

ĐẶC ĐIỂM MỘT SỐ CĂN NGUYÊN VI SINH VẬT, LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP TIẾN TRIỂN

Đỗ Trọng Nam¹, Nguyễn Tuấn Đạt¹, Nguyễn Thị Thuỳ Dung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố liên quan tới tử vong trong khoa Hồi sức tích cực ở bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) do viêm phổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang hồi cứu trên 49 bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển ARDS do viêm phổi tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai từ 8/2018 tới 8/2022. **Kết quả:** Tổng số 49 bệnh nhân, 67,4% (33/49) là nam giới và tuổi trung bình là 62,0 (Q1 - Q2: 48,5 - 72,5) năm. Tại thời điểm nhập viện, phần lớn bệnh nhân giảm oxy máu ở mức độ trung bình (40,8%; 20/49) và nặng (46,9%; 23/49) theo tiêu chuẩn Berlin và vi-rút đường hô hấp (36,7%; 18/49) là tác nhân viêm phổi phổ biến nhất, trong đó virus H1N1 (29,2%; 14/48) chiếm tỷ lệ cao nhất. **Kết luận:** Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu trong viêm phổi ARDS để phản ánh tình trạng tổn thương các cơ quan và phản ứng viêm toàn thân, không đặc hiệu trong chẩn đoán. Khí máu động mạch là xét nghiệm quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân ARDS. **Từ khóa:** Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển, Căn nguyên vi sinh, Lâm sàng, Cận lâm sàng, Tiêu chuẩn Berlin, Viêm phổi

SUMMARY

MICROBIAL ETIOLOGIES, CLINICAL AND BIOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME

Objective: To assess certain factors related to mortality in patients with progressive acute respiratory distress syndrome (ARDS) due to pneumonia in the intensive care unit (ICU). **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 49 patients diagnosed with progressive ARDS due to pneumonia at the Emergency Center A9 - Bach Mai Hospital from August 2018 to August 2022. **Results:** Out of a total of 49 patients, 67.4% (33/49) were male with a mean age of 62.0 (Q1 - Q2: 48.5 - 72.5) years. Upon admission, the majority of patients exhibited moderate (40.8%; 20/49) to severe (46.9%; 23/49) hypoxemia according to the Berlin criteria, and respiratory viruses (36.7%; 18/49) were the most common cause of pneumonia, with H1N1 virus (29.2%; 14/48) being the highest proportion. **Conclusion:** Blood tests and biochemical tests in ARDS pneumonia to reflect organ damage and systemic inflammatory response are non-specific in diagnosis. Arterial blood gas analysis is an important

test in the diagnosis and monitoring of ARDS patients.

Keywords: Acute Respiratory Distress Syndrome, Microbial etiologies, Clinical, Biochemical, Berlin criteria, Pneumonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS - acute respiratory distress syndrome) là một loại tổn thương phổi lan tỏa cấp tính được đặc trưng bởi tình trạng viêm kích thích, sau đó là suy hô hấp giảm oxy máu [1]. Mặc dù hiện nay đã có nhiều tiến bộ trong điều trị bệnh nhân nặng, tuy nhiên, tỷ lệ tử vong do hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển còn cao. Một nghiên cứu quan sát quy mô lớn (nghiên cứu LUNG SAFE) được thực hiện tại 459 đơn vị hồi sức tích cực ở 50 quốc gia trên thế giới đã cho thấy tỷ lệ tử vong của bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 34,9%, 40,3% và 46,1% [2]. Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện tại bệnh viện Bạch Mai năm 2019 trên 126 bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển cho thấy tỷ lệ tử vong lên tới 57,1% [3].

