

- Affect Disord. 2011 Sep;133(1-2):281-93. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.038. Epub 2011 May 6. PMID: 21529963.
7. **Nguyễn Thái Quỳnh Chi, Trương Quang Tiến** (2014). Tình trạng stress của cán bộ và giảng viên trường đại học Y tế Công cộng và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Y tế Công cộng, 9(33):26-31.
 8. **Meihua L, Yi Y** (2020). Anxiety and Stress in In-Service Chinese University Teachers of Arts, International Journal of Higher Education, 9(1):237-248
 9. **Wang, X., & Wang, Y.** (2015). Analysis on the state anxiety of college English teachers during transitional period of college English teaching reform and coping strategies. Foreign Language Learning Theory and Practice (FLLTP), 2, 31-38. <http://www.cnki.com.cn/Article/CJFDTotale-GWJX201502006.htm>
 10. **Bộ Y tế** (2022). Thứ trưởng Bộ Y tế nói gì về thông tin "bắt buộc học sinh phải tiêm vaccine COVID-19 mới được đi học trực tiếp"? https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-lanh-dao-bo/-/asset_publisher/TW6LTp1ZtwaN/content/thu-truong-bo-y-te-noi-gi-ve-thong-tin-bat-buoc-hoc-sinh-phai-tiem-vaccine-covid-19-moi-uoc-i-hoc-truc-tiep-, truy cập 01/10/2022
 11. **Cổng thông tin của Bộ Y tế về đại dịch COVID-19** (2021). Ra mắt "Vũ điệu 5K" đẩy lùi dịch bệnh COVID-19, <https://covid19.gov.vn/ra-mat-vu-dieu-5k-day-lui-dich-benh-covid-19-1717370428.htm>, truy cập 01/10/2022

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, VI SINH VÀ KẾT CỤC NGẮN HẠN CỦA VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Lê Thị Xuân Mai¹, Đỗ Thị Tường Oanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi sinh và kết cục ngắn hạn của VPMPCD trên bệnh nhân BPTNMT nhập viện đồng thời khảo sát các yếu tố nguy cơ mắc VPMPCD ở bệnh nhân BPTNMT. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ trên 180 bệnh nhân BPTNMT nhập viện vì các triệu chứng hô hấp mới. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm VPCD (n=58) và ĐCBPTNMT (n=122) dựa trên hình ảnh thâm nhiễm hoặc đông đặc mới tiến triển trên phim X quang ngực. Các đặc điểm nhân trắc học, lâm sàng, cận lâm sàng, vi sinh và diễn tiến trong thời gian nằm viện đều được ghi nhận. **Kết quả:** Tỷ lệ VPCD ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện là 32,2%. Bệnh nhân BPTNMT mắc VPCD có BMI thấp hơn, mức độ tắc nghẽn (FEV1%) nặng hơn, tỷ lệ eosinophil <0,1K/ μ L nhiều hơn, biểu hiện lâm sàng (sốt, đàm mủ, tăng lượng đàm) và các chỉ số cận lâm sàng (tăng bạch cầu, giảm eosinophil, tăng CRP, thay đổi khí máu động mạch) nặng nề hơn so với đợt cấp BPTNMT. Nhóm bệnh nhân VPCD có tỉ lệ suy hô hấp cao hơn và thời gian nằm viện dài hơn so với nhóm đợt cấp. Các yếu tố nguy cơ độc lập dự đoán VPCD ở bệnh nhân BPTNMT bao gồm sốt (OR=3,4451); FEV1<30% (OR=3,517); BC>10K/ μ L (OR= 3,115), CRP (OR=1,061). Điểm cắt CRP là 15,745mg% với AUC 0,912; độ nhạy 93,1%; độ đặc hiệu 77%. **Kết luận:** Bệnh nhân BPTNMT nhập viện vì VPCD có nhiều điểm khác biệt về lâm sàng, cận lâm sàng và diễn tiến bệnh so với đợt cấp BPTNMT và có

các yếu tố nguy cơ độc lập dự đoán sự xuất hiện của VPCD ở bệnh nhân BPTNMT.

Từ khóa: Đợt cấp BPTNMT, viêm phổi cộng đồng, tổn thương thâm nhiễm/đông đặc phổi.

