

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG Ở NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN PHỔI THÁI NGUYÊN

Hoàng Hà¹, Dương Văn Sướng¹,
Phạm Đức Trung¹, Phạm Thị Quyên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là bệnh lý thường gặp. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị VPMPCD nhưng tỷ lệ tử vong vẫn còn cao. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị VPMPCD ở người lớn và một số mối liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả. Đối tượng là bệnh nhân (BN) VPMPCD người lớn điều trị tại Bệnh viện phổi Thái Nguyên từ 01/01/2023 đến 30/03/2023. Cỡ mẫu chọn toàn bộ. Nghiên cứu thu được 82 BN đủ tiêu chuẩn. **Kết quả và bàn luận:** BN nhóm tuổi > 65 tuổi nhiều nhất, chiếm tỷ lệ là 67,1%. BN Nam giới chiếm 54,9%. BN có triệu chứng hay gặp là ho, khó thở và sốt chiếm lần lượt là 95,1%, 85,4% và 85,4%. Triệu chứng đau ngực gặp 58,5%. BN có ran ở phổi chiếm 54,9%, có hội chứng đông đặc chiếm 34,1%, BN có tăng BCĐNTT chiếm 78,0%, có tăng ure máu chiếm 32,9%. Hình ảnh Xquang có tổn thương đa thùy chiếm 35,4%. Điểm CURB 65 từ 0 – 1 chiếm 17,1%. Kết quả điều trị tốt chiếm 86,6%. Các yếu tố liên quan tới kết quả điều trị kém lần lượt là BN có triệu chứng đau ngực, khó thở, CURB 65 từ 2 – 5 điểm, XQ phổi có tổn thương đa thùy và Ure máu tăng với các $p < 0,05$ và $0,01$. **Kết luận:** Viêm phổi cộng đồng mắc phải ở người lớn thường gặp ở người cao tuổi. Triệu chứng cơ năng điển hình là ho, sốt, khó thở, đau ngực, ran nổ, ran ẩm, hội chứng đông đặc. Yếu tố liên quan rõ rệt tới kết quả điều trị kém là bệnh nhân có CURB 65 từ 2 – 5 điểm, XQ phổi có tổn thương đa thùy.

Từ khóa: Viêm phổi mắc phải cộng đồng, CURB 65, Bệnh viện phổi Thái Nguyên, tổn thương đa thùy.

SUMMARY

CLINICAL, PARA-CLINICAL FEATURES AND RESULTS OF TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN ADULTS AT THAI NGUYEN LUNG HOSPITAL

Background: Community-acquired pneumonia (CAP) is a common disease. Nowadays, although there have been many advances in the diagnosis and treatment of CAP, the mortality rate is still high. **Objectives:** Describe clinical and paraclinical characteristics, treatment results of CAP in adults and some relevances. **Methods:** Descriptive study.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hà

Email: hoangha@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 16.4.2024

Subjects are adult CAP patients treated at Thai Nguyen Hospital from January 1, 2023 to March 30, 2023. Sample size is the whole population.

