

## HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI Ở CỘNG ĐỒNG

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng là tình trạng nhiễm khuẩn của nhu mô phổi xảy ra ở ngoài bệnh viện, bao gồm viêm phế nang, ống và túi phế nang, tiểu phế quản tận hoặc viêm tổ chức kẽ của phổi. Tác nhân gây viêm phổi có thể là các vi khuẩn, virus, ký sinh trùng, nấm, nhưng không do trực khuẩn lao.

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1. Chẩn đoán xác định

##### 2.1.1. Lâm sàng

- Khởi phát đột ngột với sốt cao 39 - 40°C, rét run.
- Đau ngực: thường có, đôi khi là triệu chứng nổi bật, đau bên tổn thương.
- Ho mới xuất hiện, tăng dần, lúc đầu ho khan, về sau ho có đờm đặc, màu vàng, xanh hoặc màu gỉ sắt. Có khi nôn, chướng bụng, đau bụng.
- Khó thở trong trường hợp tổn thương phổi lan tỏa, nặng hoặc xảy ra ở những bệnh nhân có các bệnh mạn tính kèm theo: thở nhanh, tím môi đầu chi.
- Khám:
  - + Hội chứng nhiễm trùng: sốt cao, thở hôi, môi khô lưỡi bẩn.
  - + Hội chứng đông đặc ở phổi, ran ẩm, ran nổ bên tổn thương.
- Dấu hiệu gợi ý viêm phổi do phế cầu: mụn Herpes ở mép, môi, cánh mũi
- Trường hợp đặc biệt: Người nghiện rượu có thể có lú lẫn, trẻ con có co giật, người cao tuổi triệu chứng thường không rầm rộ, có khi bắt đầu bằng lú lẫn, mê sảng (tỷ lệ tử vong cao do suy hô hấp cấp, hạ nhiệt độ).
- Thể không điển hình: biểu hiện ho khan, nhức đầu, đau cơ. Khám thường không rõ hội chứng đông đặc; thấy rải rác ran ẩm, ran nổ. X-quang phổi tổn thương không điển hình (mờ không đồng đều, giới hạn không rõ hình thù).

##### 2.1.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu tăng > 10 giga/lít, bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên 75%. Khi số lượng bạch cầu giảm < 4,5 giga/lít: hướng tới viêm phổi do virus.
- Tốc độ lắng máu tăng, CRP, procalcitonin tăng.
- Cây máu hoặc đờm có thể thấy vi khuẩn gây bệnh.
- X-quang phổi: đám mờ hình tam giác đỉnh ở phía rốn phổi, đáy ở phía ngoài hoặc các đám mờ có hình phế quản hơi, có thể mờ góc sườn hoành.
- Chụp cắt lớp vi tính ngực: có hội chứng lấp đầy phế nang với dấu hiệu phế quản hơi, thùy phổi viêm không giảm thể tích, bóng mờ phế nang hoặc mô kẽ, tổn thương mới xuất hiện ở một bên hoặc cả hai bên, có thể kèm theo tràn dịch màng phổi.

#### 2.3. Chẩn đoán phân biệt

##### 2.3.1. Lao phổi

- Tiền sử tiếp xúc với người mắc lao.

- Ho khạc đờm kéo dài, có thể ho máu, sốt nhẹ về chiều, gầy sút cân.
- X-quang phổi có tổn thương nghi lao (nốt, thâm nhiễm, hang xơ), hay gặp ở nửa trên (vùng hạ đòn) 2 bên. Có khi không điển hình nhất là ở người suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS, dùng corticoid kéo dài, ...).
- Chẩn đoán xác định: tìm thấy trực khuẩn kháng cồn, kháng toan (AFB) trong đờm hoặc dịch phế quản qua soi trực tiếp, PCR-MTB dương tính, hoặc nuôi cấy MGIT.

