

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO

ThS. ĐẶNG PHÚC ĐỨC, PGS.TS. NGUYỄN MINH HIỆN
PGS.TS. MAI XUÂN KHẮN - Bệnh viện Quân y 103
Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN HUY LỰC
Chủ nhiệm Bộ môn Lao và bệnh phổi, Học viện Quân y

TÓM TẮT: Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định một số yếu tố nguy cơ viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quy não. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả 215 bệnh nhân chẩn đoán xác định đột quy não, điều trị nội trú tại Khoa Đột quy não, Bệnh viện Quân y 103. Kết quả: Bệnh nhân đột quy não biến chứng viêm phổi bệnh viện chiếm 13,5%. 62,1% bệnh nhân đột quy thể chảy máu não mắc viêm phổi bệnh viện, cao hơn so với bệnh nhân đột quy thể nhồi máu não mắc viêm phổi bệnh viện (32,8%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bệnh nhân đột quy não có tiền sử đái tháo đường mắc viêm phổi bệnh viện (27,6%) cao hơn so với bệnh nhân không viêm phổi có tiền sử đái tháo đường (10,8%), khác biệt có ý nghĩa thống kê. Yếu tố nguy cơ gây viêm phổi bệnh viện trên bệnh nhân đột quy não bao gồm: đột quy não thể chảy máu não; tiền sử đái tháo đường; đặt nội khí quản hoặc mở khí quản; Glasgow 3-9 điểm, NIHSS ≥ 15 điểm, GUSS 0-14 điểm. Kết luận: Đã đưa ra một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi trên bệnh nhân đột quy não, đồng thời chỉ ra được các yếu tố nguy cơ gây viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân đột quy não.

Từ khóa: Đột quy não, viêm phổi bệnh viện.

ABSTRACT: Objectives: Evaluate the clinical, subclinical characteristics and determinate some risk factors for hospital pneumonia in patients with cerebral stroke. **Subjects and methods:** Descriptive study on the 215 inpatients diagnosed with cerebral stroke, treated at the Department of cerebral stroke, Military hospital 103. **Results:** Patients with cerebral stroke developed pneumonia accounting for 13.5%. 62.1% of patients with cerebral hemorrhagic stroke suffered from hospital pneumonia higher than patients with cerebral infarction (32.8%). The difference was statistically significant with $p < 0.05$. Patients with cerebral stroke had a history of diabetes mellitus suffered from hospital pneumonia (27.6%) higher than those without pneumonia had a history of diabetes mellitus (10.8%). The difference was statistically significant. The risk factors for hospital pneumonia in patients with cerebral stroke included: cerebral hemorrhagic stroke; history of diabetes mellitus; endotracheal intubation or opening of the trachea; Glasgow 3-9 points, NIHSS ≥ 15 points, GUSS 0-14 points. **Conclusion:** The clinical, subclinical characteristics of pneumonia have been reported in patients with cerebral stroke, and determinate some risk factors for hospital pneumonia in patients with cerebral stroke.

Keywords: Cerebral stroke, hospital pneumonia.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Đặng Phúc Đức, Email: dangphucduc103@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/12/2017; mời phản biện khoa học: 04/01/2018; chấp nhận đăng ngày: 17/01/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trên đối tượng bệnh nhân (BN) đột quy não, có nhiều yếu tố nguy cơ tiềm ẩn gây biến chứng viêm phổi, đặc biệt là viêm phổi bệnh viện (VPBV), như vận động kém (do liệt), rối loạn nuốt, suy giảm sức đề kháng, thông khí cơ học...

Biến chứng viêm phổi trên BN đột quy não là yếu tố tăng nặng đáng kể tiên lượng bệnh, khả năng hồi phục và kết quả điều trị. Thực tế này đặt ra vấn đề cần xác định các yếu tố nguy cơ gây VPBV đối với BN đột quy não, từ đó giúp các nhà lâm sàng có cơ sở tiên lượng và có thái độ xử trí phù hợp, hạn chế nguy cơ viêm phổi cho BN.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng BN đột quy não mắc VPBV và xác định một số yếu tố nguy cơ

VPBV trên BN đột quy não.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

215 BN đột quy não (trong đó có 29 BN VPBV và 186 BN không viêm phổi), điều trị nội trú tại Khoa Đột quy não, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 3/2014-9/2015.

