



VIÊM PHỔI HÍT TRÊN NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Dịch từ UpToDate

BS. NGUYỄN HOÀNG LỘC

March 26, 2022
Authored by: UpToDate

Bảng nội dung

A. GIỚI THIỆU	2
B. ĐỊNH NGHĨA	2
C. CÁC TÌNH TRẠNG DỰ BÁO TRƯỚC KHẢ NĂNG SẼ HÍT SẠC	3
D. VIÊM PHỔI HÓA CHẤT	4
I. Sinh Lý Bệnh	5
II. Các Đặc Điểm Lâm Sàng	6
III. Chẩn Đoán	6
IV. Điều Trị	6
E. VIÊM PHỔI NHIỄM KHUẨN	7
I. Sinh Lý Bệnh	8
II. Vi sinh	8
III. Các Đặc Điểm Lâm Sàng	9
IV. Đánh Giá	10
V. Chẩn Đoán	10
VI. Điều Trị	10
1. Lựa chọn thuốc	10
a) Viêm phổi hít mắc phải ở cộng đồng	11
<i>Bảng 1: Lựa chọn kháng sinh trên bệnh nhân viêm phổi hít mắc phải cộng đồng</i>	11
<i>Bảng 2: Các yếu tố nguy cơ viêm phổi cộng đồng gây ra bởi MRSA và Pseudomonas</i>	12
b) Viêm phổi hít mắc phải tại bệnh viện hoặc từ chăm sóc y tế	13
<i>Lược đồ 1: Điều trị phác đồ kinh nghiệm trên bệnh nhân viêm phổi hít mắc phải bệnh viện (không thở máy) và chức năng thận bình thường</i>	14
c) Trường hợp bệnh nhân dị ứng với Penicillin	15
d) Các kháng sinh khác	15
2. Thời gian điều trị và chuyển sang kháng sinh đường uống	16
3. Hiệu quả	16
4. Outcomes	17
F. TẮC NGHẼN CƠ HỌC	17
I. Hít sặc các dịch lỏng – Các loại dịch điển hình hay hít sặc mà bản chất chúng không gây độc cho phổi gồm:	17
II. Hít sặc các hạt có tính chất rắn	18
G. VIÊM PHỔI LIPOID	19
H. PHÒNG NGỪA	20
I. TÓM TẮT VÀ CÁC KHUYẾN CÁO	21

Aspiration pneumonia in adults

Author: [Michael Klompas, MD, MPH](#)

Section Editor: [Daniel J Sexton, MD](#)

Deputy Editors: [Helen Hollingsworth, MD](#), [Sheila Bond, MD](#)

[Contributor Disclosures](#)

All topics are updated as new evidence becomes available and our [peer review process](#) is complete.

Literature review current through: **Feb 2022**. | This topic last updated: **Nov 30, 2021**.

A. GIỚI THIỆU

Viêm phổi hít sẽ dẫn đến một chuỗi các kết quả tồi tệ, nguyên nhân là do hít phải dịch dạ dày hoặc có thể dịch tiết hầu họng, mà có thể chứa vi khuẩn và/hoặc một độ PH thấp đi kèm, hoặc các chất ngoại lai (như các mảnh/dịch thức ăn, dầu khoáng, nước muối hoặc nước sạch) vào trong đường hô hấp dưới.

B. ĐỊNH NGHĨA

Gốc từ viêm phổi hít nên được sử dụng để chỉ các tình trạng hít phải các chất từ dạ dày hoặc từ hầu họng (*bảng 1*). Nguyên nhân là do sự suy chức năng phòng vệ và làm sạch (ví dụ: hôn mê, đóng thanh môn, hoặc phản xạ ho). Bản chất của vật chất xâm nhập, tình trạng bệnh phổi nền, và tình trạng lúc nhập viện là các thành tố sẽ chia viêm phổi hít thành ba hội chứng lâm sàng phổ biến nhất được đặt tên là: viêm phổi hóa chất, nhiễm khuẩn và tắc nghẽn đường thở. Song, thực tế là chúng thường chồng lấp lên nhau và khó phân định rõ ràng trên lâm sàng. Kiểu phân loại như trên là cần thiết để hiểu về viêm phổi hít.

- Viêm phổi hóa chất là do hít phải các vật chất (ví dụ như dịch acid dạ dày) mà có thể gây ra các phản ứng viêm trên đường thở dưới, không đi kèm nhiễm khuẩn.
- Viêm phổi hít nhiễm khuẩn là tình trạng nhiễm khuẩn do sự xâm nhập một lượng lớn vi khuẩn vào phổi qua các chất hít từ miệng và dạ dày. Các vi khuẩn này có thể là kỵ khí, yếm khí hoặc hỗn tạp. Các yếu tố nguy cơ gây viêm phổi hít gồm: rối loạn thần kinh, giảm ý thức, rối loạn thực quản, ói mửa và hít sặc có người chứng kiến.

Ngược lại, các mầm bệnh phổi biến gây ra viêm phổi hít vi khuẩn như: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, gram-negative bacilli, and *Staphylococcus aureus*, sẽ có độc tính mạnh hơn so với việc nhiễm thông thường, đến nỗi, chỉ một lượng nhỏ vi khuẩn là cũng đủ để kích hoạt một viêm phổi rõ ràng trên lâm sàng.

- Tắc nghẽn cơ học – là hít phải dịch hoặc các hợp chất gây tắc nghẽn đường thở, hoặc kích hoạt đóng phản xạ đóng đường thở nhưng không gây ra các phản ứng viêm mô kẽ phổi.

Một cách phân loại khác là, viêm phổi hít gây tổn thương phổi do hít dịch dạ dày, và viêm phổi hít gây viêm phổi do nhiễm khuẩn.

C. CÁC TÌNH TRẠNG DỰ BÁO TRƯỚC KHẢ NĂNG SẼ HÍT SẠC

Hít một lượng nhỏ các chất bài tiết ở dịch hầu họng thì khá phổ biến kể cả ở người khỏe mạnh và nhìn chung sẽ không gây ra hậu quả gì. Các test đã cho thấy ít nhất một nửa số người khỏe mạnh hít sặc trong khi ngủ. Do đó, hầu hết các tình huống hít sặc sẽ là bán cấp và/hoặc tự giải quyết nhanh chóng mà không hề có biểu hiện lâm sàng. Một số lượng nhỏ các trường hợp sẽ có biểu hiện lâm sàng tùy thuộc vào thể tích và chất hít sặc cũng như sự phòng vệ thất bại của cơ thể vật chủ.

Các tình trạng mà có thể tiên lượng trước khả năng sẽ có hít sặc bao gồm: giảm nhận thức, không thể nuốt bình thường, suy khả năng làm sạch đường thở (chức năng lông chuyển hoặc phản xạ ho), hoặc hít sặc thường xuyên hay hít sặc với thể tích lớn. Các tình trạng mà gây ra hít sặc thường xuyên hay hít thể tích lớn có thể tăng khả năng viêm phổi hít. Các ví dụ như sau đây:

- Giảm nhận thức (các thuốc an thần, sử dụng rượu, gây mê, động kinh toàn thể) có thể ảnh hưởng đến các cơ chế phòng vệ như phản xạ ho và phản xạ đóng nắp thanh môn.
- Rối loạn khả năng nuốt từ các khiếm khuyết thần kinh.
- Các rối loạn đường tiêu hóa trên bao gồm: bệnh thực quản, các can thiệp ngoại khoa vào đường thở hay thực quản, trào ngược dạ dày thực quản.