SUMMARY

CLINICAL, LABORATORY, MICROBIOLOGICAL AND SHORT-TERM OUTCOMES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN HOSPITALIZED COPD PATIENTS

Objectives: To describes the prevalence and clinical, laboratory, microbiological and short-term outcomes of community-acquired pneumonia in hospitalized COPD patients, and also investigates risk factors for CAP in this group of patients. **Subjects and methods:** Cohort study on 180 COPD patients hospitalized for acute lower respiratory tract infections. Patients were divided into 2 groups of CAP-COPD (n=58) and EACOPD (n=122) based on new progressive infiltrates or consolidation on chest radiograph. Anthropometric, clinical, laboratory, and microbiological characteristics and course of hospital stay were all recorded. **Results:** The rate of CAP in hospitalized COPD patients was 32.2%. COPD patients with CAP had lower BMI, more severe obstruction (FEV1%), clinical manifestations (fever, purulent sputum, increased sputum volume) and paraclinical indicators (leukocytosis, decreased eosinophil, increased CRP, changes in arterial blood gas) more severe than exacerbation patients. The CAP group had a higher rate of respiratory failure and a longer hospital stay than the exacerbation group. Independent risk factors predicting CAP in patients with COPD include fever (OR=3.4451); FEV1<30% (OR=3,517); BC>10K/ μ L (OR=3.115), CRP (OR=1,061). The CRP cut-off was 15.745mg/l with AUC 0.912; sensitivity 93.1%; specificity 77%. **Conclusion:** COPD patients hospitalized for CAP have

¹Bệnh viện Nhân dân 115

²Trường ĐH Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Xuân Mai

Email: xuanmai115@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 7.11.2022

Ngày duyệt bài: 22.11.2022

many differences in clinical, paraclinical and disease progression compared with COPD exacerbations and have independent risk factors predicting the occurrence of CAP in COPD patients.

Keywords: COPD exacerbation, community-acquired pneumonia, pulmonary infiltration/consolidation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đợt cấp là biến cố thường xuất hiện trong diễn tiến tự nhiên của bệnh nhân BPTNMT, cũng là lý do nhập viện khá phổ biến ở nhóm bệnh nhân này. Theo GOLD 2020, đợt cấp BPTNMT là một biến cố cấp tính, đặc trưng bởi sự trầm trọng thêm các triệu chứng hô hấp vượt quá mức dao động hằng ngày và dẫn tới việc phải thay đổi điều trị [1]. Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCĐ) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh lý nhiễm khuẩn, lại thường gặp ở người già và những người mắc các bệnh mãn tính như BPTNMT [2]. Viêm phổi là tình trạng nhiễm khuẩn hô hấp dưới đặc trưng bởi các sang thương nằm chủ yếu ở nhu mô phổi, các phế nang bị viêm chứa đầy dịch hoặc mủ biểu hiện bởi đồng đặc hoặc thâm nhiễm trên hình ảnh học. Một số tài liệu y văn gần đây đã nhấn mạnh nguy cơ tăng VPMPCĐ liên quan đến việc sử dụng corticosteroid dạng hít (ICS) ở bệnh nhân BPTNMT và sự cần thiết phải chỉ định sử dụng ICS hợp lý [1].

Như vậy, đợt cấp BPTNMT và VPMPCĐ là những bệnh lý phổ biến làm tăng tỉ lệ nhập viện và tử vong ở bệnh nhân BPTNMT. Trên thực tế lâm sàng, không phải lúc nào cũng dễ dàng xác định chẩn đoán viêm phổi hay đợt cấp ở những bệnh nhân BPTNMT nhập viện vì các triệu chứng hô hấp cấp tính. Hai nhóm bệnh lý này có những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nào khác biệt nhau, diễn tiến bệnh và tỉ lệ tử vong có tương tự nhau không, yếu tố nào khiến cho bệnh nhân BPTNMT dễ mắc VPMPCĐ? Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm 3 mục tiêu:

- *Xác định tỷ lệ VPMPCĐ trên bệnh nhân BPTNMT nhập viện tại bệnh viện Nhân Dân 115 TPHCM.*

- *So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi sinh, kết cục ngắn hạn giữa nhóm bệnh nhân BPTNMT nhập viện vì VPMPCĐ và nhập viện vì đợt cấp.*

- *Khảo sát các yếu tố nguy cơ dự đoán mắc VPMPCĐ trên bệnh nhân BPTNMT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ, tiến cứu

