

32 ± 12,1. 6,4% trường hợp có PaCO<sub>2</sub> > 45 mmHg. Giá trị PaO<sub>2</sub> (X ± SD): 86,2 ± 12,5; 90,3% trường hợp có PaO<sub>2</sub> > 60 mmHg.

Thay đổi thành phần khí máu động mạch là một mắt xích quan trọng trong sinh lý bệnh của COPD, nó thay đổi theo tiến triển của bệnh. Thông thường PaO<sub>2</sub> giảm từ giai đoạn đầu. PaCO<sub>2</sub> chỉ tăng ở giai đoạn nặng của bệnh [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi PaCO<sub>2</sub> trung bình là 46 ± 16,4 mmHg, kết quả này phù hợp với 60% đối tượng nghiên cứu có mức độ nghẽn nặng và rất nặng.

#### KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình: 70,2 ± 9,3 (47 - 91); chủ yếu gặp > 60 tuổi. Nam (91,1%) mắc bệnh nhiều hơn nữ (8,9%).

- Thời gian mắc bệnh từ 5 năm trở lên (88,9%). Số đợt cấp trung bình/năm: 1,86 ± 0,67; số bao thuốc lá hút trung bình trong năm 27,83 ± 6,09 (10 - 45) bao/năm.

- Chủ yếu tắc nghẽn mức độ trung bình và nặng 82,3%

- Triệu chứng thường gặp: Khó thở (97,8%), đờm đục, xanh, vàng (66,7%), sốt (44,4%) và đau ngực (26,7%). X quang phổi: Giãn phế nang (62,2%), tổn thương kẽ (35,6%), tim hình giọt nước (26,7%), viêm phổi (17,8%).

- Khí máu khi nhập viện: pH > 7,45: 37,8%; PaCO<sub>2</sub> > 45 mmHg: 64,4%; PaO<sub>2</sub> ≤ 60 mmHg: 26,7%; Khí máu sau 4 giờ đầu điều trị: pH ≥ 7,45: 26,7%; PaCO<sub>2</sub> > 45 mmHg: 6,4%; PaO<sub>2</sub> ≤ 60 mmHg: 90,3%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Đợi (2019), *Nghiên cứu*

*đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ tắc động mạch phổi cấp ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.*

2. Anna O D'Souza, Manan Shah, Amol D Dhamane, et al. (2014), "Clinical and economic burden of COPD in a Medicaid population", *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11 (2), pp. 212-220.

3. M Decramer, AG Agustí, and J Bourbeau, *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.*[Updated 2015], 2015.

4. GC Donaldson and JA Wedzicha (2006), "COPD exacerbations: 1: Epidemiology", *Thorax*, 61 (2), pp. 164-168.

5. Charles Feldman, Guy A Richards, and Jacqueline Smilg (2015), "The Findings on Initial Admission Chest Radiograph of Patients Presenting with an Acute Exacerbation of COPD—A South African Study", *Southern African Journal of Infectious Diseases*, 30 (2), pp. 57-60.

6. Tricia M McKeever, Glenn Hearson, Gemma Housley, et al. (2016), "Using venous blood gas analysis in the assessment of COPD exacerbations: a prospective cohort study", *Thorax*, 71 (3), pp. 210-215.

7. Miranda Caroline Smith and Jeremy P Wrobel (2014), "Epidemiology and clinical impact of major comorbidities in patients with COPD", *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 9 pp. 871.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG NẶNG TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

HOÀNG THỊ THÙY<sup>1</sup>, CHU THỊ HẠNH<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An  
<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm: Hoàng Thị Thùy  
Email: bsthuyna1202@gmail.com  
Ngày nhận: 21/10/2020  
Ngày phản biện: 25/11/2020  
Ngày duyệt bài: 14/12/2020

#### TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 105 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng (CAP) nặng điều trị tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai cho thấy triệu chứng toàn thân hay gặp là nhịp tim ≥ 125 lần/phút, nhịp thở ≥ 30 lần/phút, rối loạn ý thức, HATT < 90 mmHg. Triệu chứng cơ năng thường

gặp là mệt mỏi, khó thở, sốt, ho đờm, đau ngực. Chủ yếu là các đối tượng có bạch cầu tăng > 10 G/L, CRP từ 4-20 mg/dl và PCT từ 2-10 ng/ml. Hình ảnh X-quang ngực: Gặp nhiều các dạng tổn thương dạng đám mờ và dịch màng phổi. Hình ảnh CT ngực: Thường gặp dạng phối hợp của nhiều tổn thương, dạng đông đặc, dịch màng phổi, kính mờ, dạng kẽ. Trong số bệnh nhân phân lập được vi khuẩn gây bệnh thì các tác nhân gây bệnh phổ biến nhất được xác định ở những bệnh nhân CAP nặng là *Acinetobacter baumannii* (61,5%) và *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumonia* (tương đương nhau 23,1%), tiếp theo là *E coli* (15,4%).

**Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng, Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai.

#### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF SEVERE COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA IN BACH MAI HOSPITAL RESPIRATORY CENTER

Through a study of 105 patients with severe community acquired pneumonia (CAP) treated at the Respiratory Center of Bach Mai hospital, the common symptoms of the system are: heart rate  $\geq 125$  times / minute, breathing rate  $\geq 30$  times / minute, minutes, disturbed consciousness, HATT < 90 mmHg. Common physical symptoms are fatigue, difficulty breathing, fever, coughing sputum, chest pain. Mainly subjects with leukocytosis > 10 G / L, CRP from 4 - 20 mg / dl and PCT from 2-10 ng / ml. Chest X-ray images: there are many types of lesions in the form of cloudiness and pleural fluid. Chest CT images: often seen a combination of multiple lesions, solidified form, pleural fluid, ground glass, interstitial form. Among patients isolated from pathogenic bacteria, the most common pathogens identified in severe CAP patients were *Acinetobacter baumannii* (61.5%) and *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumonia* (23 equivalent, 1%), followed by *E coli* (15.4%).

**Keywords:** Clinical and subclinical features, severe community acquired pneumonia, Bach Mai Hospital Respiratory Center.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (CAP) là một bệnh hô hấp phổ biến và được coi là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong số các bệnh truyền nhiễm [1]. Trong đó, CAP nặng là nhóm bệnh nhân điều trị với kết quả kém và cần mức độ chăm sóc cao hơn. Một nghiên cứu dựa trên dân số lớn cho thấy trong số bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán viêm phổi, 21% cần nhập viện

chăm sóc đặc biệt (ICU), 6% thở máy xâm nhập và 2% tử vong [2]. Mặc dù các chiến lược điều trị đã được cải thiện đáng kể trong những năm gần đây, tỷ lệ mắc và tử vong của CAP, đặc biệt là CAP nặng vẫn ở mức cao. Tỷ lệ tử vong của CAP nặng đã được báo cáo từ 17 - 49% bởi các nghiên cứu đoàn hệ đa trung tâm khác nhau [3]. Để tìm hiểu thêm về đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm phổi cộng đồng nặng, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi cộng đồng nặng tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai.

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### 1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân CAP nặng điều trị tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai từ 01/08/2019 đến 31/07/2020.

##### 1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân đạt đồng thời 2 tiêu chuẩn:

a. Tiêu chuẩn CAP: Bệnh nhân được chẩn đoán là CAP: viêm phổi xuất hiện ở ngoài cộng đồng hay ít nhất không ở các cơ sở điều trị trong vòng 14 ngày trước đó. Với các tiêu chuẩn có tổn thương trên phim X-quang phổi, kèm theo ít nhất 2 trong số các biểu hiện sau:

- Sốt  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  hoặc hạ thân nhiệt <  $36^{\circ}\text{C}$
- Khạc đờm mủ
- Bạch cầu > 10 G/l hoặc < 3,5 G/l
- Độ bão hòa oxy trong máu giảm  $\text{SaO}_2 < 95\%$

b. Tiêu chuẩn viêm phổi nặng:

Bệnh nhân viêm phổi có điểm Fine IV hoặc V (theo thang điểm PSI). Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Viêm phổi mắc phải bệnh viện
- + Viêm phổi liên quan tới chăm sóc y tế:
- + CAP nặng đang có sốc nhiễm khuẩn hoặc suy hô hấp nặng cần thông khí nhân tạo xâm nhập (nhóm này điều trị tại khoa ICU).
- + Lao phổi, nhồi máu phổi, ung thư phổi hoặc nấm phổi
- + Tổn thương phổi do xạ trị, viêm phổi mô kẽ, viêm phổi do thuốc, viêm phổi tổ chức hóa có tắc nghẽn tiểu phế quản, amyloidosis, sarcoidosis.
- + Thâm nhiễm phế nang có tăng bạch cầu ái toan, xuất huyết phế nang.
- + Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang có sử dụng số liệu hồi cứu bệnh án.

##### 1.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

**Cách chọn mẫu:** Nghiên cứu này áp dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện, bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán là viêm phổi mắc phải cộng

đồng nặng tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai từ 01/08/2019 đến 31/07/2020.

Cỡ mẫu: n = 105

Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

**Công cụ thu thập thông tin:** Bệnh án thu thập số liệu được xây dựng sẵn.

**Phương pháp thu thập thông tin:** Hỏi bệnh → Khám trực tiếp bệnh nhân → Ghi nhận kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng, phim chụp Xquang, phim cắt lớp vi tính ngực, nội soi phế quản + Tra cứu hồ sơ bệnh án.

### 1.3. Biến số, chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, nghề nghiệp.

Triệu chứng lâm sàng:

- + Lý do vào viện; thời gian bị bệnh trước vào viện.
- + Tiền sử các bệnh mạn tính, tiền sử hút thuốc, nghiện rượu.
- + Kháng sinh dùng trước khi vào viện trong thời gian điều trị tại tuyến dưới.

+ Triệu chứng lâm sàng: Toàn thân (ý thức, nhiệt độ, mạch, HA, nhịp thở); triệu chứng cơ năng (ho, khó thở, đau ngực.); thực thể (rale ở phổi, hội chứng 3 giảm, hội chứng đông đặc).

+ Cận lâm sàng: XN CT máu, sinh hóa máu, khí máu, CRP, PCT; XN căn nguyên gây bệnh: cấy máu, đờm, dịch phế nang; XQ phổi; CLVT ngực; nội soi phế quản; cấy đờm cấy máu.

### 2. Xử lý và phân tích số liệu

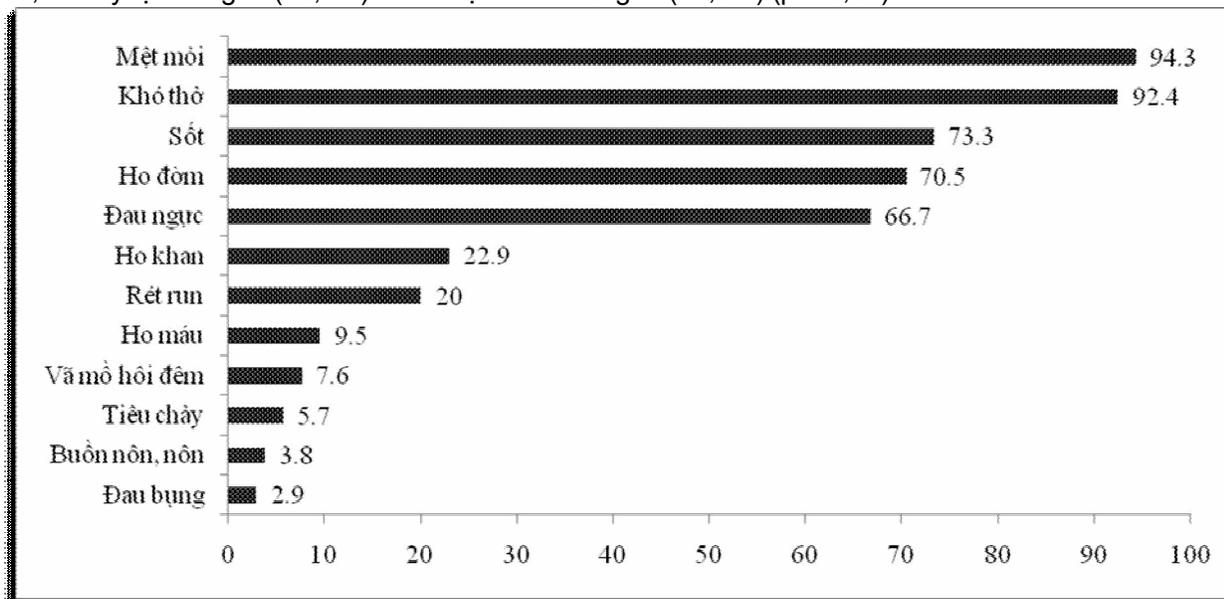
Số liệu làm sạch, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các trắc nghiệm thống kê để đánh giá sự khác nhau giữa các tỷ lệ. Mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  được sử dụng trong thống kê suy luận.

Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai chấp nhận và ra được Hội đồng duyệt thông qua đề cương nghiên cứu của Đại học Y Hà Nội. Số liệu trong nghiên cứu chỉ nhằm mục đích duy nhất là nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh cho BN, không nhằm mục đích nào khác.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $67,36 \pm 14,08$ , trong đó tuổi từ 40 trở lên chiếm đa số 98,1%. Tỷ lệ nam giới (78,1%) khác biệt so với nữ giới (21,9%) ( $p < 0,01$ ).



Hình 1. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân CAP nặng khi nhập viện (n = 105)

Các triệu chứng thường gặp nhất của CAP nặng là mệt mỏi, khó thở, sốt, ho đờm và đau ngực. Các triệu chứng ít gặp hơn là vã mồ hôi đêm, tiêu chảy, buồn nôn, nôn và đau bụng.

Bảng 1. Triệu chứng toàn thân của bệnh nhân CAP nặng khi nhập viện (n = 105)

Triệu chứng toàn thân		n	%
Ý thức	Rối loạn ý thức	7	6,7
	Không rối loạn ý thức	98	93,3
Tần số tim (lần/phút)	$\geq 125$	13	12,4
	$< 125$	92	87,6
Tần số thở (lần/phút)	$\geq 30$	11	10,5
	$< 30$	94	89,5

Huyết áp tâm thu(mmHg)	< 90	6	5,7
	≥ 90	99	94,3
Nhiệt độ (°C)	< 37,5	65	61,9
	≥ 37,5	40	38,1
SpO <sub>2</sub> (%)	< 90	26	24,8
	≥ 90	79	75,2

Trong các triệu chứng toàn thân của bệnh nhân CAP nặng khi nhập viện, nhiệt độ ≥ 37,5 °C chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Bệnh nhân rối loạn ý thức và tụt huyết áp chiếm tỷ lệ thấp.

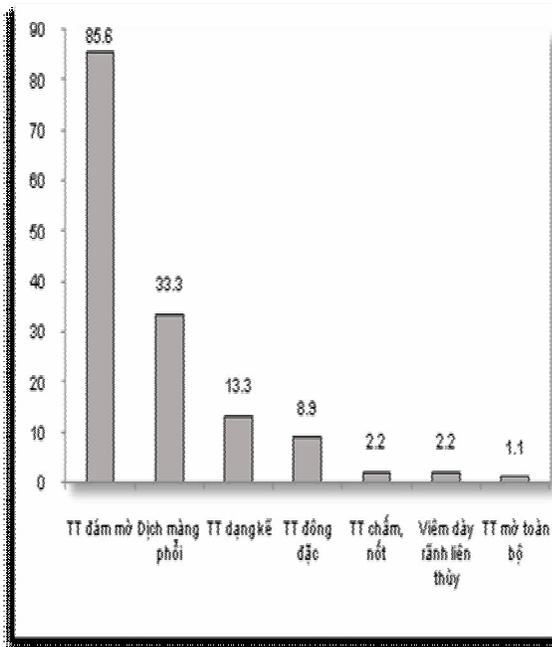
Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 105)