- Sự làm hư hại khả năng đóng nắp thanh môn, hay đứt/gãy cơ vòng thực quản dưới do các can thiệp như: mở khí quản, đặt nội khí quản, các ung thư đầu cổ, nội soi phế quản, nội soi dạ dày, cho ăn qua sonde mũi-dạ dày.
- Gây tê vùng hầu và các tình huống hỗn tạp khác như: ói, cho ăn qua ống lượng nhiều, cho ăn trên bệnh nhân đã phẫu thuật cắt dạ dày, tư thế lúc cho ăn.
- Vệ sinh răng miệng kém cũng tăng nguy cơ viêm phổi hít, bởi vì trong tình huống này khi hít phải các vi khuẩn thường trú ở miệng rất có khả năng sẽ chuyển thành các chủng gây bệnh.
- Lớn tuổi cũng tăng nguy cơ viêm phổi hít, do các bệnh lão khoa (tai biến, các bệnh suy nhận thức thần kinh, rối loạn ý thức do thuốc).
- Ngưng tuần hoàn hô hấp là một tình huống với nguy cơ đặc biệt cao cho viêm phổi hít vì các thủ thuật hồi sinh như CPR, đặt nội khí quản, bóp mask.

Có một mối liên hệ giữa các thuốc làm giảm bài tiết acid và viêm phổi mắc phải cộng đồng, viêm phổi thở máy, viêm phổi bệnh viện. Cơ chế phổ biến được cho là các thuốc này làm mất hàng rào acid bảo vệ dạ dày, làm các vi khuẩn sinh sôi lên dẫn đến viêm phổi nhiễm khuẩn khi chẳng may hít phải dịch dạ dày.

Trong một nghiên cứu, 1946 bệnh nhân nhập viện từ các trung tâm chăm sóc hay và cộng đồng, yếu tố nguy cơ phổi biến nhất gây viêm phổi hít mắc phải cộng đồng là: rượu, thuốc hoặc suy gan, ngược lại các yếu tố nguy cơ phổ biến nhất gây viêm phổi hít tại các trung tâm chăm sóc là: bệnh thần kinh mà gây ra các hậu quả như rối loạn nuốt (72%). Trong một nghiên cứu khác 134 bệnh nhân già (tuổi trung bình là 84), nhập viện với viêm phổi, 55% bệnh nhân này có rối loạn khẩu hầu được phát hiện qua test nuốt nước.

D. VIÊM PHỔI HÓA CHẤT

Viêm phổi hóa chất được mô tả đầu tiên bởi Mendelson vào năm 1946, và thỉnh thoảng nó cũng được gọi là hội chứng Mendelson. Viêm phổi hóa chất cũng xuất hiện xung quanh một cuộc can thiệp ngoại khoa, thường nhất là lúc đặt và rút nội khí quản, hoặc trong lúc nội soi vùng hầu.

Kết quả báo cáo của Mendelson quan sát thấy trên 61 thai phụ bị hít dịch dạ dày lúc gây mê. Suy hô hấp và tím tái nhanh chóng thường xuất hiện chỉ sau 02 giờ kể từ khi hít sặc. Xquang

cho thấy những đám mờ có thể ở một hay cả hai phổi. Bất chấp, lâm sàng ban đầu nặng cỡ nào thì tất cả 61 sản phụ đều hồi phục nhanh chóng trên lâm sàng chỉ sau 24-36 giờ, và trên Xquang là 4-7 ngày mà không cần sử dụng thuốc kháng sinh.

Những nghiên cứu sau đó đã chỉ ra rằng, viêm phổi hít dạng này sẽ thỉnh thoảng có một khoảng gọi là bùng nổ, mà có thể kết quả sẽ là ARDS (hội chứng nguy kịch hô hấp cấp). Trên những bệnh nhân viêm phổi hít biến chứng ARDS, các nghiên cứu khí máu đã cho thấy PaO₂ sẽ giảm, PaCO₂ có thể giảm hoặc bình thường, đi kèm với một tình trạng kèm hô hấp. Các nguyên nhân cơ chế gây giảm oxy máu gồm: phù phổi không do tim, giảm hoạt động của chất surfactant, phản xạ đóng đường dẫn khí, xuất huyết phế nang, và hình thành các màng hyaline. Kiểm tra chức năng phổi sẽ cho thấy một tình trạng giảm độ giãn nở, thông khí-tưới máu bất thường, và giảm độ khuếch tán khí.

Sự khác biệt trên lâm sàng của viêm phổi hít hóa chất được Mendelson báo cáo lần đầu tiên so sánh với các báo cáo của các nghiên cứu gần đây sẽ chỉ ra sự khác nhau của các loại bệnh nhân sẽ tiến triển đến các biến chứng vừa nêu. Mendelson đã mô tả trên những sản phụ trẻ và khỏe mạnh, còn các nghiên cứu gần đây thực hiện trên người già, yếu hoặc nhiều bệnh nền.

I. Sinh Lý Bệnh

Sinh lý bệnh của viêm phổi acid được nghiên cứu rộng trong các thí nghiệm trên động vật. Các nghiên cứu này cho thấy, sử dụng một lượng acid với thể tích đủ lớn (thường 1-4 ml/kg) và độ PH ≤ 2.5 sẽ là điều kiện cần để gây ra viêm phổi acid. Qui ra trên người là 70ml acid dạ dày. Một lượng ít hơn 70ml cũng vẫn có thể gây ra dạng viêm phổi không biểu hiện lâm sàng hoặc một dạng viêm phổi không phải kiểu bùng nổ. Các quan sát trên lâm sàng các đợt viêm phổi cứ tái đi tái lại với những đợt trào ngược dạ dày thực quản, thường đi kèm với một tình trạng xơ phổi, hỗ trợ cho quan điểm trên.

Các thay đổi bệnh học trên các động vật thí nghiệm tiến triển rất nhanh. Chỉ trong vòng 3 phút, xẹp phổi, xuất huyết quanh phế quản, phù phổi và hủy tế bào biểu mô phế quản xảy ra cấp kỳ. Trong vòng 4 giờ, các phế nang bị lấp đầy với các bạch cầu đa nhân và các sợi Fibrin. Màng hyaline sẽ xuất hiện trong vòng 48 giờ. Phổi vào thời điểm này xuất huyết và phù kinh khủng với tình trạng đông đặc phế nang.

Tất cả các dấu hiệu vừa nêu đã được nhìn thấy trên tử thi bệnh nhân viêm phổi hít. Cơ chế được giả định rằng là do sự giải phóng các cytokin tiền viêm, đặc biệt là TNF-alpha và IL-8.

II. Các Đặc Điểm Lâm Sàng

- Sự bùng lên, đột ngột các triệu chứng như: khó thở, ho, giảm oxy, nhịp tim nhanh trên các bệnh nhân có nguy cơ hít sặc
- Sốt, mà thường thường là với nhiệt độ thấp
- Rale lan tỏa hoặc rít khi nghe phổi.
- Các đám mờ trên hình ảnh phổi sẽ tùy thuộc vào loại phim chụp

III. Chẩn Đoán

Các chẩn đoán viêm phổi hóa chất thì thường dựa vào các đặc điểm lâm sàng và các quãng thời gian bệnh hoành hành như đã nêu trên. Sau khi nghi ngờ viêm phổi hít, những bất thường trên Xquang sẽ điển hình xuất hiện trong vòng 02 giờ. Nội soi phế quản, mặc dù là không cần thiết lắm, nhưng khi thấy các mảng đỏ hồng trên đường phế quản, đó là dấu hiệu chỉ ra có tổn thương do phồng acid.

IV. Điều Trị

Bệnh nhân mà hít sặc được chứng kiến, nên ngay lập tức được hút miệng –hầu, với tư thế đầu ở vị trí tránh cho bệnh nhân phải hít sặc nhiều hơn, còn với các bệnh nhân đã có nội khí quản thì phải ngay lập tức hút sạch dịch hoặc các chất mà có thể gây tắc nghẽn. Rửa phế quản-phế nang cũng có thể được sử dụng để làm sạch các chất, nhưng không có tác dụng bảo vệ phổi từ các tổn thương do hóa chất mà đang tiến triển.

