

Nghiên cứu biểu hiện lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi thùy ở trẻ em

Đào Minh Tuấn*

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả 68 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán viêm phổi thùy (VPT) từ 2008 - 2010 tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi TW. Tỷ lệ nam/nữ = 1,27. Lứa tuổi hay gặp từ 3 - 7 tuổi (61,76%). Biểu hiện lâm sàng chủ yếu: sốt, ho có đờm, diễn biến cấp tính, giảm thông khí 1 vùng phổi (hội chứng đông đặc), X quang có hình ảnh đám mờ khu trú tập trung 1 thùy. Căn nguyên vi khuẩn (VK) phát hiện được 47,05%, chủ yếu là tụ cầu (38,09%), phế cầu (28,57%), *K. pneumoniae* (19,04%). Tình trạng kháng thuốc của VK tăng cao.

* Từ khóa: Viêm phổi thùy; Đặc điểm lâm sàng; Căn nguyên; Trẻ em.

Study of clinical features and causes of lobar pneumonia in children

SUMMARY

The retrospective, descriptive study was carried out on 68 cases with lobar pneumonia. The ratio of male/female = 1.27. The almost of them was 3 - 7 years old. The clinical features were high fever, productive cough, acute progress, local hypoventilation. Chest Xray: the opacitive lesion was location. The cause bacteria is positive 47.05%, among of them, the *S. aureus* (38.09%), the *S. pneumoniae* (28.57%), *K. pneumoniae* (19.04%). Prevalence of resistant antibiotic increased.

* Key words: Lobar pneumonia; Clinical features; Causes; Children.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở trẻ em, viêm phổi tập trung (VPT) ít gặp hơn ở người lớn. Tuy nhiên, bệnh thường nặng và khó chẩn đoán nếu chỉ dựa vào lâm sàng. Đặc điểm lâm sàng cũng như nguyên nhân, tiến triển của thể bệnh viêm phổi này ở trẻ em còn ít được tìm hiểu ở Việt Nam.

Mục tiêu của đề tài: Nghiên cứu biểu hiện lâm sàng và xác định căn nguyên VK ở BN VPT, điều trị tại Bệnh viện Nhi TW.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

68 BN, 38 nam, 30 nữ, được chẩn đoán xác định VPT, điều trị tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi TW từ 2008 - 2010.

* Bệnh viện Nhi TW

Phản biện khoa học: PGS. TS. Đỗ Quyết

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán của đối tượng nghiên cứu:

- BN được chẩn đoán xác định viêm phổi dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng, cận lâm sàng của Tổ chức Y tế Thế giới, bao gồm:

+ Sốt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$.

+ Nhịp thở nhanh so với lứa tuổi, ho, khò khè.

+ Triệu chứng thực thể ở phổi: ran ẩm, ran phế quản (ran bệnh lý), rút lõm lồng ngực, nhịp thở nhanh, hội chứng 3 giảm, hội chứng đông đặc, nhịp tim, tím tái, gan lách, triệu chứng thần kinh, tiêu hóa...

+ Xét nghiệm bạch cầu tăng, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính chiếm ưu thế.

+ Hình ảnh X quang có giá trị chẩn đoán xác định viêm phổi tập trung khi có hình mờ của tổn thương tập trung khu trú ở 1 thùy hay 1 vùng của 1 bên hay cả 2 bên phổi. Những hình ảnh này xuất hiện ngay từ đầu khi nhập viện. Sau đó, dưới tác dụng của điều trị, hình ảnh tổn thương tập trung có thể thay đổi (lan tỏa hoặc phân tán).

* *Chẩn đoán phân biệt:*

- Hình ảnh xẹp phổi, xẹp 1 thùy hay 1 phân thùy do bít tắc phế quản thùy hay phân thùy thường do đờm dãi hay dị vật đường thở gây nên.

- Hình ảnh hạch cạnh khí phế quản hay ở trung thất chèn ép làm giảm thông khí 1 thùy hay 1 phân thùy phổi.

- Hình ảnh áp xe phổi.

