

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TẠI KHOA HÔ HẤP BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Thị Minh Nhật, Vũ Thị Thu Phương, Cao Thị Thuỷ

Trường Đại học Y khoa Vinh

Nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi cộng đồng điều trị tại khoa Hô hấp - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 149 bệnh nhân từ tháng 9/2024 đến tháng 5/2025. Kết quả cho thấy: Tuổi trung bình là $72,34 \pm 13,65$ tuổi; Tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1; Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho (97,3%), đau ngực (71,8%), sốt (61,1%), ran ẩm (80,5%), rì rào phế nang giảm (79,2%) và ran nổ (69,8%). Cận lâm sàng mờ phế nang lan toả (45,6%) chiếm tỉ lệ cao nhất và chủ yếu ở cả hai bên phổi (43,3%). Số lượng bạch cầu trung bình trong máu ngoại vi là $12,35 \pm 6,78$ G/L. Nồng độ CRP trung bình là $71,02 \pm 94,83$ mg/L. Nghiên cứu cho thấy các dấu hiệu lâm sàng phổ biến của bệnh nhân Viêm phổi cộng đồng điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An là ho, đau ngực, sốt, ran ẩm, rì rào phế nang giảm và ran nổ. Mờ phế nang lan toả và tổn thương cả 2 bên phổi thường gặp trên phim Xquang hoặc cắt lớp vi tính lồng ngực. Số lượng bạch cầu và nồng độ CRP trong máu tăng cao.

Từ khoá: Viêm phổi cộng đồng, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) là hiện tượng nhiễm trùng của nhu mô phổi xảy ra ở ngoài bệnh viện; tổn thương chủ yếu là viêm, xuất tiết ở nhu mô phổi, bao gồm: viêm phế nang, ống và túi phế nang, tiểu phế quản tận cùng hoặc viêm tổ chức kẽ của phổi. VPMPCĐ rất phổ biến, ảnh hưởng đến khoảng 450 triệu người mỗi năm và xảy ra ở mọi nơi trên thế giới. Tại Việt Nam, viêm phổi chiếm 12% bệnh phổi, đứng hàng thứ tư [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, VPMPCĐ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 6 trong các bệnh và đứng đầu trong các bệnh nhiễm khuẩn. Tỷ lệ tử vong do VPMPCĐ thay đổi theo từng quốc gia như ở Canada là 6%, Thụy Điển 8%, Anh 13% và Tây Ban Nha 20% [2].

Hầu hết bệnh nhân nhập viện với VPMPCĐ đáp ứng với điều trị, tuy nhiên một số trường hợp điều trị thất bại và có thể tiến triển trở nặng nhanh chóng đe dọa tính mạng. Tỷ lệ mắc mới

VPMPCĐ là 10% đến 15% và nó có liên quan đến sự gia tăng đáng kể tỷ lệ tử vong và chi phí điều trị [2]. VPMPCĐ xuất hiện và trở nặng nhất ở những bệnh nhân >65 tuổi, hệ miễn dịch suy yếu, trong khi thường mắc rất nhiều bệnh đi kèm khả năng chống chọi lại với các yếu tố gây bệnh, khả năng đấu tranh với bệnh tật kém hơn, do đó tỷ lệ cao bị viêm phổi nặng. Ngoài ra, có sự qua lại giữa tiền căn bệnh lý nội khoa khác thường gặp như bệnh tim mạch, bệnh suy thận mạn, suy gan mạn... [3].