Hiện nay có hơn 60 nguyên nhân có thể gây ra hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển đã được xác định. Tuy nhiên, chỉ có một số nguyên nhân phổ biến gây ra hầu hết các trường hợp suy hô hấp cấp tiến triển. Trong một nghiên cứu của Zilberberg và Epstein trên 107 bệnh nhân tại đơn vị hồi sức tích cực, các nguyên nhân gây hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển phổ biến nhất là viêm phổi (40%), nhiễm khuẩn (32%) và sặc phổi (9%) [4]. Tuy nhiên, theo nghiên cứu được thực hiện trước đây tại bệnh viện Bạch Mai lại cho thấy nguyên nhân gây hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển chủ yếu là viêm phổi (92,9%) [3]. Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng có thể là nguyên nhân phổ biến nhất của hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển phát triển bên ngoài bệnh viện, nghiên cứu năm 2007 tại bệnh viện Christchurch, tiến hành trên 304 bệnh nhân CAP, 88 bệnh nhân (29%) được chẩn đoán do virus, với rhinovirus và cúm A là phổ biến nhất. Hai tác nhân gây bệnh trở lên được phát hiện ở 49 (16%) bệnh nhân, 45 người trong số họ bị nhiễm trùng do vi rút và vi khuẩn phổi hợp [5]. Một nghiên cứu hồi cứu khác năm 2019 của Shil-Hong Li và cộng sự tại một đơn vị ICU của một trung tâm y tế từ tháng 7 năm 2009 đến tháng 5 năm 2014, tỉ lệ mắc cúm A là 20,1% [6].

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Trọng Nam

Email: bsnama9@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024

Việt Nam là một quốc gia đang phát triển có thu nhập trung bình thấp, đứng thứ 15 trên thế giới và thứ 3 ở Đông Nam Á về dân số với 99,172,449 người. Việt Nam cũng là điểm nóng của các bệnh truyền nhiễm mới nổi ở Đông Nam Á điển hình như: SARS-CoV, cúm gia cầm (H5N1), và đại dịch COVID-19 đang hoành hành trên toàn cầu. Ngoài ra, trong hệ thống y tế của Việt Nam, các bệnh viện trung ương có trách nhiệm tiếp nhận những bệnh nhân nặng và khó điều trị được chuyển tới từ các cơ sở y tế địa phương. Do vậy, để làm giảm tỷ lệ tử vong cũng như tăng cường phát triển các chiến lược điều trị hiệu quả thì việc hiểu biết rõ hơn về một số căn nguyên vi sinh vật, lâm sàng và cận lâm sàng của hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển là vô cùng quan trọng. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu nhận xét một số căn nguyên vi sinh vật, biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ARDS do viêm phổi thỏa mãn tiêu chuẩn chọn và loại trừ trong nghiên cứu. Dữ liệu bệnh nhân nghiên cứu được thu thập từ tất cả bệnh án của bệnh nhân ARDS do viêm phổi điều trị tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu

- Tuổi ≥ 18 năm.
- Được chẩn đoán hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển
- Viêm phổi nặng mắc phải tại cộng đồng được chẩn đoán theo IDSA/ ATS 2007 [7].
- Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển được xác định dựa theo tiêu chuẩn của định nghĩa Berlin [8].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Viêm phổi không do vi sinh vật gây bệnh (ví dụ: viêm phổi do hóa chất, xạ trị, bệnh lý ác tính).
- Các tổn thương phổi do chấn thương, bông nặng (bao gồm cả bông đường hô hấp), sặc phổi (bao gồm cả tổn thương phổi do hít phải), quá liều thuốc và ma túy, hoặc do truyền máu và các chế phẩm máu.
- Bệnh án thiếu quá nhiều dữ liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế, địa điểm và thời gian nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, số liệu hồi cứu hồ sơ bệnh án bệnh nhân ARDS do viêm phổi được điều trị tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2019 tới tháng 8 năm 2022.

2.2.2. Nội dung/chi số nghiên cứu. Dữ

liệu cho mỗi bệnh nhân nghiên cứu được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất giống nhau và bao gồm:

- Viêm phổi nặng mắc phải tại cộng đồng được chẩn đoán theo IDSA/ ATS 2007 [7], bao gồm một tiêu chí chính hoặc ba tiêu chí phụ trở lên

• Tiêu chí phụ:

- + Nhịp thở ≥ 30 lần/phút
- + Tỷ lệ $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 250$
- + Thâm nhiễm các thùy phổi
- + Lú lẫn/ mất phương hướng
- + Urê máu ≥ 20 mg/dl
- + Giảm bạch cầu (số lượng bạch cầu < 4.000 tế bào/ μl)
- + Giảm tiểu cầu (số lượng tiểu cầu $< 100.000/\mu\text{l}$)
- + Hạ thân nhiệt (nhiệt độ cơ thể $< 36^\circ \text{C}$)
- + Hạ huyết áp cần hồi sức tích cực

• Tiêu chí chính:

- + Suy hô hấp cần thở máy
- + Sốc nhiễm trùng cần dùng thuốc vận mạch
- ARDS được xác định dựa theo định nghĩa Berlin [8].
- + Triệu chứng khởi phát cấp tính trong vòng 1 tuần.
- + Hình ảnh XQ ngực có mờ đục lan tỏa cả hai bên phổi.

+ Không có bằng chứng phù phổi do tăng áp lực thủy tĩnh liên quan tới suy tim bằng siêu âm tim hoặc các biện pháp thăm dò chức năng tim khác.

+ Tỷ lệ $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 300$ mmHg với áp lực dương tính cuối thì thở ra (PEEP) ≥ 5 cmH₂O.

- Đặc điểm vi sinh vật khi vào viện: dữ liệu các căn nguyên vi-rút đường hô hấp được thu thập nếu chúng được phát hiện bằng xét nghiệm phản ứng tổng hợp chuỗi polymerase sao chép ngược nucleic acid thời gian thực (real-time nucleic acid reverse-transcriptase polymerase chain-reaction-assay/RT-PCR) từ bệnh phẩm đường hô hấp trên (dịch thành sau họng qua tăm bông, dịch rửa khí-phế quản sonde hút đờm kín); dữ liệu các căn nguyên khác (vi khuẩn và nấm) được thu thập nếu chúng được phát hiện bằng cấy máu, cấy dịch rửa khí-phế quản và các dịch cơ thể khác.

- Đặc điểm chung: tuổi (năm), giới (nam hoặc nữ), nơi cư trú (nông thôn hoặc thành thị), tình trạng kinh tế xã hội (giáo dục, nghề nghiệp, thu nhập và của cải).

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khi vào viện bao gồm: tiền sử và các bệnh lý phổi hợp (tăng huyết áp, đột quỵ, đái tháo đường, nghiện rượu, co giật, bệnh lý gan và bệnh lý thận...); triệu chứng lâm sàng (triệu chứng khởi phát, điểm hôn mê Glasgow (GCS), mạch, huyết

áp và dấu hiệu khuyết thiếu thần kinh khu trú...); cận lâm sàng (Xét nghiệm công thức máu, chức năng đông máu, sinh hóa máu, các dấu sinh học tim)

Kết quả nghiên cứu chính là tìm được căn nguyên cộng đồng phổ biến nhất của hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển. Qua bài nghiên cứu còn cho thấy tầm quan trọng của khí máu động mạch trong chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh nhân ARDS.

2.2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu thu được được quản lý bằng Excel và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn hoặc dưới dạng tỉ lệ %. So sánh 2 tỷ lệ dùng kiểm định χ^2 (Fisher exact test). So sánh 2 giá trị trung bình sử dụng kiểm định T test. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được thông qua bởi Hội đồng Khoa học và Đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Bạch Mai theo Quyết định số: 3412/ BM ban hành ngày 14 tháng 12 năm 2021. Tất cả thông tin về tên tuổi, địa chỉ của bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng số (n=49)	Sống sót (n=15)	Tử vong (n=34)	p
Tuổi (năm), trung vị (khoảng tứ phân vị)	62,0 (48,5-72,5)	58,5 (40,25-69,75)	64,0 (53,5-76,0)	0,065
Giới (nam), n (%)	33(67,4)	10 (66,7)	23 (67,6)	0,549
Bệnh lý phổi hợp, n=33				
Tăng huyết áp, n (%)	22 (66,7)	9 (60,0)	13 (38,2)	0,186
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính/hen phế quản, n (%)	5 (15,2)	0	5 (14,7)	0,056
Suy thận mãn tính, n (%)	5 (15,2)	1 (6,7)	4 (11,8)	0,126
Đái tháo đường, n (%)	17 (51,5)	6 (40)	11 (32,4)	0,317
Khác, n (%)	15(45,5)	7 (46,7)	8 (23,5)	0,962
Mức độ nặng lúc vào viện. Berlin*, n(%)				
Nhẹ	6 (12,3)	3 (20,0)	3 (8,8)	0,904
Trung bình	20(40,8)	8 (53,3)	12 (35,3)	
Nặng	23(46,9)	4 (26,7)	19 (55,9)	

