65 | Tuổi ≥ 65 |   Điểm của mỗi tiêu chuẩn là 0 hoặc 1 điểm, khi tổng điểm CURB 65 từ 0 - 1 điểm thì có thể điều trị ngoại trú; khi tổng điểm CURB 65  ≥ 2 thì nên chuyển bệnh nhân đến bệnh viện, điều trị và theo dõi nội trú. Nếu tổng điểm CURB ≥ 4 nên xem xét điều trị tại khoa hỗi sức.  THANG ĐIỂM FINE  (Viêm phổi mắc phải ngoài cộng đồng)     |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nam | Tuổi | : \_\_\_\_\_\_ | | Nữ | Tuổi -10 | : \_\_\_\_\_\_ | | Sống trong trại dưỡng lão | + 10 | : \_\_\_\_\_\_ | |  |  |  | | Ung thư tiến triển | + 30 | : \_\_\_\_\_\_ | | Viêm gan mãn | + 20 | : \_\_\_\_\_\_ | | Suy tim sung huyết | + 10 | : \_\_\_\_\_\_ | | Tai biến mạch máu não | + 10 | : \_\_\_\_\_\_ | | Suy thận | + 10 | : \_\_\_\_\_\_ | |  |  |  | | Sa sút trí tuệ | + 20 | : \_\_\_\_\_\_ | | Nhịp thở> 30/mn | + 20 | : \_\_\_\_\_\_ | | Huyết áp tâm thu < 90 mm Hg | + 15 | : \_\_\_\_\_\_ | | Nhiệt độ < 35°C hay > 39°9 | + 10 | : \_\_\_\_\_\_ | | Mạch > 124/ min | + 10 | : \_\_\_\_\_\_ | |  |  |  | | pH máu < 7,35 | + 30 | : \_\_\_\_\_\_ | | Urea máu > 10 mMol/L | + 20 | : \_\_\_\_\_\_ | | Natri máu < 131 mMol/L | + 20 | : \_\_\_\_\_\_ | | Glycemia > 13 mmol/L | + 10 | : \_\_\_\_\_\_ | | Hematocrite < 31% | + 10 | : \_\_\_\_\_\_ | | PaO2 < 60 mm Hg hay SpO2<90% | + 10 | : \_\_\_\_\_\_ | | Tràn dịch màng phổi | + 10 | : \_\_\_\_\_\_ | |  |  |  | | TỔNG ĐIỂM |  | : \_\_\_\_ |   KẾT LUẬN :  <71 điểm 🡪 Độ I  71 - 90 điểm 🡪 Độ II  91 - 130 điểm 🡪 Độ III  > 130 điểm 🡪 Độ IV  **5. Điều trị**  **5.1. Nguyên tắc điều trị**  Nên điều trị kháng sinh sớm cho các BN viêm phổi do vi khuẩn.  Dùng kháng sinh có tác dụng với căn nguyên gây bệnh, lưu ý tới tình trạng kháng thuốc của các vi khuẩn tại địa phương.  Chú ý khai thác tiền sử dị ứng thuốc, tương tác thuốc.  Thời gian dùng kháng sinh thông thường khoảng 10 ngày, trừ một số trường hợp đặc biệt.  Tuân thủ theo đúng các nguyên tắc dược lực học, dược động học của các kháng sinh. Đối với các thuốc kháng sinh loại phụ thuộc thời gian cần duy trì thời gian nồng độ thuốc cao trong máu kéo dài để đảm bảo hiệu quả diệt khuẩn.  **5.2. Lúc mới vào viện, chưa xác định được căn nguyên**  ***Bệnh nhân điều trị ngoại trú:***  Các thuốc ưa dùng (không bắt buộc): doxycycline, macrolide hay fluoroquinolone. Những thuốc này có hoạt tính chống lại hầu hết các vi khuẩn bao gồm: S. pneumoniae, M. pneumoniae, và C. pneumoniae.  Với những bệnh nhân người lớn hoặc có bệnh mạn tính kèm theo, fluoroquinolone có thể là thuốc thích hợp hơn.  Đánh giá hiệu quả kháng sinh sau 2-3 ngày điều trị. Nếu không đỡ phải khám lại. Đặc biệt là khi khó thở tăng lên, sốt cao quá 4 ngày, rối loạn ý thức hoặc không ăn uống đư­ợc cần đến bệnh viện ngay.  ***Bệnh nhân điều trị tại bệnh viện:***  Khoa điều trị: (Nội - Hô Hấp): Cephalosporin phổ rộng kết hợp với 1 thuốc macrolide hoặc ß- lactam/ức chế men ß-lactamase kết hợp với macrolide, hoặc fluoroquinolone.  Khoa điều trị tích cực:  Cephalosporin phổ rộng hoặc ß- lactam/ức chế men ß-lactamase kết hợp với macrolide, hoặc fluoroquinolone.  