- Chăm sóc hỗ trợ - Tiếp cận điều trị chính yếu là hỗ trợ oxy và thông khí cơ học trên những bệnh nhân bị suy hô hấp. (Sẽ được thảo luận ở một bài khác)
- Glucocorticoids toàn thân – Sử dụng cho điều trị viêm phổi hít hóa chất thì không được khuyến khích, các nghiên cứu quan sát trên người không chứng minh thấy lợi ích rõ ràng. Điều trị Glucocorticoids trên bệnh nhân ARDS được thảo luận trong một bài khác.
- Kháng sinh kinh nghiệm – Các nghiên cứu lâm sàng đã trình bày 13-26% bệnh nhân với các biến cố hít sặc được chứng kiến, đã bị nhiễm khuẩn phổi trong thời

gian hồi phục. Bởi vì, rất khó để có thể loại trừ nhiễm khuẩn phổi trên những bệnh nhân hít sặc, kháng sinh thì thường sẽ được kê ngay thời điểm hít sặc. Dĩ nhiên, một tỷ lệ cao bệnh nhân tự hồi phục sau khi bị viêm phổi hít, cũng như các nghiên cứu quan sát so sánh giữa việc không điều trị và có điều trị đã đề nghị rằng việc sử dụng kháng sinh nhìn chung là không cần thiết trên hầu hết bệnh nhân. Trong một nghiên cứu tổng quan hồi cứu với 200 bệnh nhân viêm phổi hít, là một ví dụ, người ta không thấy có sự khác biệt gì giữa nhóm không điều trị và có điều trị kháng sinh (không khác biệt trên tiêu chí nhập ICU hoặc tử vong).

Do đó, chúng tôi dùng kháng sinh trên những bệnh nhân hít sặc với suy hô hấp dai dẳng hoặc tiến triển với dấu hiệu viêm toàn thân. Với những bệnh nhân mà chúng tôi đã quyết định sử dụng kháng sinh, chúng tôi sẽ tái đánh giá lại xem có cần sử dụng tiếp hay không sau mỗi, 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ. Nếu chức năng phổi và dấu hiệu toàn thân đã quay lại mức nền thì kinh điển là chúng tôi sẽ ngưng kháng sinh.

E. VIÊM PHỔI NHIỄM KHUẨN

Viêm phổi hít nhiễm khuẩn nguyên nhân là do nhiễm các vi khuẩn thường trú ở đường hô hấp trên hoặc dạ dày. Như trước đây, viêm phổi hít được cho là nhiễm khuẩn các chủng ít độc, các vi khuẩn kỵ khí ở miệng và streptococci, là các chủng tồn tại thường trú trong khoang miệng. Nhiều nghiên cứu gần đây, đã cho thấy viêm phổi hít do kỵ khí không còn nổi bật nữa, mà nhấn mạnh sự phổ biến hơn các chủng có độc lực mạnh hơn gặp trong viêm phổi bệnh viện hay viêm phổi liên quan chăm sóc y tế như *S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* và các chủng trực khuẩn ái khí bắt buộc hay ái khí tùy nghi khác.

Sự nhiễm các mầm bệnh khác nhau được giải thích bởi: các tình huống khác nhau (nhiễm cộng đồng hay trong cơ sở chăm sóc hay nhiễm trong bệnh viện), tình trạng lúc nhập viện (khởi phát cấp hay là bán cấp), phương pháp lấy mẫu để làm vi sinh (hút trong khí quản, catheter với chải bảo vệ, hoặc hút xuyên ngực sau nội soi phế quản thường qui), sử lý mẫu thử tốt không, chất lượng của phòng lab, và có lấy trước khi dùng kháng sinh hay không. Mẫu đàm từ một bệnh nhân viêm phổi bệnh viện, mặc dù hút xuyên từ ngoài vào khí quản, sinh sôi ra những mầm bệnh ái khí là đương nhiên nhưng thỉnh thoảng vẫn mọc ra những mầm bệnh kỵ khí bắt buộc. Và hiện nay cũng đã bắt đầu xuất hiện nhiều hơn các nhiễm trùng phổi kỵ khí như: áp xe phổi, viêm phổi hoại tử, tràn mủ màng phổi, so với quá khứ và cũng chưa rõ nguyên nhân là vì sao.

I. Sinh Lý Bệnh

Như kiến thức tiêu chuẩn, đường hô hấp dưới kể từ thanh quản sẽ là vô khuẩn nên người ta thường lấy mẫu để làm vi sinh từ khoảng này (hút xuyên khí quản, hút xuyên ngực, hay nội soi phế quản với chải bảo vệ). Dĩ nhiên, nhiều nghiên cứu sử dụng kỹ thuật cấy độc lập, vẫn tìm thấy những microbiome trên suốt đường hô hấp từ mũi cho đến tận các phế nang.

II. Vi sinh

Trong quá khứ, kỵ khí và các hậu quả của nó (áp xe phổi, tràn mủ màng phổi) được tin là mầm bệnh chiếm ưu thế trong các biến cố viêm phổi hít, nhưng các nghiên cứu xa hơn đã cho thấy vi khuẩn ái khí có lẽ cũng phổ biến và có ảnh hưởng trên lâm sàng quan trọng.

Vai trò kỵ khí trong viêm phổi hít được xác định vào năm 1970 nhờ một kỹ thuật xác định kỵ khí đặc biệt. Việc thu thập mẫu kỵ khí được làm rất cẩn thận, lấy mẫu từ đường hô hấp dưới để tránh không cho tạp nhiễm các chủng từ đường hô hấp trên bằng kỹ thuật lấy mẫu xuyên khí quản, nội soi, kim hút xuyên ngực.

Kỵ khí được cấy ra từ các nhiễm trùng phổi là *Peptostreptococcus* (cầu khuẩn Gram dương), *Fusobacterium nucleatum* (fusiform gram-negative bacilli), *Fusobacterium necrophorum* (trực khuẩn Gram âm dài), *Prevotella*, *Bacteroides melaninogenicus* (delicate gram-negative bacilli), and other *Bacteroides* spp [50-54].

Các nghiên cứu sau này, đã cho thấy ái khí chiếm ưu thế nhiều hơn kỵ khí trong các viêm phổi hít, đặc biệt trên các bệnh nhân không có hình thành ổ áp xe, và nhiễm hỗn tạp vừa kỵ khí vừa ái khí cũng khá phổ biến, được minh chứng qua các nghiên cứu sau:

- Một nghiên cứu hồi cứu, 95 bệnh nhân đã điều trị lâu trong khu chăm sóc y tế, nay nhập ICU vì viêm phổi và thuộc nhóm nguy cơ của hít sặc, đã cho thấy trực khuẩn Gram âm là phổ biến nhất (gram-negative bacilli – 49%), tiếp theo là các chủng kỵ khí (16%) và *S.aureus* (12%).
- Trong nghiên cứu 212 bệnh nhân người Nhật với áp xe phổi, streptococci là bệnh nguyên phổ biến nhất (60%), và kỵ khí thì xếp hàng thứ 2 (26%).

- *Kỵ khí ít xuất hiện trong các tình huống viêm phổi hít trong bệnh viện, mà trong các tình huống này thường sẽ gặp Streptococci, S. aureus và trực khuẩn Gram âm.*

III. Các Đặc Điểm Lâm Sàng

Bức tranh lâm sàng của viêm phổi hít rất đa dạng, phụ thuộc vào thời điểm bệnh, tình trạng miễn dịch của bệnh nhân. Các ca viêm phổi ở cộng đồng, người ta nhận thấy rằng nếu nhiễm kỵ khí thì diễn tiến thường tương đối chậm. Sốt thì phổ biến, rét run thì không có. Thường thường nó có liên kết với các bệnh nha chu, mà sẽ ít gặp ở những bệnh nhân vệ sinh răng miệng sạch sẽ hay không có răng. Nếu là viêm phổi hít bệnh viện thì sẽ hay gặp S.aureus và trực khuẩn Gram âm, là các chủng hay gặp phổ biến trong khoang miệng của các bệnh nhân nội viện.