Sinh hóa máu		n	%
Số lượng BC	>10G/L	55	52,4
	4-10G/L	46	43,8
	<4G/L	4	3,8
Bạch cầu đa nhân trung tính	<45%	2	1,9
	45-75%	35	33,3
	>75%	68	64,8
Ure (mmol/l) (n = 88)	>7	41	46,6
	≤ 7	47	53,4
Creatinine (μmol/L)	≤ 104	70	66,7
	>104	35	33,3
AST (U/L-37°C)	≤ 37	47	44,8
	>37	58	55,2
ALT (U/L-37°C)	≤ 41	56	53,3
	>41	49	46,7
Glucose máu(mmol/l)	≥ 14	11	10,5
	< 14	94	89,5
Na <sup>+</sup> (mmol/l)	< 130	27	25,7
	≥ 130	78	74,3

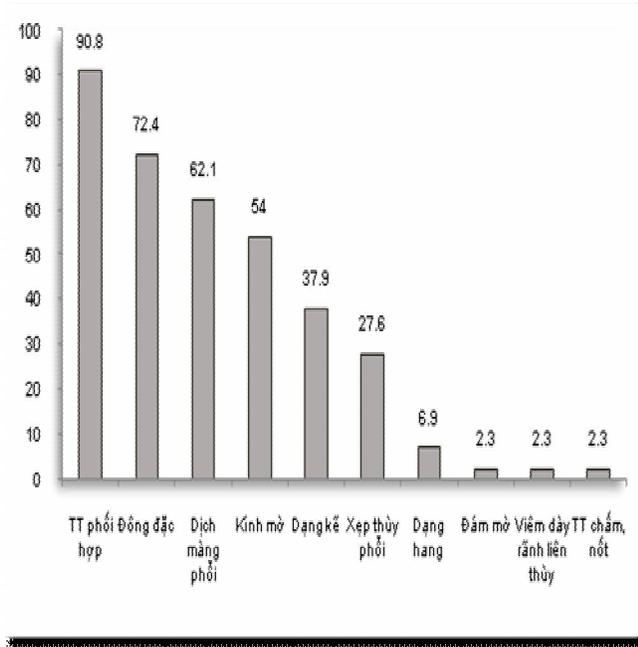
pH máu	< 7,35	6	5,7
	7,35 – 7,45	39	37,1
	≥ 7,35	60	57,1
PaO <sub>2</sub>	< 60	32	30,5
	≥ 60	73	69,5
PaCO <sub>2</sub>	< 45	93	88,6
	≥ 45	12	11,4
CRP (mg/dl) (n = 91)	<4	15	16,5
	4- 20	46	50,5
	>20	30	33
PCT (ng/ml) (n = 32)	< 0,25	7	21,9
	0,25 - < 0,5	2	6,3
	0,5 - < 2	6	18,8
	2- 10	10	31,3
	>10	7	21,9

Bạch cầu trung bình là 11,67 ± 6,29, chiếm tỷ lệ nhiều nhất là số lượng bạch cầu tăng > 10 G/L, bạch cầu giảm < 4 G/L là thấp nhất. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trung bình là 78,23 ± 12,67, trong đó chủ yếu là tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng > 75%. CRP từ 4 -20 mg/dl chiếm tỷ lệ cao nhất, CRP < 4 mg/dl là thấp nhất. Kết quả PCT trong khoảng 2 – 10 chiếm tỷ lệ nhiều nhất, PCT từ 0,25 - < 0,5 chỉ có 2 trường hợp.

Về các chỉ số sinh hóa, tăng men gan chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Tiếp theo là các thay đổi tăng ure, creatinin, giảm Natri máu và tăng glucose máu ≥ 14 mmol/l chiếm tỷ lệ thấp hơn. Trong các biến đổi về khí máu động mạch, PaO<sub>2</sub> < 60 là chủ yếu, pH < 7,35 chiếm tỷ lệ thấp nhất.