Vì vậy, việc xác định các yếu tố có liên quan của viêm phổi nặng, phối hợp với thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng rất quan trọng giúp chẩn đoán, điều trị đầy đủ, tiên lượng đúng cho bệnh nhân và đưa ra các biện pháp dự phòng thích hợp cho các bệnh nhân có nguy cơ cao. Các nghiên cứu của Tổ chức Y tế thế giới cũng như các tác giả trong và ngoài nước phần lớn nghiên cứu các yếu tố thuận lợi gây viêm phổi chung, nhưng vẫn còn ít tài liệu nghiên cứu về yếu tố ảnh hưởng đến mức độ nặng của viêm phổi mắc phải từ cộng đồng. Với những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài “Đặc điểm lâm

sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm phổi cộng đồng tại khoa Hô hấp Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

149 bệnh nhân đã được chẩn đoán viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An từ thời điểm tháng 9/2024 đến tháng 5/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên.và đồng ý tham gia nghiên cứu được chẩn đoán VPMPCĐ theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị VPMPCĐ” của Hội Hô hấp Việt Nam năm 2024 [1].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không có khả năng hợp tác, già lú lẫn, mắc các bệnh tâm thần hay các bệnh nhiễm khuẩn cơ quan khác kèm theo.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Thời gian: Tháng 9/2024 đến tháng 5/2025

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội Hô hấp Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tiêu chí		n	%
Tuổi	16-64	34	22,8
	≥65	115	77,2
Giới	Nam	106	71,14
	Nữ	43	28,86
Thói quen hút thuốc	Có	89	59,7
	Không	60	40,3
Tiền sử bệnh	Viêm phổi trước đó (<1năm)	19	12,8
	Di chứng tai biến mạch máu não	12	8,1
Bệnh mạn tính kèm theo	Suy tim	15	10,1
	Đái tháo đường	12	8,1
	GERD	28	18,8
	Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính	21	14,1

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ với tổng 149 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Thu thập số liệu: Phòng vấn đối tượng theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, quan sát, khám lâm sàng và kết quả cận lâm sàng thu thập từ hồ sơ bệnh án.

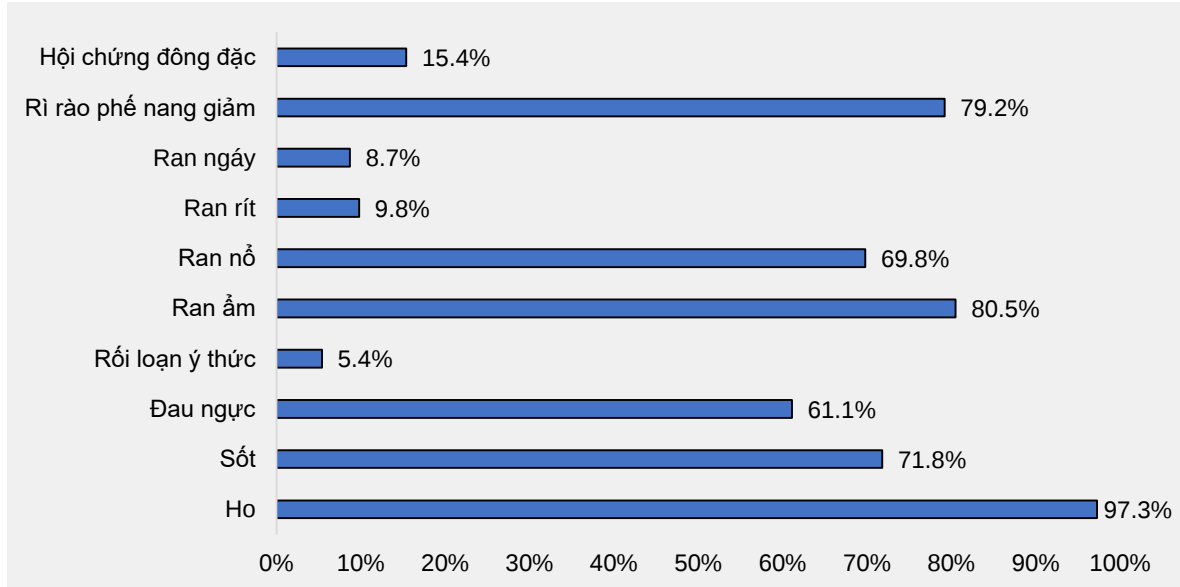
Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý theo phần mềm SPSS. Tính các tỷ lệ, giá trị trung bình, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, thống kê mô tả, so sánh sự khác biệt các giá trị trung bình của hai nhóm bệnh nhân với Independent Sample T-test. Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng bảng hoặc đồ thị thống kê thích hợp dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%) với biến định tính, giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn với biến định lượng.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích khoa học, được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y khoa Vinh và bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An thông qua. Tất cả các thông tin về đối tượng nghiên cứu đều được mã hóa, giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

