

ÁP DỤNG THANG ĐIỂM CURB-65 VÀ PSI TRONG ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VIÊM
PHỔI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Võ Đức Chiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ nặng của Viêm phổi cộng đồng (VPCĐ)

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Kết quả: Từ tháng 01/2013 đến tháng 12/2015, có 297 bệnh nhân chẩn đoán viêm phổi cộng đồng đến nhập viện và điều trị tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 69,8 tuổi. Bệnh xảy ra nhiều hơn ở nam giới (57,58%) và ít hơn ở nữ giới (42,42%). Áp dụng thang điểm CURB-65 vào dân số nghiên cứu và chia theo từng nhóm mức điểm CURB-65 từ 0 – 1 điểm, CURB-65 từ 2 – 3 điểm, CURB-65 từ 4 – 5 điểm chúng tôi có tỉ lệ lần lượt là 79,46%; 19,53%; 0,01%. Tỷ lệ tử vong theo thang điểm CURB-65 lần lượt là 5,5%; 36,2%; 66,66%. Theo thang điểm PSI nhóm bệnh nhân VPCĐ chúng tôi ghi nhận nhóm nguy cơ III chiếm tỷ lệ cao nhất (27,95%); sau đó là nhóm nguy cơ IV chiếm tỷ lệ (27,27%); nhóm nguy cơ II chiếm tỷ lệ (19,19%); nhóm nguy cơ I chiếm tỉ lệ (16,5%); thấp nhất là nhóm nguy cơ V chiếm tỉ lệ (9,09%). Tỷ lệ tử vong theo thang điểm PSI lần lượt là 0%; 3,5%; 6,02%; 20,98, 44,44.

Kết luận: Đa số bệnh nhân VPCĐ nhập viện có mức độ viêm phổi từ nhẹ tới trung bình theo thang điểm CURB-65 và thuộc nhóm nguy cơ thấp và trung bình theo thang điểm PSI. Điểm số CURB-65 và PSI càng cao thì tỷ lệ tử vong càng cao.

ABSTRACT

APPLYING CURB-65 AND PSI SCORE TO EVALUATE THE THE SEVERITY OF
COMMUNITY- ACQUIRED PNEUMONIA IN NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Vo Duc Chien

Objective: To evaluate the severity of community-acquired pneumonia in Nguyen Tri Phuong Hospital.

Methods: Descriptive cross-sectional study

Results: 297 community-acquired pneumonia patients (including 171 adult males and 126 adult females) were treated at Nguyễn Tri Phương Hospital from January 2013 to December 2015. The average age is 69.8 years old. The disease is more common in men (57.58%) and less in women (42.42%). Apply the CURB-65 score to the study population and divide into groups of CURB-65 0 - 1 point, CURB-65 2 - 3 points, CURB-65 4 - 5 points with the ratio is 79.46%; 19.53%; 0.01%, respectively. The mortality according to CURB-65 is 5.5%; 36.2%; 66.66%. According to the PSI score of CAP patients, we recorded risk group III with the highest rate (27.95%); group IV (27.27%); group II (19.19%); group I (16.5%); the lowest rate is group V (9.09%). Mortality rate on PSI score is 0%; 3.5%; 6.02%; 20.98, 44.44, respectively.

Conclusion: Severity of hospitalized CAP patients are mild to moderate grade according to CURB-65 and low to medium risk groups on a PSI score. The higher the score of CURB-65 and PSI, the higher the mortality rate.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tỉ lệ mắc bệnh và tử vong trên thế giới (bao gồm các nước phát triển và các nước đang phát triển). Theo Tổ chức Y tế thế

giới, viêm phổi cộng đồng là nguyên nhân gây tử vong xếp hàng thứ 6 và là hàng đầu trong các bệnh nhiễm khuẩn[4],[5],[6].