Có bệnh cấu trúc phổi: thuốc kháng pseudomonas (piperacillin, piperacillin-tazobactam, carbapenem, hay cefepim), thêm 1 thuốc fluoroquinolone (liều cao ciprofloxacin).  Dị ứng ß-lactam: fluoroquinolone có kèm hay không clindamycin.  Nghi ngờ viêm phổi do hít phải: fluoroquinolone, có kèm hay không clindamycin, metronidazole, hay 1 ß-lactam/ức chế men ß-lactamase.  **5.2. Khi xác định được căn nguyên gây bệnh**  Theo phác đồ hướng dẫn của Hội lồng ngực Anh (2004)  Bảng 2: Phác đồ điều trị viêm phổi theo căn nguyên của Hội lồng ngực Anh (2004)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Vi khuẩn | Kháng sinh ưu tiên | Kháng sinh thay thế | | S. pneumoniae | Amoxicilina 500mg- 1g/ lần x 3 lần/ ngày (uống), hoặc  Benzylpenicillin 1,2 g/ lần x 4 lần/ ngày (tiêm tĩnh mạch)  (a): Có thể dùng với liều cao hơn 3g/ ngày ở những trường hợp VK nhạy cảm trung gian. | Erythromycin 500mg/lần x 4 lần/ ngày (uống), hoặc   Clarithromycin 500mg/ lần x 2 lần/ ngày (uống), hoặc  Cefuroxime 0,75g-1,5 g/ lần x 3 lần/ ngày (tiêm tĩnh mạch), hoặc  Cefotaxime 1-2 g/ lần x 3 lần/ ngày (tĩnh mạch), hoặc  Ceftriaxone 2g/ ngày (tiêm tĩnh mạch 1 lần duy nhất) | | M. pneumoniae  C. pneumoniae | Erythromycin 500mg/lần x 4 lần/ ngày (uống, tiêm TM), hoặc  Clarithromycin 500mg/ lần x 2 lần/ ngày (uống, tiêm tĩnh mạch) | Tetracycline 250-500mg/ lần x 4 lần ngày (uống), hoặc  Fluoroquinoloneb (uống, tiêm tĩnh mạch)  (b) Các quinolone thay thế khác: ciprofloxacin, ofloxacin, moxifloxacin, levofloxacin | | C. psittaci  C. burnetii | Tetracycline 250-500mg/ lần x 4 lần ngày (uống), hoặc 500mg/ lần x 2 lần/ ngày (tiêm tĩnh mạch) | Erythromycin 500mg/lần x 4 lần/ ngày (uống) hoặc  Clarithromycin 500mg/ lần x 2 lần/ ngày (tiêm tĩnh mạch) | | Legionella spp  Thời gian dùng kháng sinh: 3 tuần | Clarithromycin 500mg/ lần x 2 lần/ ngày (uống, tiêm tĩnh mạch)  Có thể kết hợp với RifampicineC 600mg/ lần x 1-2 lần/ ngày (uống hoặc tiêm TM) | Fluoroquinolone (uống, tiêm tĩnh mạch) | | H. influenza | VK không tiết ß lactamase  Amoxicilin 500mg/ lần x 3 lần/ ngày (uống), hoặc  Ampicillin 0,5 g/lần x 4 lần/ ngày (tĩnh mạch) | Cefuroxime 1,5 g/ lần x 3 lần/ ngày (tiêm tĩnh mạch), hoặc  Cefotaxime 1-2 g/ lần x 3 lần/ ngày (tĩnh mạch), hoặc  Ceftriaxone 2g/ ngày (tiêm tĩnh mạch 1 lần duy nhất) | | VK có tiết ß lactamase  Amoxi- clavulanic 625 mg/ lần x 3 lần/ ngày (uống), hoặc 1,2 g/lần x 3 lần/ ngày (tiêm TM) | Fluoroquinoloneb (uống, tiêm tĩnh mạch) | | Trực khuẩn gram âm đường ruột | Cefuroxime 1,5 g/ lần x 3 lần/ ngày (tiêm tĩnh mạch), hoặc  Cefotaxime 1-2 g/ lần x 3 lần/ ngày (tĩnh mạch), hoặc  Ceftriaxone 2g/ ngày (tiêm tĩnh mạch 1 lần duy nhất) | Fluoroquinoloneb (uống, tiêm tĩnh mạch), hoặc  Imipenem 500mg/ lần x 4 lần /ngày (tĩnh mạch), hoặc  Meropenem 0,5- 1g/ lần x 3 lần/ ngày (tĩnh mạch) | | P. aeruginosa  Thời gian dùng kháng sinh: 2 tuần | Ceftazidime 2g/ lần x 3 lần/ ngày (tiêm tĩnh mạh)  Kết hợp