Phần lớn bệnh nhân có độ tuổi ≥ 65 tuổi, gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới. Bệnh nhân có thói quen hút thuốc chiếm trên 50%. Trong số các bệnh kèm theo: Đái tháo đường chiếm tỉ lệ cao nhất (18,8%), tiếp theo là bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (chiếm 14,1%), suy tim (10,1%) và GERD (8,1%) chiếm tỉ lệ thấp hơn.

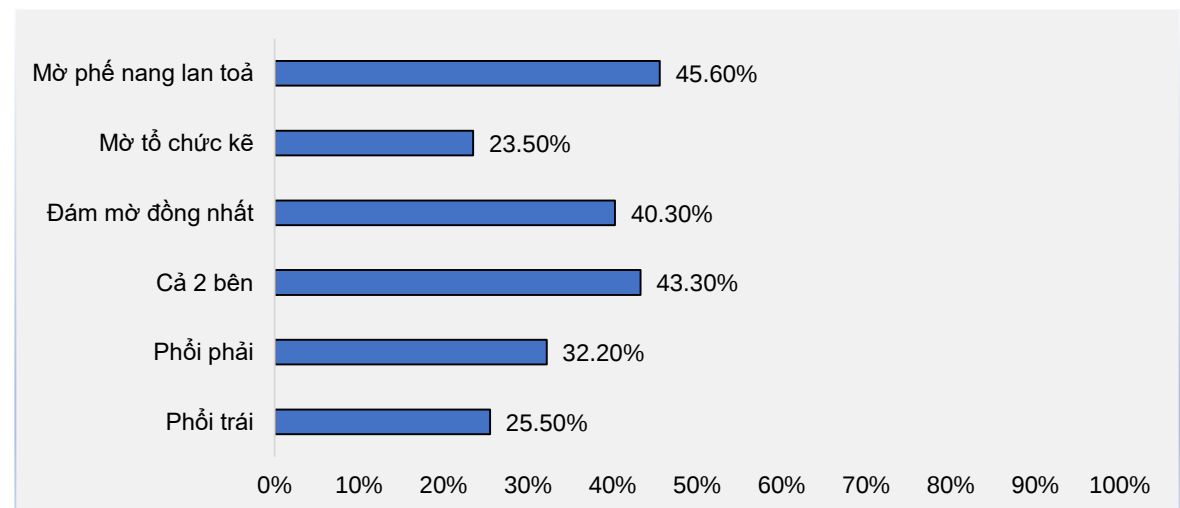
2. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng thường gặp nhất là ho chiếm 97,3%, rối loạn ý thức chiếm tỉ lệ thấp 5,4%. Triệu chứng thực thể tại phổi thường gặp là: rì rào phế nang giảm (79,2%), ran ẩm (80,5%), ran nổ (69,8%); hội chứng đông đặc, ran rít và ran ngáy ít gặp hơn.

3. Đặc điểm cận lâm sàng



Biểu đồ 2. Tổn thương phổi trên phim Xquang/CLVT lồng ngực của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có tổn thương dạng mờ phế nang lan toả chiếm tỉ lệ cao hơn và tổn thương ở cả hai bên phổi chiếm ưu thế hơn.

