

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110

Ngô Văn Lực^{1*}Nguyễn Bá Vinh¹, Trần Duy Hưng²Ngô Bình Minh¹, Nguyễn Xuân Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên vi khuẩn và kết quả điều trị viêm phổi mắc phải ở cộng đồng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 71 bệnh nhân chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Khoa Tim, thận, khớp, phổi thường, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2022.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $54,3 \pm 7,6$ tuổi. Bệnh nhân nam (62,0%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (38,0%). Bệnh đồng mắc thường gặp trên bệnh nhân là đái tháo đường và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (đều chiếm 16,9%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp trên bệnh nhân viêm phổi là ho (94,4%), sốt (84,5%), khạc đờm (74,6%), ran ẩm ran nổ (64,7%). Triệu chứng cận lâm sàng hay gặp là tăng bạch cầu > 12 G/l (71,8%), tăng GOT, GPT (45,1%) và có tổn thương phổi trên phim X quang (91,5%). 31,0% bệnh nhân trường hợp nuôi cấy đờm hoặc dịch rửa phế quản dương tính với vi khuẩn, trong đó, 21,1% trường hợp do vi khuẩn gram âm và 9,8% do vi khuẩn gram dương và 5,6% do phế cầu. 83,1% bệnh nhân sử dụng kết hợp 2 nhóm kháng sinh, trong đó, thường sử dụng là phác đồ kết hợp Cephalosporin III + Quinolon (47,9%) và Penicillin + Quinolon (25,4%). Kết quả điều trị: 91,5% bệnh nhân khỏi và đỡ.

Từ khóa: Viêm phổi mắc phải cộng đồng, vi khuẩn.

ABSTRACT

Objectives: To describe some clinical and paraclinical characteristics, bacterial etiology, and treatment results of community-acquired pneumonia.

Subjects and methods: A prospective study and cross-sectional description of 71 patients diagnosed with community-acquired pneumonia at the Department of Cardiology, Nephrology, Rheumatology, and Pulmonary, Military Hospital 110 from October 2020 to October 2022.

Results: The average age of patients was 54.3 ± 7.6 years. Male patients (62.0%) were more than female patients (38.0%). The most common comorbidities among patients were diabetes mellitus and chronic obstructive pulmonary disease (COPD), both accounting for 16.9%. The common clinical symptoms observed in pneumonia patients included cough (94.4%), fever (84.5%), sputum production (74.6%), and rales (64.7%). The common paraclinical symptoms included leukocytosis (> 12 G/L) in 71.8% of cases, elevated levels of liver enzymes GOT and GPT in 45.1%, and lung injuries on chest X-rays in 91.5%. Bacterial culture of sputum or bronchoalveolar lavage fluid was positive in 31.0% of cases, with 21.1% being gram-negative bacteria, 9.8% gram-positive bacteria, and 5.6% being Streptococcus. 83.1% of patients used combination therapy with two antibiotic groups, of with Cephalosporin III + Quinolone (47.9%) and Penicillin + Quinolone (25.4%) being the most commonly prescribed regimens. Treatment results showed that 91.5% of patients recovered or improved.

Keywords: Community-acquired pneumonia, bacteria.

Chịu trách nhiệm nội dung: Ngô Văn Lực, Email: Bacsyluc@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2023; mời phản biện khoa học: 7/2023; chấp nhận đăng: 07/9/2023.

¹ Bệnh viện Quân y 110

² Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) bao gồm các nhiễm khuẩn phổi xảy ra ở ngoài bệnh viện hoặc trong vòng 48 giờ đầu sau khi nhập viện

[5]. VPMPCĐ là bệnh thường gặp và là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong trên thế giới, bất chấp sự sẵn có của kháng sinh mới. Ở Việt Nam, viêm phổi chiếm khoảng 12% các bệnh về phổi. Trong số 3.606 bệnh nhân (BN) điều trị tại

Khoa Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai, từ năm 1996-2000 thì có tới 345 BN (9,7%) viêm phổi [1]. Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh rất đa dạng, cùng với tình trạng kháng thuốc kháng sinh làm cho việc chẩn đoán, điều trị, tiên lượng trở nên khó khăn, phức tạp hơn.

