CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
VIÊM PHỔI MẮC PHẢI TRONG CỘNG ĐỒNG

BV.NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi mắc phải trong cộng đồng (Community-Acquired Pneumonia: CAP) là một bệnh lý thường gặp và gây tử vong cao dù đã có nhiều kháng sinh mạnh và một số vaccin có hiệu quả

Tại Mỹ, viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ 6 tính chung nhưng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các bệnh lý nhiễm trùng. Ước tính có khoảng 5,6 triệu trường hợp CAP mỗi năm và có 1,1 triệu trường hợp phải nhập viện vì bệnh này.

2. CHẨN ĐOÁN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI TRONG CỘNG ĐỒNG

2.1. Lâm sàng

	Viêm phổi điển hình	Viêm phổi không điển hình
TC cơ năng	- Sốt đột ngột thường > 39°C ± rét run - Ho khan lúc đầu, sau khạc đàm đục - Có thể kèm đau ngực kiểu màng phổi: nông, nhói, tăng lên khi hít sâu và khi ho - Khó thở ± - Herpes labialis: 40% trong viêm phổi do phế cầu	- Sốt nhẹ, từ từ - Ho khan hoặc có ít đàm nhầy - Không đau ngực - Khó thở hiếm gặp - Triệu chứng ngoài phổi: nhức đầu, đau cơ, mệt mỏi, đau họng, buồn nôn, nôn, tiêu chảy
TC thực thể	- Ran nổ tại vùng tổn thương - Có thể có HC đông đặc kèm âm thổi ống (20%) - Có thể nghe cọ màng phổi (10%)	- Có thể có vài ran phế quản - Không có HC đông đặc - Lú lẫn, mất định hướng ở người già có thể gặp do nhiễm Legionella
Mầm bệnh thường gặp	- Streptococcus pneumonia - Haemophilus influenzae - Moraxella catarrhalis (chủ yếu trên cơ địa COPD)	- Mycoplasma pneumoniae - Chlamydia pneumoniae - Legionella pneumophila - Vk yếm khí

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. X Quang phổi thẳng/nghiêng: là phương tiện quan trọng nhất để chẩn đoán viêm phổi

2.2.2. Xét nghiệm đàm:

- Lấy trước khi dùng kháng sinh và chuyển ngay tới phòng xét nghiệm
- Yêu cầu nhuộm Gram, cấy – kháng sinh đồ, tìm BK
- Kết quả cấy đàm: không nên tin tưởng tuyệt đối, chỉ có giá trị hướng dẫn

2.2.3. Xét nghiệm máu: công thức máu, đường huyết, ion đồ, chức năng thận (Urê máu, Creatinin máu)

2.2.4. SpO_2 đo ở mọi bệnh nhân nhập viện

2.2.5. Khí máu động mạch: khi viêm phổi nặng hoặc viêm phổi/COPD

2.2.6. Cấy máu: thực hiện hai mẫu cấy máu trước khi dùng kháng sinh cách nhau 15 phút, ở 2 vị trí khác nhau

2.2.7. Chọc dò màng phổi: khi có tràn dịch màng phổi đáng kể (lớp dịch dầy > 10 mm trên phim nằm nghiêng hoặc trên siêu âm) hoặc dịch khu trú – Phải chọc dò dưới sự hướng dẫn của siêu âm .

2.2.8. Nội soi phế quản: chỉ được thực hiện ở những bệnh nhân nặng không đáp ứng điều trị ban đầu (sau 3 - 5 ngày kháng sinh mà lâm sàng không cải thiện) và cần có kết quả vi trùng học hướng dẫn điều trị.

2.3. Các yếu tố làm gia tăng nguy cơ nhiễm trùng một số mầm bệnh đặc biệt

2.3.1. Nhiễm phế cầu kháng thuốc và kháng penicillin

- Tuổi > 65
- Điều trị beta-lactam trong 3 tháng gần đây
- Nghiện rượu
- Bệnh lý ức chế miễn dịch (gồm cả điều trị bằng corticoid)
- Nhiều bệnh lý nội khoa kết hợp

2.3.2. Vi khuẩn Gram âm đường ruột

- Sống tại viện dưỡng lão, viện điều dưỡng
- Bệnh tim mạch, phổi mạn tính
- Nhiều bệnh lý nội khoa kết hợp
- Mới điều trị kháng sinh

