

THLS VIÊM PHỔI - BS.LAM - NHÓM 1

<u>Aa</u> Thành phần	☰ Yêu cầu
<u>Kỹ năng tổng quát</u>	Tiếp cận điều trị nhiễm khuẩn hô hấp
<u>Mục tiêu chuyên biệt</u>	Xử trí viêm phổi vi khuẩn
<u>Thân minicase</u>	
<u>Dữ liệu lâm sàng</u>	Bệnh nhân nam, làm ruộng, 56 tuổi, nhập viện vì Ho + Sốt Bệnh 14 ngày, khởi đầu với ho khan thỉnh thoảng sau đó xuất hiện sốt + ho đàm đục, khó thở khi đi lại khoảng 50-100 mét nên nhập viện. Trong quá trình bệnh, ăn uống kém, không đau bụng, tiêu tiểu bình thường. Tiền căn: Tăng huyết áp – Hút thuốc lá 15 gói.năm Bệnh tình, tiếp xúc tốt. M 98 l/p, HA 160/100 mmHg, NT 20 l/p, T 37oC SpO2 86% khí trời, 90% oxy canula 2 L/P Phổi ran nổ rải rác 2 phế trường
<u>Dữ liệu cận lâm sàng</u>	• CTM: RBC 5,15 T/L/ WBC 5,5 G/L (Eos 0,3%)/ PLT 246 G/L • CRP: 159.4 mg/L • X quang ngực thẳng: thâm nhiễm hai phế trường, gần rốn phổi.
<u>Câu hỏi minicase</u>	
<u>Câu hỏi khởi động</u>	Có chắc chắn chẩn đoán viêm phổi trong trường hợp này không?
<u>Câu hỏi thảo luận</u>	Điều trị viêm phổi trong trường hợp này, kháng sinh chọn lựa là gì và vì sao?
<u>Đúc kết minicase</u>	• Viêm phổi # Lao, Ung thư phổi có nhiễm trùng, Bệnh phổi mô kẽ • Kháng sinh: Cephalosporin thế hệ 3 + Macrolide/Fluoroquinolon nhằm bao phủ tác nhân vi khuẩn gram âm và không điển hình. Ưu tiên chọn Macrolide vì chưa loại trừ được lao.

Đặt vấn đề:

- Suy hô hấp cấp
- Hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới
- Tiền căn hút thuốc lá 15 gói. năm
- Tăng huyết áp

Ca này có triệu chứng nào không phù hợp với viêm phổi: bệnh 14 ngày, không sốt, khó thở khi gắng sức.

CĐSB: Viêm phổi mức độ nặng biến chứng suy hô hấp cấp - THA

CĐPB:

- Lao phổi biến chứng suy hô hấp cấp - THA
- Đợt cấp COPD mức độ nặng biến chứng suy hô hấp cấp -THA
- Nhiễm COVID-19 mức độ nặng biến chứng suy hô hấp cấp - THA

▼ Biện luận

Thầy Lam

- VP không nhất thiết lúc nào cũng sốt, vì có thể thời điểm mình gặp bệnh nhân thì bệnh nhân không sốt
- Về vấn đề khó thở: bệnh nhân viêm phổi vẫn có thể khi thở khi đi lại 50 -100 m, khi chức năng hô hấp giảm thì bệnh nhân đi lại cũng khó thở vậy

Tác nhân gây viêm phổi

- VK không điển hình: Đối nghịch với bệnh cảnh viêm phổi điển hình là bệnh cảnh viêm phổi không điển hình gây ra bởi các vi khuẩn như *M.pneumoniae*, *Chlamydia. spp*, virus với khởi phát từ từ, sốt nhẹ, ho khan, kèm theo nhiều triệu chứng toàn thân hơn là triệu chứng hô hấp; công thức máu bạch cầu bình thường hay chỉ tăng nhẹ; hình ảnh X quang không thấy tổn thương đông đặc.
- COVID-19: Thiếu oxy máu thềm lặn, do virus tấn công vào các thụ thể với giảm oxy máu
- Những bệnh nhân hút thuốc lá, nếu bị viêm phổi thì chức năng phổi giảm rất nhanh, bệnh nhân khó thở rất nhiều.