Bệnh VPMPCTĐ là bệnh khá thường gặp tại Khoa Tim, thận, khớp, phổi thường, Bệnh viện Quân y 110. Những năm gần đây, Bệnh viện đã triển khai nuôi cấy tìm căn nguyên vi khuẩn, góp phần lớn trong hiệu quả điều trị, đặc biệt, những bệnh nhân VPMPCTĐ nặng. Nhưng chưa có nghiên cứu tổng kết, đánh giá về VPMPCTĐ. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên vi khuẩn và kết quả điều trị VPMPCTĐ tại Khoa Tim, thận, khớp, phổi thường, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2022.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

71 BN VPMPCTĐ, điều trị nội trú tại Khoa Tim, thận, khớp, phổi thường, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2022.

- Loại trừ BN từ 18 tuổi trở xuống; BN đã từng nằm viện trong thời gian 14 ngày trước khi bị VPMPCTĐ hoặc đã điều trị ở một bệnh viện khác trong vòng 48 giờ trước khi chuyển đến Bệnh viện Quân y 110; BN có biểu hiện viêm phổi sau 48 giờ nhập viện; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Chẩn đoán VPMPCTĐ theo Hiệp Hội hô hấp châu Âu (ERS) và hiệp hội bệnh nhiễm trùng/hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ (IDSA/ATS) [1]: có dấu hiệu thâm nhiễm mới trên phim phổi, kèm theo có một hoặc nhiều biểu hiện cấp tính của đường hô hấp trên, như ho, khạc đờm, khó thở, sốt trên 38 độ hoặc có thể hạ nhiệt độ (36 độ), khám phổi có hội chứng đông đặc hoặc ran ẩm hoặc ran nổ ở phổi.

- Phương pháp tiến hành:

+ Thăm khám lâm sàng tất cả các BN chẩn đoán xác định VPMPCTĐ theo Hội Hô hấp châu Âu (ERS 2007), đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu.

+ Chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng, chụp X quang lồng ngực ngay khi vào viện, cấy đờm hoặc dịch rửa vào ngày thứ 2 sau nhập viện.

+ Đánh giá mức độ nặng viêm phổi theo thang điểm CURB-65: có 5 mục chia điểm cho thang điểm CURB-65 dựa vào các thông tin bệnh nhân lúc vào viện đó là: rối loạn ý thức (Confusion); ure máu > 7 mmol/L; nhịp thở (Respiratory Rate) ≥ 30 lần/phút; huyết áp tâm thu thấp < 90 mmHg hoặc huyết áp tâm trương < 60 mmHg, tuổi ≥ 65 .

+ Điều trị kháng sinh theo hướng dẫn của Bệnh viện. Đánh giá kết quả điều trị sau 72 giờ, nếu đáp ứng kém thay đổi kháng sinh, hoặc phối hợp kháng sinh theo kháng sinh đồ (nếu có). Đánh giá kết quả điều trị khi BN ra viện.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm BN nghiên cứu: tuổi, giới tính, các bệnh đồng mắc.

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên vi khuẩn, tình trạng kháng kháng sinh, đánh giá mức độ nặng viêm phổi theo thang điểm CURB65.

+ Đánh giá kết quả điều trị: điều trị khỏi: BN khỏi ra viện (hết các triệu chứng lâm sàng và giảm hoặc hết tổn thương phổi trên phim chụp X quang hoặc chụp cắt lớp vi tính); điều trị đỡ: giảm các triệu chứng lâm sàng; điều trị không khỏi: BN có triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng tiến triển, chuyển hồi sức hoặc tuyền sau; BN nặng xin về hoặc tử vong.

- Đạo đức nghiên cứu: đề tài được hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân y 110 thông qua. Các BN được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin BN được bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng các thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu

- BN từ 19-82 tuổi, trung bình $54,3 \pm 7,6$ tuổi.

Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lala M. Dunbar (tuổi trung bình BN là $53,1 \pm 17,5$ tuổi) [2]; nhưng khác kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Hiền năm 2016 (tuổi trung bình trong BN là $71,25 \pm 7,63$ tuổi). Khác biệt này do đối tượng nghiên cứu của Bùi Thị Hiền ≥ 60 tuổi.

- Giới tính:

+ Nam: 44 BN (62,0%).

+ Nữ: 27 BN (38,0%).

BN nam (62,0%) nhiều hơn BN nữ (38,0%); phù hợp với kết quả nghiên cứu Lala M. Dunbar, Nguyễn Thanh Thủy, Nguyễn Đăng Tố (tỉ lệ BN nam gặp nhiều hơn BN nữ) [2], [3], [6].

- Các bệnh đồng mắc (n = 71):
- + Ung thư: 3 BN (4,2%).
- + Bệnh gan: 3 BN (4,2%).
- + Suy tim: 10 BN (14,1%).
- + Bệnh mạch não: 8 BN (11,3%).
- + Suy thận: 5 BN (7,0%).
- + Đái tháo đường: 12 BN (16,9%).
- + Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: 12 BN (16,9%).
- + Giảm phế quản: 5 BN (7,0%).

Các bệnh đồng mắc hay gặp là đái tháo đường và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (đều chiếm 16,9%); phù hợp với kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Hiền năm 2016 (bệnh đồng mắc hay gặp nhất là đái tháo đường (18,1%) và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (16,9%)). Có thể do có tình trạng suy giảm hàng rào bảo vệ ở đường hô hấp và suy giảm sức đề kháng của cơ thể trên BN mắc các bệnh trên.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên vi khuẩn

- Triệu chứng cơ năng (n = 71):
- + Sốt: 60 BN (84,5%).
- + Ho: 67 BN (94,4%).
- + Khạc đờm: 53 BN (74,6%).
- + Ho máu: 3 BN (4,2%).
- + Khó thở: 23 BN (32,4%).
- + Đau ngực: 35 BN (49,3%).

Triệu chứng chúng tôi thường gặp trên BN nghiên cứu là ho (94,4%), sốt (84,5%), khạc đờm (74,6%); phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đăng Tố năm 2017 (triệu chứng thường gặp là ho, sốt, khạc đờm, lần lượt chiếm tỉ lệ là 100%, 71,0%, 75,5%) [6]. Đây là những triệu chứng chính khiến BN đến viện khám và là các triệu chứng có giá trị định hướng chẩn đoán. Trong nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu gặp số ít BN đến viện vì viêm phổi nhưng không có triệu chứng ho (5,6%).

- Triệu chứng thực thể (n = 71):
- + Hội chứng đông đặc điển hình: 12 BN (16,9%).
- + Hội chứng nhiễm trùng: 64 BN (90,1%).
- + Ran nổ, ran ẩm: 46 BN (64,7%).

- + Trần dịch màng phổi: 15 BN (21,1%).
- + Rối loạn ý thức: 3 BN (4,2%).
- + Huyết áp tâm thu < 90 mmHg: 3 BN (4,2%).
- + Tần số thở > 30 nhịp/phút: 2 BN (2,8%).

Triệu chứng thực thể hay gặp nhất là hội chứng nhiễm trùng (90,1%), tiếp đến là ran ẩm, ran nổ (64,7%) và tràn dịch màng phổi (21,1%), hội chứng đông đặc điển hình (16,9%). Kết quả này tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đăng Tố (68% BN có ran ẩm, ran nổ, 16,7% có hội chứng đông đặc điển hình:) [6]. Điều này có thể lí giải, ngày nay, tình trạng VPMPCĐ do nhóm vi khuẩn không điển hình gây nên ngày càng nhiều, mặt khác, người bệnh tự mua thuốc kháng sinh không theo kê đơn. Do vậy, những biểu hiện điển hình của viêm phổi cũng không còn đầy đủ.

Trong nghiên cứu này thấy tỉ lệ BN có triệu chứng nặng thấp, như rối loạn ý thức (4,2%), huyết áp tâm thu < 90 mmHg (4,2%), tần số thở > 30 lần/phút (2,8%). Kết quả này phù hợp nghiên cứu của Bùi Thị Hiền (2016) [5]. Đa số các BN có các triệu chứng trên thường điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực.

