

VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG

I. CHẨN ĐOÁN:

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) : có viêm đường hô hấp dưới kết hợp với tổn thương trên phim X quang, xảy ra trước 48 giờ nhập viện.

1. Lâm sàng

** Triệu chứng gợi ý viêm đường hô hấp dưới :*

- Ho khan hoặc có đờm.
- Đau ngực
- Khó thở, co kéo lồng ngực...
- Thở nhanh > 20 lần/phút.
- Phổi : nghe có ran nổ, phế âm giảm...

** Triệu chứng toàn thân:*

- Sốt , lạnh run.
- Chán ăn, mệt mỏi
- Nhức đầu, ra mồ hôi.....

• Dấu hiệu lâm sàng gợi ý viêm đường hô hấp dưới:

- Nhiệt độ > 37,8°C
- Nhịp thở > 20 lần/phút.
- Mạch >100 lần/phút.
- Phổi có ran.
- Phế âm giảm.

• Các triệu chứng liên hệ đến độ nặng:

- Tuổi bệnh nhân.
- Tình trạng huyết động : Mạch, Huyết áp, lượng nước tiểu.
- Nhịp thở /phút.
- Khó thở.
- Tình trạng tri giác.
- Nhiệt độ .

2. X quang:

- Là tiêu chuẩn chẩn đoán (tiêu chuẩn vàng) .
- Đánh giá độ nặng.
- Theo dõi diễn tiến bệnh.

2.1.Hình ảnh XQ :

- Tổn thương phế nang (chủ yếu).
- Tổn thương mô kẽ.

2.2.Chỉ định X quang phổi nghiêng, CT scan, trong trường hợp đặc biệt.

II. CẬN LÂM SÀNG

2.1 Xét nghiệm thường quy :

Khi nhập viện :

- * Huyết đồ, Hct, Hb.
- * Đường máu
- * Créatinine máu, Urée máu.
- * SGOT, SGPT.
- * Ion đồ.
- * CRP, Procalcitonin (khi cần)
- * Khí máu :bệnh phổi, $SpO_2 < 92\%$, khó thở, rối loạn tri giác, rối loạn huyết

động.

2.2. Xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân:

- * Soi, cấy đàm KSD (đàm, dịch rửa phế quản)
- * Huyết thanh chẩn đoán :Mycoplasma, Chlamydia, Legionella...

Chỉ định: Chỉ nên thực hiện cho những trường hợp nặng hay không đáp ứng điều trị .

III. ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG

Yếu Tố Tiên Lượng Nặng : Căn cứ vào CURB-65 của BTS hay ATS-IDSA :

• CURB -65 :

- **Confusion**:mất định hướng thời gian , không gian và bản thân).
- **Uremia** (urê máu)> 20 mg% (7 mmol/l).
- **Respiratory rate** (nhịp thở) ≥ 30 l/p.
- **Blood pressure** (huyết áp thấp) (HAm_{ax} <90, HAm_{in} < 60 mmHg).
- **Age** (tuổi) ≥ 65 .

CURB-65 : 0-1 điểm → điều trị ngoại trú ; 2 điểm → nhập viện ; ≥ 3 điểm → nhập ICU.

• Theo ATS -IDSA 2007(American Thoracic Society –Infectious Disease Society of America):

BN nặng cần nhập ICU khi có một trong 2 tiêu chuẩn chính và ít nhất 3 tiêu chuẩn phụ sau :

- Tiêu chuẩn chính: Cần thở máy , Sốc nhiễm trùng

• Tiêu chuẩn phụ :

- | | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| • Lú lẫn/ mất định hướng | • $T^0 < 36^{\circ}C$ |
| • BUN > 20 mg% | • Bạch cầu máu < 4000/mm ³ |
| • Nhịp thở ≥ 30 l/ p, | • Giảm TC < 100.000/mm ³ |
| | • $PaO_2/FiO_2 < 250$, |

- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| • Hạ HA cần truyền dịch nhiều | • Viêm phổi nhiều thùy |
|-------------------------------|------------------------|

Cần thở máy không xâm lấn có thể thay thế cho nhịp thở ≥ 30 l/p hay $PaO_2/FiO_2 < 250$

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT : Nhồi máu phổi , Suy tim sung huyết , Lao**IV. Điều trị:****4.1. Điều trị tổng quát:**

- * Phát hiện và điều trị sớm tình trạng thiếu Oxy.
- * Hạn chế sử dụng thuốc ho, long đàm.
- * Hạ sốt , giảm đau khi có yêu cầu.
- * Nước – điện giải.
- * Chú ý dinh dưỡng.

4.2 Kháng Sinh :**Điều trị ban đầu và điều trị theo kinh nghiệm:****BN ngoại trú :**

- BN trẻ, khỏe, không có bệnh đồng mắc: beta lactam/ ức chế betalactamase liều cao hay Macrolide.
- BN có bệnh đồng mắc như bệnh tim, phổi, gan, thận mạn, tiểu đường, nghiện rượu, bệnh ác tính, không có lách, bệnh gây ức chế miễn dịch hay dùng thuốc ức chế miễn dịch, hay sử dụng kháng sinh trong vòng 3 tháng trước : beta lactam/ ức chế betalactamase liều cao ± Macrolide; hay Quinolone hô hấp (moxifloxacin, levofloxacin).
- Những vùng có tỉ lệ *S. pneumoniae* kháng macrolide cao (>25%) (MIC ≥ 16 µg/ml) → dùng kháng sinh như trên dành cho BN không có bệnh đồng thời.

BN nội trú không nằm ICU :

- Beta lactam (ceftriaxone; cefotaxime, ampicillin sulbactam, ertapenem) ± Macrolide; hay Quinolone hô hấp

BN nội trú ,nằm ICU :

- Beta lactam (ceftriaxone; cefotaxime, ampicillin sulbactam, ertapenem) + Macrolide hay Quinolone hô hấp
- Nếu BN dị ứng PNC → quinolone hô hấp và aztreonam.

Trường hợp đặc biệt :

- Nếu nghi ngờ Enterobacteriaceae: Cephalosporin 3; Carbapenem (nếu có ESBL); Piperacillin Tazobactam
- Nếu nghi ngờ Pseudomonas:

Antipseudomonal β lactam: Imipenem 0,5g truyền tĩnh mạch/ mỗi 6 giờ, *hoặc* Meropenem 1g truyền tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ, *hoặc* Cefepim 2g tĩnh mạch/ mỗi 8 giờ, *hoặc* Piperacillin-Tazobactam 4,5g truyền tĩnh mạch/ mỗi 6 giờ

KẾT HỢP VỚI

Levofloxacin (750 mg/); Ciprofloxacin **400mg** TTM mỗi 8 giờ/ ngày *Hoặc* Aminoglycoside

- Nếu nghi ngờ CA-MRSA → thêm vancomycin, teicoplanin hay linezolid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Textbook of Pulmonary Disease, 2016
2. Principles of Internal Medicine, 2018
3. Manual of Internal Therapeutics, 2018
4. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults, 2007