Hầu hết bệnh nhân nhập viện với các triệu chứng viêm phổi phổ biến như: ho, sốt, khạc đàm mủ và khó thở. Các ca mà nhiễm kỵ khí thì diễn tiến chậm hơn, kéo dài vài ngày hoặc vài tuần so với chỉ vài giờ như các mầm bệnh khác. Nhiều bệnh nhân có sụt cân, thiếu máu, là biểu hiện của tình trạng đã mạn tính. Nếu nhiễm S.aureus hay các trực khuẩn Gram âm, diễn tiến bệnh sẽ nhanh hơn nhiều.

Các đặc điểm lâm sàng mà sẽ đặc trưng cho viêm phổi hít nhiễm khuẩn bao gồm:

- Vắng mặt lạnh run
- Yếu tố có khả năng hít sặc, thường đi cùng tình trạng tri giác: lạm dụng thuốc, rượu, gây mê, hoặc nuốt khó.
- Bệnh nha chu
- Đờm có mùi hôi thối, đây là đặc điểm của nhiễm kỵ khí, mặc dù không thể loại bỏ các mầm bệnh ái khí khác.
- Nhuộm Gram cho thấy những hình dáng đơn dạng của kỵ khí với số lượng lớn.
- Xquang ngực cho thấy tổn thương phân thùy hoặc thùy phổi, một sự co thắt gây tắc nghẽn hay một vật ngoại lai. Hình ảnh học cho thấy bằng chứng của hoại tử phổi đi cùng với áp xe phổi hay tràn mủ sẽ nhất quán với nghi ngờ viêm phổi hít, mặc dù không thể chẩn đoán nhiễm kỵ khí.

Với bản chất diễn tiến chậm của kỵ khí, nhiều bệnh nhân sẽ nhập viện trễ và đa số là đã có các biến chứng như áp xe phổi, viêm phổi hoại tử hoặc tràn mủ. Còn nếu hít phải các chất ngoại lai như răng, hay dịch dạ dày thì diễn tiến nhanh hơn nhiều.

IV. Đánh Giá

Viêm phổi hít nhiễm khuẩn nên được nghi ngờ khi suy hô hấp mới xuất hiện hay ngày càng nặng lên sau khi bệnh nhân hít sặc hoặc trên cơ địa các bệnh nhân nhiều yếu tố nguy cơ hít sặc:

- **Nuốt khó** – Một bệnh sử được kể là ho trong khi ăn hay uống thì khá giống hít sặc, nhưng đôi khi hít sặc cũng có thể không gây phản xạ ho gì cả.
- **Các nghiên cứu về vi sinh** – Các nghiên cứu được thu thập phụ thuộc độ nặng của bệnh, như với viêm phổi cộng đồng. Trên những bệnh nhân nhập viện với viêm phổi hít, chúng tôi sẽ cấy máu, lấy đàm nhuộm Gram và cấy. Chúng tôi cũng đề nghị test kháng nguyên Streptococci nước tiểu.
Trên các bệnh nhân không nặng, các xét nghiệm đàm là đủ để xác định các mầm bệnh ái khí quan trọng trên lâm sàng.
- **Pro-calcitonin** – đã được chứng minh là vô dụng để xác định tình trạng nhiễm khuẩn phổi sau biến cố hít sặc. Trong một nghiên cứu trên 65 bệnh nhân đã đặt nội khí quản mà có hít sặc được chứng kiến, pro-calcitonin đo vào ngày 1 và ngày 3 của bệnh, không giúp phân biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân cấy vi sinh hô hấp dưới dương và cấy âm.
- **Hình ảnh học** – Thành thạo, hình ảnh học thông thường sẽ không thấy gì trong giai đoạn sớm, nhưng với CT sẽ giúp xác định viêm phổi. Vai trò chính của CT là xác định và mô tả bản chất các ổ áp xe, các vật lạ hay các sang thương gây tắc nghẽn, và bệnh màng phổi bao gồm tràn mủ.

V. Chẩn Đoán

Chẩn đoán viêm phổi hít thì chủ yếu dựa vào lâm sàng, yếu tố nguy cơ và bối cảnh (ở nhà, ở bệnh viện, ở các trung tâm chăm sóc bệnh mạn tính), các đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện, hình ảnh học các đám mờ phù hợp.

VI. Điều Trị

Ngược lại với viêm phổi hít hóa chất, kháng sinh được chỉ định cho những bệnh nhân viêm phổi hít nghi ngờ nhiễm khuẩn.

1. Lựa chọn thuốc

Việc chọn kháng sinh gì sẽ tùy thuộc vào bối cảnh xảy ra viêm phổi hít như: tại nhà hay tại bệnh viện, các nghi ngờ hít kỵ khí, độ nặng của bệnh và thông tin về dị ứng kháng sinh. Điều chỉnh thuốc dựa vào kết quả cấy và đáp ứng lâm sàng.

a) Viêm phổi hít mắc phải ở cộng đồng

Trên bệnh nhân nghi ngờ cao như nuốt khó, thay đổi nhận thức, hình ảnh học phù hợp (đông đặc phổi đặc trưng hoặc tổn thương kính mờ), và/hoặc dấu hiệu nhiễm kỵ khí (thở hôi, bệnh nha chu hay răng miệng nặng, vệ sinh răng miệng kém). Chúng tôi đề nghị ngoài phủ các tác nhân hay gặp trong viêm phổi hít mắc phải cộng đồng (eg, S.

pneumoniae) thì nên thêm vào kháng sinh chống kỵ khí. Khuyến cáo của chúng tôi khác với khuyến cáo của IDSA, họ không phủ kỵ khí khi không có ap xe phổi hoặc tràn mủ màng phổi.

Khi lâm sàng không có nghi ngờ gì, nhìn chung là chúng tôi sẽ điều trị như phác đồ điều trị viêm phổi cộng đồng chuẩn. Lưu ý, không có nghiên cứu nào so sánh phác đồ có phủ kỵ khí hay không có phủ kỵ khí.

Bảng 1: Lựa chọn kháng sinh trên bệnh nhân viêm phổi hít mắc phải cộng đồng

		Kháng sinh	Kháng sinh thay thế	Bình luận
Ngoại trú (không nguy cơ kháng thuốc *)				
		Amoxicillin-clavulanate (eg, 875 mg/125 mg uống 2 lần/ngày hoặc 2000 mg/125 mg tác dụng kéo dài uống 2 lần/ngày)	Moxifloxacin (là thuốc thay thế hoặc khi muốn phủ các tác nhân không điển hình) Hoặc Clindamycin	Chúng tôi thường không phủ các chủng không điển hình với kháng sinh nhóm Macrolide hay doxycycline
Nội trú				
	<u>Nhe</u>	Ampicillin-sulbactam	Ceftriaxone hoặc	chúng tôi thích phác đồ này hơn những phác

	<u>(không suy hô hấp hay huyết động)</u>	(1.5 to 3 g mỗi 6 giờ)	Cefotaxime Cộng với Metronidazole	đều có Cephalosporin, vì nó phủ kỵ khí tốt hơn
	<u>Nặng (suy hô hấp hay huyết động)</u>	Imipenem, Meropenem, hoặc Piperacillin-tazobactam		Các thuốc này phủ tốt tất cả kỵ khí cũng như hầu hết trực khuẩn Gram âm ái khí (nhóm carbapenems sẽ hơn piperacillin-tazobactam) Phủ thêm Pseudomonas và MRSA nếu bệnh nhân có nguy cơ *

*** xem bảng 2**

Các phác đồ thay thế dựa trên các dữ liệu hạn chế trong phòng thí nghiệm, đó là liệu pháp kết hợp với *Metronidazole* (500mg uống/truyền 3 lần/ngày) **cộng** *Amoxicillin* **hoặc** *Penicillin* **hoặc** *Ceftriaxone* (1-2g tĩnh mạch, một lần/ngày)

Metronidazole không nên sử dụng đơn trị vì khả năng thất bại 50% trong điều trị kỵ khí nhiễm trùng phổi màng phổi.

