

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VIÊM PHỔI THỞ MÁY TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Nguyễn Thị Hồng Yến¹, Nguyễn Thị Thảo¹, Trần Thị Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi thở máy tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 45 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm phổi thở máy tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023. **Kết quả:** Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu ở bệnh nhân VPTM là: Khó thở, sốt, ho có đờm, nghe phổi thường có rale ẩm, nổ. Đặc điểm chất tiết dịch phế quản: đờm vàng - xanh, đờm trắng, đờm trắng lẫn rỉ sắt, đờm lẫn nhày máu. **Kết luận:** Nghiên cứu bước đầu mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân mắc viêm phổi thở máy.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, viêm phổi thở máy

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF MECHANICAL VENTILATOR PUNIONITIS AT THE INTIMATIVE RECOVERY DEPARTMENT OF NAM DINH GENERAL HOSPITAL

Objective: Describe the clinical characteristics of patients with pneumonia on mechanical ventilation at the Department of Intensive Care - Poison Control, Nam Dinh General Hospital. **Results:** The main clinical symptoms in ventilator-ventilated pneumonia patients are: Difficulty breathing, fever, cough with phlegm, and chest auscultation often has moist, crackling rales. Characteristics of bronchial secretions: yellow-green sputum, white sputum, white sputum mixed with rust, sputum mixed with bloody mucus. **Conclusion:** Initial study describes the clinical characteristics of patients with ventilator-associated pneumonia. **Keywords:** Clinical features, ventilator-associated pneumonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông khí nhân tạo là biện pháp điều trị hoặc hỗ trợ điều trị để đảm bảo hô hấp khi người bệnh chưa thể tự thở được, giúp tăng cường trao đổi oxy và thuận tiện cho việc chăm sóc hô hấp. Tuy nhiên, thông khí nhân tạo cũng gây ra nhiều tác dụng không mong muốn, hay gặp nhất là các biến chứng của viêm phổi liên quan đến thở máy (VPTM). Tại một số bệnh viện ở Việt Nam, tỷ lệ tử vong do viêm phổi bệnh viện

và viêm phổi thở máy chiếm khoảng 33% – 50% tổng số ca tử vong [1]. Ở người bệnh thông khí nhân tạo xâm nhập, ống nội khí quản (NKQ) thường gây tổn thương đường hô hấp trên, khí thở vào qua máy thở thường không đủ ấm, không đủ độ ẩm và không được lọc. Hơn nữa, người bệnh thở máy thường phải can thiệp nhiều thủ thuật cùng lúc và được dùng an thần, giảm đau, giãn cơ, việc dùng các thuốc gây hạn chế ho khạc, tăng ứ đọng đờm dãi, tăng nguy cơ viêm, xẹp phổi [2], [3]. Các biện pháp chăm sóc bảo vệ phổi đều nhằm mục đích phòng ngừa, hạn chế và điều trị các tác động có hại đến đường hô hấp ở NB sử dụng máy thở. Viêm phổi thở máy cũng là nguyên nhân kéo dài thời gian thông khí cơ học, góp phần làm tăng chi phí nằm viện của bệnh nhân [2]. Các yếu tố liên quan được đề cập: thời gian đặt nội khí quản thở máy, việc sử dụng kháng sinh trước mắc viêm phổi thở máy, chăm sóc của nhân viên y tế với bệnh nhân thở máy, hệ thống miễn dịch của người bệnh....

Ở Việt Nam, tương tự như các nước đang phát triển và khu vực Đông Nam Á, vẫn chưa có các nghiên cứu mang tính hệ thống về viêm phổi thở máy. Viêm phổi thở máy đã và đang xảy ra trên các bệnh nhân nặng phải thở máy là các đối tượng có nhiều nguy cơ mắc nhiễm khuẩn bệnh viện trong đó có viêm phổi thở máy. Thực tế này đòi hỏi phải sớm có được các nhận định, đánh giá về tỷ lệ mắc, các yếu tố liên quan mắc bệnh và tử vong cũng như tác nhân vi sinh gây bệnh để có cơ sở khoa học cho việc đề xuất các biện pháp kiểm soát viêm phổi thở máy hiệu quả hơn nữa [3].

Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định (BVĐK) là bệnh viện hạng I, tại bệnh viện đã có nhiều nghiên cứu mang tính chất đa khoa hoặc chuyên khoa, tuy nhiên các nghiên cứu về đặc điểm viêm phổi thở máy còn chưa có tích chất cụ thể và chuyên sâu.

Để góp phần tìm hiểu về viêm phổi thở máy tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu: "Đặc điểm lâm sàng viêm phổi thở máy tại Khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 45 bệnh nhân được chẩn đoán mắc viêm phổi thở máy tại

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Yến

Email: yendhdd@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2024

Ngày duyệt bài: 8.7.2024

khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 8 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện với tất cả các đối tượng nghiên cứu thỏa mãn yêu cầu của nghiên cứu.