Loại trừ các BN tử vong, BN xin về sau nhập viện 48 giờ, BN viêm phổi trong 48 giờ sau nhập viện, BN lao phổi, u phổi...

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả có phân tích.
- Chẩn đoán VPBV theo tiêu chuẩn của Hội Lồng ngực Hoa Kỳ năm 2005:

- + Viêm phổi xuất hiện sau nhập viện > 48 giờ.
- + Có hình ảnh thâm nhiễm mới hoặc thâm nhiễm tiến triển trên phim X quang.
- + Có ít nhất 2 trong 3 triệu chứng: sốt > 38°C; bạch cầu > 10.000/ml hoặc < 4.000/ml; tăng tiết đờm.
- + BN không đủ điều kiện đưa đi chụp X quang hoặc chưa xuất hiện thâm nhiễm mới trên phim X

quang phổi, nhưng các dấu hiệu lâm sàng điển hình, cấy khuẩn đờm có mọc vi khuẩn gây bệnh.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm chung của BN; triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng; các yếu tố nguy cơ gây VPBV.

- Xử lý số liệu: số liệu được thu thập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 15.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

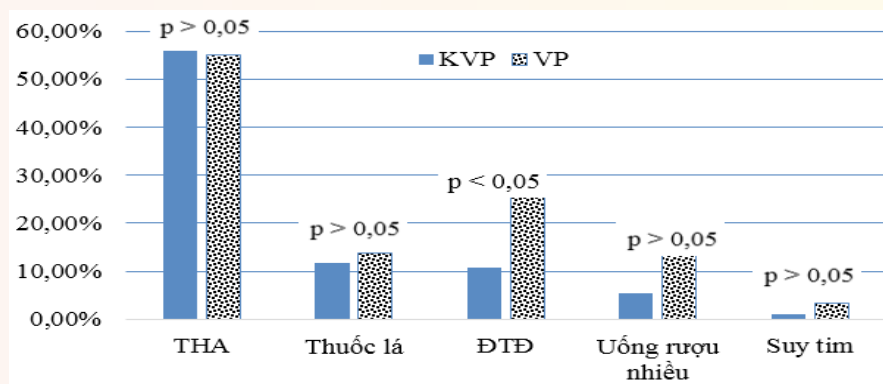
3.1. Phân bố BN VPBV theo thể đột quy não:

Bảng 1. Đặc điểm thể đột quy não.

Thể đột quy	Không viêm phổi	VPBV	Tổng	p
Nhồi máu não	125 (67,2%)	11 (37,9%)	136 (63,3%)	< 0,05
Chảy máu não	61 (32,8%)	18 (62,1%)	79 (36,7%)	
Tổng	186 (100%)	29 (100%)	215 (100%)	

Trong số 215 BN đột quy não nghiên cứu, có 136 BN đột quy thể nhồi máu não (chiếm 63,3%); 79 BN đột quy thể chảy máu não (36,7%) và 29 BN có biến chứng VPBV (chiếm 13,5%). Theo nghiên cứu của Phan Nhựt Trí trên 200 BN đột quy não cấp, tỉ lệ mắc VPBV là 19,1% [3]. Trong số 29 BN có biến chứng VPBV, gặp 18 BN đột quy thể chảy máu não (chiếm 62,1%), cao hơn so với số BN đột quy thể nhồi máu não (11 BN, chiếm 37,9%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Phân bố BN VPBV theo tiền sử bệnh:



Biểu đồ tiền sử BN đột quy não

(KVP: không viêm phổi; VP: viêm phổi; THA: tăng huyết áp; ĐTD: đái tháo đường).

Yếu tố nguy cơ đột quy não hay gặp nhất là THA 55,8%. ĐTD gặp ở 13,0% BN; trong đó, tỉ lệ có tiền sử ĐTD ở nhóm VP 27,6%, cao hơn nhóm KVP 10,8%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo nghiên cứu của Zhang năm 2016, trên 1.149 BN đột quy nhồi máu não, thấy BN viêm phổi có tiền sử ĐTD cao hơn nhóm KVP (24,4% so với 18,4%) [10]. Nghiên cứu tại 37 đơn vị đột quy của Vương quốc Anh năm 2008-2014, cho kết quả 16,5% BN đột quy não có tiền sử ĐTD [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả cao hơn với các tác giả trên, có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ.

3.2. Triệu chứng lâm sàng BN đột quy não:

- Triệu chứng BN đột quy não.