⇒ Cần phải đặt ra vấn đề, liệu trước đó bệnh nhân có khó thở mạn tính trước đó hay không? Hoặc có giảm chức năng phổi trước đó, đợt viêm phổi này làm lộ

ra tình trạng suy giảm chức năng hô hấp mạn tính trước đó. CĐPB ở đây là những đặc điểm không phù hợp với viêm phổi ở đây.

Không phải trường hợp nào viêm phổi cũng cần nhập viện. Điều gì khiến cho bệnh nhân viêm phổi bị suy hô hấp? Trong 2 trường hợp: 1/ Tổn thương phổi nhiều. Khả năng dự trữ phổi rất lớn, viêm 1 thùy phổi chức năng phổi không suy giảm đến mức gây khó thở cho bệnh nhân. 2/ Khi bệnh nhân đã có sẵn bệnh phổi nền trước đó, đợt viêm phổi này giống như giọt nước tràn li làm vấn đề suy giảm chức năng hô hấp biểu lộ ra ngoài.

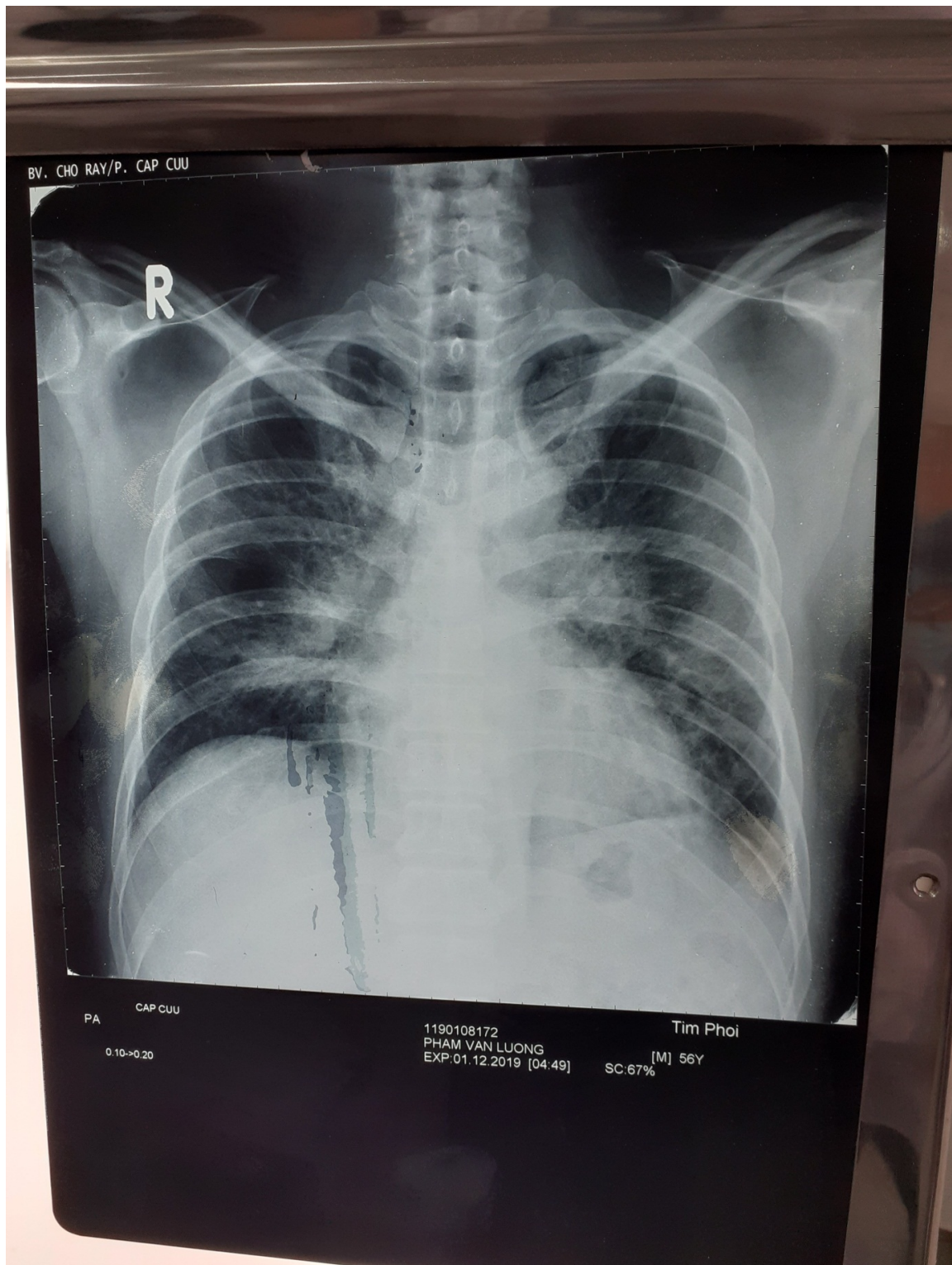
Những gì SV thường thấy là bệnh nhân nội viện có khó thở.