- Hình ảnh nang phổi bội nhiễm.

* *Các thông số nghiên cứu:*

- Lâm sàng: biểu hiện cơ năng, thực thể, toàn thân ở thời điểm nhập viện.

- Cận lâm sàng: X quang, vi sinh (chủ yếu về VK gây bệnh), kháng sinh đồ.

* *Xử lý số liệu:* theo phương pháp thống kê y học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

* *Phân bố theo lứa tuổi:*

< 1 tuổi: 4 BN (5,88%); 1 - < 3 tuổi: 18 BN (26,47%); từ 3 - 7 tuổi: 42 BN (61,76%); > 7 tuổi: 4 BN (5,88%). Như vậy, đa số trẻ ở độ tuổi 3 - 7 tuổi.

Giữa 2 giới phân bố theo tuổi không có sự khác biệt.

Tỷ lệ trẻ bị VPT/tổng số trẻ bị viêm phổi nói chung vào viện là 68/7.560 (8,6%).

1. Triệu chứng cơ năng.

Sốt cao: 51 BN (75%); ho có đờm: 54 BN (79,41%); ho khan: 28 BN (41,76%); khò khè: 30 BN (44,11%); bú kém: 20 BN (29,41%); triệu chứng tiêu hóa (nôn, ỉa chảy, trướng bụng): 12 BN (17,64%); triệu chứng thần kinh (kích thích, li bì): 37 BN (54,41%).

3 triệu chứng cơ năng xuất hiện với tần suất cao ở trẻ bị viêm phổi tập trung là: ho có đờm, sốt cao và triệu chứng thần kinh.

Khảo sát thời gian diễn biến bệnh trước khi nhập viện cho thấy: 42 BN (61,76%) bị bệnh trước khi vào viện từ 1 - 2 ngày, 20 BN bị bệnh 3 - 4 ngày trước khi nhập viện và 6 BN bị bệnh kéo dài > 4 ngày.

Gần 50% (33 BN) được can thiệp điều trị ở cơ sở y tế tuyến dưới trước khi vào Bệnh viện Nhi. 18 BN (26,47%) được gia đình điều trị, không đi khám ở cơ sở y tế.

Nghiên cứu sự kết hợp của bệnh lý khác kèm theo ở đối tượng nghiên cứu cho thấy: 21 BN (30,88%) có biểu hiện các bệnh lý kết hợp, trong đó thiếu máu 11 BN (16,32%),

suy dinh dưỡng 7 BN (10,29%), dị tật bẩm sinh 3 BN (4,41%).

2. Triệu chứng thực thể.

Ran ẩm: 20 BN (29,41%); ran rít, ngáy: 22 BN (32,35%); rút lõm lồng ngực: 34 BN (50%); nhịp thở nhanh: 47 BN (69,11%); tím tái: 5 BN (7,35%); nhịp tim nhanh: 31 BN (45,58%); gan, lách to: 20 BN (29,41%); hội chứng 3 giảm: 7 BN (10,29%); hội chứng đông đặc: 35 BN (51,47%).

3 triệu chứng thực thể xuất hiện với tần suất cao ở đối tượng nghiên cứu là: thở nhanh, hội chứng đông đặc và rút lõm lồng ngực (> 50%).

* Phân loại mức độ nặng của bệnh:

Theo tiêu chuẩn đánh giá mức độ nặng của bệnh có 2 nhóm BN: nhóm viêm phổi tập trung không có suy hô hấp và nhóm có suy hô hấp. Kết quả nghiên cứu cho thấy: 47 BN không suy hô hấp (69,11%), chỉ có 21 BN (30,88%) có biểu hiện khó thở, trong đó 17 BN khó thở độ I, 4 BN khó thở độ II, III.

3. Hình ảnh tổn thương trên X quang phổi.

Tất cả 68 BN được chụp X quang phổi thẳng và 43 BN chụp phổi thẳng, nghiêng, 8 BN được chụp cắt lớp vi tính tim phổi.

