

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG/CẬN LÂM SÀNG VÀ GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM CURB-65 TRONG PHÂN TẦNG NGUY CƠ BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Đăng Tố<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Chí<sup>2</sup>, Đỗ Ngọc Sơn<sup>2</sup>

(1) Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, (2) Bệnh viện Bạch Mai

**Đặt vấn đề:** Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) có biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân VPMPCD rất đa dạng, cùng với tình trạng kháng thuốc làm cho việc chẩn đoán và tiên lượng trở nên khó khăn. Cần thiết để có một nghiên cứu về thang điểm đơn giản để đánh giá mức độ nặng tại thời điểm khám ban đầu. **Mục tiêu:** (i) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh VPMPCD; (ii) Đánh giá giá trị của thang điểm CURB-65 trong tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân VPMPCD. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 150 bệnh nhân VPMPCD tại Khoa Khám bệnh – Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2016; Nghiên cứu mô tả hồi cứu với việc thu thập số liệu dựa vào hồ sơ bệnh án lưu trữ tại phòng khám. **Kết quả:** Kết quả cho thấy triệu chứng cơ năng thường gặp: ho đờm, sốt, khó thở, đau ngực, ho khan. Trên phim X-quang phổi tổn thương gặp nhiều hơn ở một bên phổi phải, các xét nghiệm ure máu  $\geq 7$  mmol/lít, CRP  $> 5$  mg/dl, BC  $> 10.000$  G/L. Bệnh gặp nhiều nhất ở mức CURB-65 mức 0 điểm, 1 điểm, 2 điểm, rất thấp ở mức 3 điểm với bệnh nhân có thời gian điều trị kéo dài nhất; và không có mức 4, 5 điểm. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đặc trưng theo chẩn đoán VPMPCD. Thang điểm CURB-65 đơn giản có thể đưa vào sử dụng để đánh giá cho thấy hầu hết bệnh nhân nghiên cứu đều ở mức độ điểm thấp của CURB-65.

**Từ khóa:** Viêm phổi cộng đồng, thang điểm CURB-65

## Abstract

## CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS AND EVALUATION OF CURB-65 IN RISK STRATIFICATION OF COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA AT PHU THO GENERAL HOSPITAL

Nguyen Dang To<sup>1</sup>, Nguyen Van Chi<sup>2</sup>, Do Ngoc Son<sup>2</sup>

(1) Phu Tho General Hospital, (2) Bach Mai Hospital

**Overview:** Community Acquired Pneumonia (CAP) had diverse clinical and laboratory manifestations in addition to the emerging of drug resistance made it difficult for the diagnosis and prognosis. There is a necessity for a simple risk stratification at the initial examination. **Objectives:** (i) To identify the clinical and laboratory characteristics of CAP; (ii) To evaluate the risk stratification score CURB-65 in the prognosis of CAP. **Subjects and Methods:** A retrospective study on medical record of 150 patients visited the Out Patient Department of Phu Tho General Hospital from January to September, 2016. **Results:** Our results showed that the most common clinical manifestations were productive cough, fever, chest pain and dry cough. Lung infiltration on the right side was more common on the chest X ray, serum urea  $\geq 7$  mmol/L, CRP  $> 5$  mg/dl, BC  $> 10.000$  G/L. Majority of patient had CURB-65 of 0-2, whereas, very few patients had CURB-65 of 3 and there was no patient with CURB-65 of 4 to 5. **Conclusions:** Clinical and laboratory manifestation was typical for CAP. CURB-65 was a simple tool for the risk stratification. Most of our patients was in the low risk groups.