Results and discussions: the study included 82 eligible patients. The largest percentage of patients was in the age group > 65 years old with 67.1%. 54.9% of the sample were male. Common symptoms were cough, difficulty breathing and fever, comprising 95.1%, 85.4% and 85.4%, respectively. While 78% of patients had increased neutrophils, more than half showed the symptoms of chest pain and rales in the lungs followed by consolidation syndrome (34.1%), and increased blood urea (32.9%). X-ray images showing multilobe lesions accounted for 35.4%. The percentage of patients with CURB 65 score from 0 - 1 point was only 17.1%. 86.6% of patients showed positive treatment results. Factors related to poor treatment results are patients with symptoms of chest pain, difficulty breathing, CURB65 scores from 2 - 5 points, lung X-ray with multilobe lesions and increased blood urea with $p < 0.05$ and 0.01 . **Conclusions:** Community-acquired pneumonia in adults is common in elderly people >65 years old. Typical symptoms are cough, fever, difficulty breathing, crackles, and freezing syndrome. There was a great correlation between poor treatment results and patients with CURB 65 of 2 - 5 points, and Chest X-ray with multilobe lesions. **Keywords:** Community-acquired pneumonia, CURB 65, Thai Nguyen Lung Hospital, multilobar lesions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là bệnh lý hô hấp thường gặp nằm trong nhóm nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới. Bệnh cảnh lâm sàng VPMPCD ở nhiều mức độ khác nhau, từ những ca bệnh nhẹ có thể điều trị ngoại trú đến các ca bệnh nặng với suy hô hấp, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn. Tỷ lệ VPMPCD trên thế giới dao động từ 1,5-14/1.000 người. Ở Việt Nam, VPMPCD là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp nhất trong các bệnh nhiễm khuẩn trên thực hành lâm sàng, chiếm 12% các bệnh phổi [1]. Theo thống kê tại khoa Hô Hấp bệnh viện Bạch Mai từ 1996-2000 bệnh viêm phổi chiếm 9,57%, đứng hàng thứ tư sau các bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT), lao, ung thư phổi. Năm 2014, tỷ lệ mắc viêm phổi ở nước ta là 561/100.000 người, đứng hàng thứ hai sau tăng huyết áp, tỷ lệ tử vong do viêm phổi là 1,32/100.000 người,

đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong [3].

Hiện nay, các bệnh viện phổi đang có xu hướng tăng thu nhận bệnh nhân (BN) VPMPCTĐ, giảm các thể bệnh phổi khác như lao, COVID 19... Bệnh viện phổi Thái Nguyên gần đây cũng thu nhận nhiều hơn số BN VPMPCTĐ. Nghiên cứu (NC) đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị VPMPCTĐ tại bệnh viện này là khá mới, các kết quả sẽ có ý nghĩa nhằm áp dụng thực tiễn tại cơ sở. Chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn điều trị tại Bệnh viện phổi Thái Nguyên năm 2023.*

2. *Phân tích mối liên quan giữa kết quả điều trị với một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở đối tượng trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Đối tượng là bệnh nhân VPMPCTĐ người lớn điều trị tại Bệnh viện phổi Thái Nguyên.

- **Tiêu chuẩn chọn:** BN được chẩn đoán xác định VPMPCTĐ theo hướng dẫn của Bộ Y tế (BYT) [1].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** các BN mắc bệnh kèm theo HIV, ung thư, lao phổi, COVID 19. BN không hợp tác NC.

- Thời gian NC từ 01/01/2023 đến 30/03/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu: NC mô tả

- Cỡ mẫu: chọn toàn bộ, thu nhận được 82 BN đủ tiêu chuẩn.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Nhóm chỉ tiêu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VPMPCTĐ: tuổi, giới, tiền sử bệnh, và ... các triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm máu, XQ phổi, kết quả điều trị.

- Nhóm chỉ tiêu các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị: tuổi, giới, ho, đau ngực, khó thở, sốt, ran nổ, CURB65, XQ phổi chuẩn, số lượng bạch cầu, ure, kết quả điều trị, số ngày điều trị.

2.4. Tiêu chuẩn, kỹ thuật trong nghiên cứu: - Chẩn đoán và điều trị BN theo hướng dẫn của BYT [1].

- Tuổi chia thành hai nhóm: > 65 tuổi và ≤ 65 tuổi

- Nghiện rượu là BN uống khoảng 80g rượu mỗi ngày trong thời gian ít nhất 1 năm trước đó.

- Hút thuốc lá BN hút thuốc lá > 10 điếu/ngày, ít nhất trong 1 năm trước đó.

- Chẩn đoán các bệnh lý kèm theo như BPTNMT, giãn phế quản, hen phế quản, suy tim, đái tháo đường, bệnh thận, bệnh mạch máu não, bệnh gan đều do các bác sĩ chuyên khoa khám, xét nghiệm và kết luận chẩn đoán.