- Một số thay đổi xét nghiệm (n = 71):
- + Tăng bạch cầu > 12 G/l: 51 BN (71,8%).
- + Giảm bạch cầu < 4 G/l: 8 BN (11,3%).
- + Giảm tiểu cầu: 16 BN (22,5%).
- + Ure máu > 7 mmol/l: 21 BN (29,6%).
- + Glucose máu > 13,9 mmol/l: 25 BN (35,2%).
- + Na máu < 130 mmol/l: 17 BN (23,9%).
- + Tăng GOT, GPT > 40 U/l: 32 BN (45,1%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: 71,8% BN tăng bạch cầu trên 12 G/l. Tỉ lệ tăng bạch cầu nhẹ và vừa (từ trên 12 G/l đến dưới 20 G/l) thường gặp ở BN viêm phổi mức độ nhẹ và vừa; bạch cầu tăng trên 20 G/l thường gặp ở BN viêm phổi mức độ nặng. Có 45,1% BN tăng GOT, GPT, chủ yếu BN có men gan ở mức từ trên 40 U/l đến dưới 100 U/l và không cần điều trị hoặc chỉ cần dùng thuốc uống. Khi BN ra viện, 100% trường hợp men gan trở về bình thường. Các chỉ số khác ít gặp hơn, như tăng ure (29,6%), hạ Na⁺ máu (23,9%). Chỉ số bạch cầu dưới 4 G/l và giảm tiểu cầu là 2 triệu chứng cận lâm sàng ít gặp, nhưng rất có giá trị trong tiên lượng mức độ nặng của bệnh.

- Vị trí tổn thương phổi trên phim chụp X quang lồng ngực (n = 71):

- + Bên phổi phải: 30 BN (42,2%).
- + Bên phổi trái: 23 BN (32,4%).
- + Cả hai bên phổi: 12 BN (16,9%).
- + Không thấy tổn thương: 6 BN (8,5%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 42,2% BN có tổn thương phổi bên phải, 32,4% BN có tổn thương phổi bên trái; tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đăng Tổ năm 2017 [6]. Chúng tôi phát hiện 16,9% BN có tổn thương phổi cả hai bên và đa số trường hợp tổn thương phổi dạng kính mờ, với diện tích tổn thương nhỏ, lâm sàng không điển hình (giống tổn thương phổi không điển hình). Có 8,5% BN không phát hiện hình ảnh tổn thương phổi trên phim X quang, các BN này chỉ định chụp cắt lớp vi tính để chẩn đoán bệnh.

- Phân độ mức độ nặng viêm phổi theo thang điểm CURB65 (n = 71):

- + 1 điểm: 35 BN (49,3%).
- + 2 điểm: 24 BN (33,8%).
- + 3 điểm: 12 BN (16,9%).

+ Không BN nào có điểm CURB65 bằng 0 điểm, 4 điểm hoặc 5 điểm.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đăng Tổ (CURB65 = 1 điểm ở 36% BN; CURB65 = 2 điểm ở 36% BN và CURB65 = 3 điểm ở 27,2% BN) [6].

- Căn nguyên vi khuẩn gây bệnh phân lập qua nuôi cấy:

Bảng 1. Căn nguyên vi khuẩn gây bệnh phân lập qua nuôi cấy (n = 71).

Tên vi khuẩn	Số BN	Tỉ lệ %
<i>Klebsiella</i>	5	7,1
<i>E.coli</i>	3	4,2
<i>P.aeruginosa</i>	3	4,2
<i>Stenotrophomonas</i>	2	2,8
<i>A. baumannii</i>	2	2,8
<i>S.pneumonie</i>	4	5,6
<i>S.aureus</i>	3	4,2
Tổng	22	31,0