▼ Cận lâm sàng:

Tại sao CRP tăng nhưng WBC không tăng?

WBC không phải là cái đặc hiệu cho viêm phổi. Viêm phổi không tăng WBC thì phải nghĩ đến nguyên nhân virus, lao,...

Trong nhiễm COVID-19 yếu tố viêm tăng rất cao nhưng WBC thì bình thường



- Phim chụp tư thế đứng
- Hít không đủ sâu (ở mức tương đối)
- TDMP mờ góc sườn hoành trái (tuy nhiên chú ý có tổn thương nhu mô che cái góc sườn hoành bên trái)

- Tổn thương đi từ rốn phổi ra, kèm theo tổn thương ở ngoại vi 1/3 dưới phổi trái
- Nếu bệnh nhân này ở trại tim mạch thì nghĩ nhiều là phù phổi rồi, tuy nhiên về mặt lâm sàng nữa, thì bệnh nhân này ít nghĩ đến OAP, cần phối hợp lâm sàng và cận lâm sàng.

Trong ca này vẫn nghĩ là viêm phổi

Tuy nhiên mình có nghĩ đến tác nhân này, tác nhân kia, trong chẩn đoán thì mình đừng ghi rõ là nghĩ tác nhân gì. Mục đích biện luận tác nhân chỉ là để mình khu trú lại, lựa chọn kháng sinh điều trị. Ngay cả cấy ra thì mình cũng không chắc chắn 100% là con đó gây viêm phổi

Biện luận tác nhân:

- Vi khuẩn không điển hình: Moraxella Catarrhalis, Klebsiella
- Cúm, COVID-19 (do tổn thương lan tỏa)
- Vi khuẩn Gr (-) (bệnh nhân có yếu tố nguy cơ nhiễm Gr(-) : cơ địa bệnh nền THA, bệnh cảnh lâm sàng nặng: SHH)

Còn VK gram(+) thì bệnh nhân có nhiễm trùng ngoài da gì trước đó.

Cần nhớ trên ca này bệnh cảnh nặng, thì phải nghĩ đến những con có độc lực mạnh. Ca này sử dụng KS bao phủ cả phế cầu và Gram (-).

Điều trị

Fluoroquinolone điều trị lao nên trên trường hợp không loại trừ được lao thì không sử dụng fluoro quinolone để tránh kháng thuốc.

BỘ Y TẾ 2020

ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TRUNG BÌNH

Bệnh nhân VPMPCD mức độ nặng, nằm ICU

Betalactam phổ rộng +/- ức chế betalactamase, ertapenem, ceftazidime, ceftriaxone, cefepim ... kết hợp quinolone hay macrolide TTM.

Nếu có nguy cơ nhiễm *Pseudomonas*:

- 1 β -lactam chống *Pseudomonas* [piperacillin/tazobactam, ceftazidim, cefepime, imipenem, meropenem, doripenem] + ciprofloxacin hoặc levofloxacin.
- β -lactams kể trên + 1 aminoglycoside và azithromycin/clarithromycin
- β -lactams kể trên + quinolone (levofloxacin hay ciprofloxacin)

Nếu có nguy cơ nhiễm *S. aureus* kháng methicillin cộng đồng (CA-MRSA):

- Thêm Vancomycin, Teicoplanin, hay Linezolid

Đối với viêm phổi thì phải khởi động kháng sinh 1-4h sau khi chẩn đoán