

7. **Trần Thị Thanh Thảo, Đào Thị Thu Giang (2020)**, Thực trạng kỹ năng giao tiếp, ứng xử với bệnh nhân của điều dưỡng Khoa Khám bệnh Cán bộ cao cấp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 15, số đặc biệt 11/2020,
8. **Phạm Thị Hồng Vân và CS (2020)**, Tìm hiểu kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại Viện Điều trị Cán bộ cao cấp Quân đội. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, Hội nghị khoa học điều dưỡng bệnh viện 2020, tập 15, số đặc biệt 11/2020

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Văn Tuấn¹, Trần Thị Kiều Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa tỉnh Nghệ An. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực trên 80 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa tỉnh Nghệ An từ tháng 01/2021 đến tháng 04/2021. **Kết quả:** 81,2% có độ tuổi ≥ 65 tuổi, 57,5% là nam giới và 42,5% là nữ giới; 48,8% có hút thuốc và 38,8% có lạm dụng rượu; Bệnh kèm theo: 31,3% có suy tim, 5,0% có di chứng tai biến mạch máu não, 13,8% có đái tháo đường và 31,3% có bệnh lý phổi mạn tính; Mức độ bệnh theo thang điểm CURB65: 13,8% mức độ nhẹ, 58,7% mức độ trung bình và 27,5% mức độ nặng; Rối loạn ý thức, thở nhanh và tổn thương lan tỏa trên phim x-quang phổi là các dấu hiệu liên quan đến mức độ nặng của bệnh. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng có độ tuổi trên 65 tuổi (81,2%), các dấu hiệu khó thở, rối loạn ý thức và tổn thương lan tỏa trên phim x-quang là các dấu hiệu liên quan đến mức độ nặng của bệnh.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, viêm phổi mắc phải cộng đồng

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA PATIENTS AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objectives: To study some clinical and subclinical features of patients with community-acquired pneumonia who were treated at Nghe An Friendship General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 80 patients with community-acquired pneumonia who were treated at Nghe An Friendship General Hospital from January 2021 to April 2021. **Results:** 81.2% were ≥ 65 years

old, 57.5% were male and 42.5% were female; smoking (48.8%) and alcohol abuse (38.8%); Comorbidities: 31.3% had heart failure, 5% had sequelae of stroke, 13.8% had diabetes and 31.3% had chronic lung disease; The severity of disease according to the CURB65 scale: mild (13.8%), moderate (58.7%) and severe (27.5%); Impaired consciousness, tachypnea and diffuse lesions on chest x-ray are signs that related to the severity of the disease. **Conclusion:** The study showed that the majority of patients with community-acquired pneumonia were over 65 years old (81.2%), signs of dyspnea, impaired consciousness and diffuse lesions on chest x-ray were signs that related to the severity of the disease.

Keywords: Clinical, subclinical, community-acquired pneumonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là một bệnh phổ biến ảnh hưởng đến khoảng 450 triệu người mỗi năm và xảy ra ở tất cả các nơi trên thế giới. Theo Tổ chức y tế Thế giới (WHO), VPMPCD là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 6 trong các bệnh và đứng đầu trong các bệnh nhiễm khuẩn [6]. Ở Việt Nam, VPMPCD là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp nhất trong các bệnh nhiễm khuẩn trên thực hành lâm sàng, chiếm 12% các bệnh phổi. Năm 2014, tỷ lệ mắc viêm phổi ở nước ta là 561/100.000 người dân, đứng hàng thứ hai sau tăng huyết áp, tỷ lệ tử vong do viêm phổi là 1,32/100.000 người dân, đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong [1].

Các hướng dẫn quản lý điều trị dựa vào hiểu biết về biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh và đặc điểm dịch tễ học của bệnh tại địa phương. Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An hàng năm tiếp nhận điều trị, chăm sóc gần 4000 bệnh nhân bị bệnh đường hô hấp trong đó VPMPCD chiếm 10 – 15%. Đa số các bệnh nhân VPMPCD đã được điều trị từ tuyến huyện, một số khác đã điều trị tại nhà trước đó nên tính chất bệnh đã thay đổi và quá trình xét nghiệm xác định căn nguyên của bệnh cũng gặp nhiều khó

¹Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: tuanminh1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.7.2021

Ngày duyệt bài: 16.7.2021

khẩn nên ảnh hưởng đến việc ra quyết định điều trị cũng như kết cục của bệnh. Để có thêm hiểu biết về đặc điểm bệnh VPMPCD trên địa bàn tỉnh Nghệ An từ đó có chiến lược quản lý điều trị và chăm sóc cho nhóm bệnh nhân này, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa tỉnh Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn" của Bộ Y tế năm 2020 [1].