**Key words:** Community Acquired Pneumonia (CAP), CURB-65.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng bao gồm các nhiễm khuẩn phổi xảy ra ở ngoài bệnh viện, biểu

hiện bằng viêm phổi thùy, viêm phổi đám, hoặc viêm phổi không điển hình. Đặc điểm chung là hội chứng đông đặc của phổi và bóng mờ phế nang

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Đăng Tố, Email: bsnguyendangtohsc19@gmail.com

- Ngày nhận bài: 3/1/2017; Ngày đồng ý đăng: 12/4/2017; Ngày xuất bản: 20/4/2017

DOI: 10.34071/JPM

7

hoặc mô kê trên phim X quang phổi. Bệnh do vi khuẩn, virus, nấm và một số tác nhân khác nhưng không bao gồm trực khuẩn lao. Trên thế giới tỷ lệ VPMPĐ khác nhau tùy từng quốc gia, ở Mỹ hàng năm có khoảng 5,6 triệu trường hợp mắc VPMPĐ, 20% nhập viện, 10% trong số này cần nhập và điều trị tại khoa hồi sức tích cực [1]. Ở Việt Nam, viêm phổi chiếm 12% các bệnh phổi. Trong số 3606 bệnh nhân điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai từ 1996 – 2000 có tới 345 bệnh nhân viêm phổi (9,57%) đứng hàng thứ tư [2]. Biểu hiện lâm sàng/cận lâm sàng của bệnh nhân VPMPĐ rất đa dạng, cùng với tình trạng kháng thuốc kháng sinh làm cho việc chẩn đoán, điều trị, tiên lượng trở nên khó khăn phức tạp hơn. Việc đánh giá mức độ nặng ở bệnh nhân VPMPĐ giúp các bác sĩ ở Khoa Cấp cứu/Khoa Khám bệnh quyết định cho bệnh nhân điều trị ngoại trú, nhập khoa hô hấp hay hồi sức tích cực, lựa chọn kháng sinh thích hợp cho từng nhóm có mức độ nặng khác nhau. Thang điểm CURB-65 là thang điểm đơn giản, dễ áp dụng trong thực hành lâm sàng tiên lượng điều trị bệnh nhân VPMPĐ [3]. Tuy nhiên, hiện nay ở Việt Nam hầu như chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá giá trị về các thang điểm tiên lượng VPMPĐ. Do đó nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh VPMPĐ
2. Đánh giá giá trị của thang điểm CURB-65 trong tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân VPMPĐ

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán là VPMPĐ khám tại Khoa Khám bệnh – Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

**2.2. Thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1 năm 2016 đến hết tháng 9 năm 2016.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

- a. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu
- b. Cỡ mẫu: cỡ mẫu thuận tiện
- c. Thu thập số liệu: theo bệnh án nghiên cứu được thu thập từ hồ sơ bệnh án tại phòng khám.
- d. Biến số: 4 nhóm biến số về đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các tiêu chuẩn đánh giá thang điểm CURB-65

**2.4. Xử lý và phân tích số liệu:** bằng phần mềm SPSS 16.0

### 2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Tuân thủ các qui trình về đạo đức trong nghiên cứu Y học, nghiên cứu dựa trên số liệu sẵn có, mọi thông tin cá nhân được đảm bảo bí mật.
- Kết quả chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## 3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### 3.1. Triệu chứng lâm sàng/cận lâm sàng của bệnh nhân VPMPĐ

#### 3.1.1. Các triệu chứng cơ năng và thực thể

**Bảng 3.1.** Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân VPMPĐ khi vào viện

| Triệu chứng     |                    | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|--------------------|--------|-----------|
| <b>Cơ năng</b>  | Sốt                | 107    | 71        |
|                 | Ho khan            | 37     | 24,5      |
|                 | Ho đờm             | 113    | 75,5      |
|                 | Tức ngực           | 71     | 47        |
|                 | Khó thở            | 92     | 61,5      |
|                 | Mệt mỏi            | 28     | 18,5      |
| <b>Thực thể</b> | Không triệu chứng  | 12     | 8         |
|                 | Hội chứng đông đặc | 25     | 16,7      |
|                 | Hội chứng 3 giảm   | 11     | 7,3       |
|                 | Ran ẩm, ran nổ     | 102    | 68        |

**Nhận xét:** Triệu chứng ho đờm xuất hiện nhiều nhất 75,5% sau đó là sốt 71%. Qua thăm khám phổi có 68% bệnh nhân có ran ẩm, ran nổ; tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng đông đặc là 16,7% nhiều hơn bệnh nhân có hội chứng ba giảm.