Bảng2 : Các yếu tố nguy cơ viêm phổi cộng đồng gây ra bởi MRSA và Pseudomonas

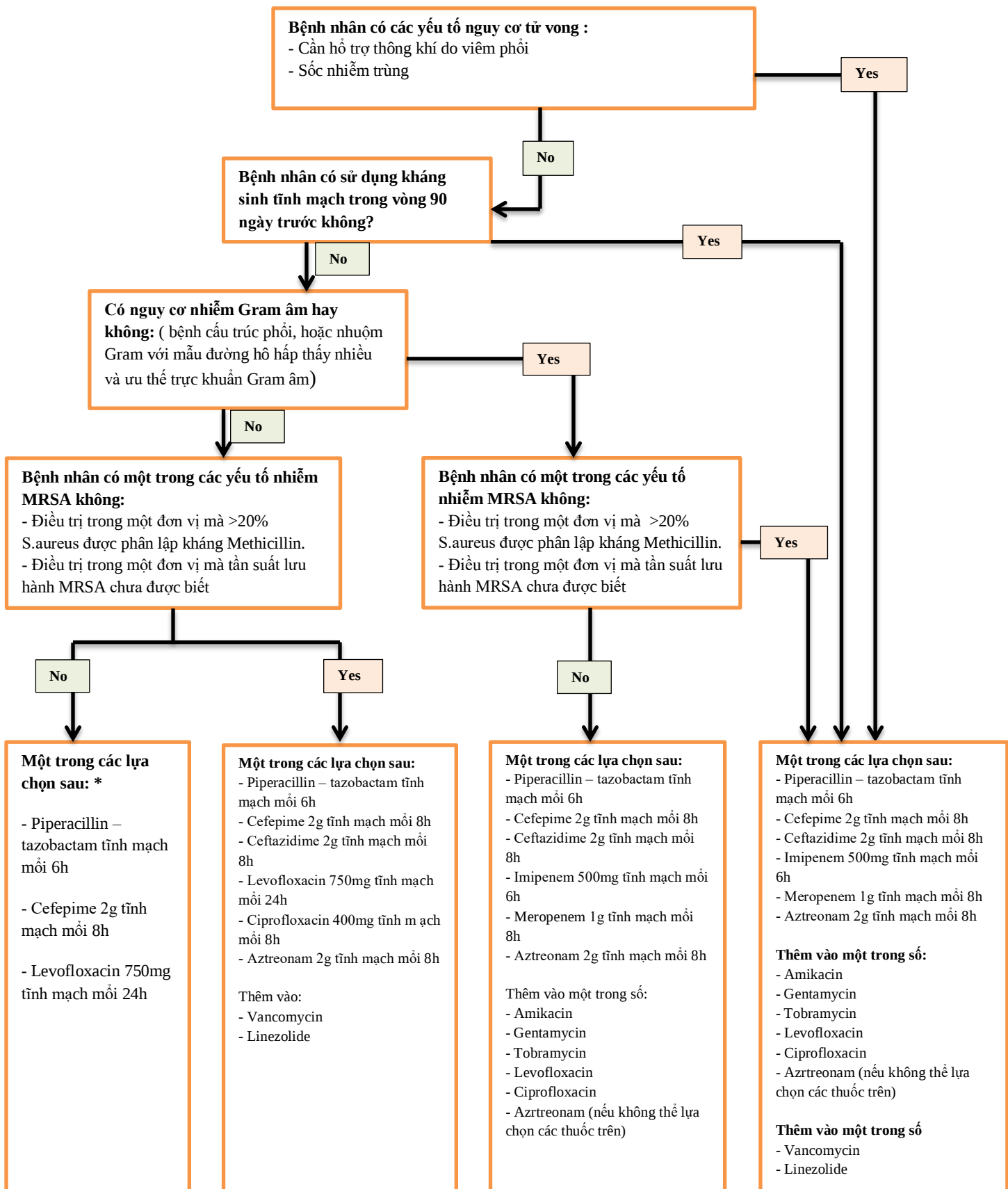
	MRSA	Pseudomonas
Các yếu tố nguy cơ cao		
	Nhiễm MRSA trước đó	Nhiễm Pseudomonas trước đó
	Phát hiện cầu khuẩn - Gram dương thành đám trong mẫu soi đàm chất lượng	Phát hiện trực khuẩn - Gram âm hình que trên mẫu soi đàm chất lượng
		Trong 3 tháng có nhập

		<i>viện sử dụng kháng sinh tĩnh mạch</i>
Các yếu tố nghi ngờ khác		
	<i>Nhập viện hay sử dụng kháng sinh gần đây</i>	<i>Nhập viện gần đây hoặc ở lâu trong các trung tâm chăm sóc sức khỏe</i>
	<i>Bệnh giống cúm gần đây</i>	<i>Sử dụng kháng sinh gần đây bất kể loại nào</i>
	<i>Viêm phổi hoại tử</i>	<i>Hay tái phát đợt cấp COPD phải dùng corticoid và/hoặc kháng sinh</i>
	<i>Tràn mủ màng phổi</i>	<i>Bệnh cấu trúc phổi (xơ phổi, khí phế thũng)</i>
	<i>Suy giảm miễn dịch</i>	<i>Suy giảm miễn dịch</i>
	<i>Các yếu tố nguy cơ thường trú MRSA:</i> • <i>Bệnh thận g/đ cuối</i> • <i>Sống môi trường đông đúc chật chội</i> • <i>Sử dụng thuốc tiêm truyền</i> • <i>Chơi các môn thể thao tiếp xúc nhiều</i> • <i>Đồng tính nam</i>	

b) Viêm phổi hít mắc phải tại bệnh viện hoặc từ chăm sóc y tế

Với loại này, thì các mầm bệnh ái khí, đặc biệt là các trực khuẩn Gram âm, S.aureus nhì chung sẽ chiếm phần phổ biến và đóng vai trò quan trọng hơn so với các mầm bệnh kỵ khí. Trong hầu hết các bệnh nhân, điều trị nhắm vào các bệnh nguyên này theo phác đồ viêm phổi bệnh viện đã đưa ra là đủ.

Lược đồ 1: Điều trị phác đồ kinh nghiệm trên bệnh nhân viêm phổi mắc phải bệnh viện (không thở máy) và chức năng thận bình thường



Dĩ nhiên, chúng tôi sẽ thêm kháng sinh chống kỵ khí trong các tình huống nguy cơ cao nhiễm kỵ khí (vd: tình trạng vệ sinh răng miệng kém, áp xe phổi và tràn mủ màng phổi đi kèm, hoặc ngày càng nặng lên trên lâm sàng mặc dù đã điều trị kháng sinh chống ái khí phù hợp). Khi cần phải điều trị kỵ khí hay các trực khuẩn Gram âm ái khí kháng thuốc (vd những người đã sử dụng kháng sinh đường tiêm truyền trong vòng 90 ngày trước). Chúng tôi đề nghị sử dụng một Carbapenem (imipenem, meropenem) hoặc piperacillin-tazobactam, do các thuốc này phủ tất cả các chủng kỵ khí cũng như hầu hết các trực khuẩn Gram âm ái khí (carbapenems tốt hơn piperacillin-tazobactam). Trước khi cấy và có trong tay các kết quả nhạy, các bệnh nhân nghi ngờ nhiễm MRSA nên được khởi trị thêm kháng sinh chống MRSA như Vancomycin hay Linezolid, nhưng nếu sau đó không phát hiện MRSA thì các kháng sinh này nên ngưng.