X-quang ngực (n = 90)

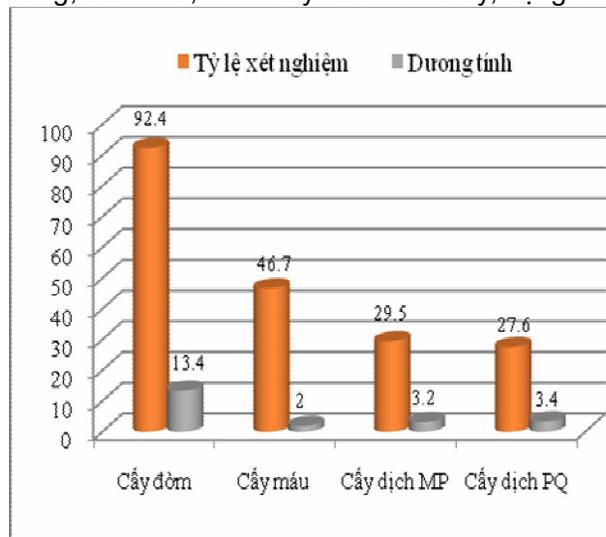


CT ngực (n = 82)

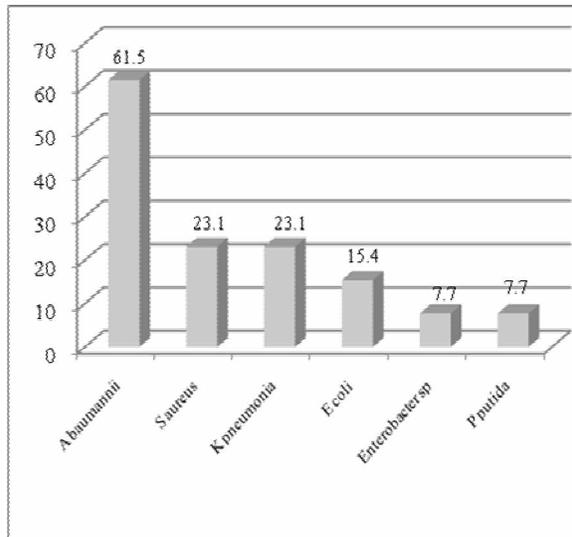
Hình 2. Đặc điểm tổn thương XQ ngực và phim CT ngực của bệnh nhân CAP nặng

Tổn thương trên X-quang ngực, dạng đám mờ gặp tỷ lệ cao nhất, các dạng tổn thương khác gặp ít hơn: dịch màng phổi, dạng kẽ, dạng đông đặc.

82,9% bệnh nhân được chụp CT ngực, trong đó tổn thương thường gặp là phối hợp của nhiều tổn thương, dạng đông đặc, dịch màng phổi, kính mờ. Các tổn thương khác gặp với tỷ lệ thấp: dạng hang, đám mờ, viêm dày rãnh liên thùy, dạng chấm, nốt.



Các xét nghiệm tìm căn nguyên gây bệnh



Kết quả nuôi cấy vi sinh vật

Hình 3. Các xét nghiệm tìm căn nguyên gây bệnh

Hầu hết bệnh nhân CAP nặng đều làm xét nghiệm cấy đờm 92,4%. Cấy dịch phế quản chiếm tỷ lệ thấp 27,6%. Xét nghiệm dương tính của mẫu bệnh phẩm phân lập lần lượt từ đờm là 13,4%, dịch phế quản 3,4%, dịch màng phổi 3,2%, máu 2%.

Trong số bệnh nhân phân lập được vi khuẩn gây bệnh thì *Acinetobacter baumannii* chiếm tỷ lệ cao nhất, các vi khuẩn *Staphylococcus aureus* và *Klebsiella pneumoniae* có tỷ lệ tương đương. Ít gặp hơn là *E. coli*, *Enterobacter sp*, *Pseudomonas putida*.