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn nhận vào: Tất cả bệnh nhân BPTNMT (đã được chẩn đoán dựa trên hô hấp ký trước đó hoặc sau khi xuất viện thỏa tiêu chuẩn FEV1/FVC sau giãn phế quản < 0,7) [2], nhập viện khoa hô hấp bệnh viện Nhân dân 115 TPHCM vì có triệu chứng hô hấp cấp: sốt, ho, khó thở, đau ngực, khạc đờm tăng, đờm đổi màu, nghe phổi thấy rì rào phế nang giảm, ran rít, ran rã, ran ẩm, ran nổ, được chia thành 2 nhóm:

- Nhóm bệnh nhân VPCĐ/ BPTNMT: Xquang ngực có tổn thương thâm nhiễm, đồng đặc mới hoặc tiến triển; đối chiếu với phim cũ nếu có tiền căn bệnh phổi trước đây. Những bệnh nhân có Xquang ngực nghi ngờ viêm phổi nhưng chưa rõ sẽ được chụp lại Xquang ngực sau 2 ngày hoặc chụp thêm CT scan ngực [3]. Xquang /CT scan ngực được phân tích độc lập bởi 1 bác sĩ khoa chẩn đoán hình ảnh và 1 bác sĩ chuyên khoa hô hấp.

- Nhóm đợt cấp BPTNMT: Những bệnh nhân không thuộc nhóm VPCĐ

Tiêu chuẩn loại trừ: Tiền căn nhiễm HIV, đang điều trị lao, có bệnh nội khoa khác như phù phổi cấp do tim, ARDS không do viêm phổi, tổn thương phổi do thuốc, tràn khí màng phổi, thuyên tắc phổi, viêm phổi bệnh viện (viêm phổi xuất hiện sau 48 giờ nhập viện), không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Biến số: Ghi nhận các biến số như tuổi, giới tính, thói quen hút thuốc, BMI, tiền sử đợt cấp trong năm trước, điều trị oxy tại nhà dài hạn, bệnh đồng mắc. Độ nặng của BPTNMT bao gồm mức độ tắc nghẽn dựa trên hô hấp ký lúc ổn định, phân nhóm ABCD theo GOLD [2]. Thời gian từ khi bắt đầu có triệu chứng đến lúc nhập viện được xác định, ghi nhận các triệu chứng khó thở, ớn lạnh, sốt, tăng lượng đàm và đàm mủ. Các chỉ số lâm sàng – cận lâm sàng được ghi nhận ở tất cả bệnh nhân khi nhập viện bao gồm sinh hiệu, ran phổi, khí máu động mạch, số lượng tế bào máu, protein phản ứng C (CRP), urê, glucose, creatinine và các hình ảnh trên Xquang ngực hoặc CT scan ngực. Các xét nghiệm vi sinh thường quy để chẩn đoán căn nguyên được chỉ định bởi bác sĩ điều trị, bao gồm nhuộm Gram, cấy đờm. Các biến số liên quan đến diễn tiến bệnh trong khi nằm viện, bao gồm thời gian nằm viện, suy hô hấp và các biện pháp điều trị (thở oxy, thở máy xâm lấn và không xâm lấn), sốc nhiễm khuẩn và tử vong nội viện cũng được ghi nhận.

2.4. Phương pháp thống kê. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0, so sánh biến số định tính dùng kiểm định χ^2 (Chi-Square Test) hay Fisher's, các biến số định lượng dùng

t-test hoặc ANOVA. Sự khác biệt có YNTK khi $p < 0,05$; KTC 95%. Đánh giá yếu tố nguy cơ bằng phân tích hồi qui đơn biến, các biến có YNTK ($p < 0,05$) được đưa vào phân tích hồi qui đa biến dựa vào việc loại bỏ các biến có tương quan tuyến tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8/2019 đến tháng 8/2020, chúng tôi thu nhận được 180 bệnh nhân BPTNMT nhập viện vì các triệu chứng hô hấp cấp tính, trong đó có 58 (32,2%) bệnh nhân nhập viện vì VPMPCD và 122 (67,8%) bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp. (Bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