Mức độ nặng của viêm phổi cộng đồng là một chẩn đoán lâm sàng có tác động đáng kể đến việc phân khoa điều trị và sử dụng kháng sinh. Với tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao nhất trong tất cả các dạng viêm phổi cộng đồng, những bệnh nhân bị viêm phổi nặng thường phải điều trị tại đơn vị chăm sóc tích cực, bao gồm điều trị thuốc vận mạch hoặc thở máy. Phân loại mức độ nặng viêm phổi sớm và điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm nhanh chóng là bắt buộc ở bệnh nhân viêm phổi nặng[3],[8]. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu để đánh giá mức độ nặng của viêm phổi cộng đồng nhập viện tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương nhằm hỗ trợ phân loại khoa điều trị và đưa ra phương pháp điều trị thích hợp.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả các bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng đến nhập viện và điều trị tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong thời gian từ tháng 01/2013 đến tháng 12/2015.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân trên 16 tuổi, được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng dựa trên các tiêu chuẩn sau: (1) Thâm nhiễm mới thấy trên X- quang phổi trong vòng 24 giờ. (2) Ít nhất có 1 triệu chứng chính: ho, khạc đàm, thân nhiệt $>38^{\circ}$. (3) Hay ít nhất có 2 triệu chứng phụ: Đau ngực kiểu màng phổi, khó thở, thay đổi tri giác, ran hay hội chứng đông đặc, bạch cầu $>12.000/mm^3$. (4) Kết quả cấy đàm tìm thấy vi khuẩn gây bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Viêm phổi mắc phải trong bệnh viện (viêm phổi xuất hiện >72 giờ sau khi nhập viện); nghi ngờ hoặc có bằng chứng lao phổi tiến triển.

Phương pháp tiến hành:

Tất cả các bệnh nhân VPCĐ khi nhập viện:

Khai thác bệnh sử, thời gian khởi bệnh, diễn tiến các triệu chứng lâm sàng theo thời gian cho đến lúc nhập viện. Khai thác tiền sử: bệnh nội khoa đi kèm; tiền căn nhập viện trước đây; thói quen (hút thuốc lá, nghiện rượu...); tiền căn sử dụng thuốc, đặc biệt điều trị bằng corticoid kéo dài, thuốc ức chế miễn dịch...

Khám lâm sàng: đo các dấu hiệu sinh tồn, khám phổi và khám các cơ quan khác một cách toàn diện

Tiến hành các xét nghiệm lâm sàng như: X-quang phổi thẳng và nghiêng; soi nhuộm Gram đàm, cấy đàm tìm vi khuẩn gây bệnh, và kháng sinh đồ; xét nghiệm tầm soát lao (soi AFB/dàm, cấy đàm tìm BK, IDR); công thức máu; cấy máu tìm vi khuẩn gây bệnh; đường huyết; chức năng gan (SGOT, SGPT, bilirubin); chức năng thận (BUN, creatinin); ion đồ máu; protid/máu và điện di protein; đo khí máu động mạch; CT scan và siêu âm ngực.

Mô tả, phân tích các yếu tố nguy cơ và phân nhóm nguy cơ giữa hai nhóm, cũng như đánh giá chỉ định nhập viện của từng nhóm nguy cơ (theo tiêu chuẩn của CURB-65 và PSI).

Xử lý thống kê:

Sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 22.0 để nhập, và xử lý số liệu. Các đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng được phân tích bằng các test thống kê thích hợp, giá trị $P < 0,05$ được đánh giá là có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ

Trong thời gian 3 năm nghiên cứu từ tháng 01/2013 đến tháng 12/2015, có tất cả 297 bệnh nhân chẩn đoán viêm phổi cộng đồng đến nhập viện và điều trị tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương được đưa vào nghiên cứu. Sau điều trị có 261 bệnh nhân xuất viện, chiếm 87,9%; bệnh nhân tử vong từ vong trong nhóm nghiên cứu là 26, chiếm 12,1 %.