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm lâm sàng

Các triệu chứng cơ năng và toàn thân của viêm phổi cổ điển bao gồm sốt, ho khạc đờm, khó thở, đau ngực. 105 bệnh nhân CAP nặng trong nghiên cứu của chúng tôi các biểu hiện cơ năng chủ yếu cũng tương tự các triệu chứng kinh điển của VPMPCĐ nói chung gồm mệt mỏi, khó thở, sốt, ho đờm, đau ngực. Kết quả này tương đương với Tạ Thị Diệu Ngân (2016) [4] khi nghiên cứu nhóm viêm phổi nặng: ho 92,9%, khạc đờm 85,7%, khó thở 96,4, đau ngực 67,9%, sốt 75%. Tỷ lệ các triệu chứng cơ năng theo A Díaz (2005) cũng xấp xỉ là: khó thở 83%, ho 74%, khạc đờm 65% và sốt (nhiệt độ > 37,8°C) 40% [4].

Kết quả tần suất các triệu chứng toàn thân

nặng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với A Díaz (2005) nhịp thở > 30 lần/phút 55%, huyết áp < 90 mmHg 19%, nhịp tim > 125 lần/phút 28% [4]. Có sự khác biệt này có thể do các tác giả tiến hành nghiên cứu bệnh nhân nhập trực tiếp vào khoa ICU. Phần lớn bệnh nhân của chúng tôi đều đã được can thiệp điều trị trước đó tại khoa cấp cứu hoặc tuyến dưới.

### 1.1. Đặc điểm cận lâm sàng của VPMPCĐ nặng

+ Số lượng bạch cầu: Bạch cầu trong máu ngoại vi tăng biểu hiện ở bệnh nhân viêm phổi do vi khuẩn. Kết quả trung bình bạch cầu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhận định của Tạ Thị Diệu Ngân (2016)  $8,2 \pm 6,9$  [5]. Có thể thấy tăng số lượng bạch cầu là một trong những tiêu chí phản ánh tình trạng viêm trong CAP nặng mặc dù trong 105 bệnh nhân nghiên cứu phần lớn đã được sử dụng kháng sinh tại nhà hay tại các cơ sở tuyến dưới.

+ Chỉ số CRP: Protein C phản ứng (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. Giá trị trung bình CRP của bệnh nhân VPMPCĐ nặng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của Tạ Thị Diệu Ngân (2016) là  $16 \pm 11,7$  [5].

+ Chỉ số PCT (Procalcitonin): Theo Chirst-Crain [6] chỉ cần mức PCT > 0,5 ng/ml và có dấu

hiệu tổn thương trên X-quang đã nghĩ đến viêm phổi và bắt buộc dùng kháng sinh. Nồng độ trung bình PCT trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Lê Xuân Trường PCT trung bình là 2,71 ± 0,4 ng/ml [7].

+ Các xét nghiệm khác: Về xét nghiệm sinh hóa của 105 bệnh nhân nghiên cứu, tăng men gan chiếm tỷ lệ nhiều nhất AST (55,2%), ALT (46,7%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của A Diaz [4] 8% có thiếu máu (Hb < 100 g/l), 33% có creatinin > 1,4 mg/dL (124µmol/l), 45% có urê máu >25 mg/dL (4 mmol/l), 23% có nồng độ glucose ≥ 14 mmol/l, và 8% có nồng độ natri thấp (< 130 mEq / L).

### 1.1. Hình ảnh X-quang ngực và CLVT ngực

Hình ảnh X-quang ngực của bệnh nhân CAP nặng thấy tổn thương dạng đám mờ thâm nhiễm là dạng hay gặp nhất, mức độ tổn thương nhiều thùy chiếm tỷ lệ cao 72,2%, phổi phải 87,8% gặp nhiều hơn so với bên trái 72,2%. Và vùng dưới 2 bên là vị trí tổn thương hay gặp nhất với vùng dưới phải 68,9%, trái 56,7%.

Hình ảnh CT ngực: Mặc dù có giá trị trong chẩn đoán viêm phổi nhưng tỷ lệ âm tính giả của phim chụp X-quang ngực cũng khá cao, do vậy những trường hợp nghi ngờ cần chụp CT ngực. Tổn thương hay gặp nhất trên phim CT của bệnh nhân CAP nặng là đông đặc phổi. Các dạng khác cũng xuất hiện thường xuyên là kính mờ, dịch màng phổi. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì chụp CT ngực phát hiện được tổn thương tỷ lệ cao hơn chụp X-quang ngực như các dạng đông đặc phổi, tổn thương kẽ, dạng hang và còn có thể phát hiện ra những tổn thương khác như kính mờ, xẹp thùy phổi mà trên X-quang ngực không phát hiện được.