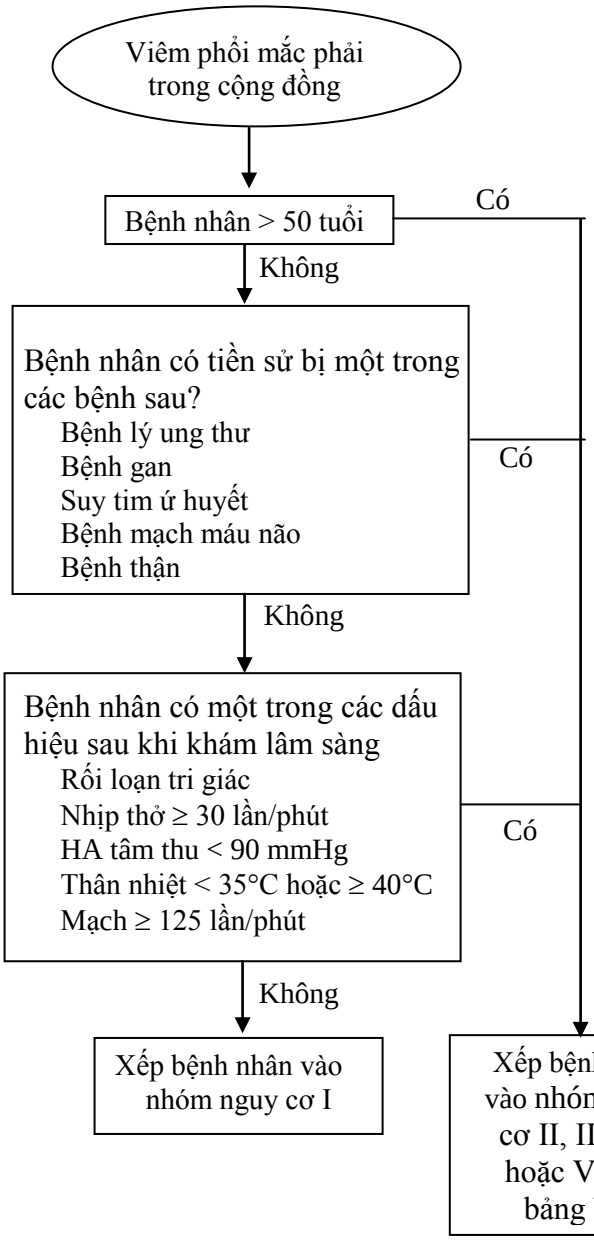
2.3.3. Pseudomonas aerusinosa

- Bệnh lý về cấu trúc phổi (giãn phế quản)
- Điều trị bằng glucocorticoid (> 10 mg prednisone/ngày)
- Điều trị kháng sinh phổ rộng trong thời gian > 7 ngày trong tháng qua
- Suy dinh dưỡng

3. PHÂN TẦNG NGUY CƠ và TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

3.1. Phân tầng nguy cơ:

Theo tác giả Fine, mọi bệnh nhân viêm phổi đều nên được phân tầng nguy cơ theo Chỉ Số Nặng của Viêm Phổi (Pneumonia Severity Index: PSI)