Kết quả nghiên cứu thấy có 31,0% trường hợp nuôi cấy đờm hoặc dịch rửa phế quản dương tính với vi khuẩn, trong đó, 21,1% trường hợp do vi khuẩn gram âm và 9,8% do vi khuẩn gram dương và 5,6% do phế cầu. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Hiền (tỉ lệ dương tính là 22,9%) [5]. Căn nguyên vi khuẩn gây VPMPCD gần như phù hợp với các nghiên cứu khác, tuy nhiên, cơ cấu từng loại vi khuẩn có sự khác nhau. Sự khác biệt này được giải thích là do địa dư khác nhau, yếu tố dịch tễ từng vùng khác nhau, tỉ lệ tiêm phòng viêm phổi có khác nhau. Mặt khác, vi khuẩn phân lập được cũng bị ảnh hưởng rất lớn vào việc sử dụng thuốc kháng sinh trước đó.

- Đề kháng kháng sinh của vi khuẩn:

Bảng 2. Đánh giá sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn

Loại kháng sinh	Loại vi khuẩn đề kháng với kháng sinh					
	<i>Kleb</i> (n = 5)	<i>E. coli</i> (n = 3)	<i>P. aeruginosa</i> (n = 3)	<i>A. baumannii</i> (n = 2)	<i>S.pneumonie</i> (n = 4)	<i>S. aureus</i> (n = 3)
Cefotaxim	1 (20,0%)	1 (33,3%)	3 (100%)	2 (100%)	2 (50,0%)	2 (66,7%)
Piperacillin	2 (40,0%)	3 (100%)		2 (100%)	1 (25,0%)	2 (66,7%)
Ampicilin	2 (40,0%)	3 (100%)		2 (100%)	1 (25,0%)	2 (66,7%)
Ceftriaxon				2 (100%)	1 (25,0%)	2 (66,7%)
Amikaccin	1 (20,0%)			1 (50,0%)		
Ciprofloxacin	1 (20,0%)		1 (33,3%)	2 (100%)	1 (25,0%)	1 (33,3%)
Meropenem	1 (20,0%)	1 (33,3%)		1 (50%)		
Levofloxacin					1 (25,0%)	1 (33,3%)

Vi khuẩn *A. baumannii* kháng gần như với tất cả các loại kháng sinh thông thường đang sử dụng tại Bệnh viện Quân y 110. Cụ thể: 100% trường hợp kháng kháng sinh nhóm Beta lactam và Quinolon, 50% trường hợp kháng kháng sinh ít dùng là Meropenem và Amikacin.

Vi khuẩn *S.pneumonie* và *Klebsiella* vẫn còn nhạy cảm với các nhóm kháng sinh, tuy nhiên, bắt

đầu xuất hiện trường hợp kháng kháng sinh nhóm Beta lactam và Quinolon.

Vi khuẩn tụ cầu có 100% kháng kháng sinh nhóm Beta lactam, nhưng vẫn rất nhạy cảm với Vancomycin.

Vi khuẩn *E.coli* có 100% kháng kháng sinh Ampicilin. Trực khuẩn mũ xanh có 100% kháng kháng sinh Cefotaxim.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3. Phác đồ điều trị phối hợp kháng sinh ban đầu (n = 71).

Phác đồ	Số BN	Tỉ lệ %
Penicillin + Quinolon	18	25,4
Cephalosporin III+ Quinolon	34	47,9
Penicillin + Amikacin	2	2,8
Cephalosporin III+ Amikacin	5	7,0
Nhiều hơn 2 thuốc	12	16,9
Đổi phác đồ	10	14,8

Đa số BN có phác đồ điều trị kết hợp 2 nhóm kháng sinh (83,1%), trong đó, thường sử dụng là phác đồ kết hợp Cephalosporin III + Quinolon (47,9%) và Penicillin + Quinolon (25,4%); phù hợp với các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị VPMPCĐ của Bộ Y tế. 9,8% trường hợp phối hợp kháng sinh với Amikacin (phác đồ này chủ yếu dùng trên BN viêm phổi nặng đã dùng kháng sinh nhóm Quinolon trước đó). Có thể do thói quen dùng kháng sinh, tính sẵn có và lo ngại nguy cơ suy thận của Amikacin.