Bảng 2. Triệu chứng BN đột quy não.

Triệu chứng	Không viêm phổi (n = 186)	VPBV (n = 29)	Tổng (n = 215)	p
Đau đầu	52 (28,0%)	12 (41,4%)	64 (29,8%)	> 0,05
Buồn nôn	41 (22,0%)	7 (24,1%)	48 (22,3%)	> 0,05
Nôn	23 (12,4%)	7 (24,1%)	30 (14,0%)	> 0,05
Rối loạn cơ vòng	21 (11,3%)	9 (31,0%)	30 (14,0%)	< 0,05
Liệt nửa người	159 (85,5%)	21 (72,4%)	180 (83,7%)	> 0,05
Rối loạn ngôn ngữ	108 (58,1%)	19 (65,5%)	127 (59,1%)	> 0,05
Liệt dây VII trung ương	118 (63,4%)	20 (69,0%)	138 (64,2%)	> 0,05

Đa số BN liệt nửa người (83,7%), liệt dây VII trung ương (64,2%) và rối loạn ngôn ngữ (59,1%). Đây được coi là “tam chứng đột quỵ” mà Hội đột quỵ thế giới khuyến cáo phát hiện sớm bệnh đột quỵ não trong cộng đồng.

- Triệu chứng lâm sàng BN đột quỵ não mắc VPBV (n = 29):

- + Sốt trên 38°C: 29 BN (100%).
- + Ho: 16 BN (55,2%).
- + Đờm: 27 BN (93,1%).
- + Ran nổ: 23 BN (79,3%).
- + Ran ẩm: 13 BN (44,8%).
- + Ran rít: 5 BN (17,2%).

100% BN sốt; 93,1% BN tăng tiết đờm; 79,3% BN có ran nổ; 55,2% BN ho. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Huỳnh Thị Ngọc Chi năm 2012 (100% BN đột quỵ và tiền sử đột quỵ mắc VPBV có biểu hiện sốt và tăng tiết đờm [2]).

- Đặc điểm đờm của BN VPBV (n = 29):

- + Trong: 2 BN (6,9%).
- + Đục: 1 BN (3,4%).
- + Mủ: 24 BN (82,8%).
- + Màu chocola: 2 BN (6,9%).

82,8% BN VPBV có đờm mủ, cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Thị Ngọc Chi năm 2012 (đờm mủ chiếm 60%, còn lại là các màu khác [2]). Có thể, do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những BN nặng.

3.3. Triệu chứng cận lâm sàng BN đột quỵ não:

3.4. Một số yếu tố nguy cơ VPBV ở BN đột quỵ não:

Bảng 4. Một số yếu tố nguy cơ VPBV trên BN đột quỵ não (n = 215).

Chỉ tiêu		KVP	VPBV	Tỉ xuất chênh (OR)	Khoảng tin cậy (CI) 95%	p
Thể đột quỵ (n = 215)	Nhồi máu não	125	11	3,4	1,5-7,5	< 0,05
	Chảy máu não	61	18			
Đái tháo đường (n = 215)	Không	166	21	3,2	1,2-8,1	< 0,05
	Có	20	8			
Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản (n = 215)	Không	180	18	18,3	6,1-55,4	< 0,05
	Có	6	11			
Uống sặc (n = 215)	Không	143	16	2,7	1,2-6,1	< 0,05
	Có	43	13			
Glasgow 3-9 điểm (n = 215)	Không	179	25	4,1	1,1-15,0	< 0,05
	Có	7	4			
NIHSS 15-42 điểm (n = 215)	Không	161	13	7,9	3,4-18,4	< 0,05
	Có	25	16			
GUSS 0-14 (n = 215)	không	41	5	9,3	3,8-22,5	< 0,05
	Có	20	13			
Tăng glucose máu (n = 215)	Không	101	7	3,7	1,5-9,2	< 0,05
	Có	85	22			

Bảng 3. Đặc điểm BN đột quỵ thể chảy máu não (n = 79).