- Sốt là thân nhiệt ≥ 37,5⁰C đo bằng nhiệt kế thủy ngân, chia làm 4 mức độ theo hằng số sinh lý người Việt Nam: Sốt nhẹ (37,5 - 38,0⁰C); Sốt vừa (>38,0 - <39,0⁰C); Sốt cao (≥39⁰C) và Hạ thân (≤36⁰C).

- Số lượng bạch cầu: >10 G/l là tăng, 4-10 G/l là bình thường.

- Điểm CURB65 theo BYT [1]: từ 0 - 1 điểm là nhẹ; từ 2 - 5 điểm là trung bình và nặng.

- Tổn thương XQ phổi được nhận định: một thùy phổi; đa thùy phổi; không phát hiện tổn thương.

- Kết quả điều trị: Tốt là BN khỏi bệnh; Kém là BN tăng nặng, chuyển tuyến

2.5. Phương pháp thu thập xử lý số liệu:

Thông tin khám hỏi bệnh được ghi vào bệnh án nghiên cứu mẫu. Số liệu nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. So sánh mối liên quan bằng các tỷ lệ % và thuật toán khi bình phương, với p<0,05 là có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Hồ sơ nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y-Dược Thái Nguyên, chấp thuận của Bệnh viện phổi Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung và tiền sử

Đặc điểm		Bệnh nhân (n=82)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm chung	Tuổi trung bình	70,24 ± 14,35	
	Nhóm tuổi >65	55	67,1
	Nam giới	45	54,9
	Dân tộc thiểu số	18	22,0
Tiền sử	Nghề nông nghiệp	46	56,1
	Sử dụng rượu	37	45,1
Tiền sử bệnh	Hút thuốc lá	13	15,9
	Không có	2	2,4
	Suy thận	13	15,9
	Suy tim	27	32,9
	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	24	29,3
	Hen phế quản	16	19,5
	Đái tháo đường	11	13,4
	Tai biến mạch máu não	8	9,8

Nhận xét: BN nhóm tuổi > 65 tuổi nhiều nhất, chiếm tỷ lệ là 67,1%. BN nam chiếm 54,9%. BN có tiền sử có hút thuốc là 15,9%. BN có tiền sử uống rượu chiếm khá cao, là 45,1%. Nhóm

bệnh nhân suy tim chiếm cao nhất 32,9%; BPTNMT 29,3%; hen phế quản chiếm 19,5%; suy thận chiếm 15,9%; đái tháo đường chiếm 13,4%. Tai biến mạch máu não chiếm 9,8%. Nhóm BN không có tiền sử mắc bệnh chiếm rất ít 2,4%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị

Triệu chứng		Bệnh nhân (n=82)	Tỷ lệ (%)
Cơ năng	Ho	78	95,1
	Khó thở	70	85,4
	Sốt	70	85,4
	Đau ngực	48	58,5
	Ho ra máu	6	7,3
	Có triệu chứng > 1 tuần	62	75,6
Thực thể	Ran ẩm, ran nổ	45	54,9
	Có hội chứng đông đặc	28	34,1
	Có hội chứng 3 giảm	6	7,3
Xét nghiệm	Bạch cầu ĐNTT > 10 G/l	64	78,0
	Ure máu tăng	27	32,9
XQ	Tổn thương một thùy	12	14,6
	Tổn thương đa thùy	29	35,4
	Tràn dịch màng phổi	10	12,2
CURB65	0 -1 điểm	14	17,1
Kết quả điều trị	Ngày điều trị trung bình	11,9 ± 2,36, min 5, max 19	
	Kết quả điều trị tốt	71	86,6