### 2. Đặc điểm vi sinh

Khi bệnh nhân nhập viện nhất là các trường hợp nặng rất cần thiết tiến hành nuôi cấy và làm kháng sinh đồ đối với các bệnh phẩm như đờm, dịch phế quản, máu... Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ mọc vi khuẩn trên cả 3 phương pháp rất thấp, nguyên nhân có thể do việc sử dụng kháng sinh một cách rộng rãi trong cộng đồng, phần lớn bệnh nhân chiếm 64,8% trước khi vào điều trị tại Trung tâm Hồ hấp đã được điều trị kháng sinh tại các phòng khám tư hoặc các cơ sở tuyến dưới.

Mô hình các vi sinh vật gây bệnh trong nghiên cứu CAP nặng của chúng tôi tương đồng với Wongsurakiat P và Chitwarakorn N (2019) [8] cũng như Mahendra M và Cs (2018) [9] mang đặc điểm giống với viêm phổi bệnh viện hơn là nhiễm khuẩn mắc phải trong cộng đồng.

## KẾT LUẬN

Triệu chứng toàn thân hay gặp là nhịp tim ≥ 125 lần/phút, nhịp thở ≥ 30 lần/phút, rối loạn ý thức, HATT < 90 mmHg. Triệu chứng cơ năng thường gặp là mệt mỏi, khó thở, sốt, ho đờm, đau ngực. Bilan viêm của bệnh nhân CAP nặng chủ yếu là bạch cầu tăng > 10 G/L, CRP từ 4-20 mg/dl và PCT từ 2 -10 ng/ml. Hình ảnh X-quang ngực: gặp nhiều các dạng tổn thương dạng đám mờ và dịch màng phổi. Hình ảnh CLVT ngực: thường gặp dạng phổi hợp của nhiều tổn thương, dạng đông đặc, dịch màng phổi, kính mờ, dạng kẽ. Mô hình các vi sinh vật gây bệnh của CAP nặng mang đặc điểm giống với viêm phổi bệnh viện hơn là các tác nhân thường gặp trong cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Davide Leoni, Jordi Rello (2017), "Severe community-acquired pneumonia: optimal management", *Current opinion in infectious diseases*, 30(2), p. 240-247.
2. Seema Jain, Wesley H Self, Richard G Wunderink et al. (2015), "Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among US adults", *New England Journal of Medicine*, 373(5), p. 415-427.
3. Jason Phua, Nathan C Dean, Qi Guo et al. (2016), "Severe community-acquired pneumonia: timely management measures in the first 24 hours", *Critical Care*, 20(1), p. 237.
4. A Díaz, M Álvarez, C Callejas et al. (2005), "Cuadro clínico y factores pronósticos de la neumonía adquirida en la comunidad grave en adultos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos", *Archivos de Bronconeumología*, 41(1), p. 20-26.
5. Tạ Thị Diệu Ngân (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải cộng đồng*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
6. M Christ-Carin (2005), "Procalcitonin in bacterial infections-hype, hope, more or less?", *Swiss medical weekly*, 135(3132).
7. Lê Xuân Trường, Lê Ngọc Hùng, Phan Thị Danh (2008), "Nhận xét sơ bộ về sự thay đổi nồng độ Procalcitonin trong nhiễm trùng hô hấp và nhiễm trùng huyết", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12, tr. 104-109.
8. Phunsup Wongsurakiat, Napat Chitwarakorn (2019), "Severe community-acquired pneumonia in general medical wards: outcomes and impact of initial antibiotic selection", *BMC Pulmonary Medicine*, 19(1), p. 179.
9. M Mahendra, BS Jayaraj, Sneha Limaye et al. (2018), "Factors influencing severity of community-acquired pneumonia", *Lung India: Official Organ of Indian Chest Society*, 35(4), p. 284.