Hình ảnh viêm phổi tập trung được phân bố theo các vị trí hay gặp như sau: 30 BN (44,29%) viêm phổi tập trung ở thùy trên phải; 14 BN (20,58%) viêm phổi tập trung ở thùy dưới phải; 5 BN (7,35%) viêm phổi tập trung ở thùy dưới trái; 4 BN (5,88%) viêm phổi tập trung ở thùy trên trái; 8 BN (11,76%) viêm phổi tập trung ở ≥ 2 vị trí (≥ 2 thùy). Như vậy,

vị trí hay gặp nhất của viêm phổi tập trung là thùy trên phổi phải, sau đó đến thùy dưới phải.

4. Nguyên nhân VK gây viêm phổi tập trung.

- Lấy bệnh phẩm dịch nội khí quản hoặc dịch rửa phế quản phế nang (bằng phương pháp nội soi phế quản) tìm căn nguyên VK gây bệnh, ở thời điểm những ngày đầu nhập viện của 51 BN (75%), kết quả: 24 BN (47,05%) cấy tìm VK dương tính. Phân bố các chủng VK phân lập được như sau: VK tụ cầu (*S. aureus*): 8 BN (38,09%); VK phế cầu (*S. pneumoniae*): 6 BN (28,57%); VK *K. pneumoniae*: 4 BN (19,04%); VK *P. aeruginosa*: 2 BN (9,52%); VK *M. catarrhalis*: 1 BN (4,76%). Đánh giá mức độ kháng kháng sinh của các chủng VK phân lập được cho thấy:

- Tụ cầu (*S. aureus*) kháng với hầu hết kháng sinh thông thường, chỉ còn nhạy cảm với vancomycin (42%), fosmicin (35%), quinolon (29%).

- Phế cầu *S. pneumoniae* kháng với nhiều loại kháng sinh, tuy còn nhạy cảm với một số kháng sinh mạnh như nhóm cephalosporin thế hệ 3, 4 (ceftazidim, rocephine...) hay kháng sinh mạnh khác (imipenem, quinolon...).

- Các VK gram âm (*K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *M. Catarrhalis*) kháng với hầu hết kháng sinh, kể cả đa kháng sinh (nhiều loại kháng sinh một lúc).

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, không có sự khác biệt rõ rệt về giới ở các đối tượng

ngiên cứu. Lứa tuổi hay gặp từ 3 - 7 tuổi. Khác với nhận định: đa số bệnh nhi viêm phổi lan tỏa, lứa tuổi hay mắc bệnh < 2 tuổi. Kết quả này phù hợp với nhận định của Brom Berg K. [2] khi theo dõi 163 trường hợp VPT ở trẻ em.

3 biểu hiện triệu chứng cơ năng hay gặp ở đối tượng nghiên cứu là: ho có đờm, sốt cao và triệu chứng thần kinh kích thích hoặc li bì. Đa số trẻ sốt cao cấp tính, sau đó ho nhiều đờm, một số trẻ lớn kêu đau ngực. Đây là dấu hiệu lâm sàng có giá trị gợi ý chẩn đoán [3]. Cũng giống như đa số trẻ viêm phổi chung ở các thể bệnh khác, > 50% trẻ không được can thiệp điều trị ở các cơ sở y tế, hoặc không được điều trị hoặc gia đình tự cho con uống thuốc. Chứng tỏ công tác chăm sóc và truyền thông y tế chưa đạt yêu cầu.

Thời gian diễn biến bệnh chỉ trong 1 - 2 ngày đã phải nhập viện gặp ở đa số bệnh nhi (61,76%), chứng tỏ tình trạng bệnh khá cấp tính, diễn biến nhanh, tổn thương phổi khu trú gây bệnh cảnh nhiễm trùng cấp. Đây có thể là dấu hiệu gợi ý thêm trong chẩn đoán. Nhận định này cũng phù hợp với nhận xét của Lee G.E. [4].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 30,88% BN có các bệnh lý kèm theo, chủ yếu là thiếu máu và suy dinh dưỡng. Đây là điểm cần lưu ý khi điều trị phối hợp [3].