Nhận xét: BN có triệu chứng hay gặp là ho, khó thở và sốt chiếm lần lượt là 95,1%, 85,4% và 85,4%, triệu chứng đau ngực gặp khá nhiều là 58,5%. BN có ran ở phổi chiếm 54,9%, có hội chứng đông đặc chiếm 34,1%, hội chứng 3 giảm chiếm 7,3%. BN có tăng BCĐNTT chiếm cao là 78,0%, tăng ure máu chiếm 32,9%. Hình ảnh XQ phổi có tổn thương đa thùy chiếm đáng kể là 35,4%. Điểm CURB 65 từ 0 – 1 điểm chiếm ít là 17,1%. Số ngày điều trị trung bình là 11,9 ± 2,36 ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 19 ngày. Kết quả điều trị tốt chiếm 86,6%.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Các yếu tố	Kết quả điều trị		Kém		Tốt		p
	(n=11)	(%)	(n=71)	(%)	(n=71)	(%)	
Tuổi > 65	8	72,7	47	66,2	>0,05		
Giới Nam	5	45,5	40	56,3	>0,05		
Béo phì	2	18,2	6	8,5	>0,05		
Có ho	9	81,8	67	94,4	>0,05		
Đau ngực	9	81,8	25	35,2	<0,01		
Khó thở	6	54,5	8	11,3	<0,01		
Sốt	11	100,0	59	83,1	>0,05		

Ran nổ	8	72,7	37	52,1	>0,05
RRFN giảm	7	63,6	34	47,9	>0,05
CURB 65 2-5 điểm	8	72,7	17	23,9	<0,01
XQ tổn thương đa thùy	8	72,7	21	29,6	<0,01
BC tăng	11	100,0	53	74,6	>0,05
Ure tăng	7	63,6	20	24,4	<0,05

Nhận xét: Các yếu tố liên quan tới kết quả điều trị kém lần lượt là BN có triệu chứng đau ngực, khó thở, CURB65 từ 2 – 5 điểm, XQ phổi có tổn thương đa thùy và Ure máu tăng với các p < 0,05 và 0,01.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng của đôi tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình mắc VPMPCTĐ là 70,24 ± 14,35 tuổi, thấp nhất là 30 tuổi và cao nhất là 93 tuổi. Các BN trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (67,1%). Thời gian gần đây tỷ lệ người già mắc VPMPCTĐ ngày càng gia tăng và đang là vấn đề rất được quan tâm. Tình trạng bệnh lý nền, vấn đề dinh dưỡng và các rối loạn về nuốt liên quan đến tuổi già được cho là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mới mắc VPMPCTĐ ở người già. NC tại Mỹ, cho thấy tỷ lệ mắc viêm phổi tăng lên theo tuổi, từ 8,4/1000 dân ở độ tuổi từ 65-69 tuổi tăng lên 48,5/1.000 dân ở độ tuổi trên 90 [6]. NC của Trịnh Trung Hiếu cho thấy tuổi trung bình VPMPCTĐ là 68 tuổi. NC này có tỷ lệ BN nam (54,9%) cao hơn tỷ lệ BN nữ (45,1%), gần tương đương NC của Tạ Thị Diệu Ngân có các tỷ lệ tương ứng là 62% và 38% [4]. BN nam giới mắc VPMPCTĐ cao hơn có thể giải thích do có sự liên quan tới thói quen hút thuốc và sử dụng rượu ở nhóm BN này cao hơn nhiều so với nữ giới.

NC tại bệnh viện phổi Thái Nguyên thấy BN có tiền sử các bệnh suy tim chiếm cao nhất 32,9%, BPTNMT 29,3%, hen phế quản chiếm 19,5%, suy thận chiếm 15,9%, đái tháo đường chiếm 13,4%, tai biến mạch máu não chiếm 9,8%. NC tại BV đa khoa Xanh Pôn xác định bệnh nền hiện có nhưng không nêu tiền sử bệnh nên các tỷ lệ bệnh kèm theo thấp hơn NC của chúng tôi [4].

