**VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG**

**I. Định nghĩa:**

Viêm phổi là tình trạng nhiễm trùng cấp tính của nhu mô phổi bao gồm: phế nang và mô kẻ, có thể ảnh hưởng toàn bộ thùy , phân thùy , phế nang tiếp cận phế quản hay tổ chức mô kẻ.

**II. Nguyên nhân gây bệnh:**

1. Tác nhân gây viêm phổi ngoài cộng đồng:

- Streptococcus pneumonia.

- Hemophilus influenzae

- Mycoplasma pneumonia

- Chlamydia pneumonia

- Legionella pneumonia

- Virus

- Không rõ bệnh nguyên: 40 – 50% ( cấy không tìm được tác nhân gây bệnh )

**2. Các yếu tố làm tăng nguy cơ**

- Tuổi > 65  
- Điều trị beta -lactam trong 3 tháng gần đây.  
- Nghiện rượu.  
- Bệnh lý ức chế miễn dịch.  
- Nhiều bệnh nội khoa kết hợp.  
- Sống tại viên dưỡng lão, viện điều dưỡng.  
- Bệnh tim mạch, phổi mạn tính.  
- Bệnh lý về cấu trúc phổi ( giãn phế quản )  
- Điều trị bằng corticoid  
- Điều trị kháng sinh phổ rộng trong thời gian > 07 ngày trong tháng qua.  
- Nhiễm phế cầu kháng thuốc và kháng penicillin.  
- Suy dinh dưỡng.

**III. Chẩn đoán:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Viêm phổi điển hình | Viêm phổi không không điển hình |
| TC cơ năng | - Sốt cao ± rét run  - Ho khan lúc đầu, sau đó đàm đục.  - Có thể kèm đau ngực kiểu màng phổi  - Khó thở ±  - Herpes labialis: 40% trong viêm do phế cầu. | - Sốt nhẹ, từ từ.  - Ho khan hoặc có ít đàm nhầy.  - Khó thở hiếm gặp.  - Triệu chứng ngoài phổi: đau đầu, đau cơ, mệt mỏi, đau họng , buồn nôn, tiêu chảy. |
| TC thực thể | - Ran nổ tại vùng tổn thương  - Có thể có HC đông đặc kèm âm thổi ống.  - Có thể nghe cọ màng phổi | - Có thể có vài ran phế quản.  - Không có hội chứng đông đặc.  - Lú lẩn mất định hướng ở người già có thể gặp do nhiễm Legionella. |
| Mầm bệnh thường gặp | - Streptococcus pneumonia  - Haemophillus influenza  - Moraxella catarrhalis. | - Mycoplasma pneumonia  - Chlamydia pneumonia  - Legionella pneumonia  - Vi khuẩn yếm khí |

- Viêm phổi không điển hình để chỉ mầm bệnh không điển hình ( Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumonia, Legionella pneumonia ) chứ không để chỉ bệnh cảnh lâm sàng mà nhóm vi khuẩn này gây ra.

**IV. Chẩn đoán phân biệt:**

- Cần nhận biết và loại trừ vi khuẩn lao.

- Các bệnh khác: tràn dịch màng phổi, suy tim xung huyết...

- . Xét nghiệm cận lâm sàng:

**1. Các xét nghiệm có giá trị trong chẩn đoán và điều trị:**

- X. quang tim phổi thẳng - nghiêng

***-*** Cấy đàm phải chắc chắn mẫu đàm từ phế quản - phổi ( dựa trên tiêu chuẩn Bartlett khi nhuộm Gram: > 25 neutrophil và < 10 tế bào thượng bì lát trên quang trường x10 )

- Nhuộm kháng acid tìm vi khuẩn lao ( nếu nghi ngờ lao )

- Cấy máu 02 mẫu trước khi điều trị kháng sinh ( xem chỉ định )

- Kỹ thuật lấy bệnh phẩm: chọc hút xuyên phế quản, nội soi phế quản, chọc hút xuyên thành ngực chỉ thực hiện ở bệnh nhân nặng không đáp ứng với điều trị ban đầu.