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân dưới 16 tuổi, bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

- Bệnh nhân VPMPCD kèm theo lao phổi hoặc có suy giảm miễn dịch nặng hoặc đang mắc bệnh nhiễm khuẩn ở các bộ phận khác kèm theo.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

- Thời gian nghiên cứu: Từ 01/2021 đến 04/2021.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: 80 bệnh nhân

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu

2.4.1. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ nặng của bệnh VPMPCD. Đánh giá mức độ nặng nhẹ, chỉ định điều trị nội ngoại trú dựa theo thang điểm CURB65 [1]: **C**: Rối loạn ý thức; **U**: Ure > 7mmol/L; **R**: Tần số thở ≥ 30 lần/ phút; **B**: Huyết áp: Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≤ 60 mmHg; **65**: tuổi: ≥ 65

Mỗi biểu hiện trên được tính 1 điểm, tính tổng số điểm và đánh giá: Viêm phổi nhẹ: CURB65 = 0 - 1 điểm: Có thể điều trị ngoại trú; Viêm phổi trung bình: CURB65 = 2 điểm: Điều trị tại các khoa nội; Viêm phổi nặng: CURB65 = 3 - 5 điểm: Điều trị tại khoa, trung tâm hô hấp, ICU.

2.4.2. Các tiêu chuẩn khác áp dụng trong nghiên cứu

- Người có lối sống ít vận động: không thực hiện các bài tập thể dục thông thường, đi bộ < 30 phút/ngày.

- Người lạm dụng rượu: là người thường xuyên uống rượu khi uống trung bình trên 2 chén (khoảng 30 ml rượu mạnh hoặc 720 ml bia) mỗi ngày trong thời gian trên 2 năm.

- Người có thói quen hút thuốc lá: là người hút thường xuyên liên tục, hút trên 10 điếu/ngày liên tục thời gian trên 2 năm.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: - Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Sử dụng ANOVA test để so sánh trung bình các quan sát nếu biến có phân bố chuẩn.

- Sử dụng test χ^2 để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm.

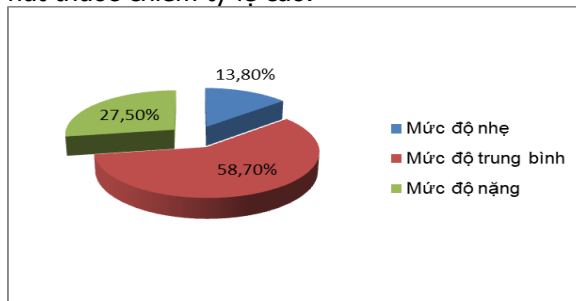
- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