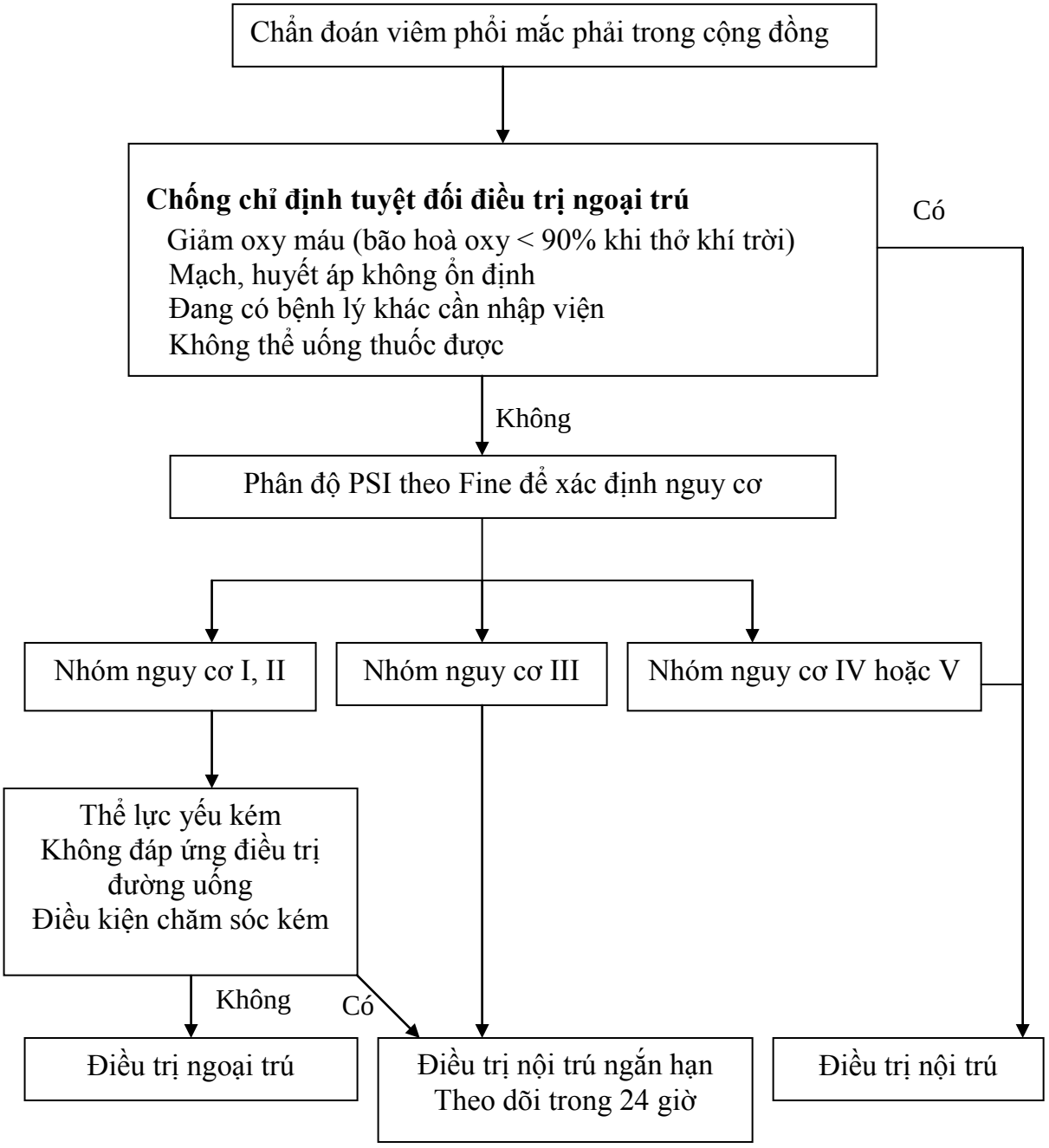


ĐẶC ĐIỂM	ĐIỂM
Các yếu tố địa dư	
Tuổi	
Nam	Tuổi (năm)
Nữ	Tuổi – 10
Sống trong viện dưỡng lão	+10
Các bệnh lý đi kèm	
Bệnh lý ung thư	+30
Bệnh gan	+20
Suy tim ứ huyết	+10
Bệnh mạch máu não	+10
Bệnh thận	+10
Các dấu hiệu khi khám lâm sàng	
Rối loạn tri giác	+20
Nhịp thở ≥ 30 lần/phút	+20
HA tâm thu < 90 mmHg	+20
Thân nhiệt < 35°C hoặc ≥ 40°C	+15
Mạch ≥ 125 lần/phút	+10
Các dấu hiệu lâm sàng và X quang	
pH máu động mạch < 7,35	+30
BUN ≥ 30 mg/dL (11 mM/L)	+20
Sodium < 130 mM/L	+20
Glucose ≥ 250 mg/dL (14 mM/L)	+10
Hct < 30%	+10
PaO_2 < 60 mmHg hoặc SpO_2 < 90%	+10
Tràn dịch màng phổi	+10

Phân tầng điểm số nguy cơ

Nhóm nguy cơ	Điểm số	Tử suất	Điều trị
I		0,1%	Ngoại trú
II	≤ 70	0,6%	Ngoại trú
III	71 – 90	0,9%	Nội trú ngắn hạn
IV	91 – 130	9,3%	Nội trú
V	≥ 130	27%	Nội trú

3.2. Quyết định nhập viện



3.3. Tiêu chuẩn nhập khoa săn sóc đặc biệt

• Tiêu chuẩn phụ: - HA tâm thu < 90 mmHg - Tổn thương lan rộng nhiều thùy - PaO_2/FiO_2 < 250 • Tiêu chuẩn chính - Cần thông khí cơ học

Chỉ định nhập vào ICU khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn phụ hoặc 1 trong 2 tiêu chuẩn chính