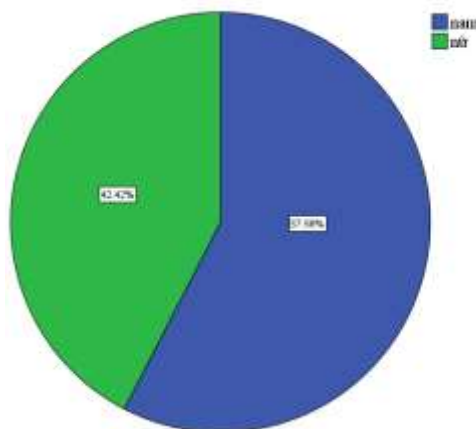
Tuổi

Bảng 1: Tuổi của các đối tượng nghiên cứu.

N	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Tuổi thấp nhất	Tuổi cao nhất
297	69,84	14,51	22	95

Nhận xét: Tuổi trung bình là 69,8 tuổi, trong đó thấp nhất là 14,5 tuổi, cao nhất là 95 tuổi. Có 30,64% bệnh nhân < 65 tuổi, 69,36% bệnh nhân ≥ 65 tuổi.

Giới tính



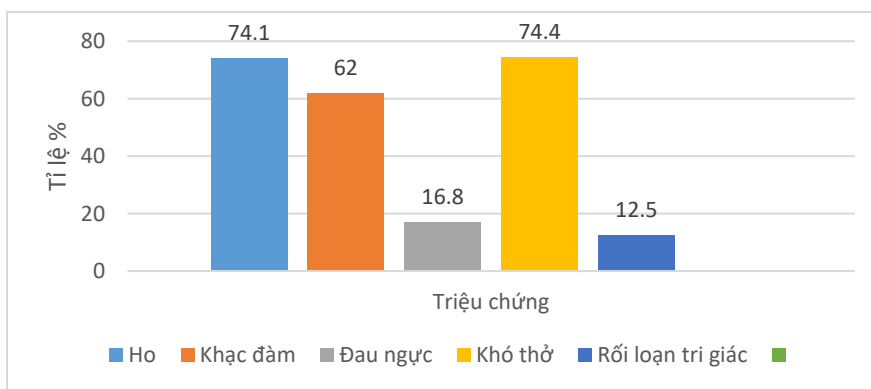
Biểu đồ 1: Phân bố

giới tính

Nhận xét: 171 bệnh nhân là nam giới (57,58%); 126 bệnh nhân là nữ giới (42,42%). Sự khác biệt có ý nghĩa (p=0,009).

Tuổi trung bình của nam giới trong nghiên cứu là 69,10 tuổi; tuổi trung bình của nữ giới là 70,85 tuổi. Sự khác biệt về tuổi liên quan với giới tính không có khác biệt (p=0,30).

Triệu chứng lâm sàng



Biểu đồ 2: Phân bố triệu chứng.

Mức độ nặng viêm phổi cộng đồng theo thang điểm CURB-65

Bảng 2: Liên quan phân loại theo Thang điểm CURB-65 và tử vong

		Sống (n, %)	Tử vong (n, %)	Tổng cộng	p
CURB-65	0 – 1 điểm	223 (94,5)	13 (5,5)	236	0,00
	2 – 3 điểm	37 (63,80)	21 (36,20)	58	
	4 – 5 điểm	1 (33,34)	2 (66,66)	3	

Nhận xét: Thang điểm CURB-65 càng cao thì tỷ lệ tử vong càng cao (p=0,00).

Mức độ nặng viêm phổi cộng đồng theo thang điểm PSI

Bảng 3: Liên quan phân nhóm PSI và tử vong

Nhóm PSI	Sống (n,%)	Tử vong	Tổng cộng	p
I	49 (100)	0 (0)	49(16,50)	0,000
II	55(96,50)	2 (3,50)	57(19,19)	
III	78 (93,98)	5 (6,02)	83(27,95)	
IV	64 (79,02)	17 (20,98)	81(27,27)	
V	15 (55,56)	12 (44,44)	27(9,09)	
Tổng cộng	261	36	297	

Nhận xét: Nhóm thang điểm PSI càng cao thì nguy cơ tử vong càng cao (p=0,00).