Bảng 2. Kết quả xét nghiệm huyết học, sinh hoá của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Giá trị trung bình	Tăng		Bình thường		Giảm	
		n	%	n	%	n	%
Bạch cầu	12,35±6,78 G/L	87	58,4	56	37,6	6	4,0
NEUT	9,67±6,41 G/L	94	63,1	50	33,6	5	3,4
CRP	71,02±94,83 mg/L	112	75,2	37	24,8		
Ure	6,63±3,52 mmol/L	51	34,2	96	64,4	2	1,3
Creatinin	88,40±37,71 mcmmol/L	21	14,1	104	69,8	24	16,1
Glucose	7,49±4,43 mmol/L	63	42,3	86	57,7		
AST	50,32±158,81 UI/L	55	36,9	94	63,1		
ALT	38,49±81,29 UI/L	36	24,2	113	75,8		

Các chỉ số bạch cầu, CRP tăng cao, các chỉ số khác như creatinin, glucose, AST, ALT phần lớn đều bình thường.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ bệnh nhân nam mắc VPMPCTĐ (71,1%) nhiều hơn gấp 2,5 lần so với bệnh nhân nữ (28,9%). Các nghiên cứu trong nước cũng cho kết quả số nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới, cụ thể trong nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân trên 142 bệnh nhân tại Hà Nội, tỉ lệ nam/nữ là 1,63 [4], Nguyễn Văn Tuấn và Trần Thị Kiều Anh nghiên cứu trên 80 bệnh nhân VPMPCTĐ tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An là 1,35 [5].

Phần lớn bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên (77,2%), dưới 65 tuổi chiếm 22,8%. Nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân trên 142 bệnh nhân VPMPCTĐ cũng cho thấy số bệnh nhân trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (37,3%) có ý nghĩa so với bệnh nhân trong các nhóm tuổi khác [4].

Thói quen hút thuốc lá có ở 56% tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Các nghiên cứu khác trong nước như Quang Văn Trí và Ngô Thanh Bình (2007) trên 160 trường hợp, có 42,3% bệnh nhân có hút thuốc lá [6]. Sở dĩ sự chênh lệch này do tỉ lệ nam/nữ ở nghiên cứu của tác giả là 1,32 trong khi ở nghiên cứu của chúng tôi là 2,5 và

hút thuốc lá thường gặp ở đối tượng bệnh nhân nam nhiều hơn.

Tiền sử bệnh được đề cập đến trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm viêm phổi trước đó <1 năm (12,8%) và di chứng Tai biến mạch máu não (8,1%). Bệnh kèm theo chiếm tỉ lệ cao nhất là Đái tháo đường (18,8%), tiếp theo là bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (14,1%), suy tim (10,1%) và thấp nhất là GERD (8,1%). Tác giả Alici và cộng sự cho thấy tỉ lệ bệnh nhân có bệnh đồng mắc thường gặp nhất là bệnh phổi mạn tính, đái tháo đường, suy tim lần lượt là 26,2%, 14,4%, 13,1% [7]. Có sự khác biệt này do nhóm bệnh phổi mạn tính trong nghiên cứu của tác giả bao gồm các bệnh phổi khác ngoài bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng cơ năng và toàn thân trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: phổ biến nhất là ho (97,3%), đau ngực (71,8%), sốt (61,1%) và ít gặp nhất là rối loạn ý thức (5,4%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và Trần Thị Kiều Anh (2020) cũng cho thấy các triệu chứng thường gặp là ho (100%), đau ngực (30%), sốt (28,8%) và rối loạn ý thức (7,4%) [5]. Nghiên cứu của Trần Thị Anh Thơ (2017) cho thấy triệu chứng ho (85,4%), sốt (61,46%), đau ngực (53,13%) [8]. Trong đó rối loạn ý thức chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân VPMPCTĐ mức độ trung bình và nặng.

Khám thực thể tại phổi cho thấy triệu chứng thường gặp nhất là ran ẩm (80,5%), rì rào phế nang giảm (79,2%), ran nổ (69,8%), hội chứng đông đặc (15,4%), ran rít (9,8%) và ít gặp nhất là ran ngáy (8,7%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và Trần Thị Kiều Anh: ran ẩm chiếm 43,8%, ran rít chiếm 35%, ran ngáy là 20% [5]. Sự khác biệt này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu của đề tài là bệnh nhân sau nhiễm Covid-19 để lại di chứng tại phổi và khác nhau về địa điểm nghiên cứu.