Độ nhạy cảm: 78%,
Độ đặc hiệu: 94%

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Kháng sinh theo kinh nghiệm: cho KS sớm (tốt nhất là < 4 giờ sau khi chẩn đoán viêm phổi)
- Oxi liệu pháp nếu có giảm O_2 máu ($Sp0_2$ < 90%)
- Bù nước đầy đủ: 2 – 3 lít/ngày trên BN không cần hạn chế nước
- Dinh dưỡng: ăn nhẹ, bổ dưỡng, dễ tiêu
- Giảm đau ngực nếu có: acetaminophene, di-antalvic, NSAID
- Thuốc loãng đàm: chưa được chứng minh có hiệu quả
- Chỉ dùng thuốc giảm ho khi BN ho quá nhiều gây kiệt sức
- An thần nhẹ nếu cần

4.2. Chọn lựa kháng sinh*

- ***BN ngoại trú, không bệnh lý tim phổi, không có yếu tố nguy cơ***

Mầm bệnh	**Điều trị**
Streptococcus pneumoniae *Mycoplasma pneumoniae* *Chlamydia pneumoniae* *Hemophilus influenzae* Viruses	Macrolide thế hệ mới: azithromycin hoặc clarithromycin *hoặc* Doxycycline

- ***BN ngoại trú, có bệnh tim phổi (suy tim hoặc COPD) và/hoặc những yếu tố nguy cơ khác (nguy cơ nhiễm DRSP hoặc trực khuẩn Gram âm)***

Mầm bệnh	**Điều trị**
Streptococcus pneumoniae (kể cả DRSP[1]) *Mycoplasma pneumoniae* *Chlamydia pneumoniae* Nhiễm khuẩn hỗn hợp (vi khuẩn + mầm bệnh không điển hình hoặc viruses) *Hemophilus influenzae* Vi khuẩn Gram âm đường ruột Viruses Các VK khác: *Moraxella catarrhalis, Legionella* spp, yếm khí, *M tuberculosis,* nấm	β lactam: một trong các thuốc sau . cefpodoxime uống, cefuroxime . amoxicillin liều cao[a] . amoxicillin/clavulanate . ceftriaxone chích mũi đầu rồi tiếp tục cefpodoxime uống *cộng với* Macrolide hoặc doxycycline **Hoặc** Fluoroquinolone thế hệ 3 diệt được phế cầu (dùng một mình)

[1]DRSP: phế cầu kháng thuốc

- ***BN nội trú, không nằm ICU***

Mầm bệnh	**Điều trị**
a. Có bệnh tim phổi và/hoặc có yếu tố nguy cơ	
Streptococcus pneumoniae (kể cả DRSP) *Hemophilus influenzae* *Mycoplasma pneumoniae* *Chlamydia pneumoniae* Nhiễm khuẩn hỗn hợp Vi khuẩn Gram âm đường ruột Yếm khí (do hít) Viruses *Legionella* spp. Các VK khác: *M tuberculosis*, nấm, P. carrinii	β lactam tiêm mạch: . cefotaxime, ceftriaxone . amoxicillin/clavulanate hoặc . ampicillin/sulbactam . amoxicillin liều cao[a] *cộng với* Macrolide uống/tiêm hoặc doxycycline **Hoặc** Fluoroquinolone thế hệ 3 diệt được phế cầu TM (dùng 1 mình)
b. Không bệnh tim phổi không yếu tố nguy cơ	
Streptococcus pneumoniae *Hemophilus influenzae* *Mycoplasma pneumoniae* *Chlamydia pneumoniae* Nhiễm khuẩn hỗn hợp Viruses *Legionella* spp. Các vk khác: lao, nấm, P. carrinii	Azithromycine TM một mình *Nếu dị ứng hoặc bất dung nạp macrolide* thì thay bằng β lactam + doxycycline **Hoặc** Fluoroquinolone thế hệ 3 diệt được phế cầu (dùng một mình)