2.3. Phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0 và các test thống kê không tham số gồm tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn để so sánh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Các triệu chứng cơ năng và toàn thân của BN VPTM

Triệu chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Ho khan	1	2,22%
Ho có đờm	25	55,56%
Ho có máu	2	4,44%
Sốt	40	88,89%
Đau ngực	2	4,44%
Khó thở	45	100%

Nhận xét: Kết quả bảng 3.6 cho thấy triệu chứng thường gặp nhất trong VPTM là khó thở (100%), sốt (88,89%), ho có đờm (55,56%), ho ra máu và đau ngực chỉ 4,44% và 2,22% BN ho khan.

Bảng 2. Đặc điểm chất tiết dịch phế quản trên BN VPTM

Màu sắc đờm	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Dịch trong	8	17,78%
Đờm trắng	15	33,33%
Đờm vàng - xanh	16	35,56%
Đờm lẫn nhày máu	2	4,44%
Đờm trắng lẫn rỉ sắt	4	8,89%
Tổng	45	100%

Nhận xét: Theo kết quả bảng 3.7 chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân trong nghiên cứu có dịch hút phế quản là đờm vàng xanh chiếm 35,56%, đờm trắng chiếm 33,33%, dịch trong chiếm 17,78% và thấp nhất là đờm lẫn nhày máu 4,44%.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể khi thăm khám phổi

Triệu chứng thực thể	Số trường hợp	Tỷ lệ %	
Rale ẩm, nổ	16	35,56%	
Rale ẩm, nổ + H/C ba giảm	20	44,44%	
Rale ẩm, nổ + H/C đông đặc	5	11,11%	
Vị trí tập trung nhiều rale ẩm, nổ	2 phổi	41	91,11%

Nhận xét: Triệu chứng thực thể phổi có rale gặp ở 91,11%, vị trí có rale phần lớn là ở 2 phổi,

và có hội chứng ba giảm ở 44,44%, hội chứng đông đặc có ở 11,11%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian xuất hiện viêm phổi sau thở máy trung bình là 6,7 ngày, trong đó sau 2 - 4 ngày chiếm 26,67%, sau 5-7 ngày chiếm tới 51,11%, sau 8 ngày và sau trên 10 ngày gặp tỷ lệ ít hơn lần lượt là 20% và 2,22%. Thời gian thở máy trung bình trước khi viêm phổi trong nghiên cứu tương tự công bố của Võ Hữu Ngoan thời gian thở máy trước viêm phổi trung bình là 6,21 [1]. Trong các nghiên cứu này, VPTM chủ yếu xuất hiện vào ngày thứ 5 đến ngày thứ 7 và rất hiếm xuất hiện sau ngày thứ 10. Thời gian nằm viện càng kéo dài nguy cơ VPTM càng tăng cao. Thời gian mắc VPTM càng muộn nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng càng tăng. Điều này cho thấy, những bệnh nhân thở máy tại khoa Hồi sức tích cực cần được theo dõi, phát hiện sớm viêm phổi trong suốt quá trình thở máy, đặc biệt ngay trong tuần đầu tiên sau thở máy.

Ở những bệnh nhân VPTM, những triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là khó thở (100%), sốt (88,89%), ho có đờm (55,56%) và đau ngực (17,78%). Đây cũng chính là những tiêu chuẩn lâm sàng trong chẩn đoán VPTM, dựa trên sự xuất hiện của những dấu hiệu này có thể giúp chẩn đoán sớm VPTM, có hướng điều trị kịp thời và tích cực cho bệnh nhân. Sốt cũng là một triệu chứng hay gặp ở các bệnh nhân nghiên cứu chiếm 88,89%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như của Phạm Thái Dũng năm 2013, tại thời điểm VPTM tỷ lệ sốt tăng và đạt đỉnh 84,12% [4]. Tuy nhiên tác giả cũng nhận định vai trò của triệu chứng sốt không có giá trị cao trong chẩn đoán. Triệu chứng sốt có thể xuất hiện trong nhiều bệnh lý nhiễm trùng khác nhau đối với bệnh nhân đang điều trị, điều này đòi hỏi các bác sỹ lâm sàng phải chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân nhiễm trùng khác và không phải lúc nào cũng dễ thực hiện. Không thể chỉ đánh giá riêng một triệu chứng mà phải kết hợp nhiều triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