Nhận xét: Trong tổng số 49 bệnh nhân được tuyển chọn vào nghiên cứu, 67,4% (33/49) là nam giới và tuổi trung vị là 62,0 (Q1 - Q2:

48,5 - 72,5) năm

Bệnh lý phổi hợp chủ yếu là tăng huyết áp và đái tháo đường chiếm tỷ lệ lần lượt là 66,7% và 51,5%

Tại thời điểm nhập viện, phần lớn bệnh nhân giảm ôxy máu ở mức độ trung bình (40,8%; 20/49) và nặng (46,9%; 23/49) theo tiêu chuẩn Berlin

*Tiêu chuẩn Berlin: nhẹ (PaO₂/FIO₂ < 300mmHg với PEEP hoặc CPAP ≥ 5 cmH₂O), trung bình (100mmHg < PaO₂/FIO₂ ≤ 200mmHg với PEEP ≥ 5 cmH₂O), nặng (PaO₂/FIO₂ ≤ 100mmHg với PEEP ≥ 5 cmH₂O)

Bảng 2. Đặc điểm căn nguyên vi sinh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu tại thời điểm nhập viện

Đặc điểm	Tổng số (n=49)	Sống sót (n=15)	Tử vong (n=34)
Phân bố theo nhóm			
Virus, n (%)	18(36,7)		
Vi khuẩn gram âm, n (%)	9(18,4)		
Vi khuẩn gram dương, n (%)	1(2,0)		
Âm tính	21(42,9)		
Virus đường hô hấp			
Adenovirus (ADV)- B, n (%)	1 (2,1)	0	1 (2,9)
Cytomegalo virus (CMV)q, n (%)	2 (4,4)	1 (6,7)	1 (2,9)
Influenza virus A(H1N1) pdm09, n (%)	14 (29,2)	5 (33,3)	9 (26,5)
Influenza virus A(H1N1), n (%)	12 (25,0)	4 (26,7)	8 (23,5)
Influenza type B, n(%)	1 (2,1)	1 (6,7)	0
SARS-CoV-2, n (%)	2 (4,4)	2 (13,3)	0
Vi khuẩn và nấm đường hô hấp			
Vi khuẩn gram âm, n (%)			
Acinetobacter baumannii	6 (12,2)	2 (13,3)	4 (11,8)
Klebsiella pneumoniae	3 (6,1)	1 (6,7)	2 (5,9)
Pseudomonas aeruginosa	2 (4,1)	1 (6,7)	1 (2,9)
Burkholderia pseudomallei	1 (2,0)	0	1 (2,9)
Vi khuẩn gram dương, n (%)			
Staphylococcus aureus	1 (2,0)	0	1 (2,9)
Nấm, n (%)	0	0	0
Cấy máu			
Vi khuẩn gram dương, n (%)			
Staphylococcus aureus	1 (2,0)	1 (6,7)	0
Nấm, n (%)			
Candida tropicalis	1 (2,0)	1 (6,7)	0

Nhận xét: Tại thời điểm vào viện 36,7% (18/49) căn nguyên là virus, trong đó H1N1 là 29,2% (14/43). Căn nguyên vi khuẩn chiếm 20,4% (10/49), trong đó chủ yếu là vi khuẩn

gram âm 18,4% (9/43). Trong số vi khuẩn gram âm đa số là Acinetobacter baumannii 12,2% (6/49). Vi khuẩn gram dương chỉ chiếm 2% cả trong cấy máu và đường hô hấp