	Nhóm chung N=180	VPMPCD N=58	ĐCBPTNMT N=122	P	
Tuổi	71,2± 9,6	72,2± 9,8	70,7± 9,5	0,335	
Nam	165 (91,7%)	51 (87,9%)	114 (93,4%)	0,211	
Đang hút thuốc	94 (52,2%)	35 (60,3%)	59 (48,4%)	0,133	
BMI (kg/m ²)	21,95± 3,12	20,91± 2,97	22,40± 3,09	0,001*	
Số đợt cấp năm qua (lần) Trung vị (tứ phân vị)	2(1-3)	1,5(0-3)	2(1-3)	0,173**	
FEV1% Trung vị (tứ phân vị)	42(30-58)	35,5(26-54)	46(33-60)	0,01**	
FEV1 < 30%	41 (22,8%)	20 (34,5%)	21 (17,2%)	0,010	
Oxy tại nhà	23 (12,8%)	6 (10,3%)	17 (13,9%)	0,5	
Có ít nhất 1 bệnh đồng mắc	144(80%)	51(87,9%)	93(76,2%)	0,067	
THA	111(61,7%)	42(72,4%)	69(56,6%)	0,041	
Thuốc đang sử dụng	ICS	86 (47,8%)	22 (37,9%)	64 (52,5%)	0,068
	LABA	89 (49,4%)	22(37,9%)	67(54,9%)	0,033
	LAMA	14 (7,8%)	6(10,3%)	8 (6,6%)	0,375
ICS & eosinophil < 0,1 K/ μ L	35 (19,4%)	16 (51,6%)	19 (25,3%)	0,09	

Khi so sánh giữa 2 nhóm, nhóm bệnh nhân BPTNMT nhập viện vì VPMPCD có BMI thấp hơn, mức độ tắc nghẽn dựa trên FEV1% thấp hơn hay tỉ lệ bệnh nhân tắc nghẽn độ 4 (FEV1<30%) cao hơn, bệnh đồng mắc tăng huyết áp và tỉ lệ sử dụng LABA thấp hơn. Bệnh nhân được chỉ định điều trị ICS hàng ngày mặc dù có eosinophil máu < 0,1K/ μ L ở nhóm VPMPCD cao hơn so với nhóm đợt cấp BPTNMT nhưng khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (Bảng 1). Nhóm bệnh nhân VPMPCD cũng có các triệu chứng lâm sàng

Phép kiểm t* *Phép kiểm Mann-Whitney U* rầm rộ hơn so với nhóm đợt cấp BPTNMT như sốt, khạc đàm mù, tăng lượng đàm và khám phổi có ran nổ, nhịp thở nhanh và spO2 sụt giảm. Khảo sát các chỉ số cận lâm sàng lúc nhập viện ở nhóm VPMPCD cho thấy số lượng bạch cầu máu và CRP tăng cao hơn, các chỉ số khí máu động mạch có khuynh hướng suy hô hấp tăng thán khí máu (paCO2 tăng, HCO3⁻ tăng và paO2/FIO2 giảm) nhiều hơn so với nhóm đợt cấp. Tỉ lệ phân lập các vi khuẩn gây bệnh khác biệt không có ý nghĩa giữa 2 nhóm (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và vi sinh của nhóm nghiên cứu

	Nhóm chung N=180	VPMPCD N=58	ĐC BPTNMT N=122	P*	
Sốt	63 (35%)	35 (60,3%)	28 (23%)	0,00*	
Đàm mù	80 (44,4%)	32 (55,2%)	48 (39,3%)	0,046*	
Tăng khó thở	170 (94,4%)	53 (91,4%)	117 (95,9%)	0,216*	
Tăng lượng đàm	100 (55,6%)	40 (69%)	60 (49,2%)	0,013*	
Tăng ho	85 (47,2%)	27 (46,6%)	58 (47,5%)	0,901*	
Mạch (lần/phút)	103(±16)	105 (±20)	102 (± 14)	0,226 *	
HATT (mmHg)	126(±21)	123 (±22)	128 (±20)	0,154 *	
SpO2 (%)	91,6 ± 7,1	89 ± 9	92 ± 5	0,05*	
Nhịp thở (lần/phút)	23,3 ± 3,7	25 ± 5	22,5 ± 3	0,000*	
Ran ở phổi	Ran nổ + rạn rít	10 (5,6%)	7 (12,1%)	3 (2,5%)	0,002*
	Ran rạn rít	152 (84,4%)	42 (72,4%)	110 (90,2%)	
Bạch cầu (K/ μ L)	11,06(8,77-14,45)	13,8(11,71-15,8)	9,68(8,09- 12,82)	0,000**	
Eosinophil (K/ μ L)	0,16(0,02- 0,5)	0,045(0,007-0,257)	0,24(0,037-0,61)	0,001**	
Creatinin (μ mol/L)	86,1(76,8- 102,4)	81,55(69,4-96,6)	87,4(78,1-103)	0,024**	