\* Chỉ định cấy đàm và cấy máu trong viêm phổi cộng đồng

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cấy máu | Cấy đàm |
| Nhập ICU | + | + |
| Không đáp ứng với kháng sinh điều trị ngoại trú |  | + |
| Có ổ nhiễm trùng | + | + |
| Giảm bạch cầu | + |  |
| Nghiện rượu | + | + |
| Bệnh gan mạn nặng | + |  |
| Bệnh phổi tắc nghẽn nặng, bệnh phổi cấu trúc. |  | + |
| Cắt lách | + |  |
| Tràn dịch màng phổi | + | + |
| Bất thường kháng nguyên Legionella trong test nước tiểu. |  | + |
| Bất thường kháng nguyên phế cầu trong test nước tiểu. | + | + |

**2. Các xét nghiệm có giá trị tiên lượng và phân loại mức độ nặng bệnh nhân:**

- Công thức máu, ion đồ, AST, ALT, đường huyết, BUN, Creatinin, CRP

- Khí máu động mạch.

**VI. Phân tầng nguy cơ và tiêu chuẩn nhập viện.**

1. Phân tầng nguy cơ.

a. Theo hiệp hôi lồng ngực Anh: CURB-65

C = Confusion: lẫn lộn, mất định hướng trong không gian và thời gian.

U = Uremia: BUN > 7 mmol/L ( 20mg/dl )

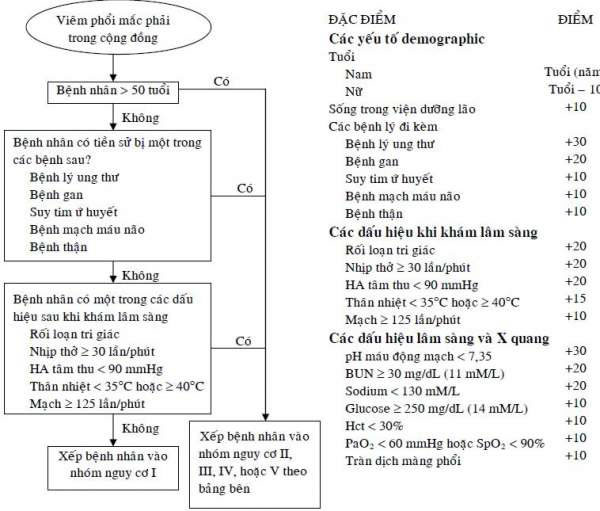
R = Respiratory Rate ≥ 30 lần/phút

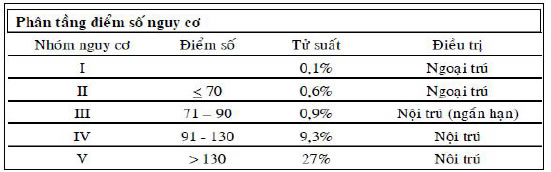
B = Blood Pressure: HA tâm thu <90 mmHg hoặc HA tâm trương < 60 mmHg 65 = tuổi > 65

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***ố yếu tố nguy cơ*** | ***Tỉ lệ tử vong (%)*** | ***Khuyến cáo nơi điều trị*** |
| 0 | 0,7 | Ngoại trú |
| 1 | 2,1 |
| 2 | ***9,2*** | Nội trú (ngắn hạn) |
| 3 | 14,5 | Nội trú (khoa Hô Háp) |
| 4 | 40 | ICU |
| 5 | 57 |

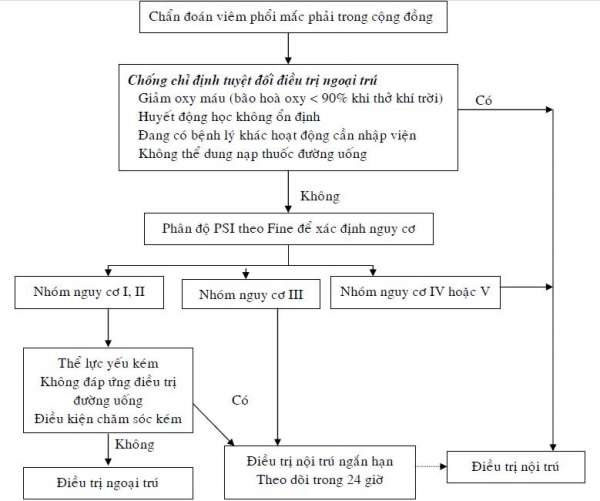
b. Theo tác giả FINE:

FINE: mọi bệnh nhân viêm phổi đều nên được phân tầng nguy cơ theo chỉ số độ nặng của viêm phổi ( Pneumoniae Severity Index: PSI )





2. Tiêu chuẩn nhập viện:



**Nhập ICU khi có 01 tiêu chuẩn chính hoặc 03 tiêu chuẩn phụ**

**VII. Tiêu chuẩn viêm phổi nặng:** theo khuyến cáo của IDSA/ATS (Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society ) 2007

|  |  |
| --- | --- |
| Tiêu chuẩn phụ: | Tiêu chuẩn chính: |
| Nhịp thở ≥ 30 lần/phút  PaO2/FiO2 ≤ 250  Viêm phổi lan rộng nhiều thùy  Lú lẫn, mất định hướng BUN ≥ 7 mmol/L ( 20 mg/dl )  Giảm bạch cầu < 4,000 mm3  Giảm tiểu cầu < 100,000 mm3  Hạ thân nhiệt < 26°C  Hạ HA cần truyền dịch tích cực. | Cần thông khí cơ học.  Sốc nhiễm trùng cần truyền thuốc vận mạch |

**VIII. Điều trị: theo IDSA/ATS 2007**

1. Bệnh nhân ngoại trú, không bệnh lý kèm theo, không yếu tố nguy cơ:

|  |  |
| --- | --- |
| Mầm bệnh | Điều trị |
| Streptococcus neumoniae Mycoplasma neumoniae Chlamydia neumoniae Haemophilus influenza | Macrolide thế hệ mới: Azithromycin 500 mg/ngày hoặc Clarithromycin 1g/ngày hoặc Doxycycline 100 mg X 2 lần /ngày |

2. Bệnh nhân ngoại trú có bệnh nội khoa đi kèm.

|  |  |
| --- | --- |
| Mầm bệnh | Điều trị |
| Streptococcus pneumonia ( kể cả DRSP ) Mycoplasma pneumoniae Chlamydia pneumoniae Haemophilus influenzae Nhiễm khuẩn hỗn hợp ( vi khuẩn + mầm bệnh không điển hình )  Vi khuẩn Gram âm đường ruột, | Fluoroquinolon hô hấp: moxifloxacin 400 mg/ngày, gemifloxacin 320 mg/ngày, levofloxacin 750mg, đơn trị liệu hoặc  Lactam đường uống, Amox+clavulanate (2g x 2), cefpodoxime 200 mg X 2 lần/ngày, cefuroxime 500 mg X 2 lần/ ngày. Phối hợp Macrolide hoặc doxycycline |

3. Bệnh nhân nội trú không nằm ICU:

|  |  |
| --- | --- |
| Mầm bệnh | Điều trị |
| Streptococcus pneumonia Haemophilus influenza Mycoplasma pneumonia Chlamydia pneumonia Nhiễm khuẩn hỗn hợp ( vi khuẩn + nấm bệnh không điển hình ) Vi khuẩn gram âm đường ruột, Yếm khí Legionella spp Các vi khuẩn khác M. tuberculosis, nấm, P. carrini | Fluonoquinolone hô hấp tiêm mạch ( levofloxacin 750mg/ngày, Moxifoxacin 400 mg/ngày ) đơn trị liệu Hoặc Lactam tiêm mạch: cefotaxime 1- 2 g/8 giờ, ceftriaxone 1- 2g ngày, hoặc ampi/sulbactam 1,5 - 3g/ 6 giờ Ertapenem 1g/ngày Cộng với Macrolide uống/tiêm hoặc doxycycline |