3. Đặc điểm cận lâm sàng

Về hình thái tổn thương trên Xquang/cắt lớp vi tính lồng ngực hay gặp nhất trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là mờ phế nang lan toả (chiếm 45,6%); tiếp đó là hình thái tổn thương đám mờ đồng nhất (chiếm 40,3%) và mờ tổ chức kẽ (chiếm 23,5%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Lê Xuân Vượng (2023) trên 108 bệnh nhân VPMPCTĐ tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An với hình ảnh mờ phế nang lan toả chiếm tỉ lệ cao nhất (41,67%), tiếp đến là đám mờ đồng nhất (25%) và mờ tổ chức kẽ (15,74%) [9]. Về vị trí tổn thương, tổn thương đồng thời 2 bên phổi chiếm tỉ lệ cao nhất (43,3%), sau đó là tổn thương thùy phải (32,2%) và thùy trái (25,5%). Trong khi đó, khi nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của VPMPCTĐ tại Hà Nội, tác giả Tạ Thị Diệu Ngân lại mô tả triệu chứng trên phim Xquang về vị trí tổn thương: 42,3% bệnh nhân có tổn thương phổi trái đơn thuần, 16,9% có tổn thương phổi phải đơn thuần và 40,8% có tổn thương cả hai phổi [4]. Sự khác biệt này có thể được giải thích do đối tượng của tác giả nhập viện trong vòng 36h đầu, không bao gồm những bệnh nhân nằm viện hay sử dụng phương tiện chăm sóc sức khỏe dài ngày trong khoảng 14 trước khi có biểu hiện triệu chứng, nên tổn thương ở phổi chỉ mới bắt đầu và khu trú ở một bên phổi chiếm tỉ lệ cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Các chỉ số nhiễm trùng: giá trị bạch cầu trung bình là 12,35G/L, dao động từ 1,81G/L đến 41,46G/L. Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính trung bình là 9,67G/L, dao động từ 1,07G/L đến 36,53G/L. Trong khi đó, giá trị CRP trung bình là 71,02mg/L, thay đổi từ 0,46mg/L đến 474mg/L. Cùng chung kết quả với tác giả Hamza và cộng sự (2019) khi nghiên cứu 76 bệnh nhân VPMPCTĐ tại Ai Cập cho thấy các chỉ số nhiễm trùng đều tăng cao với CRP trung bình $87,9 \pm 39,2$ mg/L [10]. Như vậy, các chỉ số nhiễm trùng đều tăng khá cao ở các bệnh nhân VPMPCTĐ.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế như cỡ mẫu chưa đủ lớn, nghiên cứu chỉ thực hiện tại một bệnh viện tuyến tỉnh nên kết quả chỉ phản ánh đặc điểm của nhóm bệnh nhân tại thời điểm và địa điểm nghiên cứu, không thể áp dụng rộng rãi cho các nhóm bệnh nhân khác hoặc các khu vực địa lý khác.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng cơ năng điển hình của VPMPCTĐ là ho, đau ngực, sốt. Triệu chứng thực thể điển hình là ran ẩm, ran nổ, rì rào phế nang giảm. Giá trị bạch cầu trung bình trong máu ngoại vi là $12,35 \pm 6,78$ G/l. Nồng độ CRP trung bình là $71,02 \pm 94,83$ mg/L. Tổn thương trên Xquang phổi thường gặp là tổn thương mờ phế nang lan toả và chủ yếu là ở cả hai bên trường phổi. Từ đó chúng tôi đưa ra một số kiến nghị như: (1) Đa dạng phương pháp xét nghiệm, cần kết hợp nhiều phương pháp xét nghiệm hiện đại để xác định chính xác căn nguyên của bệnh; chẳng hạn như xét nghiệm PCR, chẩn đoán hình ảnh, và các kỹ thuật xét nghiệm huyết thanh học để cải thiện khả năng phát hiện các tác nhân gây bệnh. (2) Theo dõi lâu dài: Cần có các nghiên cứu theo dõi bệnh nhân trong thời gian dài để xác định các yếu tố nguy cơ dài hạn và tác động của bệnh nền đến sự phát triển của VPMPCTĐ, giúp phát hiện các biến chứng tiềm ẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. **Hội Hô hấp Việt Nam.** *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn.* Hà Nội: Hội Hô hấp Việt Nam. 2024.