- ***BN nằm ICU***

Mầm bệnh	**Điều trị**
a. Không yếu tố nguy cơ nhiễm *Pseudomonas aeruginosa*	
Streptococcus pneumoniae (kể cả DRSP) *Legionella* spp. *Hemophilus influenzae* Trực khuẩn Gram âm đường ruột *Staphylococcus aureus* *Mycoplasma pneumoniae* Viruses Các VK khác: *Chlamydia pneumoniae*, *M tuberculosis*, nấm.	β lactam TM: cefotaxime, ceftriaxone *cộng với* hoặc macrolide TM (azithromycine) hoặc fluoroquinolone TM
b. Có yếu tố nguy cơ nhiễm *Pseudomonas aeruginosa*	
Tất cả các mầm bệnh trên cộng với *Pseudomonas aerusinosa*	β lactam diệt pseudomonas tiêm mạch (cefepime, imipenem, meropenem, piperacillin/tazobactam)[#] *cộng với* quinolone diệt pseudomonas tiêm mạch (ciprofloxacine) **Hoặc** β lactam diệt pseudomonas tiêm mạch (cefepime, imipenem, meropenem, piperacillin/tazobactam) [#] *cộng với* aminoglycozide tiêm mạch *cộng với* hoặc macrolide tiêm mạch (azithromycin) hoặc fluoroquinolone không diệt pseudomonas tiêm mạch

* Loại trừ những bệnh nhân có nguy cơ nhiễm HIV
[a] amoxicillin liều cao là 1 gam/8 giờ
[#] Nếu dị ứng β lactam thay β lactam bằng aztreonam và phối hợp với một aminoglycozide và một fluoroquinolone diệt pseudomonas

4.3. Thời gian điều trị

- Điều trị M. pneumoniae và C. pneumoniae cần thời gian dài hơn: 10 -14 ngày
- Điều trị Legionella 10 – 14 ngày
- Những bệnh nhân dùng corticoid lâu ngày: 14 ngày hoặc lâu hơn

4.4. Khi nào chuyển kháng sinh qua đường uống

Bệnh nhân nên được chuyển sang kháng sinh đường uống khi thỏa 4 tiêu chuẩn sau:

- Giảm ho và giảm khó thở
- Không sốt (< 100°F) vào hai lần đo nhiệt độ cách nhau 8 giờ

- Bạch cầu máu giảm
- Ăn uống được

4.5. Khi nào xuất viện

- Sinh hiệu BN ổn định trong 24 giờ (t° < 37,8°C [100°F]; nhịp thở < 24/phút; nhịp tim < 100/phút; HA tâm thu > 90 mmHg; và bão hoà O_2 > 90% khi BN thở khí trời hoặc trở về tình trạng trước đây ở những BN COPD dùng oxy tại nhà)
- BN có thể uống thuốc được
- BN có thể duy trì được việc ăn uống đầy đủ
- Tri giác tỉnh táo (hoặc về tình trạng trước kia)
- BN không có bệnh lý khác hoặc tình trạng tâm thần cần theo dõi tại bệnh viện

5. PHÒNG NGỪA

5.1. Lối sống lành mạnh

- Ăn uống đủ chất, nhiều rau xanh, vitamin, chất khoáng
- Tập thể dục đều đặn
- Không hút thuốc lá

5.2. Tiêm phòng vaccine

5.2.1. Vaccine ngừa phế cầu:

a. Chứa polysaccharide tinh khiết của vỏ bao từ 23 týp huyết thanh. Hiệu quả được chứng minh trên người trưởng thành không bị suy giảm miễn dịch là 75%.

b. Các đối tượng cần chích ngừa là

- Tuổi ≥ 50
- Suy tim ứ huyết
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- Đái tháo đường
- Nghiện rượu
- Xơ gan
- Không có lách hoặc đã bị cắt lách

c. Số lần chích ngừa

- Tuổi ≥ 65: 1 mũi duy nhất
- Tuổi < 64: 2 mũi cách nhau 5 năm

5.2.2 Vaccine ngừa cúm

a. Chích mỗi năm một lần do dòng virus gây bệnh ưu thế thay đổi hàng năm

b. Mọi đối tượng đều có thể chích ngừa cúm. Các đối tượng ưu tiên là:

- Tuổi ≥ 65
- Sống ở viện dưỡng lão hoặc các trung tâm chăm sóc các bệnh mạn tính

- Có bệnh tim hoặc phổi mạn tính
- Phụ nữ có thai ở tam cá nguyệt 2 và 3
- Nhân viên y tế do có thể lây virus cho các đối tượng có nguy cơ

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Guidelines for the Management of Adults with Community-acquired Pneumonia - ATS. Am J Respir Crit Care Med Vol 163. pp 1730 – 1754, Mar 2001 (Updated 2007)
- Halm EA, Teirstein AS. Management of Community – Acquired Pneumonia. N Engl J Med, Vol. 347, No. 25 December 19, 2002