với gentamycin hoặc tobramycin | Ciprofloxacin 400mg/ lần x 2 lần ngày (tĩnh mạch), hoặc  Piperacillin 4g/ lần x 3 lần /ngày (tĩnh mạch)  Kết hợp với Gentamycin hoặc tobramycin | | Staphylococcus aereus | Nhạy cảm Methicillin  Flucloxacin 1-2g/ lần x 4 lần/ ngày (tĩnh mạch). Có thể kết hợp với RifampicineC 600mg/ lần x 1-2 lần/ ngày (uống hoặc tiêm TM) | Teicoplanin 400mg/ lần x 2 lần/ ngày (tĩnh mạch). Có thể kết hợp với RifampicineC 600mg/ lần x 1-2 lần/ ngày (uống hoặc tiêm TM) | | Kháng Methicillin  Vancomycin 1g/ lần x 2 lần/ ngày (tĩnh mạch) | Linezoid 600mg/ lần x 2 lần/ ngày (tĩnh mạch hoặc uống) |   **5.3. Điều trị viêm phổi do virút**  Tuỳ theo từng căn nguyên mà dùng các thuốc kháng virút thích hợp. Chú ý điều trị bội nhiễm vi khuẩn nhất là ở các BN viêm phổi nặng phải can thiệp thở máy không xâm nhập hoặc xâm nhập.  **5. Dự phòng**   * **5.1 Tiêm chủng.** * Bởi vì viêm phổi có thể là một biến chứng của bệnh cúm, nên chích ngừa cúm hàng năm là một cách tốt để ngăn ngừa viêm phổi do virus cúm, có thể dẫn đến viêm phổi do vi khuẩn. In addition, even though there is some controversy of its effectiveness, especially in older adults, doctors recommend getting a vaccination against pneumococcal pneumonia at least once after age 50, and if you have any risk factors, every five years thereafter. * Ngoài ra, mặc dù có một số tranh cãi về hiệu quả của nó, đặc biệt là ở người lớn tuổi, nên chủng ngừa phế cầu khuẩn viêm phổi ít nhất mỗi 5 năm một lần sau tuổi 50, hay trẻ em từ 2 – 6 tuổi * Your doctor will recommend a pneumonia vaccine even if you're younger than 50 if you're a smoker, if you have a lung or cardiovascular disease, certain types of cancer, diabetes or sickle cell anemia, if your immune system is compromised, or if you've had your spleen removed for any reason. Nên tiêm vắc-xin viêm phổi ngay cả khi bệnh nhân trẻ hơn 50 tuổi, nếu là một người hút thuốc, ung thư, bệnh tim mạch, đái tháo đường hay bệnh thiếu máu tế bào hình liềm, hoặc cắt lách.   A vaccine known as pneumococcal conjugate vaccine can help protect young children against pneumonia. Tác dụng phụ của vắc-xin phế cầu khuẩn này thường nhỏ và bao gồm đau nhẹ hoặc sưng tại chỗ tiêm.   * **Wash your hands.** Your hands are in almost constant contact with germs that can cause pneumonia. 5.2 **Rửa tay :**These germs enter your body when you touch your eyes or rub the inside of your nose. Các vi trùng này nhập vào cơ thể khi chạm tay vào đôi mắt của hoặc chà xát bên trong mũi. Washing your hands often and thoroughly and can help reduce your risk. Rửa tay thường xuyên và kỹ lưỡng và có thể giúp giảm nguy cơ viêm phổi. When washing isn't possible, use an alcohol-based hand sanitizer, which can be more effective than soap and water in destroying the bacteria and viruses that cause disease. **Don't smoke.** Smoking damages your lungs' natural defenses against respiratory infections. * 5.3 **Không hút thuốc.** **Take care of yourself.