c) Trường hợp bệnh nhân dị ứng với Penicillin

Với các bệnh nhân ngoại trú, nếu có dị ứng với Penicillin thì moxifloxacin (400 mg, uống 1 lần/ngày) là một lựa chọn phù hợp, clindamycin (300 to 450 mg uống mỗi 8h) là lựa chọn thay thế, mặc dù nó đồng hành với nguy cơ nhiễm Clostridioides difficile

Với các bệnh nhân nội trú mà có thể sử dụng Cephalosporin, có thể chọn kết hợp ceftriaxone (1 or 2 g tĩnh mạch 1lần/ngày) **hoặc** cefotaxime (1 or 2 g tĩnh mạch mỗi 8h) **cộng với** metronidazole (500 mg mỗi 8h). Mặc dù Cephalosporin không có nghiên cứu trên bệnh nhân viêm phổi hít, nhưng dựa trên hiệu quả đã được chứng minh trên viêm phổi cộng đồng, chúng được mong đợi sẽ có hiệu quả trên viêm phổi hít khi kết hợp Metronidazole. Carbapenem có thể sẽ là một sự thay thế hợp lý trên các bệnh nhân không cần dùng kháng sinh phổ rộng hơn.

d) Các kháng sinh khác

Moxifloxacin có hiệu quả chống lại kỵ khí khi được thử nghiệm trong môi trường in vitro. Nhưng không có đủ nghiên cứu được thực hiện với các bệnh nhân viêm phổi hít, và vài dữ liệu đã gợi ý khả năng ngày càng cao các mầm bệnh kỵ khí kháng Moxifloxacin. Thêm nữa,

sử dụng kháng sinh nhóm Fluoroquinolon sẽ đi cùng nguy cơ cao nhiễm *C. difficile* hơn là sử dụng các kháng sinh nhóm khác. Các nhóm thuốc kháng sinh khác được sử dụng điều trị nhiễm trùng phổi gồm: macrolides, tetracyclines, and cephalosporins thì hiện nay, trên bệnh nhân viêm phổi hít vẫn chưa được nghiên cứu ở tầm hệ thống.

2. Thời gian điều trị và chuyển sang kháng sinh đường uống

Thời gian điều trị viêm phổi hít nhìn chung vẫn chưa được nghiên cứu tốt. Thông thường, thời gian điều trị viêm phổi hít mà không có các biến chứng áp xe hay tràn mủ màng phổi là 5 ngày đối với viêm phổi hít mắc phải cộng đồng và 7 ngày với viêm phổi hít mắc phải bệnh viện. Thời gian ngắn hơn cso thể cũng hiệu quả nhưng chưa được nghiên cứu tốt. Bệnh nhân sẽ được chuyển sang kháng sinh đường uống khi lâm sàng cải thiện, huyết động ổn định, có thể dung nạp đường uống, và chức năng ống tiêu hóa bình thường. Lựa chọn thích hợp cho hầu hết các bệnh nhân sẽ là amoxicillin-clavulanate (875 mg uống 2 lần/ngày). Với các bệnh nhân nếu dị ứng nặng với Penicillin moxifloxacin (400 mg 1 lần/ngày) hoặc clindamycin (450 mg uống 3 lần/ngày) có thể được sử dụng.

Bệnh nhân có tràn dịch màng phổi nên được dẫn lưu để loại trừ tràn mủ, mà đây thường là biến chứng của nhiễm kỵ khí. Bệnh nhân có biến chứng apxe phổi thì thường cần phải kéo dài thời gian điều trị kháng sinh lâu hơn, thông thường là cho đến khi trên hình ảnh học trở lại bình thường hoặc cải thiện rõ rệt.

Vài bệnh nhân ban đầu được cho là viêm phổi hít vi khuẩn nhưng thật ra họ viêm phổi hóa chất (dịch dạ dày), sẽ là phù hợp để bạn thử ngưng kháng sinh khi thấy các triệu chứng cơ năng và thực thể cải thiện quá nhanh.

3. Hiệu quả

Nhiều kháng sinh đã được tìm thấy là có hiệu quả trên viêm phổi hít vi khuẩn, bao gồm ampicillin-sulbactam, amoxicillin-clavulanate, moxifloxacin, clindamycin, imipenem, và penicillin với metronidazole.

a) *Một nghiên cứu ngẫu nhiên đánh giá hiệu quả của các kháng sinh clindamycin (600 mg 2 lần/ngày), ampicillin-sulbactam (nửa liều, 1.5 g twice daily), ampicillin-sulbactam (full liều, 3 g twice daily), or*

imipenem (500 mg 2 lần/ngày) trên 100 bệnh nhân lớn tuổi nhập viện với viêm phổi hít. Tất cả các thuốc cho thấy hiệu quả tương đương nhưng Clindamycin cho thấy tỷ lệ thấp của việc tái nhiễm sau điều trị chủng S.aureus kháng Methicillin. Tiêu chảy không được báo cáo là tác dụng phụ nặng nề gì trong nhóm sử dụng Clindamycin, mặc dù đã được biết nó có thể gây ra tiêu chảy do C. difficile.

- b) Trong một nghiên cứu mở, ngẫu nhiên, đã so sánh ampicillin-sulbactam với moxifloxacin trên 96 bệnh nhân với viêm phổi hít hoặc áp xe phổi, cải thiện lâm sàng ghi nhận 66.7% ở cả 2 nhóm.*
- c) Các thuốc thay thế khác cũng có hiệu quả bao gồm amoxicillin-clavulanate (được nghiên cứu trong áp xe phổi) và Penicillin kết hợp với Metronidazole
- d) Clindamycin đã cho thấy hiệu quả vượt bậc so với penicillin trong điều trị viêm phổi hoại tử và áp xe phổi dựa vào tiêu chí tốc độ và thời gian hạ sốt. Trong một nghiên cứu 37 bệnh nhân với viêm phổi hoại tử hoặc áp xe phổi, tỷ lệ thất bại với điều trị Clindamycin là 15% so với sử dụng penicillin đơn độc là 44%.

4. Outcomes

Tỷ lệ chữa khỏi viêm phổi hít với sử dụng kháng sinh là 76-88%. Các nghiên cứu theo dõi lâu dài các bệnh nhân mà sống sót được sau một biến cố viêm phổi hít nặng đã cho thấy vài bệnh nhân sẽ hồi phục hoàn toàn, và trên các bệnh nhân khác thì thấy các dấu hiệu của xơ phổi trên hình ảnh học.

F. TÁC NGHIÊN CƠ HỌC

Trong viêm phổi hít, bệnh nhân có thể hít sặc các chất dạng lỏng hay dạng đặc mà vốn dĩ bản thân vật chất đó không gây ra độc cho phổi, nhưng có thể gây tắc nghẽn đường thở hoặc phản xạ đóng đường thở.

- I. **Hít sặc các dịch lỏng** – Các loại dịch điển hình hay hít sặc mà bản chất chúng không gây độc cho phổi gồm:
 - Saline

- Barium
- Hầu hết các dịch tiêu hóa gồm nước
- Dịch dạ dày với PH trên 2.5

Dạng được quan sát thấy thường xuyên nhất của hít sặc chất lỏng mà gây ra những tắc nghẽn cơ học đơn giản là trên các nạn nhân của đuối nước. Các bệnh nhân mà có nguy cơ cho việc tắc nghẽn cơ học đường thở với hít sặc là các bệnh nhân có khiếm khuyết về thần kinh chẳng hạn như: không cong phản xạ ho, hay suy giảm nhận thức.