Triệu chứng lâm sàng của BN hay gặp là ho, khó thở và sốt chiếm lần lượt là 95,1%, 85,4% và 85,4%, triệu chứng đau ngực gặp khá nhiều là 58,5%. NC của chúng tôi khá phù hợp với các kết quả NC của và Lê Văn Thêm [3] với các triệu chứng của viêm phổi là ho (93,7%), sốt (83,1%), khạc đờm (76,8%), và đau ngực (57,5%).

Triệu chứng thực thể BN có ran ở phổi chiếm 54,9%, có hội chứng đông đặc 34,1%, hội chứng 3 giảm có 7,3%. NC của Tạ Thị Diệu Ngân kết

quả có ran phổi 84,6%, rì rào phế nang giảm 51,4% [4]. Sự khác nhau giữa các NC cho thấy các dấu hiệu thực thể tại phổi ở BN VPMPCT ít có tỷ lệ giống nhau do tần xuất xuất hiện khác nhau.

Hình ảnh XQ phổi BN cho thấy tổn thương một thùy chiếm 14,6%, tổn thương đa thùy chiếm là 35,4%. Tương tự sự khác nhau về triệu chứng lâm sàng của các NC, kết quả tần xuất các hình ảnh XQ phổi tại NC của Tạ Thị Diệu Ngân và Nguyễn Quốc Trọng cũng khác nhau [3], [5].

Điểm CURB 65 với 3 mức phân loại là thấp (0-1) 14 (17,1%), trung bình 43 (52,4%), cao (3-5) 25 (30,5%). Tỷ lệ này phù hợp với hướng dẫn điều trị VPMPCT của Bộ Y tế [1], các BN có CURB 65 từ 0-1 điểm, được điều trị ngoại trú bằng kháng sinh đường uống tại nhà, đồng thời phù hợp với các hướng dẫn quốc tế và Hiệp hội lồng ngực Anh, số ít BN có CURB 65 từ 0-1 điểm, phải nhập viện là do BN tuổi cao, có bệnh nền. NC của Võ Đức Chiến [2] CURB 65 từ 0-1 điểm chiếm 95 (68,8%), 2-5 điểm chiếm 43 (31,2%). Có sự khác biệt tỷ lệ này, là do BN đến với chúng tôi có xu hướng cao tuổi hơn và thường kèm theo nhiều bệnh lý nền đặc biệt là các bệnh phổi mạn tính và bệnh lý tim mạch làm tăng nặng tình trạng bệnh.

4.2. Kết quả điều trị. BN đủ tiêu chuẩn xuất viện chiếm 71 (86,6%). Do bệnh viện còn hạn chế, chưa có xét nghiệm định danh vi khuẩn và kháng sinh đồ là kỹ thuật quan trọng hỗ trợ quá trình điều trị, nên có số lượng BN nặng chuyển tuyến là 11 (13,4%).

Ngày điều trị trung bình là $11,9 \pm 2,36$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 19 ngày, số BN có ngày điều trị trên 12 chiếm tỷ lệ cao 51 (62,2%) trong khi đó bệnh nhân có số ngày điều trị dưới 12 chỉ chiếm 31 (37,8%). Nhiều NC cho thấy đến ngày thứ 7, có khoảng 80% số BN ổn định lâm sàng, các BN được lưu lại để tiếp tục theo dõi và hoàn thành đủ phác đồ kháng sinh từ 10 tới 14 ngày [6], [7].

4.3. Mối liên quan giữa kết quả điều trị kém với các yếu tố lâm sàng, xét nghiệm. Kết quả bảng 3 cho thấy các yếu tố liên quan tới kết quả điều trị VPMPCT kém lần lượt là bệnh nhân có triệu chứng đau ngực, khó thở, CURB65 từ 2 – 5 điểm, XQ phổi có tổn thương đa thùy và Ure máu tăng với các $p < 0,05$ và $0,01$. NC của Tai Joon An, Carl Llor thấy tất cả các yếu tố trên đều có mối liên quan đến tỷ lệ tử vong ở VPMPCT [6], [7].