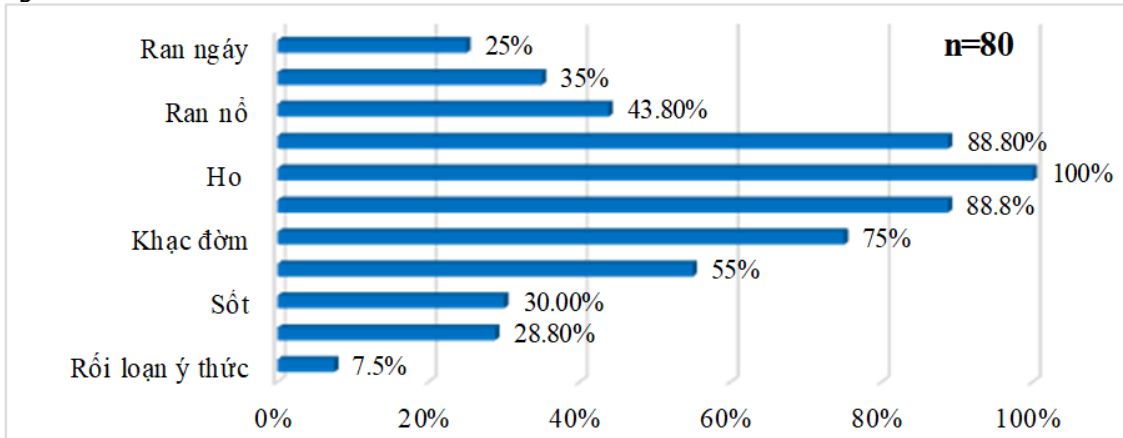
Tiêu chí		n	%
Giới	Nam	46	57,5
	Nữ	34	42,5
Tuổi	16 - \leq 45	4	5,0
	45 - 65	11	13,8
	\geq 65	65	81,2
Nghề nghiệp	Nông dân	25	31,2
	Công nhân	19	23,8
	Trí thức	20	25,0
	Khác	16	20,0
Bệnh lý kèm theo	Hút thuốc	39	48,8
	Lạm dụng rượu	31	38,8
	Suy tim	25	31,3
	Di chứng TBMMN	4	5,0
	Đái tháo đường	11	13,8
	Bệnh lý phổi mạn tính	25	31,3

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có độ tuổi ≥ 65 tuổi và số bệnh nhân có lạm dụng rượu và hút thuốc chiếm tỷ lệ cao.



Biểu đồ 1. Phân loại mức độ nặng VPMPCD của đối tượng nghiên cứu theo thang điểm CURB65

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trong đối tượng nghiên cứu có VPMPCD mức độ trung bình theo thang điểm CURB65.



Biểu đồ 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp nhất là ho, khạc đờm, khó thở và nghe ran ở phổi.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu theo mức độ nặng của bệnh

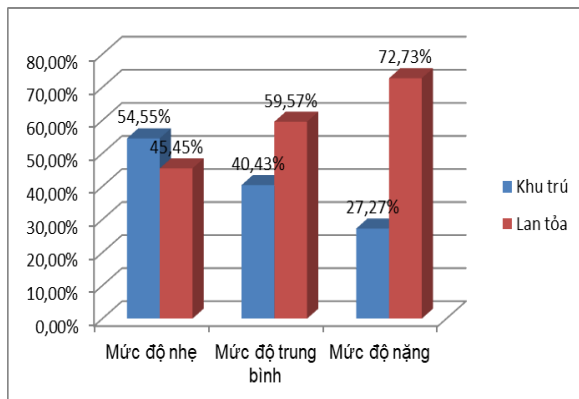
Triệu chứng	Mức độ VPMPCD			Tổng (n = 80)	p	
	Nhẹ (n = 11)	Trung bình (n = 47)	Nặng (n = 22)			
Sốt (n,%)	1 (9,1%)	17 (36,2%)	6 (27,3%)	24 (30%)	0,200	
Khó thở (n,%)	3 (27,3%)	25 (53,2%)	16 (72,2%)	44 (55%)	0,043	
Đau ngực (n,%)	5 (45,5%)	13 (27,7%)	5 (22,7%)	23 (28,8%)	0,384	
Ho (n,%)	Ho khan	5 (45,5%)	12 (25,5%)	3 (13,6%)	20 (25%)	0,113
	Ho có đờm	6 (54,5%)	35 (74,5%)	19 (86,4%)	60 (75%)	0,137
Màu sắc đờm (n,%)	Trắng trong	0 (0%)	5 (14,3%)	3 (15,8%)	8 (13,3%)	0,725
	Trắng đục	4 (66,7%)	20 (57,1%)	8 (42,1%)	32 (83,3%)	
	Vàng	2 (33,3%)	9 (25,7%)	6 (31,6%)	17 (28,3%)	
	Xanh	0 (0%)	1 (2,9%)	2 (10,5%)	3 (5%)	
Rối loạn ý thức	0 (0%)	0 (0%)	6 (27,3%)	6 (7,5%)	0,000	
Thở nhanh	8 (72,7%)	42 (89,4%)	21 (95,5%)	71 (88,8%)	0,147	
Ran phổi	Ran ẩm	8 (72,7%)	45 (95,7%)	18 (81,8%)	71 (88,8%)	0,045
	Ran nổ	4 (36,4%)	18 (38,3%)	14 (59,1%)	35 (43,8%)	0,233
	Ran rít	1 (9,1%)	16 (34%)	11 (50%)	28 (35%)	0,066
	Ran ngáy	0 (0%)	11 (23,4%)	9 (40,9%)	20 (25%)	0,035

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân VPMPCD mức độ nặng có tỷ lệ khó thở, rối loạn ý thức cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các nhóm bệnh nhân khác.