**4. Bệnh nhân nằm ICU:**

|  |  |
| --- | --- |
| Mầm bệnh | Điều trị |
| Streptococcus pneumonia ( kể cả DRSP )  Legionella spp  Hemophilus influenza  Trực khuẩn gram âm đường ruột  Staphylococcus aureus  Mycoplasma pneumonia  Virus  Các vi khuẩn khác: Chlamydia pneumonia, M. tuberculosis, nấm. | Lactam tiêm mạch:  Cefotaxime 1 - 2g /8 giờ, ceftriaxone 1 -2 g/ngày hoặc ampi/sulbactam 1,5  - 3 g/6 giờ Cộng với  Hoặc Macrolide tiêm mạch ( azithromycin 500mg/ngày) hoặc fluoroquinolone tiêm mạch ( levofloxacin 750 mg/ngày, Moxifloxacin 400 mg/ngày |
| Có yếu tố nguy cơ nhiễm Pseudomonas aeuginosa | |
| Tất cả các mầm bệnh trên cộng với Pseudomonas aeruginosa | Lactam diệt Pseudomonas tiêm mạch ( cefepime 2g/8 giờ, imipenem 500mg/6 giờ, meropenem 1g/ 8 giờ, piperacillin/tazobactam 4,5 g/6 giờ ) cộng với quinolone diệt Pseudomonas ( ciprofloxacine 400mg/8 giờ hoặc levofloxacin 750 mg) Hoặc Lactam diệt Pseudomonas tiêm mạch, cộng với aminoglycoside tiêm mạch, cộng với hoặc macrolide tiêm mạch hoặc fluoquinolone diệt được phế cầu TM |

**5. Thời gian điều trị:**

- Điều trị các vi khuẩn thường gặp: 7 - 10 ngày

- Điều trị M. pneumonia, C. pneumoniae và Legionella: 10 - 14 ngày

- Những bệnh nhân dung corticoid lâu ngày, suy giảm miểm dịch, nội cần thời gian: ≥ 14 ngày.

**IX. Diễn tiến lâm sàng và đáp ứng điều trị:**

\* Diễn tiến lâm sàng thường thong thường qua 3 giai đoạn:

- Giai đoạn đầu: bắt đầu khi bệnh nhân được liều kháng sinh đầu tiên, kéo dài 24 - 72 giờ, trong giai đoạn này lâm sàng ổn định dần.

- Giai đoạn 2: bắt đầu ngày thứ 3 khi lâm sàng ổn định được chứng minh bằng cải thiện triệu chứng, dấu hiệu và các giá trị cận lâm sàng.

- Giai đoạn 3: giai đoạn hồi phục các triệu chứng bình thường.

\* Các yếu tố làm cho sự cải thiện lâm sàng muộn hơn:

- Tuổi cao.

- Nhiều bệnh lý kết hợp.

- Nghiện rượu.

- Viêm phổi nhiều thùy.

- Có nhiễm trùng huyết.

Diễn tiến lâm sàng xấu đi thường xảy ra sớm trong vòng 3 ngày đầu. biểu hiện lâm sàng lúc đầu cải thiện sau đó xấu đi thường gặp ở bệnh nhân nhiễm trùng sâu ( tràn mủ màng phổi )

\* Chuyển kháng sinh qua đường uống khi:

- Giảm ho và giảm khó thở.

- Không sốt (t°< 37,8°C ) vào hai lần đo nhiệt độ cách nhau 8 giờ.

- Bạch cầu máu giảm.

- Ăn uống được

Tuy nhiên nếu đáp ứng lâm sàng thuân lợi, có thể chuyển kháng sinh đường uống mà không cần chờ hết sốt khi;

***-*** Theo hướng dẫn của kháng sinh đồ.

- Nếu không xác định được mầm bệnh thì dung kháng sinh có phổ diệt khuẩn tương tự kháng sinh đường chích.

- Cảnh giác có thể nhiễm khuẩn không điển hình đi kèm.

\* Khi nào xuất viện:

- Sinh hiệu bệnh nhân ổn định trong 24 giờ ( t° < 37,8°C, nhịp thở < 24 lần/phút, nhịp tim < 100 lần/phút, HA tâm thu > 90 mmHg, độ bảo hòa O2 > 90% khi bệnh nhân thở khí trời )

- Bệnh nhân có thể uống thuốc được.

- Bệnh nhân có thể duy trì ăn uống đầy đủ.

- Tri giác tỉnh táo (hoặc về tình trạng trước kia)

- Bệnh nhân không có bệnh lý khác hoặc tình trạng tâm thần, bệnh nội khoa không cần theo dõi tại bệnh viện.