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng tại thời điểm vào viện

Đặc điểm	Tổng số (n=49)	Sống sót (n=15)	Tử vong (n=34)	p
Nhịp tim (nhịp/phút), trung vị (khoảng tứ phân vị)	120,0 (100,0-135,0)	120,0 (100,0-130,0)	120,0 (101,0-140,0)	0,703
Nhịp thở (lần/phút), trung vị (khoảng tứ phân vị)	30,0 (27,0-35,0)	30,0 (25,25-35,0)	30,0 (28,5-35,0)	0,824
Nhiệt độ (°C), trung bình (độ lệch chuẩn)	37,54(0,97)	37,39 (0,92)	37,60 (0,98)	0,311
Huyết áp tâm thu (mmHg), trung bình (độ lệch chuẩn)	105,43 (25,89)	112,29 (21,45)	102,52 (27,17)	0,065
Huyết áp tâm trương (mmHg), trung bình (độ lệch chuẩn)	63,06 (16,56)	69,03 (12,74)	60,52 (17,39)	0,014

Nhận xét: Nhịp tim, nhịp thở trung bình lần lượt là 120 nhịp/phút và 30 lần/phút. Huyết áp tâm thu và tâm trương trung bình lần lượt là 105,43 mmHg và 63,06 mmHg.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng tại thời điểm vào viện

Đặc điểm	Tổng số (n=49)	Sống sót (n=15)	Tử vong (n=34)	p
Số lượng bạch cầu/WBC (G/L), trung bình (độ lệch chuẩn)	14,09(12,51)	13,02(8,2)	14,56(14,01)	0,867
Hemoglobin/Hb (g/dL), trung bình (độ lệch chuẩn)	112,97(25,98)	105,53(16,85)	116,23(28,59)	0,082
Số lượng tiểu cầu/Platelet count (G/L), trung bình (độ lệch chuẩn)	179,74 (122,23)	177,66 (108,18)	180,65(128,6)	0,851
INR, trung bình (độ lệch chuẩn)	1,57(3,24)	1,23(0,26)	1,73(3,91)	0,157
PaO ₂ /FiO ₂ , trung bình (độ lệch chuẩn)	120,0(74,57)	111,38(22,5)	123,78(80,68)	0,570
Ure (mmol/L), trung bình (độ lệch chuẩn)	12,25(8,97)	9,37(6,49)	13,51(9,63)	0,017
Creatinine (μmol/L), trung bình (độ lệch chuẩn)	164,94(197,1)	143,03(154,14)	174,55(213,49)	0,227
AST (U/L), trung bình (độ lệch chuẩn)	184,0(701,54)	345,32(1238,05)	111,3(145,24)	0,653
ALT (U/L), trung bình (độ lệch chuẩn)	81,52(134,38)	86,8(164,14)	79,15(119,85)	0,358
Glucose (mmol/L), trung bình (độ lệch chuẩn)	12,06(6,73)	10,48(4,64)	12,72(7,36)	0,240
Procalcitonin (ng/mL), trung bình (độ lệch chuẩn)	20,89(31,15)	14,3(21,1)	23,89(34,53)	0,461

Nhận xét: Số lượng BC trung bình là 14,09 G/L, tiểu cầu trung bình là 179,74 G/L.

Tỷ lệ PaO₂/FiO₂ trung bình là 120.

Creatinin trung bình 164,9 (μmol/L), AST, ALT trung bình lần lượt là 184,0 và 81,5 (U/L)

Đường máu và Procalcitonin tăng, giá trị trung bình lần lượt là 12,06 và 20,89

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu trên 49 bệnh nhân được chẩn đoán mắc ARDS tại Trung tâm cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai, đa số đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân mắc ARDS mức độ nặng, tỷ lệ tử vong cao. Bệnh nhân ARDS ở mức độ nhẹ chiếm 12,3% (6/49), mức độ trung bình chiếm 40,8% (20/49) và mức độ nặng chiếm 46,9% (23/49). Nghiên cứu quan sát quy mô lớn (LUNG SAFE) tỷ lệ bệnh nhân nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 34,9%, 40,3% và 46,1% [2].

Tuổi trung vị của nhóm đối tượng nghiên

cứu là 62 (48,5-72,5) tuổi. Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới chiếm 67,4% (33/49), tỷ lệ nam:nữ là 2,1. Số các bệnh nhân mắc bệnh lý phổi hợp chiếm 67,3%. Trong đó chủ yếu là các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, chiếm tỷ lệ lần lượt là 66,7% (22/49) và 51,5% (17/49).