### 3.1.2. Các kết quả cận lâm sàng

**Bảng 3.2.** Kết quả xét nghiệm dấu ấn phản ứng viêm và X quang phổi của bệnh nhân VPCĐMP

| Cận lâm sàng |               | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|--------------|---------------|--------|-----------|
| CRP          | > 20mg/Dl     | 42     | 28        |
|              | 5 – 20 mg/dL  | 76     | 50,7      |
| Bạch cầu     | > 10.000      | 76     | 50,7      |
|              | < 4.000       | 1      | 0,7       |
| Xquang phổi  | Phổi phải     | 62     | 41,3      |
|              | Phổi trái     | 36     | 24        |
|              | Cả hai bên    | 42     | 28        |
|              | Không thấy gì | 10     | 6,7       |

**Nhận xét:** Đánh giá mức độ viêm theo CRP có 50,7% bệnh nhân ở mức tăng CRP trung bình, 28% có mức tăng >20mg/dL. Tỷ lệ bệnh nhân tăng bạch cầu >10.000 là 50,5%, chỉ có 0,7% (1 người) có bạch cầu ở mức <4000. Hình ảnh tổn thương ở 1 bên phổi phải nhiều hơn phổi trái, chiếm tỷ lệ lần lượt là 41,3% và 24%. Có 28% bệnh nhân có hình ảnh tổn thương cả hai bên phổi và 14% không thấy tổn thương trên X quang phổi.

**Bảng 3.3.** Các kết quả xét nghiệm khác

|                          | Trung bình $\pm$ SD | Tối thiểu | Tối đa |
|--------------------------|---------------------|-----------|--------|
| Ure (mmol/L)             | 11,8 $\pm$ 5,4      | 3,6       | 16,5   |
| Creatinin ( $\mu$ mol/L) | 110 $\pm$ 14,4      | 71,2      | 182,9  |
| Protein (g/L)            | 67 $\pm$ 9,5        | 60,3      | 78,4   |
| Albumin (g/L)            | 34,5 $\pm$ 4,6      | 29,4      | 38,1   |
| Cholesterol (mmol/dL)    | 5,3 $\pm$ 2,5       | 3,1       | 8,4    |
| Triglycerid (mmol/dL)    | 2,1 $\pm$ 2,5       | 1,2       | 4,9    |
| Glucose (mmol/L)         | 7,8 $\pm$ 3,4       | 3,5       | 11,6   |
| Pro-BNT (pg/mL)          | 1539 $\pm$ 1831     | 51        | >9000  |
| Troponin T (ng/mL)       | 0,3 $\pm$ 1,1       | < 0,01    | 3,4    |
| Na (mEq/L)               | 138,2 $\pm$ 6,8     | 128       | 150    |
| K (mEq/L)                | 4,5 $\pm$ 0,9       | 2,9       | 5,4    |

**Nhận xét:** Các xét nghiệm đánh giá tình trạng chức năng thận ure cao nhất là 16,5mmol/L, creatinin cao nhất là 182,9 $\mu$ mol/L. Các xét nghiệm đánh giá tổn thương cơ tim, đường máu cũng ở mức khá cao. Natri và kali máu nằm trong giới hạn bình thường.

### 3.2. Liên quan giữa thang điểm CURB-65 với tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân VPMPCD

**Bảng 3.4.** Liên quan giữa thang điểm CURB-65 với bệnh nhân cần nhập viện

| Điểm CURB-65 | Nhập viện |     | Không nhập viện |      | P        |
|--------------|-----------|-----|-----------------|------|----------|
|              | Tần số    | %   | Tần số          | %    |          |
| 0            | 0         | 0   | 32              | 21,3 | p < 0,05 |
| 1            | 12        | 8,0 | 69              | 46   |          |
| 2            | 12        | 8,0 | 15              | 10   |          |
| 3            | 9         | 6,0 | 1               | 0,7  |          |
| 4            | 0         | 0   | 0               | 0    |          |
| 5            | 0         | 0   | 0               | 0    |          |
| Tổng số      | 33        | 22  | 117             | 78   |          |

**Nhận xét:** Bệnh nhân nhập viện chủ yếu là nhóm 1 điểm và 2 điểm với tỷ lệ như nhau 8%, thấp hơn là 9% với mức 3 điểm và không có bệnh nhân ở các mức 4 và 5 điểm.