Bảng 3. Đặc điểm xét nghiệm của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số xét nghiệm	Mức độ VPMPCD			p
	Nhẹ (n = 11)	Trung bình (n = 47)	Nặng (n = 22)	
Hồng cầu	4,73 ± 0,75	4,27 ± 0,61	4,04 ± 0,74	0,023
Bạch cầu	12,16 ± 1,90	13,30 ± 4,42	14,25 ± 5,67	0,453
Tiểu cầu	311 ± 62,44	252,15 ± 77,75	198,14 ± 54,3	0,000
Urê	5,84 ± 1,76	6,14 ± 1,71	8,53 ± 1,88	0,000
Creatinin	78,73 ± 21,75	69,62 ± 22,36	86,18 ± 26,75	0,026
CRP	93,75 ± 126,25	60,5 ± 91,8	156,98 ± 127,4	0,004
ALT	49,83 ± 68,99	27,34 ± 21,93	46,06 ± 38,09	0,055
AST	30,90 ± 25,35	33,05 ± 36,2	38,24 ± 27,22	0,777

Nhận xét: Nhóm viêm phổi nặng có giá trị trung bình của urê, creatinin và CRP cao hơn có ý nghĩa thống kê so với viêm phổi trung bình và viêm phổi nhẹ với $p < 0,05$. Tuy nhiên, giá trị trung bình của hồng cầu, tiểu cầu lại thấp hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3. Đặc điểm tổn thương phổi trên phim X-quang của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tổn thương phổi lan tỏa gặp nhiều hơn ở mức độ viêm phổi nặng hơn ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 80 bệnh nhân VPMPCTĐ được chọn vào nghiên cứu, tuổi trung bình mắc bệnh là $73,46 \pm 14,77$ tuổi, thấp nhất là 22 tuổi và cao nhất là 98 tuổi. Các bệnh nhân ≥ 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (81,2%), nhóm tuổi 16-45 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (5%). Kết quả này cho thấy tỷ lệ người già mắc VPMPCTĐ đang ngày càng gia tăng và đây là vấn đề hiện đang được đặc biệt quan tâm. Tình trạng bệnh lý nền, vấn đề dinh dưỡng và các rối loạn về ruột liên quan đến tuổi già được cho là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mới mắc VPMPCTĐ ở người già. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam chiếm 57,5%, nữ chiếm 42,5%. Với tỷ lệ nam/nữ là 1,35 kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Trung Nghĩa là nam/nữ là 1,4 [2]. Tỷ lệ nam giới có phần cao hơn tỷ lệ nữ giới có thể là do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ gây viêm phổi hơn như: hút thuốc lá, thuốc lào; uống rượu bia... Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có tiền sử bệnh phổi mạn tính và suy tim chiếm tỷ lệ cao nhất (31,3%), tiếp theo là tiểu đường (13,8%), tai biến mạch não (5%). Kết quả nghiên cứu của Saeed Shoar và cộng sự (2021) trên bệnh nhân VPMPCTĐ thì tỷ lệ các bệnh kèm theo thường gặp là COPD (60,6%), suy tim (24,2%), đái tháo đường (33,3%) và đột quỵ não là 18,2% [7]. Các nghiên cứu đều chỉ ra các bệnh lý nền này được cho là các yếu tố nguy cơ có thể làm tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân VPMPCTĐ. Đây cũng chính là một trong các yếu tố cần được đánh giá đầu tiên khi bệnh nhân đến khám để góp phần đưa ra quyết định điều trị hợp lý.