NC cho thấy có mối liên quan rất chặt chẽ giữa điểm CURB 65 2-5 với kết quả điều trị kém, $p < 0,01$. Có 8 BN, bằng 72,7% trong số BN điều

trị kết quả kém (11 BN). NC của Võ Đức Chiến kết, điểm số CURB 65 và PSI càng cao thì tỷ lệ tử vong càng cao [2]. NC của Tai Joon An tại Korea cũng kết luận điểm CURB65 cao là mối liên quan cao nhất đến tử vong ở VPMPCT [7].

Có mối liên quan rất chặt chẽ giữa XQ phổi có hình ảnh tổn thương đa thùy với kết quả điều trị kém với $p < 0,01$. Có 8 (72,2%) có XQ phổi tổn thương đa thùy trong số 11 BN kết quả điều trị kém. Thực tế mức độ rộng của tổn thương tại phổi chứng tỏ có viêm nhiễm rộng ở phổi nên điều trị sẽ kém hơn. Các NC của Nguyễn Quốc Trọng, L. M. ZikoID cũng có kết quả như vậy [5], [8].

Có mối liên quan rất chặt chẽ giữa tăng ure máu với kết quả điều trị kém với $p < 0,01$. Ure máu tăng trong VPMPCT là do tổn thương viêm lam rộng gây hủy hoại tổ chức, được gan tổng hợp thành ure. Chính vì thế ure được xếp vào một trong những chỉ số quan trọng của cả CURB 65 và PSI.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi cộng đồng mắc phải ở người lớn thường gặp ở người cao tuổi > 65 tuổi. Triệu chứng nặng điển hình là ho, sốt, khó thở và đau ngực. Triệu chứng thực thể điển hình là ran nổ, ran ẩm, hội chứng đông đặc. Tổn thương trên XQ phổi thường gặp tổn thương đa thùy. Điểm CURB 65 thường từ 2 – 5 điểm. Yếu tố liên quan rõ rệt tới kết quả điều trị kém là bệnh nhân có CURB 65 từ 2 – 5 điểm và XQ phổi có hình ảnh tổn thương đa thùy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn, Quyết định số 4815/QĐ-BYT ngày 20 tháng 11 năm 2020.
- Võ Đức Chiến** (2019), Áp dụng thang điểm CURB 65 và PSI trong đánh giá độ nặng viêm phổi cộng đồng tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Tạp chí Y học thực hành (06/2019), số 1101, Tr. 77-79.
- Lê Văn Thêm**, (2022), Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, Tạp chí Y học Việt Nam, 2022, 512.2.
- Tạ Thị Diệu Ngân** (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Nguyễn Quốc Trọng, Võ Phạm Minh Thư, Nguyễn Trung Kiên**, (2018), đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 16/2018.
- Carl Llor, Yannick Hoyos Mallecot, et al** (2023), New paradigms on antibiotic recommendations for community - acquired infection in Spani, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102648>,
- Tai Joon An, Jun-Pyo Myong, Yun-Hee Lee**

et al (2022), Continuing Quality Assessment Program Improves Clinical Outcomes of Hospitalized Community-Acquired Pneumonia: A Nationwide Cross-Sectional Study in Korea, J Korean Med Sci. 2022 Aug 1;37(30):e234 <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e234> eISSN 1598-6357·pISSN 1011-8934.

8. L. M. ZikoID, T. W. HoffmanID, S. Fwoloshi1, et al (2022), Aetiology and prognosis of community acquired pneumonia at the Adult University Teaching Hospital in Zambia, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271449> July 15, 2022.