4.2. Đặc điểm một số căn nguyên vi sinh vật. Từ Bảng 2 cho kết quả các bệnh nhân được chẩn đoán ARDS, căn nguyên virus là 36,7%. Trước đại dịch Covid-19 thì Influenza virus A(H1N1) được cho là tác nhân gây viêm phổi nặng lan tỏa và rất dễ tiến triển thành ARDS. Tại thời điểm 24h vào viện, nghiên cứu này ghi nhận Influenza virus A(H1N1) có tỷ lệ cao nhất là 29,2% (14/49); tỷ lệ tử vong do H1N1 trên tổng số bệnh nhân tử vong là 26,5%. Nghiên cứu năm 2007 của Jennings và cộng sự, tiến hành trên 304 bệnh nhân CAP, 88 bệnh nhân, 29% được chẩn đoán do virus, với rhinovirus và cúm A là phổ biến nhất [5]. Một nghiên cứu hồi cứu khác năm 2019 của Shil-Hong Li và cộng sự tại một đơn vị ICU của một trung tâm y tế, tỉ lệ mắc

cúm A là 20,1% [6]. Vì trong thời gian nghiên cứu, tại bệnh viện Bạch Mai chưa tiếp nhận và điều trị covid - 19 nên trong nghiên cứu chỉ ghi nhận 2 trường hợp mắc covid – 19 và không có trường hợp nào tử vong. Các căn nguyên ADV, CMV, cúm B có ghi nhận một số trường hợp nhưng chỉ chiếm một tỷ lệ nhỏ.

Trong khi đó căn nguyên vi khuẩn và nấm đường hô hấp chủ yếu là các vi khuẩn Gram âm 18,4% và vi khuẩn Gram dương 2,0%. Phân bố trên Bảng 2, Acinetobacter baumannii là vi khuẩn gram âm chiếm tỷ lệ cao nhất 12,2%, vi khuẩn gram dương Staphylococcus aureus chỉ ghi nhận có 1 bệnh nhân, chiếm 2,0%. Nghiên cứu của Pachon và cộng sự tác nhân gây viêm phổi thường gặp nhất là Streptococcus pneumoniae (37,5%), Legionella pneumophila (21,8%), trực khuẩn gram âm (25,0%) [9]. Nghiên cứu khác của Torres trên 92 bệnh nhân mắc viêm phổi cộng đồng, 23 bệnh nhân (25%) được chẩn đoán ARDS. Căn nguyên vi sinh vật thường gặp nhất trong nghiên cứu này là Streptococcus pneumoniae (n=14, 15%), Legionella pneumophila (n=13, 14%) và Pseudomonas aeruginosa (n=5, 5%) [8].

4.3. Đặc điểm lâm sàng. Kết quả ở Bảng 3. cho thấy hầu hết bệnh nhân có nhịp tim và nhịp thở nhanh hơn so với bình thường. Nhịp tim trung bình của bệnh nhân là 120,0, nhịp thở tự nhiên là 30,0. Kết quả trên phù hợp với mức độ mức độ suy hô hấp do nhịp tim tăng là một trong những đáp ứng ở bệnh nhân suy hô hấp. Tuy nhiên, nhịp tim ở 2 nhóm bệnh nhân sống sót và tử vong thì không thấy sự khác biệt. Điều này cho thấy mặc dù nhịp tim nhanh có liên quan tới tình trạng suy hô hấp nhưng không phản ánh mức độ của suy hô hấp. Huyết áp tâm thu và tâm trương trung bình của các bệnh nhân ARDS đều thấp. Nhiệt độ trung bình là 37,5 độ, thay đổi không đáng kể ở 2 nhóm bệnh nhân.