** Proper rest and a diet rich in fruits, vegetables and whole grains along with moderate exercise can help keep your immune system strong. * 5.4 **Chăm sóc bản thân** thích hợp và một chế độ ăn uống nhiều trái cây, rau và ngũ cốc nguyên chất cùng với tập thể dục vừa phải có thể giúp giữ cho hệ thống miễn dịch mạnh mẽ. * **Get treatment for GERD.** Treat symptomatic GERD, and lose weight if you're overweight.5.5 Đ**iều trị** triệu chứng **GERD.** và giảm cân nếu thừa cân. * **Protect others from infection.** If you have pneumonia, try to stay away from anyone with a compromised immune system. 5.5 **Bảo vệ những người khác bị lây nhiễm.** Hãy cố gắng tránh xa bất cứ ai có một hệ thống miễn dịch bị tổn hại. When that isn't possible, you can help protect others by wearing a face mask and always coughing into a tissue. Khi điều đó là không thể, có thể giúp bảo vệ người khác bằng cách đeo mặt nạ và luôn luôn ho vào khăn giấy.   **6. Kết Luận**  Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng hiện nay vẫn là một bệnh nhiễm khuẩn hô hấp thường gặp, có thể tiến triển nặng gây nhiều biến chứng tại chỗ, toàn thân hoặc tử vong. Tiêu chuẩn phân loại mức độ nặng CURB 65 dễ áp dụng để hướng dẫn xử trí. Cần làm các xét nghiệm vi sinh vật cho những trường hợp BN phải nhập viện. Xu hướng các vi khuẩn giảm nhạy cảm với các kháng sinh nên cần sử dụng kháng sinh hợp lý, tuân thủ theo đúng các nguyên tắc dược động học của các kháng sinh. Có thể dự phòng viêm phổi mắc phải ở cộng đồng bằng các biện pháp thay đổi hành vi (không hút thuốc lá, thuốc lào...) cũng như chủ động tiêm các loại vaccine phòng cúm và các virút, vi khuẩn khác.  Tài liệu tham khảo   1. Pneumonia. The Merck Manuals: 00The Merck Manual for Healthcare Professionals. http://www.merck.com/mmpe/sec05/ch052/ch052a.html. Accessed March 25, 2009. 2. Pneumonia fact sheet. American Lung Association. http://www.lungusa.org/site/apps/nlnet/content3.aspx?c=dvLUK9O0E&b=2060321&content\_id={08C669B0-E845-4C9C-8B1E-285348BC83BD}¬oc=1. Accessed March 28, 2009. 3. Durrington H, et al. Recent changes in the management of community-acquired pneumonia in adults. British Medical Journal. 2008;336:1429. 4. Pneumonia. American Lung Association. http://www.lungusa.org/site/apps/nlnet/content3.aspx?c=dvLUK9O0E&b=4294229&ct=3052571. Accessed March 28, 2009. 5. Menendez R, et al. Treatment failure in community-acquired pneumonia. Chest. 2007;132:1348. 6. Singh S, et al. Long-term use of inhaled corticosteroids and the risk of pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. Archives of Internal Medicine. 2009;169;219. 7. Chong C, et al. Pneumonia in the elderly: A review of the epidemiology, pathogenesis, microbiology and clinical features. Southern Medical Journal. 2008;101;1141. 8. Chong C, et al. Pneumonia in the elderly: A review of severity assessment, prognosis, mortality, prevention and treatment. Southern Medical Journal. 2008;101;1134. 9. Châu, Ngô Quý. Viêm phổi mắc phải cộng đồng. Bệnh viện Bạch Mai | | |

clear