### **2.3.2. Nhồi máu phổi**

- Có yếu tố nguy cơ: bệnh nhân sau đẻ, sau phẫu thuật ở vùng tiểu khung, sau chấn thương, gãy xương, bất động lâu ngày, viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, dùng thuốc tránh thai.
- Đau ngực dữ dội, ho ra máu, khó thở, có thể có dấu hiệu sốc.
- Điện tâm đồ có thể thấy dấu hiệu tâm phế cấp: S sâu ở D1, Q sâu ở D3, trục phải, block nhánh phải.
- Khí máu có thể thấy tăng thông khí: PaO<sub>2</sub> giảm và PaCO<sub>2</sub> giảm.
- D-dimer máu tăng cao.
- Chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch có thể phát hiện vị trí nhồi máu.

### **2.3.3. Ung thư phổi**

- Thường gặp ở người > 50 tuổi, có tiền sử nghiện thuốc lá, thuốc Lào.
- Ho khạc đờm lẫn máu, gầy sút cân.
- X-quang phổi có đám mờ.
- Chụp cắt lớp vi tính ngực, soi phế quản và sinh thiết cho chẩn đoán xác định.
- Nên chú ý những trường hợp nghi ngờ hoặc sau khi điều trị hết nhiễm khuẩn mà tổn thương phổi không cải thiện sau 1 tháng hoặc viêm phổi tái phát ở cùng một vị trí.

### **2.3.4. Giãn phế quản bội nhiễm**

- Bệnh nhân có tiền sử ho khạc đờm mủ kéo dài, có sốt. Khám phổi: có ran ẩm, ran nổ cố định.
- Cần chụp phim cắt lớp vi tính lồng ngực lớp mỏng 1 mm độ phân giải cao để chẩn đoán.

## **2.4. Chẩn đoán nguyên nhân**

- Dựa vào xét nghiệm vi sinh đờm, máu hoặc dịch phế quản.
- Các vi khuẩn gây viêm phổi điển hình: *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae*.
- Các vi khuẩn gây viêm phổi không điển hình: *Legionella pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydiae pneumoniae*.
- Các vi khuẩn gây viêm phổi nặng: *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, vi khuẩn yếm khí.
- Một số trường hợp do virus, nấm, ký sinh trùng.

## **2.5. Chẩn đoán mức độ nặng**

Có nhiều cách đánh giá mức độ nặng của viêm phổi; trong khuôn khổ bài trình bày, chúng tôi sử dụng bảng điểm CURB65. Khi lựa chọn thuốc cho điều trị, bên cạnh điểm CURB65, còn cần cân nhắc các yếu tố khác như: bệnh mạn tính, mức độ tổn thương trên X-quang, những yếu tố liên quan vi khuẩn học...

- C: Rối loạn ý thức.
- U: Urê > 7 mmol/L.
- R: Tần số thở  $\geq 30$  lần/phút.
- B: Huyết áp:
  - + Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc.
  - + Huyết áp tâm trương < 60 mmHg.
- 65: Tuổi  $\geq 65$ .
- Đánh giá: Mỗi biểu hiện trên được tính 1 điểm, từ đó đánh giá mức độ nặng của viêm phổi như sau:
  - Viêm phổi nhẹ: CURB65 = 0-1 điểm: điều trị ngoại trú.
  - Viêm phổi trung bình: CURB65 = 2 điểm: điều trị tại bệnh viện.
  - Viêm phổi nặng: CURB65 = 3-5 điểm: điều trị tại bệnh viện.

### 3. ĐIỀU TRỊ

#### 3.1. Nguyên tắc chung

- Xử trí tùy theo mức độ nặng.
- Điều trị triệu chứng.
- Điều trị nguyên nhân: lựa chọn kháng sinh theo căn nguyên gây bệnh, nhưng ban đầu thường theo kinh nghiệm lâm sàng, yếu tố dịch tễ, mức độ nặng của bệnh, tuổi bệnh nhân, các bệnh kèm theo, các tương tác, tác dụng phụ của thuốc.
- Thời gian dùng kháng sinh: từ 7 đến 10 ngày nếu do các tác nhân gây viêm phổi điển hình, 14 ngày nếu do các tác nhân không điển hình, trực khuẩn mủ xanh.