Đặc điểm		KVP	VPBV	Tổng	p
Thể tích	< 30 ml	54 (88,5%)	10 (55,6%)	64 (81,0%)	< 0,05
	≥ 30 ml	7 (11,5%)	8 (44,4%)	15 (19,0%)	
Đề đẩy đường giữa	< 5 mm	45 (73,8%)	10 (55,6%)	55 (69,6%)	> 0,05
	5-10 mm	13 (21,3%)	6 (33,3%)	19 (24,1%)	
	> 10 mm	3 (4,9%)	2 (11,1%)	5 (6,3%)	
Tràn máu não thất		21 (34,4%)	11 (61,1%)	32 (40,5%)	< 0,05
Tràn máu dưới nhện		1 (1,6%)	3 (16,7%)	4 (5,1%)	< 0,05

44,4% BN VPBV thể tích ổ máu tụ ≥ 30 ml, cao hơn BN KVP (11,5%). Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. BN VPBV tràn máu não thất, tràn máu khoang dưới nhện (61,1%; 34,4%) đều cao hơn BN KVP (34,4%; 1,6%). Khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

- Đặc điểm tổn thương thâm nhiễm mới trên phim X quang BN VPBV (n = 29):

- + Phổi phải: 7 BN (24,1%).
- + Phổi trái: 1 BN (3,4%).
- + Cả hai phổi: 18 BN (62,1%).
- + Không chụp X quang: 3 BN (10,3%).

Chủ yếu BN xuất hiện thâm nhiễm mới cả 2 phổi chiếm 62,1%. BN thâm nhiễm mới phổi phải (24,1%) cao hơn phổi trái (3,4%). 3 BN nặng, không cho phép di chuyển đi chụp X quang.

BN chảy máu não có nguy cơ VPBV cao hơn nhồi máu não (OR = 3,4; CI 95%: 1,5-7,5, $p < 0,05$). Các nghiên cứu đều cho thấy, tỉ lệ VPBV ở BN chảy máu não cao hơn nhồi máu não [6]. Hinduja (2015) nghiên cứu 202 BN chảy máu não nguyên phát, thấy tỉ lệ viêm phổi ở BN chảy máu là 18% [4].

BN đột quy não có tiền sử ĐTD nguy cơ VPBV cao hơn BN không có bệnh ĐTD với OR = 3,2, CI 95%: 1,2-8,1, $p < 0,05$. Hinduja (2015) nghiên cứu 202 BN chảy máu não nguyên phát, kết quả cho thấy tăng đường máu là yếu tố tiên lượng độc lập nguy cơ nhiễm khuẩn và VPBV [4]. Sari (2017) nghiên cứu về viêm phổi liên quan đột quy não tại Indonesia và Nhật Bản cũng cho kết quả ĐTD là yếu tố nguy cơ viêm phổi với OR = 2,09, CI 95%: 0,83-5,29, $p = 0,12$ [8].

BN có đặt nội khí quản hoặc mở khí quản là yếu tố nguy cơ VPBV với OR = 18,3, CI 95%: 6,1-55,4, $p < 0,05$. Ngô Thanh Bình năm 2013 nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ VPBV cho thấy mở khí quản là yếu tố nguy cơ độc lập VPBV (OR = 1,66; CI 95%: 1,11-2,48; $p = 0,014$) [1]. Hinduja (2015) nghiên cứu 202 BN chảy máu não nguyên phát, thấy rằng, thông khí cơ học là yếu tố tiên lượng độc lập nguy cơ nhiễm khuẩn và VPBV [4].

BN đột quy não rối loạn ý thức nặng (Glasgow 3-9 điểm) có nguy cơ VPBV cao hơn BN Glasgow 10-15 điểm với OR = 4,1, CI 95%: 1,1-15,0, $p < 0,05$. Hinduja (2015) nghiên cứu 202 BN chảy máu não nguyên phát, thấy điểm Glasgow BN lúc vào viện < 8 là yếu tố tiên lượng độc lập nguy cơ nhiễm khuẩn và VPBV [4].

BN đột quy não NIHSS ≥ 15 điểm nguy cơ VPBV cao hơn BN NIHSS < 15 điểm với OR = 7,9, CI 95%: 3,4-18,4, $p < 0,05$. Sari (2017) nghiên cứu về viêm phổi liên quan đột quy tại Indonesia và Nhật Bản cũng cho kết quả BN có triệu chứng lâm sàng nặng, NIHSS ≥ 21 điểm là yếu tố nguy cơ viêm phổi (OR = 3,36, $p = 0,012$) [8].