**Bảng 3.5.** Liên quan giữa điểm CURB-65 với số ngày điều trị

| Điểm CURB-65 | n  | Số ngày điều trị trung bình (ngày) | P      |
|--------------|----|------------------------------------|--------|
| 0            | 0  | 0                                  | < 0,01 |
| 1            | 12 | 4,0 ± 2,66                         |        |
| 2            | 12 | 6,74 ± 4,66                        |        |
| 3            | 9  | 9,03 ± 3,79                        |        |
| 4            | 0  | 0                                  |        |
| 5            | 0  | 0                                  |        |
| Tổng         | 33 | 6,89 ± 3,02                        |        |

**Nhận xét:** Điểm CURB-65 bằng 3 có số ngày điều trị trung bình dài nhất (9,03 ± 3,79); Nghiên cứu của chúng tôi không có điểm 4/5 nhưng nhìn chung điểm CURB-65 càng cao thì số ngày điều trị trung bình càng dài, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

#### 4. BÀN LUẬN

##### 4.1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân VPMPCT

Các triệu chứng cơ năng và toàn thân của VPMPCT bao gồm sốt (71%), ho, khạc đờm (75,5%), khó thở (64,5%), đau ngực (47%), đây là triệu chứng chính làm bệnh nhân phải đến viện và có giá trị hướng dẫn chẩn đoán. Kết quả nghiên cứu gần với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hồi (2003) [2] với 86,8% sốt, ho đờm 86,8%, đau ngực 47,7% và kết quả của J.Hawboldt và cộng sự [4] (2007) gặp sốt 80,0%, ho 90%, khó thở 60%, đau ngực 50%. Trong nghiên cứu này của chúng tôi không có người bệnh nào có các triệu chứng cơ năng và toàn thân nặng.

Triệu chứng thực thể đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán xác định cũng như định khu tổn thương tại phổi. Hội chứng đông đặc được xem là điển hình trong viêm phổi, sau đó là các tổn thương như ran ẩm, ran nổ, một số trường hợp do phản ứng viêm có thể tiết dịch và gây tràn dịch màng phổi. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hồi với tỷ lệ ran ẩm, ran nổ gặp nhiều nhất 89,5%, hội chứng đông đặc 21,0%, hội chứng ba giảm 10,5%. Điều này có thể do ngày nay tình trạng viêm phổi cộng đồng do nhóm vi khuẩn không điển hình gây nên ngày càng gia tăng, do vậy những biểu hiện điển hình của viêm phổi cũng ko còn đầy đủ.

##### 4.2. Triệu chứng cận lâm sàng của bệnh nhân VPMPCT

Kết quả trên phim Xquang phổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Phí Thị Thục Oanh (2013) [5] và Lê Chung Thủy (2012) [6] với tổn thương phổi phải (34 - 37%) thường gặp hơn phổi trái (20 - 23%).

Trong nghiên cứu này, đánh giá mức độ viêm theo sự tăng nồng độ CRP chia làm 3 mức độ: nhẹ (0,5 – 4 mg/dl) 21,3%; mức độ trung bình (4 - 20 mg/dl) 50,7%; mức độ nặng (> 20 mg/dl) 28% cũng giống nghiên cứu của Phí Thị Thục Oanh [5]. Theo nghiên cứu của R Menedez (2008) [7] chỉ ra rằng việc kết hợp nồng độ CRP huyết thanh với điểm PSI hay CURB-65 rất có ý nghĩa trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân VPMPCT.