Glucose (mg%)	128(107,2-167,5)	129(109,5-168)	128(106,6-168,2)	0,663**
CRP (mg%)	12,49(2,21-37,4)	44,04(25,32-72,06)	4,33(1,4-14,1)	0,000**
pH	7,4 (7,37- 7,44)	7,4 (7,33-7,45)	7,4(7,37-7,44)	0,446**
PaCO2	39(34,1-44,9)	42(35,57-57,05)	38,1(34-42,8)	0,004**
PaO2/FiO2	355 (275-423,7)	319 (238-401,5)	360 (291,5-430))	0,016**
HCO ₃ ⁻	24,55 (22,4-27,4)	26,8 (22,92-30)	23,8 (22,27-26,42)	0,001**
Pseudomonas spp, n(%)	12 (6,7)	4 (6,9)	8 (6,6)	0,717***
Klebsiella pneumoniae, n(%)	7 (3,9)	2 (3,4)	5 (4,1)	0,677***
Escherichia coli, n(%)	4 (2,2)	2 (3,4)	2 (1,6)	0,622***
Acinetobacter baumannii, n(%)	3 (1,7)	1 (1,7)	2 (1,6)	1***
Staphylococcus aureus, n(%)	1 (0,6)	1 (1,7)	0 (0)	0,379***
Enterobacteriaceae, n(%)	1 (0,6)	1 (1,7)	0 (0)	0,379***
Streptococcus pneumoniae, n(%)	1 (0,6)	0 (0)	1 (0,8)	1***

*Phép kiểm T 2 nhóm; ** Phép kiểm Mann-Whitney U; *** Phép kiểm chính xác Fisher

Theo dõi diễn tiến lâm sàng trong thời gian nằm viện cho thấy nhóm VPMPCT có thời gian nằm viện dài hơn, tỉ lệ suy hô hấp và tỉ lệ phải can thiệp hô hấp như oxy trị liệu, thở máy không xâm lấn và thở máy xâm lấn cao hơn, tuy nhiên tỉ lệ tử vong không khác biệt giữa 2 nhóm (Bảng 3).

Bảng 3. Kết cục lâm sàng nội viện của nhóm nghiên cứu

	Nhóm chung (N=180)	VPMPCT (N=58)	ĐCBPTNMT (N=122)	P	OR (KTC 95%)
Thời gian nằm viện (ngày)	7 (5-9)	8 (6-10)	6 (4-9)	0,001**	
Suy hô hấp	30 (16,7%)	19 (32,7%)	11 (9%)	0,00*	4,916 (2,149- 11,244)
Thở Oxy	100 (55,6%)	43 (74,1%)	57 (46,7%)	0,01*	3,269 (1,645- 6,498)
Thở máy không xâm lấn	11 (6,1%)	9 (15,5%)	2 (1,6%)	0,000*	11,02 (2,298-52,854)
Thở máy xâm lấn	5 (2,8%)	5 (8,6%)	0 (0%)	0,001*	3,302 (2,637- 4,134)
Tử vong	3 (1,7%)	2 (3,4%)	1(0,8%)	0,234**	

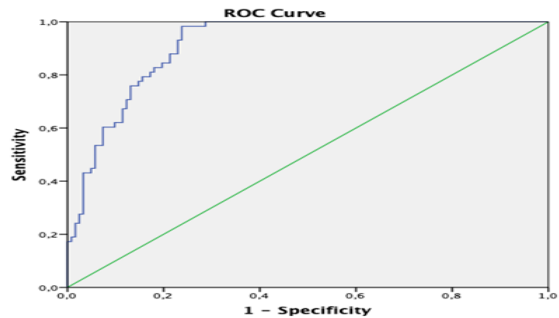
*Phép kiểm Chi bình phương **Phép kiểm Mann-Whitney U độ đặc hiệu 0,77 (Hình 1).

Phân tích hồi qui đơn biến và đa biến dựa trên sử dụng phân nhóm bệnh nhân nhập viện vì VPMPCT và vì đợt cấp BPTNMT như là biến số phụ thuộc cho thấy triệu chứng sốt, FEV1 <30%, số lượng bạch cầu máu >10K/ μ l và tăng CRP là những yếu tố nguy cơ độc lập dự đoán mắc VPMPCT ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện. (Bảng 4).