Trong số 80 bệnh nhân nghiên cứu có 39 bệnh nhân (48,8%) có tiền sử hút thuốc lá, 31/80 bệnh nhân (38,8%) có tiền sử uống rượu bia. Kết quả này có phần cao hơn nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân (2018): hút thuốc lá gặp ở 21,1%, uống rượu (28,2%) [5]. Nghiên cứu của Saeed Shoar và cộng sự (2021) tỷ lệ có hút thuốc lá là 54,5% và lạm dụng rượu là 33,3% [7].

Về phân loại bệnh nhân theo mức độ nặng của bệnh: Hiện nay, có nhiều hệ thống thang điểm giúp các thầy thuốc đánh giá độ nặng của bệnh nhân VPMPCTĐ như CURB-65, PSI và SMART-COP. Tuy nhiên Bộ Y tế và ATS khuyến cáo sử dụng CURB65 để xác định nguy cơ nhập viện và phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm [1]. Thang điểm này dễ sử dụng trên lâm sàng nhưng không đánh giá bệnh đi kèm, không đánh giá tình trạng oxy mô, HA tâm trương ≤ 60 mmHg và Urea máu > 7 mmol/l, thường gặp ở người già. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn để chấm điểm CURB-65, kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mức độ trung bình chiếm đa số (58,7%), bệnh nhân nặng (27,5%), nhẹ (13,8%). Theo nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung Ương, Bệnh viện Đống Đa và Bệnh viện Đức Giang năm 2018 [3], tỷ lệ viêm phổi nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 68,8%; viêm phổi trung bình 12,2%; viêm phổi nặng 19%. Có sự khác biệt này là do nhóm nghiên cứu của tôi có tỷ lệ bệnh nhân > 65 tuổi cao (81,2%), còn trong nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân chỉ chiếm 37,3%; Tỷ lệ bệnh nhân mắc các bệnh lý mạn tính kèm theo trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân. Trong nghiên cứu có 13,8% bệnh nhân viêm phổi nhẹ nhưng vẫn nhập viện vì theo hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế và IDSA/ATS, việc chỉ định bệnh nhân VPMPCTĐ không chỉ phụ thuộc vào mức độ nặng theo thang điểm CURB65 mà còn phải cân nhắc đến một số yếu tố khác như bệnh lý mắc kèm, các yếu tố nguy cơ, khả năng của bệnh nhân đặc biệt trên các bệnh nhân tuổi cao, đa bệnh lý.

Về đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng thường gặp của viêm phổi là ho (100%), khạc đờm (75%), khó thở (55%), sốt (30%) và đau ngực (28,8%). Nghiên cứu của Trần Thị Anh Thơ (2017) cũng cho thấy các triệu chứng thường gặp là ho (85,42%), khạc đờm (63,54%), khó thở (63,54%), sốt (61,46%) và đau ngực (53,13%). Nghiên cứu của Joan Gómez-Junyent và cộng sự (2104) cho thấy biểu

hiện ho (83,2%), sốt (52,9%), khó thở (57,4%), đờm mủ (54,9%), đau ngực (40,9%) [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi nặng có khó thở, rối loạn ý thức cao hơn có ý nghĩa thống kê so với viêm phổi trung bình và nhẹ ($p < 0,05$). Biểu hiện rối loạn ý thức chỉ gặp bệnh nhân nặng. Khó thở gặp ở 72,2% bệnh nhân nặng nhưng chỉ gặp ở 27,3% bệnh nhân nhẹ. Nghiên cứu của Silvana Di Yacovo và cộng sự (2013) tại Tây Ban Nha trên bệnh nhân VPMPCD cho thấy 63% số bệnh nhân có khó thở và 14,5% số bệnh nhân có rối loạn ý thức [4].

Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân (96,4% bệnh nhân nặng, 44,3% bệnh nhân không nặng) [3]. Do đó, trong số các biểu hiện ngoài phổi thì rối loạn ý thức, khó thở cũng là những biểu hiện liên quan đến tình trạng nặng của bệnh và cần được lưu ý ngay khi nhập viện để có hướng điều trị phù hợp.