##### 4.3. Thang điểm CURB-65 với tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân

Trong nghiên cứu này, CURB-65 0 điểm có 32 người bệnh chiếm 21,3% thì đều được cho điều trị ngoại trú. Kết quả theo dõi người bệnh có kết quả tốt, không có diễn biến gì đặc biệt. Tại nhóm CURB-65 1 điểm, có 69 người bệnh (46%) được chỉ định điều trị ngoại trú và chỉ có 12 người bệnh điều trị nội trú (8%) cho kết quả tốt. Nhóm CURB-65 2 điểm, có 15 người bệnh điều trị ngoại trú (10%) và 12 người bệnh điều trị nội trú (8%), tỷ lệ tương đương nhau, cũng cho kết quả khả quan. Nhóm CURB-65 3 điểm chỉ có 10 người bệnh, nhưng có tới 9 người (6%) phải điều trị nội trú nhưng cũng cho kết quả tốt. Sự khác biệt giữa các nhóm là rất có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.001$ . Như vậy, qua đây cho thấy điểm CURB-65 càng cao thì tình trạng càng nặng, càng phải cân nhắc cho vào điều trị nội trú. Mặc dù các nghiên cứu khác không phân tích nhiều về vấn đề này, mặt khác nghiên cứu

của chúng tôi cũng chưa đầy đủ hết các nhóm nhưng cũng cho thấy CURB-65 cũng có giá trị rất lớn trong việc đánh giá và tiên lượng điều trị người bệnh.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 150 người bệnh VPCĐMP và bước đầu áp dụng thang điểm CURB-65 trong việc đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân tại khoa Khám Bệnh –BVĐK tỉnh Phú Thọ từ tháng 1/2016 đến tháng 9/2016 rút ra một số kết luận sau:

### 5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Triệu chứng lâm sàng gặp phổ biến nhất là ho

đờm, sốt, khó thở, đau ngực và ho khan.

- Xquang phổi: tổn thương gặp đáng kể ở phổi phải, giảm đi ở cả hai bên và phổi trái theo thứ tự.

- Xét nghiệm: ure máu  $\geq 7$  mmol/lít 57,9%; CRP  $>5$ mg/dl 78.7%; BC  $>10.000$  G/L 50.5%.

### 5.2. Giá trị thang điểm CURB-65 trong tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân VPCĐMP

- Bệnh gặp nhiều nhất ở mức độ CURB-65 mức 1 điểm là 54%, mức 0 điểm là 21.3%, mức 2 điểm 18%, còn lại mức 3 điểm 6.7%

- Điểm CURB-65 càng cao càng phải cân nhắc kỹ cho chỉ định điều trị nội trú.

----

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu và Nguyễn Thanh Thủy (2011), “Đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học của VPMPĐ”, *Tạp chí nghiên cứu y học*, 73(2).

2. Nguyễn Thanh Hồi (2003), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học của VPMPĐ do vi khuẩn hiếu khí điều trị tại khoa hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai*.

3. Chu Văn Ý (1999), *Viêm phổi*, Bách khoa toàn thư bệnh học, Nhà xuất bản y học, 369 - 372.

4. John Hawboldt, BSP, ACRP và các cộng sự. (2007), “community acquired pneumonia”, *school of Pharmacy-Memorial University of Newfoundland- Canada, Hoa Pharm. 2007*, 32(10), tr. 44-50.

5. Phí Thị Thục Oanh (2013), *Nghiên cứu áp dụng một số thang điểm trong đánh giá mức độ nặng ở bệnh nhân Viêm phổi mắc phải cộng đồng tại bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa I Hà Nội.

6. Lê Chung Thủy (2012), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân VPMPĐ tại bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn Thạc sỹ y học Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

7. R Menendez, R Martinez và et al (2009), “Biomarkers improve mortality prediction by prognostic scales in community-acquired pneumonia, *Thorax 2009*”, 64, tr. 587 - 591.