Bảng 4. Các yếu tố nguy cơ độc lập dự đoán VPMPCT ở BPTNMT

	OR	CI 95%	P
Sốt	3,440	1,236- 7,532	0,016
FEV1<30%	3,517	1,218- 9,055	0,019
BC >10 K/ μ l	3,115	1,199- 8,903	0,021
Tăng CRP	1,061	1,038- 1,086	0,000
Hằng số		-2,713	
R		63,8%	

CRP lúc nhập viện tăng thêm mỗi 1mg% sẽ làm tăng nguy cơ VPMPCT lên 1,062 lần. Với điểm cắt CRP lúc nhập viện là 15,745 mg%, diện tích dưới đường cong AUC 0,912 (p=0,000), dự đoán mắc VPMPCT ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện vì nhiễm khuẩn hô hấp có độ nhạy 0,931 và



Hình 1. Đường cong ROC của chỉ số CRP trong nhóm VPMPCT

AUC= 0,912 với p=0,000

Điểm cắt CRP 15,745mg%, độ nhạy 0,931 và độ đặc hiệu 0,77

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân BPTNMT nhập viện vì VPMPCT trong nghiên cứu chúng tôi chiếm 32,2%, tương tự với nghiên cứu Sharafkhaneh A (32,7%) [3], cao hơn nghiên cứu của Finney LJ

(24,9%) [4] Williams (13,4%) [5] và thấp hơn so với nghiên cứu của Huerta A(46,6%) [6], Đặng Quỳnh Giao Vũ (62,4%) [7]. Tỷ lệ VPMPCĐ ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện vì nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính dao động khá lớn giữa các nghiên cứu có thể do phương pháp ghi nhận tiêu chuẩn VPMPCĐ không đồng nhất nhau: nghiên cứu của Đặng Quỳnh Giao Vũ bao gồm cả tỷ lệ viêm phổi bệnh viện, còn Williams ghi nhận số liệu hồi cứu từ hệ thống dữ liệu lưu trữ. Nhóm VPMPCĐ có tỷ lệ sử dụng ICS hàng ngày mặc dù số lượng bạch cầu ái toan thấp (<0,1K/ μ L) cao hơn so với nhóm đợt cấp BPTNMT (51,6% so với 25,3%) nhưng khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tác giả Martinez- Garcia [8] qua phân tích đa biến cho thấy bạch cầu ái toan máu <0,1K/ μ L là yếu tố nguy cơ độc lập của VPMPCĐ với HR (95%CI) là 1,975 (1,227-3,202).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân VPMPCĐ có các triệu chứng lâm sàng rầm rộ hơn so với nhóm đợt cấp BPTNMT như sốt, khạc đàm mủ, tăng lượng đàm và khám phổi có ran nổ, nhịp thở nhanh và SpO₂ sụt giảm. Nghiên cứu Huerta A [6] cũng cho thấy các triệu chứng sốt, ớn lạnh, khạc đàm, đau ngực kiểu màng phổi, khó thở cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân đợt cấp BPTNMT. Nghiên cứu của Đặng Quỳnh Giao Vũ [8] cũng cho thấy các triệu chứng sốt, rét run, đau ngực kiểu màng phổi, đàm mủ, ran nổ ở nhóm viêm phổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm đợt cấp với p<0,05.

Nhóm VPMPCĐ có số lượng bạch cầu máu và CRP tăng cao hơn, các chỉ số khí máu động mạch có khuynh hướng suy hô hấp tăng thán khí máu (paCO₂ tăng, HCO₃⁻ tăng và paO₂/FIO₂ giảm) nhiều hơn so với nhóm đợt cấp. Nghiên cứu của Finney LJ [4], Huerta A [6], Đặng Quỳnh Giao Vũ [7] cũng ghi nhận bạch cầu, CRP trung bình nhóm VP cao hơn nhóm đợt cấp. Về vi sinh, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận Pseudomonas chiếm tỷ lệ cao nhất nhưng khác biệt không có ý nghĩa khi so sánh 2 nhóm. Kết quả của Đặng Quỳnh Giao Vũ [7] kết quả cấy đàm dương tính ở nhóm viêm phổi chiếm 30,1%, Pseudomonas aeruginosa và Acinetobacter baumannii chiếm tỷ lệ cao và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Theo kết quả nghiên cứu của Huerta A [6] kết quả vi sinh cũng có sự khác biệt ở 2 nhóm, Streptococcus pneumoniae thì ưu thế ở nhóm VPMPCĐ còn Hemophilus influenzae thì nổi trội hơn ở nhóm đợt cấp BPTNMT.