4.4. Đặc điểm cận lâm sàng. Các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm là không đặc hiệu. Kết quả xét nghiệm công thức máu có số lượng bạch cầu (bình thường, tăng hoặc giảm) có thể có hoặc không có sự dịch chuyển sang trái, không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân sống sót và tử vong, $p > 0,05$. Tuy nhiên, xét nghiệm định kỳ giúp theo dõi tổn thương cơ quan, đồng thời còn phản ánh tình trạng giảm oxy máu nghiêm trọng hoặc sốc và viêm toàn thân kèm theo. Trong Bảng 4 cũng cho thấy đông máu cơ bản rối loạn chỉ ở một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân ARDS. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn đông máu cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân sống sót và tử vong, với $p > 0,05$.

Chức năng gan, thận rối loạn biểu hiện tăng men gan và giảm mức lọc cầu thận nhưng không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân, $p > 0,05$. Đường máu và Procalcitonin tăng, giá trị trung bình lần lượt là 12,06 và 20,89, chúng tỏ có tình trạng nhiễm trùng khó kiểm soát ở bệnh nhân ARDS.

Khí máu động mạch: Khí máu động mạch là xét nghiệm quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân ARDS. Trong kết quả khí máu động mạch của bệnh nhân ARDS luôn có hiện tượng giảm oxy máu nặng. Mức độ nghiêm trọng thiếu oxy máu được đo bằng tỷ lệ PaO₂/FiO₂. Trong Bảng 4. tỷ lệ PaO₂/FiO₂ thấp, giá trị trung bình là 120, kể cả khi bệnh nhân đã được thở oxy hoặc thông khí nhân tạo. Giai đoạn bệnh tiến triển nặng thường có biểu hiện mệt cơ hô hấp làm cho khoảng chết hô hấp tăng, thông khí phế nang giảm, ứ đọng đờm dẫn đến bệnh nhân có tình trạng tăng PaCO₂ máu và tình trạng toan hô hấp hoặc toan hỗn hợp. Chỉ số pH máu động mạch có thể tăng, bình thường hoặc giảm phụ thuộc vào giai đoạn, độ nặng và bệnh lý phổi hợp. Ngoài việc đánh giá mức độ thiếu oxy máu, rối loạn về CO₂ máu thì khí máu còn cho phép đánh giá tình trạng thăng bằng toan kiềm của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 49 bệnh nhân được chẩn đoán ARDS điều trị tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2019 đến 8/2022 chúng tôi rút ra kết luận: ARDS ở người trưởng thành khởi phát chủ yếu là do căn nguyên tại phổi. Căn nguyên cộng đồng gây viêm phổi ARDS thường là các virus đường hô hấp. Trong nghiên cứu này ghi nhận 36,7% bệnh nhân nhiễm các căn nguyên virus đường hô hấp, trong đó virus Influenza virus A (H1N1) có tỷ lệ cao nhất chiếm 29,2%. Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu trong viêm phổi ARDS để phản ánh tình trạng tổn thương các cơ quan và phản ứng viêm toàn thân, không đặc hiệu trong chẩn đoán. Khí máu động mạch là xét nghiệm quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân ARDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peter J.V., John P., Graham P.L. et al (2008). Corticosteroids in the prevention and treatment of acute respiratory distress syndrome (ARDS) in adults: meta-analysis. BMJ, 336(7651), 1006–1009.
2. Bellani G., Laffey J.G., Pham T. et al (2016). Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. JAMA, 315(8), 788–800.
3. Chinh L.Q., Manabe T., Son D.N. et al (2019).

- Clinical epidemiology and mortality on patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS) in Vietnam. PLoS One, 14(8), e0221114.
4. **Zilberberg M.D. và Epstein S.K.** (1998). Acute lung injury in the medical ICU: comorbid conditions, age, etiology, and hospital outcome. Am J Respir Crit Care Med, 157(4 Pt 1), 1159–1164.
 5. **Jennings LC, Anderson TP, Beynon KA, et al.** Incidence and characteristics of viral community-acquired pneumonia in adults. Thorax. 2008;63(1):42-48.
 6. **Li SH, Hsieh MJ, Lin SW, et al.** Outcomes of severe H1N1 pneumoniae: A retrospective study at intensive care units. J Formos Med Assoc. 2020;119(1 Pt 1):26-33.
 7. **Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al.** Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med. 2019;200(7):e45-e67.
 8. **ARDS Definition Task Force, Ranieri VM, Rubenfeld GD, et al.** Acute respiratory distress syndrome: The Berlin Definition. JAMA.2012; 307(23):2526-2533.
 9. **Pachon J., Prados M.D., Capote F. et al.** (1990). Severe community-acquired pneumonia. Etiology, prognosis, and treatment. Am Rev Respir Dis, 142(2), 369–373.
 10. **Torres A., Serra-Batlles J., Ferrer A. et al.** (1991). Severe community-acquired pneumonia. Epidemiology and prognostic factors. Am Rev Respir Dis, 144(2), 312–318.