BÀN LUẬN

Mức độ nặng viêm phổi cộng đồng theo thang điểm CURB-65

Áp dụng thang điểm CURB-65 vào dân số nghiên cứu và chia theo từng nhóm mức điểm CURB-65 từ 0 – 1 điểm, CURB-65 từ 2 – 3 điểm, CURB-65 từ 4 – 5 điểm chúng tôi có tỉ lệ lần lượt là 79,46%; 19,53%; 0,01%.

Thang điểm CURB-65 càng cao thì tỷ lệ tử vong càng cao: CURB-65 từ 0 – 1 điểm, CURB-65 từ 2 – 3 điểm, CURB-65 từ 4 – 5 điểm có tỷ lệ tử vong lần lượt là 5,5%; 36,2%; 66,66%.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng hai thang điểm đánh giá mức độ nặng của bệnh để đánh giá các bệnh nhân VPMPTCĐ là CURB-65, PSI. Thang điểm CURB-65 là thang điểm được Hội Lồng ngực Anh khuyến cáo sử dụng và dễ dàng áp dụng trên thực hành lâm sàng. Phần lớn bệnh nhân VPMPTCĐ trong nghiên cứu này là 79,46% bệnh nhân nhập viện đều có điểm CURB-65 từ 0 – 1 điểm. Theo khuyến cáo của Hội lồng ngực Anh năm 2009, các bệnh nhân có điểm CURB-65 từ 0 – 1 điểm có tỷ lệ tử vong thấp. Vì vậy có thể điều trị tại nhà, chỉ một số ít trường hợp cần cho nhập viện vì các lý do khác như các yếu tố xã hội hoặc khi bệnh lý nền nặng lên[7]. Năm 2012, hướng dẫn điều trị VPMPTCĐ của Bộ Y tế cũng đã sử dụng thang điểm CURB65 để phân nhóm bệnh nhân điều trị ngoại trú hay nội trú. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong VPMPTCĐ của Bộ Y tế năm 2015 cũng ghi rõ, các bệnh nhân CURB65 từ 0-1 điểm được điều trị ngoại trú bằng kháng sinh đường uống tại nhà, phù hợp với các hướng dẫn quốc tế, đặc biệt là hướng dẫn của Hiệp hội lồng ngực Anh. Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu này lại cho thấy, phần lớn bệnh nhân VPMPTCĐ mức độ nhẹ (CURB65 điểm 0-1) cũng được nhập viện để điều trị, được sử dụng kháng sinh đường tiêm. Theo kết quả nghiên cứu này, trong nhóm CURB-65 điểm 0-1, có tới 206 bệnh nhân trên 65 tuổi (chiếm 69,36%). Như vậy lý do chủ yếu để các bệnh nhân CURB-65 từ 0-1 điểm nhập viện là do tuổi cao và có bệnh lý nền trước đó.