#### 3.2. Điều trị

##### 3.2.1. Điều trị ngoại trú: CURB65: 0-1 điểm

- Amoxicillin 500 mg-1g: uống 3 lần/ngày.
- Hoặc clarithromycin 500 mg x 2 lần/ngày.
- Hoặc amoxicilin 50 mg/kg/ngày + macrolide (Erythromycin 2 g/ngày, hoặc clarithromycin 500 mg x 2 lần/ngày) khi nghi do vi khuẩn không điển hình.
- Hoặc có thể dùng  $\beta$  - lactam/ức chế men  $\beta$  - lactamase (amoxicilin clavulanat) kết hợp với 1 thuốc nhóm macrolid (clindamycin: 500 mg x 2 lần/ngày hoặc azithromycin 500 mg/ngày).
- Hoặc dùng nhóm cephalosporin thế hệ 2: cefuroxim 0,5 g/lần x 3 lần/ngày hoặc kết hợp với 1 thuốc nhóm macrolid.
- Đảm bảo cân bằng nước - điện giải và thăng bằng kiềm - toan.

##### 3.2.2. Điều trị viêm phổi trung bình: CURB65 = 2 điểm

- Kháng sinh:
  - + Amoxicilin- acid clavulanic: 1g x 3 lần/ngày (uống) kết hợp với 1 thuốc nhóm macrolid (clindamycin: 500 mg x 2 lần/ngày hoặc azithromycin 500 mg/ngày).

+ Nếu không uống được: amoxicillin - acid clavulanic: 1g x 3 lần/ngày (tiêm tĩnh mạch) kết hợp với 1 thuốc nhóm macrolid dùng theo đường tĩnh mạch (clindamycin: 500 mg x 2 lần/ngày hoặc azithromycine 500 mg/ngày), hoặc levofloxacin 750 mg/ngày hoặc moxifloxacin 400 mg/ngày.

- Đảm bảo cân bằng nước - điện giải và thăng bằng kiềm - toan.

- Dùng thuốc hạ sốt khi nhiệt độ > 38,5°C.

### **3.2.3. Điều trị viêm phổi nặng:** CURB65 = 3-5 điểm

- Kháng sinh.

+ Kết hợp amoxicillin acid clavulanic 1 g/lần x 3 lần/ngày (tiêm tĩnh mạch) kết hợp thêm: clarithromycin 500 mg (uống 2 lần/ngày) hoặc levofloxacin 750 mg/ngày.

+ Hoặc cephalosporin phổ rộng (cefotaxim 1 g x 3 lần/ngày hoặc ceftriaxon 1 g x 3 lần/ngày hoặc ceftazidim 1 g x 3 lần/ngày) kết hợp với macrolid hoặc aminoglycosid hoặc fluoroquinolon (levofloxacin 0,75 g/ngày, moxifloxacin 400 mg/ngày).

+ Xem xét thay đổi kháng sinh tùy theo diễn biến lâm sàng và kháng sinh đồ nếu có.

- Thở oxy, thông khí nhân tạo nếu cần, đảm bảo huyết động, điều trị các biến chứng nếu có.

### **3.4. Điều trị một số viêm phổi đặc biệt (Phác đồ điều trị cho bệnh nhân nặng khoảng 60 kg)**

#### **3.4.1. Viêm phổi do *Pseudomonas aeruginosa***

- Ceftazidime 2 g x 3 lần/ngày + gentamycin hoặc tobramycin hoặc amikacin với liều thích hợp.