Về diễn tiến lâm sàng, nhóm VPMPCĐ có thời gian nằm viện dài hơn, tỉ lệ suy hô hấp và tỉ lệ phải can thiệp hô hấp như oxy trị liệu, thở máy

không xâm lấn và thở máy xâm lấn cao hơn, tuy nhiên tỉ lệ tử vong không khác biệt giữa 2 nhóm. Trong nghiên cứu của Đặng Quỳnh Giao Vũ [7], thời gian nằm viện trung bình của nhóm viêm phổi dài hơn và tỉ lệ tử vong cao hơn so với nhóm đợt cấp BPTNMT có ý nghĩa thống kê.

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến VPMPCĐ ở bệnh nhân BPTNMT bao gồm BMI \leq 18; FEV₁ <30%; THA; sốt; đàm mủ, tăng lượng đàm; ran nổ; SpO₂; nhịp thở; BC >10K/ μ L; eosinophil; CRP; PaCO₂; PaO₂/FiO₂. trong đó BC>10K/ μ L có OR cao nhất là 7,366 CI 95% (3,222- 16,841). Tuy nhiên khi phân tích hồi quy đa biến chỉ còn 4 yếu tố nguy cơ độc lập dự đoán VPMPCĐ ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: sốt (OR=3,4451, CI 95%= 1,330- 8,896); FEV₁<30% (OR=3,517, CI 95%= 1,249- 9,903), BC>10K/ μ L (OR= 3,115, CI 95%= 1,085- 8,944), tăng CRP (OR=1,061, CI 95%= 1,038-1,085). Kết quả phân tích hồi quy đa biến của Huerta A [6] thì rét run (p<0,001), đau ngực kiểu màng phổi (p<0,05), khạc đàm mủ (p<0,001), CRP >3,5mg% (p<0.001) là những yếu tố độc lập dự đoán VPMPCĐ ở bệnh nhân BPTNMT. Theo tác giả Martinez-Garcia [8] các yếu tố nguy cơ độc lập gây VP là tuổi (OR= 1,062; p=0,001); FEV₁ (OR=0,97; p <0,001); eosinophil <0,1K/ μ L (OR= 1,975; p=0,006). Tác giả Huerta A [6] cũng đưa ra ngưỡng dự đoán VPMPCĐ của CRP lúc nhập viện là 12,9mg/dl với độ nhạy 0,623, (KTC 95% 0,523-0,715), độ đặc hiệu 0,628 (KTC 95% 0,535-0,708).

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân BPTNMT nhập viện vì VPMPCĐ có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nặng hơn, thời gian nằm viện dài hơn, tỉ lệ suy hô hấp và hỗ trợ hô hấp cao hơn so với bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp. Bệnh nhân BPTNMT có FEV₁<30%, sốt lúc nhập viện, số lượng bạch cầu <10K/ μ L, và CRP tăng có nguy cơ bị VPMPCĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)** (2020). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf.
2. **Metlay J, Waterer G, Long A, Anzueto A, Brozek J, Crothers K et al.** Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the ATS/IDSA. *Am J Resp Critic Care Med.* 2019;200(7):e45-e67
3. **Sharafkhaneh A., Tavakoli-Tabasi S., Musher D.** (2017). Mortality in Patients Admitted

- for Concurrent COPD Exacerbation and Pneumonia. COPD. 14(4), pp. 462.
4. **Finney L.J., Padmanaban V., Todd S., et al** (2019). Validity of the diagnosis of pneumonia in hospitalised patients with COPD, ERJ Open Res. 5(2).
 5. **Williams N.P., Coombs N.A., Johnson M.J., et al** (2017). Seasonality, risk factors and burden of community-acquired pneumonia in COPD patients: a population database study using linked health care records. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 12, pp. 313-322.
 6. **Huerta A., Crisafulli E., Menendez R., et al** (2013). Pneumonic and nonpneumonic exacerbations of COPD: inflammatory response and clinical characteristics. Chest. 144(4), pp. 1134-1142.
 7. **Đặng Quỳnh Giao Vũ, Lê Thượng Vũ.** (2017). Đặc điểm lâm sàng và kết cục của viêm phổi ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tạp Chí Thời Sự Y Học 9, pp. 63-69
 8. **Martinez-Garcia M.A., Faner R., Oscullo G., et al** (2020). Inhaled Steroids, Circulating Eosinophils, Chronic Airway Infection, and Pneumonia Risk in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A Network Analysis. Am J Respir Crit Care Med. 201(9), pp. 1078-1085.