Trong nghiên cứu cũng hay gặp trường hợp BN ho có đờm 55,56% tuy nhiên triệu chứng ho có đờm có thể do các bệnh lý kèm theo và do ứ đọng khi BN phải nằm lâu. Mặc dù sự thay đổi đặc điểm và tính chất đờm trên lâm sàng chỉ có giá trị hạn chế vì hoàn toàn mang tính chủ quan và không phải luôn luôn gặp trong bệnh cảnh này. Hơn nữa, tính chất đờm có thể thay đổi khi có viêm xoang, sắc phải dịch da dày, hay lây nhiễm do các chất tiết từ phía trên đi qua bóng

chèn của ống nội khí quản khi không được bơm căng. Tuy nhiên màu sắc đờm có thể gợi ý nguyên nhân gây VPTM và là một trong những triệu chứng quan trọng trong việc đưa ra mục tiêu chăm sóc và chiến lược sử dụng kháng sinh tiếp theo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Lã Quý Hương năm 2012 tại Bệnh viện Bạch Mai tỷ lệ đờm vàng là hay gặp nhất chiếm 46%, tiếp theo là đờm trắng đục chiếm 37% và đờm xanh chiếm 17% [5]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 BN đờm lẫn rỉ sắt và 2 BN có đờm lẫn nhày máu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hoài Anh. Theo Nguyễn Hoài Anh đờm màu trắng chiếm tỷ lệ 47,7% và đờm màu vàng chiếm 36,4% [6].

Nghe phổi trong thăm khám lâm sàng là triệu chứng thực thể quan trọng tuy nó là hoàn toàn mang tính chủ quan và không được xếp vào tiêu chuẩn chẩn đoán VPTM theo CIPS của Pugin năm 2002. Trong nghiên cứu của chúng tôi 91,11% trường hợp nghe phổi đều có rale, vị trí tập trung 2 phổi và có hội chứng ba giảm 44,44%. Dựa trên những dấu hiệu này có thể giúp chẩn đoán sớm VPTM, có hướng điều trị kịp thời và tích cực cho BN. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Thái Dũng năm 2013. Theo Phạm Thái Dũng nghiên cứu triệu chứng nghe phổi có rale chiếm 71,43%, rale ẩm chiếm 55,56%. Tuy nhiên triệu chứng rale ở phổi còn phụ thuộc vào chủ quan bác sỹ thăm khám [4].

V. KẾT LUẬN

- Thời gian xuất hiện viêm phổi sau thở máy

trung bình là 6,7 ngày: Thời gian xuất hiện VPTM sau 5-7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 51,11%. Sau 2- 4 ngày chiếm 26,67%. Chỉ có 1 BN xuất hiện VPTM sau trên 10 ngày.

- Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu ở bệnh nhân VPTM là: Khó thở (100%), sốt (88,89%), ho có đờm (55,56%), nghe phổi 91,11% phổi có rale ẩm, nổ.

- Đặc điểm chất tiết dịch phế quản: Đờm vàng, xanh (35,56%), đờm trắng (33,33%), đờm trắng lẫn rỉ sắt (8,89%), đờm lẫn nhày máu (4,44%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Hữu Ngoan** (2012), "Nghiên cứu đặc điểm viêm phổi liên quan đến thở máy tại Khoa sản sọc đặc biệt bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí nghiên cứu Y học TP.HCM, (17)1/2013, 213.
2. **Trần Hữu Thông** (2012), "Cần nguyên gây viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí nghiên cứu Y học, 80 (3) - 2012, 66-68.
3. **Nguyễn Ngọc Quang** (2011), "Nghiên cứu tình hình và hiệu quả của viêm phổi liên quan đến thở máy", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện chuyên ngành hồi sức cấp cứu, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Phạm Thái Dũng** (2011), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn và biến đổi nồng độ procalcitonin, protein C phản ứng ở bệnh nhân viêm phổi thở máy", Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân y.
5. **Lã Quý Hương** (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm phổi bệnh viện tại trung tâm Hồ hấp Bệnh viện Bạch Mai", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Bùi Hồng Giang** (2013), "Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực - bệnh viện Bạch Mai năm 2012", Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ MICROALBUMIN NIỆU

Bùi Thị Minh Phượng¹, Trần Như Quỳnh¹, Đặng Thái Tôn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 (ĐTĐT2) có microalbumin niệu. **Phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu cắt ngang trên 269 bệnh nhân ĐTĐT2 tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Thời gian của nghiên cứu từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2022. **Kết quả:**

Tổng cộng 269 bệnh nhân ĐTĐT2 có 139 (51,7%) là nữ và 130 (48,3%) là nam với tuổi trung bình là 66,68 ± 9,25 tuổi. Thời gian trung bình của ĐTĐT2 được tìm thấy là 8,34 ± 5,32. Mức HbA1c trung bình được tìm thấy là 7,63 ± 1,48. Có 80 bệnh nhân (29,7%) được phát hiện có microalbumin niệu. Có sự khác biệt glucose máu trước và sau điều trị 03 tháng ở bệnh nhân ĐTĐT2 có microalbumin niệu. **Kết luận:** Có sự khác biệt glucose máu trước và sau điều trị 03 tháng ở bệnh nhân ĐTĐT2 có microalbumin niệu. Có mối liên quan giữa có microalbumin niệu ở bệnh ĐTĐT2 được kiểm soát đường huyết tốt. Xét nghiệm microalbumin niệu và xét nghiệm HbA1c nên được thực hiện ở cả bệnh nhân ĐTĐT2 mới và đã được chẩn đoán như một dấu hiệu sớm của rối loạn chức năng thận và

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Minh Phượng

Email: minhphuongytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 8.7.2024