- Liều pháp thay thế: ciprofloxacin 500 mg x 2 lần/ngày + piperacilin 4g x 3 lần /ngày + gentamycin hoặc tobramycin hoặc amikacin với liều thích hợp.

#### **3.4.2. Viêm phổi do *Legionella*:**

- Clarithromycin 0,5 g x 2 lần/ngày rifampicin 0,6 g x 1- 2 lần/ngày x 14 - 21 ngày.

- Hoặc fluoroquinolon (ciprofloxacin, ofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin).

#### **3.4.3. Viêm phổi do tụ cầu vàng**

- Tụ cầu vàng nhạy cảm với methicillin: oxacilin 1 g x 2 lần/ngày rifampicin 0,6 g x 1- 2 lần/ngày.

- Viêm phổi do tụ cầu vàng kháng với methicillin: vancomycin 1 g x 2 lần/ngày.

#### **3.4.4. Viêm phổi do virus cúm**

- Điều trị triệu chứng là chính: hạ sốt, giảm đau.

- Oseltamivire 75 mg x 2 viên/ngày uống chia 2 lần. Trường hợp nặng có thể dùng liều gấp đôi.

- Dùng kháng sinh khi có biểu hiện bội nhiễm vi khuẩn.

#### **3.4.5. Một số viêm phổi khác**

- Do nấm: Dùng một số thuốc chống nấm như: amphotericin B, itraconazol, voriconazol.

- *Pneumocystis Jiroveci*: Cotrimoxazol: liều dựa trên TMP (15 mg/kg/ngày chia 4 lần) x 21 ngày; người bệnh < 40 kg: TMP- SMX 480 mg, 2 viên/lần x 4 lần; người bệnh > 40 kg: TMP- SMX 480 mg, 3 viên/lần x 4 lần. Trong trường hợp suy hô hấp: prednisolon (uống hoặc tĩnh mạch) (40 mg x 2 lần/ngày x 5 ngày, sau đó 40 mg x 1 lần/ngày x 5 ngày rồi 20 mg x 1 lần/ngày x 11 ngày).

- Do a-míp: metronidazol 0,5 g x 3 lợ/ngày truyền tĩnh mạch chia 3 lần.

#### 4. PHÒNG BỆNH

- Điều trị tốt các ổ nhiễm trùng tại mũi họng, răng hàm mặt.
- Tiêm vaccin phòng cúm mỗi năm 1 lần, phòng phế cầu 5 năm 1 lần cho những trường hợp có bệnh phổi mạn tính, suy tim, tuổi trên 65 hoặc đã cắt lách.
- Loại bỏ những yếu tố kích thích độc hại: thuốc lá, thuốc lào.
- Giữ ấm cổ, ngực trong mùa lạnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Armitage K., Woodhead M.** (2007), "New guidelines for the management of adult community-acquired pneumonia", *Curr Opin Infect Dis*, 20 (2); pp.170-176.
2. **Cunha B.A.** (2007), "Severe Community-acquired Pneumonia in the Critical Care Unit", *Infectious Disease in Critical Care Medicine* 22<sup>nd</sup> ed, New York: Informa Healthcare, pp.157-168.
3. **Cunha B.A.** (2008), "Pneumonia Essentials", 2<sup>nd</sup> ed, Royal Oak, MI: Physicians Press, pp.55-63.
4. **Lim W.S., Baudouin S.V., George R.C. et al.** (2009). BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults update 2009", *Thorax*, 2009; 64 (Suppl\_3): pp.1-55.
5. **Marrie T.J.** (2008), "Community-acquired pneumonia", *Fishmans Pulmonary Diseases and Disorder*, 4<sup>th</sup> ed, McGraw-Hill, pp.2097-2115.
6. **Torres A., Menynde R., Wunderink R.** (2010), "Pyogenic Bacterial Pneumonia and Lung Abscess", *Murray and Nadels Textbook of Respiratory Medicine*, 5<sup>th</sup> ed, Saunder, Elsevier.