Về đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: Các chỉ số cận lâm sàng thường được chỉ định trên bệnh nhân viêm phổi bao gồm công thức máu, men gan, creatinin, ure máu, CRP, Xquang phổi... Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm viêm phổi nặng có số lượng hồng cầu và tiểu cầu thấp hơn so với nhóm viêm phổi trung bình và nhẹ, tuy nhiên nồng độ creatinin máu, nồng độ ure máu và giá trị CRP định lượng lại cao hơn nhóm viêm phổi trung bình và nhẹ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhận xét này tương tự nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân nhận thấy trong viêm phổi nặng, số lượng trung bình hồng cầu, tiểu cầu giảm hơn có ý nghĩa thống kê so với viêm phổi không nặng; nồng độ ure, creatinin tăng có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên nồng độ CRP định lượng lại khác giữa 2 nghiên cứu [3].

Trên phim X-quang phổi: 72,7% bệnh nhân viêm phổi nặng có tổn thương phổi lan tỏa ở nhiều hơn một thùy phổi trên phim x-quang, hình ảnh mờ tổ chức kẽ thường gặp nhất (51,1%), thâm nhiễm dạng nốt ít gặp nhất (5%) và tràn dịch màng phổi gặp ở 16,3% số bệnh nhân VPMPCD. Kết quả nghiên cứu của Gómez-Junyent J. và cộng sự với 75,3% bệnh nhân có tổn thương lan tỏa trên phim X-quang và chủ yếu là bệnh nhân nặng và có 17,9% bệnh nhân có tràn dịch màng phổi [5]. Kết quả nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân cũng cho thấy: tỷ lệ tổn thương đa thùy chiếm 57,8%; trong số các bệnh nhân viêm phổi nặng, phần lớn (85,7%) có tổn thương phổi lan tỏa ở nhiều hơn một thùy phổi,

tràn dịch màng phổi gặp ở 8,5% số bệnh nhân VPMPCD (5). Nghiên cứu của Silvana Di Yacovo và cộng sự (2013) tại Tây Ban Nha trên bệnh nhân VPMPCD cho thấy 18,5% có dấu hiệu tràn dịch màng phổi [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7/7 bệnh nhân nặng có tổn thương lan tỏa trên phim chụp cắt lớp vi tính, tổn thương phổi hợp được phát hiện nhiều hơn với 33,4%, tiếp đến là mờ tổ chức kẽ (25,9%), đám mờ đồng nhất (14,8%), thâm nhiễm dạng nốt (11,1%). Việc phát hiện tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính tốt hơn, có thể phát hiện các tổn thương phổi hợp mà khó phân biệt trên phim x-quang thông thường. Như vậy, trong các trường hợp hình ảnh tổn thương trên x-quang không rõ, không tương ứng với tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, cần chỉ định chụp cắt lớp vi tính để đánh giá tốt hơn, có hướng điều trị phù hợp cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng có độ tuổi trên 65 tuổi (81,2%), các dấu hiệu khó thở, rối loạn ý thức và tổn thương lan tỏa trên phim x-quang là các dấu hiệu liên quan đến mức độ nặng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2020)**, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn", tr. 7–45.
2. **Đỗ Trung Nghĩa (2017)**, "Phân tích tình hình sử dụng KS trong điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên", Đại học Dược Hà Nội.
3. **Tạ Thị Diệu Ngân (2018)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng", Đại học Y Hà Nội.
4. **Di Yacovo S., Garcia-Vidal C., Viasus D., Adamuz J., Oriol I., Gili F., et al (2013)**, "Clinical features, etiology, and outcomes of community-acquired pneumonia in patients with diabetes mellitus", *Med (United States)*;92(1):42–50.
5. **Gómez-Junyent J., Garcia-Vidal C., Viasus D., Millat-Martínez P., Simonetti A., Salud Santos M., et al (2014)**, "Clinical features, etiology and outcomes of community-acquired pneumonia in patients with chronic obstructive pulmonary disease" *PLoS One*; 9(8).
6. **Mandell L.A., Wunderink R.G., Anzueto A., Bartlett J.G., Campbell G.D., Dean N.C., et al (2007)**, "Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults", *Clin Infect Dis*: 44(2).
7. **Shoar S., Centeno F.H., Musher D.M. (2021)**, "Clinical features and outcomes of community-acquired pneumonia caused by haemophilus influenzae", *Open Forum Infect Dis* ;8(4):1–6.