Người bị hít sặc được chứng kiến thấy sẽ được điều trị bằng cách cho nằm ở vị trí đầu nghiêng qua một bên và hút sạch hầu họng; hút khí quản cũng nên làm nhưng phải có sẵn ống nội khí quản đã được đặt. Nếu kiểm tra hình ảnh học sau đó không nhìn thấy các tổn thương mới, thì không cần điều trị gì thêm nữa, ngoại trừ các biện pháp nhằm phòng ngừa sẽ lại bị hít sặc sau đó nữa. Với các bệnh nhân trong nội viện, cách phòng ngừa hít sặc quan trọng nhất là tư thế, có thể ngồi dựa cao một phần hay ngồi thẳng, đặc biệt là lúc ăn.

II. Hít sặc các hạt có tính chất rắn

Độ nặng của tắc nghẽn hô hấp sẽ phụ thuộc vào kích thước tương đối của vật bị hít sặc và kích thước của đường thở dưới. Hít sặc các chất ngoại lai thường gặp ở trẻ 1-3 tuổi và người già. Các chất thường được phát hiện là: đậu phộng, các thức ăn rau củ quả, các vật không hữu cơ, và răng. Các thức ăn rau củ quả bao gồm cả hạt đậu phộng, là một vấn đề thật sự, bởi vì khi chụp Xquang thông thường sẽ không phát hiện được.

Hậu quả lâm sàng như thế nào sẽ tùy thuộc vào mức độ tắc nghẽn. Các dị vật lớn nếu kẹt ở hầu hay khí quản sẽ gây ra suy hô hấp đột ngột, tím tái, và tắc âm, có thể đưa đến một cái chết nhanh chóng nếu dị vật không được lấy ra. Hiện tượng này thì thoáng sẽ được gọi là “café coronary syndrome – hội chứng mạch vành café”, bởi vì các triệu chứng sẽ mô phỏng giống như các triệu chứng của nhồi máu cơ tim và thường xảy ra tại một buổi ăn tối ở các nhà hàng. Cách điều trị được đề nghị là kỹ thuật Heimlich (xem hình)



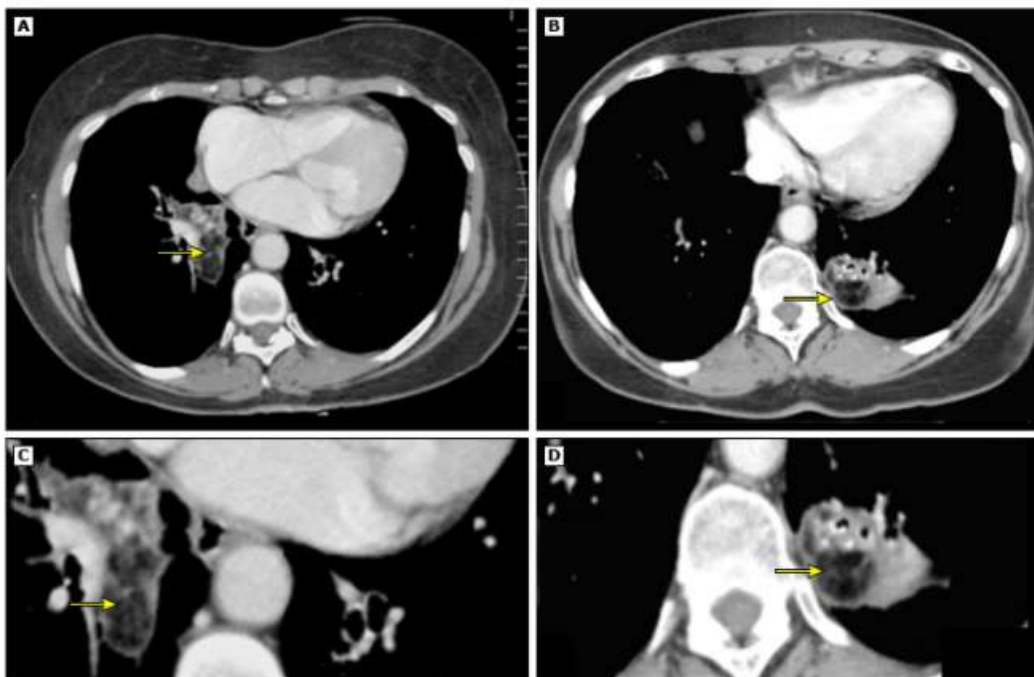
Hít sặc các chất với kích thước nhỏ hơn thường ít gây ra tắc nghẽn nặng nề. Các bệnh nhân này thường nhập viện với than phiền là ho và hình ảnh học lồng ngực sẽ cho thấy hình ảnh xẹp phổi, khí phế thũng do tắc nghẽn với đẩy lệch tim và nâng cơ hoành. Khi tắc nghẽn một phần nào đó của phổi, thì có thể nghe thấy tiếng khò khè ở một bên.

Với các bệnh nhân mà không thể khắc dị vật ra được, điều trị ban đầu thường là lấy dị vật với ống soi phế quản có thể mềm hoặc cứng. Bội nhiễm vi khuẩn là một biến chứng rất thường gặp khi tắc nghẽn kéo dài trên 1 tuần. Mầm bệnh hay gặp sẽ là các chủng kỵ khí từ đường hô hấp trên.

G. VIÊM PHỔI LIPOID

Là một loại viêm phổi thì thường xảy ra khi bệnh nhân hít phải các loại dầu khoáng, được sử dụng điều trị cho các bệnh nhân bị bón hoặc các bệnh nhân khô mũi. Các nguyên nhân khác có thể là do hít sặc phải các loại dầu công nghiệp. Hậu quả sau khi hít sặc là một đáp ứng viêm với sung phù khu trú và xuất huyết trong phế nang hoặc tạo “một khối paraffinoma” với lượng dầu hít sặc được bọ trong một mô sợi (*xem hình – viêm phổi lipid trên CT-scan- mũi tên vàng*)

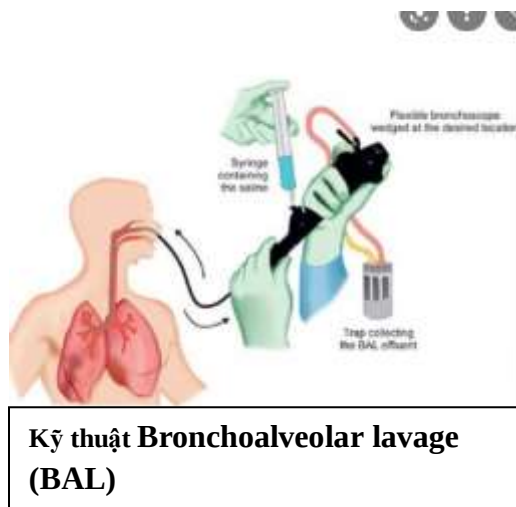
Lipoid pneumonia on CT scan



Chẩn đoán viêm phổi lipid phần lớn sẽ dựa vào CT ngực và bệnh sử có tiếp xúc với dị chất. CT ngực có thể thấy hình ảnh đám kính mờ, dày các vách gian tiểu thùy, hình ảnh lát đá, và hình

ảnh khí phế quản đồ. Nếu vùng đông đặc có mật độ mỡ trên CT (<-30 đơn vị Hounsfield) thì đó là một đặc điểm đặc trưng.

Rửa phế quản phế nang (Bronchoalveolar lavage (BAL)) thường được thực hiện khi muốn đánh giá nhiễm trùng và ác tính. (xem hình)



Việc điều trị cho bệnh lý này tập trung vào loại bỏ yếu tố tiếp xúc. Nhiều bệnh nhân hồi phục tốt mà không cần điều trị gì xa hơn. Trên các bệnh nhân bệnh nặng, thử sử dụng glucocorticoid toàn thân có thể sẽ là một lựa chọn hợp lý, mặc dù đáp ứng điều trị rất hỗn tạp và khác nhau giữa các nghiên cứu.