Mức độ nặng viêm phổi cộng đồng theo thang điểm PSI

Áp dụng thang điểm PSI trong nhóm bệnh nhân VPMPTCĐ chúng tôi ghi nhận nhóm nguy cơ III chiếm tỷ lệ cao nhất (27,95%); sau đó là nhóm nguy cơ IV chiếm tỷ lệ (27,27%); nhóm nguy cơ II chiếm tỷ lệ (19,19%); nhóm nguy cơ I chiếm tỉ lệ (16,5%); thấp nhất là nhóm nguy cơ V chiếm tỉ lệ (9,09%). Như vậy đa số bệnh nhân VPMPTCĐ ở nhóm nguy cơ thấp và trung bình.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch năm 2007 trên 160 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng ghi nhận đa số bệnh nhân VPMPTCĐ ở nhóm nguy cơ nhẹ và trung bình: nguy cơ II chiếm tỉ lệ (32%); nhóm nguy cơ I (29%); nhóm nguy cơ III (21%); nhóm nguy cơ IV (16%); và ít gặp nhất là nhóm nguy cơ V(2,5%)[1].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân tại ba bệnh viện ở Hà Nội năm 2016 với 142 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng ghi nhận đa số bệnh nhân VPMPTCĐ ở nhóm nguy cơ nhẹ và trung bình: nguy cơ I chiếm tỉ lệ (24,6%); nhóm nguy cơ II (25,4%); nhóm nguy cơ III (24,6%); nhóm nguy cơ IV (14,9%); và ít gặp nhất là nhóm nguy cơ V (10,5%)[2].

KẾT LUẬN

Áp dụng thang điểm CURB-65 vào dân số nghiên cứu và chia theo từng nhóm mức điểm CURB-65 từ 0 – 1 điểm, CURB-65 từ 2 – 3 điểm, CURB-65 từ 4 – 5 điểm chúng tôi có tỉ lệ lần lượt là 79,46%; 19,53%; 0,01%.

Thang điểm CURB-65 càng cao thì tỷ lệ tử vong càng cao: CURB-65 từ 0 – 1 điểm, CURB-65 từ 2 – 3 điểm, CURB-65 từ 4 – 5 điểm có tỷ lệ tử vong lần lượt là 5,5%; 36,2%; 66,66%. Trong nhóm CURB-65 điểm 0-1, có tới 206 bệnh nhân trên 65 tuổi (chiếm 69,36%). Như vậy lý do chủ yếu để các bệnh nhân CURB-65 từ 0-1 điểm nhập viện là do tuổi cao và có bệnh lý nền trước đó.

Áp dụng thang điểm PSI trong nhóm bệnh nhân VPMPTCĐ chúng tôi ghi nhận nhóm nguy cơ III chiếm tỷ lệ cao nhất (27,95%); sau đó là nhóm nguy cơ IV chiếm tỷ lệ (27,27%); nhóm nguy cơ II chiếm tỷ lệ (19,19%); nhóm nguy cơ I chiếm tỉ lệ (16,5%); thấp nhất là nhóm nguy cơ V chiếm tỉ lệ (9,09%). Như vậy đa số bệnh nhân VPMPTCĐ ở nhóm nguy cơ nhẹ và trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quang Văn Trí, Ngô Thanh Bình (2008), "Phân tích đặc điểm và mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với mức độ nặng của viêm phổi cộng đồng", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 12 (số 2), pp. 112 – 117.
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*.
3. Ewig S., Ruiz M., Mensa J., et al. (1998), "Severe community-acquired pneumonia: assessment of severity criteria", *American journal of respiratory and critical care medicine*, 158 (4), pp. 1102-1108.
4. Farr B. M., Sloman A. J., Fisch M. J. (1991), "Predicting death in patients hospitalized for community-acquired pneumonia", *Annals of internal medicine*, 115 (6), pp. 428-436.
5. Jain S., Self W. H., Wunderink R. G., et al. (2015), "Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among US adults", *New England Journal of Medicine*, 373 (5), pp. 415-427.
6. Kallander K., Burgess D. H., Qazi S. A. (2016), "Early identification and treatment of pneumonia: a call to action", *The Lancet Global Health*, 4 (1), pp. e12-e13.
7. Lim W., Smith D., Wise M., et al. (2015), "British Thoracic Society community acquired pneumonia guideline and the NICE pneumonia guideline: how they fit together", *BMJ open respiratory research*, 2 (1), pp. e000091.
8. Prina E., Ranzani O. T., Torres A. (2015), "Community-acquired pneumonia", *The Lancet*, 386 (9998), pp. 1097-1108.