KẾT QUẢ ÁP DỤNG ĐÈN SOI THANH QUẢN CÓ VIDEO TRÊN BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP CẤP CÓ CHỈ ĐỊNH ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN CẤP CỨU

Nguyễn Anh Tuấn¹, Nguyễn Danh Sen²

TÓM TẮT

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu cho thấy đặt NKQ bằng đèn soi thanh quản có video hỗ trợ mang lại tỉ lệ thành công cao hơn so với đặt NKQ bằng đèn soi thanh quản thông thường, giảm biến chứng trong đặt NKQ nhất là trong đặt NKQ khó. Ưu điểm của đèn soi thanh quản là tối ưu hóa khả năng bộc lộ thanh môn, nhất là trên những bệnh nhân có những đặc điểm giải phẫu không thuận lợi cho đặt nội khí quản thông thường. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 74 bệnh nhân được đặt nội khí quản bằng đèn soi có video để đánh giá hiệu quả và những thuận lợi khó khăn khi áp dụng kỹ thuật này. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thành công của đặt NKQ bằng đèn soi thanh quản có video hỗ trợ là 98,7%, trong đó tỉ lệ thành công trong lần đặt NKQ lần 1 là 85,3%. Khi đặt NKQ bằng đèn soi thanh quản có video hỗ trợ cho phép bộc lộ thanh môn rõ với tỉ lệ Cormack – Lehane I, II lần lượt là 73,3 và 24%. Thời gian trung bình đặt NKQ thành công của đèn soi thanh quản có video hỗ trợ là $39,8 \pm 20,27$ giây. Kết luận: đặt nội khí quản bằng đèn soi có video là kỹ thuật hiện đại, an toàn, dễ sử dụng, đem lại tỉ lệ thành công cao hơn cho những lần thực hiện thủ thuật.

Từ khóa: đặt nội khí quản, đặt nội khí quản khó, đèn soi thanh quản có video.

SUMMARY

THE UTILIZATION OF VIDEOLARYNGOSCOPE ON PATIENT WITH ACUTE RESPIRATORY FAILURE

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: bstuanccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022

Videolaryngoscope is a new technique which has been used at many medical clinics over the world. It is believed that the device brings more successful and reduce the complication while performing the endotrachea tube intubation, especial in anatomy difficulty patient. We conducted the study to evaluate the advantage and successful rate of the intubation procedure in emergency department. 74 patients with indication of emergency intubate were involved. The data revealed the overall successful rate was 98,7%, with the first attempt successful rate of 85,3%. Timing of performance was 39.8 ± 20.27 second. Conclusion: the applying of videolaryngoscope has many profit and assist the doctor for more confidence and skillful in the emergency department.

Keywords: Endotrachea tube, intubation, videolaryngoscope

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp cấp là nguyên nhân hàng đầu bệnh nhân phải vào viện tại các khoa cấp cứu (60 – 70%), trong trường hợp nguy kịch cần được xử trí cấp cứu ngay lập tức tại chỗ¹. Đảm bảo đường thở là rất quan trọng ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tính và đặt nội khí quản (NKQ) là một kỹ thuật thường qui được áp dụng trong trường hợp này đóng vai trò như một kết nối giữa bệnh nhân và máy thở.

Tuy nhiên kiểm soát đường thở tại khoa cấp cứu là một thách thức và thường liên quan đến các biến chứng đe dọa tính mạng. Nhu cầu đặt nội khí quản ở những bệnh nhân bị bệnh cấp tính là không thể đoán trước và thường phải tiến hành nhanh chóng. Đặt nội khí quản khó trong cấp cứu nhiều hơn trong phòng mổ. Tỉ lệ đặt nội khí quản khó khăn tại khoa cấp cứu dao động từ 7,4 đến 27%, cao hơn rất nhiều so với các chuyên ngành khác cụ thể 0,5-5% trong gây