H. PHÒNG NGỪA

Một loạt các biện pháp can thiệp đã được đưa ra để phòng ngừa hít sặc, đặc biệt trên các bệnh nhân già lớn tuổi hay các bệnh nhân tai biến, nhưng cho đến nay dữ liệu hỗ trợ cho các biện pháp này vẫn còn ít:

- **Semi-recumbent position (nằm 30-45 độ)**
- **Enteral feeding:** ống mở dạ dày qua da hay ống thông mũi-dạ dày sẽ hiệu quả trong việc cung cấp dinh dưỡng, nhưng nghiên cứu cho thấy khoogn là mgiam tỷ lệ viêm phổi hít so với cho ăn qua đường miệng thông thường.
- **Đánh giá nuốt và phát âm:** Với các bệnh nhân suy giảm khả năng nuốt như các bệnh nhân sau tai biến hay các bệnh nhân đặt nội khí quản/ thở máy, đánh giá nuốt và lời nói cần được thực hiện cẩn thận. Khi việc đánh giá không thể thực hiện, test

nuốt nước có thể giúp xác định các bệnh nhân tăng nguy cơ hít sặc, mặc dù test này có tỷ lệ dương tính giả cao.

- **Các chất lỏng đặc với vị trí cảm hạ xuống:** chất lỏng đặc có thể tăng độ an toàn khi nuốt nhưng hậu quả là tăng mất nước và giảm độ thưởng thức thức ăn. Một cách thay thế an toàn khác là bệnh nhân vẫn có thể dùng thức ăn lỏng bình thường nhưng với cảm hạ xuống.

I. TÓM TẮT VÀ CÁC KHUYẾN CÁO

- Các hội chứng phổ biến liên quan đến viêm phổi hít bao gồm:
 - Viêm phổi hóa chất
 - Viêm phổi vi khuẩn
 - Tắc nghẽn cơ học
- Tất cả các bệnh nhân được quan sát thấy là đã hít sặc nên ngay lập tức hút sạch vùng hầu họng và khí quản.
- Điều trị kháng khuẩn nên được thực hiện sau khi thấy một bệnh nhân hít sặc xuất hiện các triệu chứng giảm oxy mới dai dẳng với các bằng chứng của hiện tượng viêm. Kháng sinh không cần thiết trên các bệnh nhân hít sặc nhưng hồi phục nhanh chóng.
- Trong khi các vi khuẩn kỵ khí thường gặp trong viêm phổi hít, nhưng nên lưu ý trong nhiều nghiên cứu vi khuẩn ái khí vẫn nổi trội hơn. Do vậy, khá khó để quyết định khi nào nên sử dụng thêm kháng sinh nhắm trúng đích vi khuẩn kỵ khí trong khởi trị kinh nghiệm. Nhìn chung, chúng tôi sẽ quyết định dựa vào: độ nghi ngờ hít sặc, độ nặng của bệnh, bối cảnh lâm sàng (cộng đồng hay trong bệnh viện), diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân.
- Với các bệnh nhân mà bức tranh lâm sàng gợi ý cao là viêm phổi hít cộng đồng (có người chứng kiến, các yếu tố nguy cơ hít sặc, hình ảnh học phù hợp, thời gian bán cấp, thở ôxi), chúng tôi lựa chọn liệu pháp kháng sinh mà sẽ phủ được luôn cả các chủng gây bệnh tồn tại sẵn trong vùng miệng, bao gồm cả kỵ khí. Các liệu

pháp kháng sinh chuyên biệt sẽ biến thiên tùy vào độ nặng của bệnh, yếu tố nguy cơ của các bệnh nguyên kháng thuốc và tình trạng dị ứng kháng sinh.

- Với bệnh nhân ngoại trú, chúng tôi đề nghị sử dụng amoxicillin-clavulanate (eg, 875 mg/125 mg 2 lần/ngày hoặc viên kéo dài 2000 mg 2 lần/ngày) (Grade 2C). Chúng tôi thường không thêm kháng sinh nhóm macrolide hay doxycycline trong các bệnh nhân hít sặc. Moxifloxacin là kháng sinh thay thế được chấp nhận khi bệnh nhân không thể sử dụng amoxicillin/clavulanate, hoặc khi điều trị bổ sung cho các mầm bệnh không điển hình được chỉ định, nhưng hiện nay vẫn còn ít nghiên cứu.
- Với các bệnh nhân cần nhập viện nhưng không nặng, chúng tôi đề nghị sử dụng ampicillin-sulbactam (1.5–3 g mỗi 6h) hơn là sử dụng kháng sinh nhóm Cephalosporin, vì kết quả liên quan đến việc phủ kỵ khí tốt hơn. Mở rộng liệu pháp có thể cần trên các bệnh nhân mức độ nặng hoặc các yếu tố nguy cơ nhiễm Pseudomonas, methicillin resistant Staphylococcus aureus (MRSA) và các bệnh nguyên kháng thuốc.
- Với các bệnh nhân viêm phổi hít bệnh viện, chúng tôi tập trung vào vi khuẩn ái khí nhiều, bởi vì nhìn chung chúng là các mầm bệnh quan trọng hơn kỵ khí, sử dụng phác đồ điều trị HAP tiêu chuẩn. Dĩ nhiên, với các bệnh nhân hít sặc được chứng kiến, nhiều bệnh răng miệng, hình ảnh học gợi ý hoại tử, hoặc thất bại với phác đồ không phủ kỵ khí, chúng tôi đương nhiên sẽ thêm kháng sinh chống kỵ khí vào. Các lựa chọn hợp lý trong các tình huống như vậy gồm: imipenem, meropenem, or piperacillin-tazobactam. Mở rộng có thể cần trên các bệnh nhân có nguy cơ/ bằng chứng của nhiễm MRSA hoặc các mầm bệnh kháng thuốc khác.
- Với các bệnh nhân ngoại trú mà có dị ứng nặng với Penicillin, moxifloxacin (400 mg, một lần/ngày) sẽ là lựa chọn phù hợp, Clindamycin (300 to 450 mg uống mỗi 8h) là một thay thế, mặc dù nó sánh bước với nguy cơ nhiễm Clostridioides difficile. Với các bệnh nhân nhập viện mà dị ứng Penicillin với nghi ngờ nhiễm kỵ khí, liệu pháp thay thế gồm kết hợp một Cephalosporin thế hệ 3,4,5 **cộng** Metronidazole (500mg dùng 3 lần/ngày), **hoặc** Carbapenem, tùy thuộc vào loại và độ nặng của các phản ứng với beta-lactam. Metronidazole thì được yêu thích sử dụng hơn so với Clindamycin vì Clindamycin có nguy cơ nhiễm C. difficile, nhưng Metronidazole không nên sử dụng đơn trị.

- Trên các bệnh nhân khởi đầu kháng sinh tĩnh mạch có thể chuyển sang uống khi lâm sàng cải thiện, huyết động ổn định, có thể uống và chức năng hấp thu đường tiêu hóa bình thường. Với các bệnh nhân như thế, chúng tôi khuyên amoxicillin-clavulanate (875 mg uống 2 lần/ngày)
- Thời gian điều trị bao lâu vẫn chưa được nghiên cứu tốt. Nhưng thông thường là 05 ngày với viêm phổi hít cộng đồng và 07 ngày với viêm phổi hít bệnh viện. Khi ban đầu bạn sử dụng kháng sinh viêm phổi hít vi khuẩn, nhưng thật ra bệnh nhân viêm phổi hít hóa chất, thì thích hợp để ngưng kháng sinh khi bạn thấy các triệu chứng cơ năng và thực thể cải thiện quá nhanh và quá ngoạn mục.
- Khi hít sặc các chất (lỏng/đặc) mà có thể gây tắc nghẽn đường thở và bệnh nhân không thể tự khạc thì nội soi phế quản là cần thiết.

The end & Thank you