- [2]. **Victoria JF.** *Diseases and disorders.* New York: Marshall Cavendish. 2007:123-135.
- [3]. **Lê Tiến Dũng.** *Các hệ thống thang điểm đánh giá mức độ nặng ở viêm phổi cộng đồng.* Y học TP Hồ Chí Minh, Hội nghị khoa học kỹ thuật Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. 2016.
- [4]. **Tạ Thị Diệu Ngân.** *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng [luận án tiến sĩ].* Hà Nội: Đại học Y Hà Nội. 2018:56–120.
- [5]. **Nguyễn Văn Tuấn, Trần Thị Kiều Anh.** *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.* Tạp chí Y học Việt Nam. 2020;12(4):45–53.
- [6]. **Quang Văn Trí, Ngô Thanh Bình.** *Phân tích đặc điểm và mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với mức độ nặng của viêm phổi mắc phải cộng đồng.* Y học TP Hồ Chí Minh. 2008;14(2):101–108.
- [7]. **Alici IO, Capan N, Erturk A, Canbakan S.** *Comparison of severity scoring systems in community-acquired pneumonia.* Eurasian J Pulmonol. 2015;17(2):76–82.
- [8]. **Trần Thị Anh Thơ.** *Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi mắc phải ở cộng đồng tại Khoa Nội Dị ứng – Hô hấp Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An [đề tài nghiên cứu khoa học].* Đại học Y khoa Vinh. 2017:14–47.
- [9]. **Tổng Văn Thuỳ, Nguyễn Thị Hồng Trân.** *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố liên quan của viêm phổi mắc phải cộng đồng sau nhiễm COVID-19.* Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023;18(1):22–30.
- [10]. **Hamza AH, El-Mokadem AM, Sallam EM, Mahmoud ME.** *Evaluation of two different scores in assessing the severity of community-acquired pneumonia: a cross-sectional study in Ismailia, Egypt.* Minia J Med Res. 2019;30(1):45–50.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT THE RESPIRATORY DEPARTMENT OF NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

The aim of this study was to describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with community-acquired pneumonia (CAP) treated at the Department of Respiratory Medicine, Nghe An General Friendship Hospital, using a cross-sectional descriptive design conducted on a sample of 149 patients. The results showed that the mean age of the study population was 72.34 ± 13.65 years, with a male-to-female ratio of 2.5:1. The most frequently observed clinical symptoms included cough (97.3%), chest pain (71.8%), fever (61.1%), moist rales (80.5%), diminished vesicular breath sounds (79.2%), and crackles (69.8%). Regarding paraclinical findings, diffuse alveolar opacities were the most prevalent radiographic feature (45.6%), predominantly involving both lungs (43.3%). The mean peripheral white blood cell count was 12.35 ± 6.78 G/L, while the mean C-reactive protein (CRP) level was 71.02 ± 94.83 mg/L. These findings suggest that cough, chest pain, fever, moist rales, diminished vesicular breath sounds, and crackles are common clinical manifestations of CAP. Diffuse alveolar opacities and bilateral lung involvement are frequently observed on chest radiographs or computed tomography. Elevated white blood cell counts and CRP levels are common laboratory findings.

Keywords: Community-acquired pneumonia, clinical characteristics, paraclinical characteristics.