BN rối loạn nuốt (GUSS 0-14 điểm) nguy cơ VPBV cao hơn BN GUSS 15-20 điểm với OR = 9,3, CI 95%: 3,8-22,5, $p < 0,05$. Theo nghiên cứu của Phan Nhứt Trí trên 200 BN, rối loạn nuốt là yếu tố nguy cơ gây VPBV (OR = 19,1, $p < 0,05$) [3]. Nghiên cứu của Zhang năm 2016 trên 1.149 BN đột quy nhồi máu não cho thấy, rối loạn nuốt là yếu tố nguy cơ gây viêm phổi (OR = 16,68; CI 95%: 10,28-27,07; $p < 0,05$) [10]. Theo Wagner năm 2015 trên 1.656 BN đột quy cho thấy, rối loạn nuốt là yếu tố nguy cơ gây VPBV ở BN đột quy với OR = 7,9, CI 95%: 4,9-12,5, $p < 0,001$ [9]. Nghiên cứu tại Đức và Tây Ban Nha năm 2016, rối loạn nuốt là yếu tố nguy cơ gây viêm phổi với OR = 8,54, $p < 0,0001$ [5]. Sari (2017) nghiên cứu về viêm phổi liên quan đột quy tại Indonesia và Nhật Bản, kết quả cho thấy rối loạn nuốt là yếu tố nguy cơ gây viêm phổi (OR 12,62, $p = 0,001$) [8].

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 215 BN đột quy não tại Khoa Đột quy, Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi rút ra kết luận sau:

- BN đột quy não biến chứng VPBV chiếm 13,5%. 62,1% BN đột quy thể chảy máu mắc VPBV, cao hơn so với BN đột quy thể nhồi máu não (VPBV chiếm 32,8%). Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- BN đột quy não có tiền sử ĐTD mắc VPBV (27,6%) cao hơn so với BN KVP có tiền sử ĐTD (10,8%). Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Yếu tố nguy cơ gây VPBV trên BN đột quy não bao gồm: đột quy thể chảy máu não; tiền sử ĐTD; đặt nội khí quản hoặc mở khí quản; Glasgow 3-9 điểm, NIHSS ≥ 15 điểm, GUSS 0-14 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Ngô Thanh Bình, Nguyễn Văn Khôi (2013), "Phân tích các yếu tố nguy cơ gây viêm phổi bệnh viện tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Khánh Hòa", *Y học TP HCM*, 17 (Phụ bản của Số 1), trang 78-87.
2. Huỳnh Thị Ngọc Chi, Bùi Thị Hằng (2012), "Tỉ lệ viêm phổi bệnh viện trên bệnh nhân đột quy não và bệnh nhân có di chứng đột quy não", *Y học TP HCM*, 16 (Phụ bản của Số 1), trang 276-279.
3. Phan Nhứt Trí, Nguyễn Thị Thu Hương (2011), "Nghiên cứu rối loạn nuốt theo GUSS ở bệnh nhân đột quy não cấp tại Bệnh viện Cà Mau năm 2010-2011", *Nghiên cứu y học*, 3 (tháng 6) (74), trang 167-170.
4. Hinduja A, Dibuj J, Achi E et al (2015), "Nosocomial infections in patients with spontaneous intracerebral hemorrhage", *American Journal of Critical Care*, 24 (3), pp. 227-231.
5. Hoffmann S, Harms H, Ulm L et al (2016), "Stroke-induced immunodepression and dysphagia independently predict stroke-associated pneumonia-The PREDICT study", *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*, pp. 0271678x16671964.
6. Ji R, Wang D, Shen H et al (2013), "Interrelationship Among Common Medical Complications After Acute Stroke Pneumonia Plays an Important Role", *Stroke*, 44 (12), pp. 3436-3444.
7. Kalra L, Hodsoll J, Irshad S et al (2016), "Comparison of the diagnostic utility of physician-diagnosed with algorithm-defined stroke-associated pneumonia", *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 87(11), pp. 1163-1168.
8. Sari I.M, Soertidewi L, Yokota C et al (2017), "Comparison of Characteristics of Stroke-Associated Pneumonia in Stroke Care Units in Indonesia and Japan", *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26 (2), pp. 280-285.
9. Wagner C, Marchina S, Deveau J.A et al (2016), "Risk of stroke-associated pneumonia and oral hygiene", *Cerebrovascular Diseases*, 41 (1-2), pp. 35-39.
10. Zhang X, Yu S, Wei L et al (2016), "The A2DS2 score as a predictor of pneumonia and in-hospital death after acute ischemic stroke in Chinese populations", *PloS one*, 11 (3), pp. 0150298.