Trong nghiên cứu này, có 2 BN phải dùng 4 loại kháng sinh (thay đổi kháng sinh theo diễn biến lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ), 14,8% bệnh nhân phải đổi phác đồ điều trị và không có BN nào dùng 1 thuốc kháng sinh.

Bảng 4. Kết quả điều trị (n = 71).

Kết quả điều trị		Số BN	Tỉ lệ %	Số ngày điều trị
Khỏi	Khỏi ra viện	48	67,6	8,7 ± 5,4
	Đỡ, ra viện uống thuốc	17	23,9	
Không	Nặng hơn xin về và tử vong	6	8,5	

67,6% BN khỏi ra viện (hết các triệu chứng lâm sàng và giảm tổn thương thâm nhiễm trên phim chụp X quang lồng ngực thường hoặc trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực), 23,6% BN điều trị đỡ, ra viện uống thuốc theo đơn (các triệu chứng lâm sàng đỡ, giảm). Ngày điều trị trung bình BN điều trị khỏi đỡ là 8,7 ± 5,4 ngày. 6 BN (8,5%) điều trị không khỏi, đây đều là BN viêm phổi nặng, sau thời gian điều trị BN chuyển hồi sức, chuyển tuyến sau, hoặc xin về/tử vong. Trong đó có 3 BN tiên lượng nặng ngay từ lúc nhập viện, chủ yếu do tình trạng suy hô hấp, tụt huyết áp, rối loạn ý thức, đều có bạch cầu và tiểu cầu giảm (theo dõi dọc BN khi chuyển hồi sức hoặc tuyến sau thấy các BN đều xin về, tử vong); có 2 BN phải chuyển tuyến sau vì viêm phổi do *A.baumannii* sau khi phân lập. Các BN đều được điều trị khỏi và đều phải sử dụng Colistin.

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 71 BN VPMPCĐ tại Khoa Tim, thận, khớp, phổi thường, Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2022, kết luận:

- Tuổi trung bình của BN là 54,3 ± 7,6 tuổi. BN nam (62,0%) nhiều hơn BN nữ (38,0%). Bệnh đồng mắc thường gặp là đái tháo đường và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (đều chiếm 16,9%).

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp trên BN viêm phổi là ho (94,4%), sốt (84,5%), khạc đờm (74,6%), ran ẩm ran nổ (64,7%). Triệu chứng cận lâm sàng hay gặp là tăng bạch cầu trên 12 G/l (71,8%), tăng GOT, GPT (45,1%) và có tổn thương phổi trên phim X quang (91,5%).

- 31,0% BN nuôi cấy đờm hoặc dịch rửa phế quản dương tính với vi khuẩn, trong đó, 21,1% trường hợp do vi khuẩn Gram âm, 9,8% do vi khuẩn Gram dương và 5,6% do phế cầu.

- 83,1% BN sử dụng kết hợp 2 nhóm kháng sinh, trong đó, thường sử dụng là phác đồ kết hợp Cephalosporin thế hệ III + Quinolon (47,9%) và Penicillin + Quinolon (25,4%).

- Kết quả điều trị: 91,5% BN khỏi và đỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Hồi (2003), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học của viêm phổi mắc phải cộng đồng do vi khuẩn hiếu khí, điều trị tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai.*
2. Lala M Dunbar, Richard G Wunderink, Michael P Habib, Leon G Smith (2003), "High-Dose, Short-Course Levofloxacin for Community-Acquired Pneumonia: A New Treatment Paradigm", *Clinical Infectious Diseases*, 37 (6), pp. 752-760.
3. Nguyễn Thanh Thủy (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi sinh vật ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng dưới 65 tuổi, điều trị tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai, từ 01/01/2008 đến 31/12/2008*, Thụ viện Đại học Y Hà Nội.
4. Tạ Thị Diệu Ngân (2012), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng.*
5. Bùi Thị Hiền (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi cộng đồng ở người cao tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.*
6. Nguyễn Đăng Tố (2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của thang điểm CURB-65 trong phân tầng nguy cơ bệnh nhân viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Đa khoa Phú Thọ.* □