3 triệu chứng nổi trội về tần suất hay gặp khi thăm khám thực thể là: thở nhanh, hội chứng đông đặc và rút lõm lồng ngực phần nào lý giải tình trạng nhiễm trùng cấp, diễn biến nhanh, dễ nặng lên và tổn thương khu trú tập trung ở 1 vùng của phổi. Trong nghiên cứu của Aref G.H. [1], dấu hiệu ran

bệnh lý kèm rút lõm lồng ngực và đau ngực hay gặp hơn cả.

30,88% trẻ có biểu hiện khó thở từ nhẹ đến nặng, chủ yếu khó thở độ I (17/21 BN = 80,95%). Như vậy, thể hiện bệnh thường cấp tính, tiến triển nhanh nhưng không quá nặng nề. Có lẽ ở lứa tuổi 3 - 7, khả năng đề kháng của hệ miễn dịch của trẻ đã cải thiện [4].

Hình ảnh tổn thương phổi trên X quang giúp chẩn đoán xác định viêm phổi tập trung và vị trí của vùng tổn thương. Kết quả phân tích hình ảnh X quang phổi cho thấy, có tới 44,29% BN viêm phổi tập trung ở thùy trên phải và 20,58% viêm phổi tập trung ở thùy dưới phổi. Đây là sự khác biệt khá rõ rệt về vị trí tổn thương tập trung ở các thùy phổi khác nhau. Liệu có liên quan đến các yếu tố giải phẫu, sinh lý của quá trình thông khí hay một yếu tố nào khác? [2].

Số liệu thu được từ kết quả phân lập VK trong bệnh phẩm dịch đường thở, bao gồm dịch nội khí quản và dịch rửa phế quản phế nang cho thấy:

Tỷ lệ phân lập được VK của đối tượng nghiên cứu không cao (24 BN = 35,29%). Điều này có thể phụ thuộc vào thời điểm lấy bệnh phẩm thường muộn sau khi đã có tác động của điều trị kháng sinh tại nhà hoặc ở bệnh viện [3]. Tuy nhiên, giá trị khoa học của các chủng VK phân lập được rất có ý nghĩa.

Đa số các chủng VK đều thuộc VK bệnh viện như tụ cầu và các VK gram khác. Nhận định này phù hợp với nghiên cứu của Hildenwall H. [3] và Lee G.H. [4] về tác nhân VK gây viêm phổi tập trung ở trẻ em. Cần lưu ý là tình trạng kháng kháng sinh của các chủng VK khá nghiêm trọng, phải theo dõi phối hợp giữa lâm sàng và kết quả kháng sinh

đồ trong lựa chọn phương pháp điều trị cho BN. Điều trị thông thường cải thiện lâm sàng sớm hơn trên hình ảnh X quang.

KẾT LUẬN

Một số dấu hiệu lâm sàng nổi bật trong viêm phổi tập trung ở trẻ em từ 3 - 7 tuổi là: sốt cao, ho có đờm, diễn biến cấp tính, thở nhanh và hội chứng đông đặc.

Căn nguyên VK hay gặp là tụ cầu, phế cầu, *K. pneumonia* và trực khuẩn mủ xanh. Đa số các chủng VK này đều có khả năng kháng kháng sinh cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aref G.H, Osman M.Z, Zaki. Clinical and radiologic study of the frequency and presentation of chest infection in children. J Egypt Public Health Assoc. 1992, 67 (5 - 6), pp.655-673.

2. Brom Berg K, Hammerschlag M.R. Diagnosis of pneumonia in children. Semin Respir Infect. 1997, Sep 2, pp.159-165.

3. Hildenwall H, Rutebemberwa E, Nsabagasani. Local illness concepts implications for management of childhood pneumonia in Eastern. Acta Trop. 2007, Mar, 101 (3), pp.217-224.

4. Lee G.E, Lorch S.A, Seffler Colin S. National hospitalization trends for pediatric pneumonia and associated complications. Pediatric. 2010, Aug, 2, pp.204-213.