KHẢO SÁT TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CỦA NGƯỜI DÂN ĐẾN KHÁM BỆNH TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ YÊN BÁI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Ngọc Nghĩa¹, Cao Thị Thu Nga², Bùi Thị Xuân¹, Nguyễn Như Đua¹, Mạc Đăng Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ và xác định một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường của người dân đến khám bệnh tại trung tâm y tế thành phố Yên Bái năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm sinh hóa và phỏng vấn trực tiếp 450 người dân tại thời điểm tháng 5/2023. **Kết quả:** Số người mắc tiền đái tháo đường chiếm 24,9%, mắc đái tháo đường chiếm 14,9%. Trong đó nam giới mắc đái tháo đường chiếm 53,7%, nữ giới chiếm 46,3%. Tiền đái tháo đường ở nam giới chiếm 56,2%, nữ giới chiếm 43,8%. Tỷ lệ ĐTD ở nhóm tuổi 61-70 chiếm 40,3%, nhóm tuổi trên 70 chiếm 20,9%, tiền ĐTD nhóm tuổi 61-70 chiếm 31,3%, trên 70 chiếm 23,2%. ĐTD ở người dân tộc Kinh chiếm 77,6% và dân tộc khác là 22,4%. Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, tiền sử gia đình, tăng huyết áp, thừa cân béo phì và vận động thể lực hàng ngày với bệnh đái tháo đường, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Người dân đến khám bệnh tại trung tâm y tế TP Yên Bái có tỷ lệ mắc đái tháo đường chiếm 14,9% và tiền đái tháo đường chiếm 24,9%. Cần tăng cường công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe và khám sàng lọc bệnh ĐTD cho người dân ở cộng đồng để phát hiện, quản lý điều trị đạt hiệu quả.

Từ khóa: Tiền đái tháo đường, Đái tháo đường, Trung tâm y tế, TP Yên Bái.

SUMMARY

SURVEY THE RATE OF DIABETES OF PEOPLE COME TO EXAM IN HEALTH CENTRE OF YEN BAI CITY AND SOME RELATED FACTORS

Objective: Describe the rate and some factors related to diabetes of people come to exam in health centre of Yen Bai city 2023. **Methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis was conducted to collect information from medical records, biochemical test results and direct interviews with 450 people at the time of May 2023. **Results:** The number of people with pre-diabetes accounted for 24,9%, and those with diabetes accounted for 14,9%. The proportion of men with diabetes accounted for 53,7%, women accounted for 46,3%. Pre-diabetes in men accounted for 56,2%, women accounted for 43,8%. The prevalence of diabetes in the age group 61-70 accounted for 40,3%, the age group over 70 accounted for 20,9%, prediabetes in the age group 61-70 accounted for 31,3%, over 70 accounted for 23,2%. Diabetes in Kinh ethnic group accounted for 77,6% and other ethnic group was 22,4%. There is a relationship between age group, family history, hypertension, overweight and obesity and daily physical activity with diabetes, which is statistically significant with $p < 0.05$. **Conclusion:** People who come to the medical center of Yen Bai city for medical examination have the rate of diabetes accounted for 14,9% and pre-diabetes accounted for 24,9%. It is necessary to strengthen communication, health education and diabetes screening for people in the community to manage and treat effectively.

Keywords: Pre-diabetes, Diabetes, Health centre, Yen Bai city

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Liên đoàn Đái tháo đường (ĐTD) Thế

¹Trường Đại học Y Dược-ĐHQGHN

²Trung tâm Y tế TP Yên Bái

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Nghĩa

Email: nghiakhanh2016@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 22.7.2024