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ GIẢI PHÁP NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOẠN THẦN DO RƯỢU TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2022

Vũ Thị Dung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chăm sóc và đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh loạn thần do rượu tại bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 58 người bệnh được chẩn đoán loạn thần do rượu đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định trong thời gian từ tháng 4/2022 đến 6/2022. **Kết quả:** Tất cả người bệnh được Điều dưỡng theo dõi dấu hiệu sinh tồn thường xuyên chiếm 100%. Có 55 người bệnh nhận xét Điều dưỡng thực hiện tốt, đầy đủ việc theo dõi giấc ngủ chiếm 94,8%. Có 100% người bệnh trả lời điều dưỡng thực hiện đầy đủ việc dùng thuốc theo chỉ định của bác sỹ và theo dõi người bệnh sau dùng thuốc. Tỷ lệ người bệnh nhận xét Điều dưỡng thực hiện tốt việc tư vấn, giáo dục sức khỏe chiếm 82,7%. **Kết luận:** Thực trạng công tác chăm sóc của điều dưỡng cho người bệnh loạn thần do rượu được đánh giá cao. **Từ khóa:** chăm sóc, loạn thần do rượu

SUMMARY

CURRENT SITUATION AND SOME SOLUTIONS TO IMPROVE THE QUALITY OF CARE FOR PEOPLE WITH ALCOHOLIC PSYCHOSIS AT NAM DINH PROVINCIAL PSYCHIATRIC HOSPITAL IN 2022

Objective: To describe the current state of care and propose some solutions to improve the quality of care for patients with alcoholic psychosis at Nam Dinh Provincial Psychiatric Hospital. **Method:** A cross-sectional descriptive study on 58 patients diagnosed with alcoholic psychosis receiving inpatient treatment at Nam Dinh Provincial Psychiatric Hospital during the period from April 2022 to June 2022. **Results:** All patients have their vital signs monitored regularly by nurses. There were 55 patients who commented that nurses performed the sleep monitoring well and

completely, accounting for 94,8%. All patients responded that nurses fully take medicine as prescribed by doctors and monitor patients after taking medicine. The percentage of patients who commented that nurses performed well in health consultation and education accounted for 82,7%. **Conclusion:** The current state of nursing care for patients with alcoholic psychosis is highly appreciated. **Keywords:** care, alcoholic psychosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng rượu là một thói quen đã trở thành tập quán của nhiều dân tộc trên thế giới trong đó có Việt Nam. Sử dụng rượu đúng cách và hợp lý có nhiều tác dụng tốt cả về cơ thể và tâm lý đối với con người. Sử dụng rượu không đúng cách hay còn gọi lạm dụng rượu lại gây ra nhiều hậu quả khôn lường, có thể dẫn đến nhiều tác hại cả về thể chất, tâm thần và xã hội [1].

Lạm dụng rượu dẫn đến nghiện rượu đã ăn mòn sức khỏe và nhân cách, gây ra nhiều tác hại. Một trong những biểu hiện có liên quan chặt chẽ đến quá trình nghiện rượu, đồng thời đây cũng là hậu quả, tác hại của rượu đó chính là loạn thần do rượu. Loạn thần do rượu bao gồm tất cả các rối loạn tâm thần có hoang tưởng, ảo giác do rượu gây ra. Các rối loạn này bao gồm ảo giác do rượu, hoang tưởng do rượu, hội chứng cai rượu có hoang tưởng, ảo giác, sảng rượu và bệnh não thực tổn do rượu [2].

Ở nước ta trong những năm gần đây càng ngày càng xuất hiện nhiều trường hợp loạn thần do rượu phải vào điều trị tại các cơ sở bệnh viện tâm thần. Bệnh lý do rượu đã chiếm một tỷ lệ đáng kể. Hiện nay tỷ lệ lạm dụng rượu vào khoảng 30% dân số, tỷ lệ nghiện rượu khoảng 3,5%. Tại bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định hàng năm người bệnh loạn thần do rượu đến điều trị nội trú chiếm tỷ lệ khoảng 10% tổng số người bệnh tâm thần điều trị nội trú.

Điều dưỡng là những người theo dõi, chăm

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam định

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Dung

Email: hamynek213@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024