

## MỘT SỐ BIẾN ĐỔI CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN NGHIỆN RƯỢU MẮC VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG

Trần Thị Hương Giang<sup>1</sup>, Hà Trần Hưng<sup>2,3,\*</sup>

**TÓM TẮT:** Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định một số biến đổi cận lâm sàng ở bệnh nhân nghiện rượu mắc viêm phổi cộng đồng. Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 36 bệnh nhân nam được chẩn đoán nghiện rượu theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD.10, được chẩn đoán xác định viêm phổi cộng đồng. Kết quả cho thấy trong tổng số 36 bệnh nhân nam nghiện rượu bị viêm phổi cộng đồng có độ tuổi trung bình là  $48,3 \pm 9,2$ , thời gian uống rượu trung bình là  $13,6 \pm 6,2$  năm, lượng rượu uống hàng ngày ở mức dưới 1L/ngày. Bệnh nhân có thiếu máu hồng cầu to ở mức nhẹ, MCV trung bình là  $98 \pm 8,1$ . 39% bệnh nhân có tiểu cầu giảm  $< 50$  G/l, tỉ lệ tử vong ở nhóm tiểu cầu giảm nặng cao hơn các nhóm khác ( $p < 0,01$ ). Tỷ lệ bệnh nhân có biến đổi về men SGOT và SGPT là 91,6% và 54%. 100% bệnh nhân có tăng GGT, GGT trung bình là  $386 \pm 344$ . Hàm lượng albumin là  $23,9 \pm 5,4$  g/L và protein là  $53,2 \pm 9,6$  g/L. Có 84% bệnh nhân có tăng creatinin máu  $> 120$   $\mu\text{mol/L}$ , 58% bệnh nhân có hạ Natri máu. Kali máu trung bình là  $3,8 \pm 0,6$  mmol/L, trong đó 6/36 BN có  $K^+ < 3,5$  mmol/L và 3/36 BN có  $K^+ > 4,5$  mmol/L. Kết luận một số đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân nghiện rượu mắc viêm phổi cộng đồng liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong là: suy dinh dưỡng, giảm tiểu cầu nặng, rối loạn điện giải. Vì vậy cần có chiến lược can thiệp sớm đối với bệnh nhân nghiện rượu mắc viêm phổi cộng đồng.

**Từ khóa:** nghiện rượu, viêm phổi cộng đồng.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải từ cộng đồng (VPCĐ) là bệnh lý thường gặp, có tỉ lệ di chứng và tử vong cao, nhất là ở bệnh nhân nằm viện. Tính tỷ lệ mắc chung có khoảng 8-15 trên một nghìn người. Ở Mỹ, VPCĐ ảnh hưởng 4 triệu người mỗi năm, trong số đó có 20% phải nhập viện để điều trị. Chi phí điều trị VPCĐ tốn kém đã trở thành gánh nặng cho bệnh nhân và xã hội. Theo ước tính tại Hoa Kỳ chi phí hàng năm cho điều trị VPCĐ khoảng 9,7 tỷ USD. Tại khoa hô hấp bệnh viện Bạch Mai từ 1996-2000, viêm phổi chiếm 9,57% bệnh nhân nằm viện [1].

Mức độ nặng của VPCĐ liên quan đến tuổi, tình trạng miễn dịch và thói quen có hại như hút thuốc, nghiện rượu. Những yếu tố nguy cơ cao dẫn đến VPCĐ bao gồm: nghiện rượu, hen phế quản, giảm miễn dịch và tuổi trên 70. Những người nghiện rượu nặng (ví dụ, mức tiêu thụ khoảng trên 100g ethanol một ngày trong 2 năm), có tỷ lệ mắc viêm phổi do vi khuẩn Gram (-) cao hơn, triệu chứng lâm sàng nặng hơn và tỷ lệ tử vong cao trên 60%, và dễ dẫn đến ARDS [2],[3].

Sử dụng rượu trên thế giới tăng cao trong vài thập kỷ gần đây, tác hại bệnh lý của rượu đã được tổ chức y tế thế giới xếp sau các bệnh tim mạch, ung thư. Ở Việt Nam, gần đây rượu được sử dụng rộng rãi và đã trở thành vấn nạn cho xã hội và y tế [2]. Rượu ảnh hưởng lên hệ miễn dịch, bao gồm hệ miễn dịch tại phổi, làm giảm chức năng của đại thực bào phế nang, các bạch cầu đa nhân, các cytokin [4],[5]. Do vậy việc xác định sớm các

<sup>1</sup> Bệnh viện đa khoa Đức Giang

<sup>2</sup> Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup> Bệnh viện Bạch Mai

\* Tác giả chịu trách nhiệm chính:

Hà Trần Hưng

Email: [hatranhung@yahoo.com](mailto:hatranhung@yahoo.com)

Ngày nhận bài: 14/5/2015

Ngày nhận bài phản biện: 1/6/2015

Ngày chấp nhận đăng: 8/6/2015

bệnh nhân có nguy cơ cao bị viêm phổi mắc phải ở cộng đồng nặng là rất quan trọng, để các bác sĩ có thể đưa ra chiến lược điều trị phù hợp với bệnh nhân, ví dụ nhập đơn vị Hồi sức tích cực sớm.

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu đánh giá về sự ảnh hưởng của việc lạm dụng rượu với các nguyên nhân gây viêm phổi và độ nặng của viêm phổi. Tuy nhiên, Việt nam có ít nghiên cứu về vấn đề này. Gần đây tỷ lệ bệnh này ngày càng tăng và việc điều trị vẫn còn khó khăn, nên việc nghiên cứu một số biến đổi cận lâm sàng nhằm xử trí viêm phổi ở bệnh nhân nghiện rượu đang trở thành vấn đề có tính thời sự và cần thiết. Vì lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu xác định một số đặc điểm cận lâm sàng của viêm phổi cộng đồng ở bệnh nhân nghiện rượu.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Các bệnh nhân vào điều trị tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai được lựa chọn vào nghiên cứu có đủ tiêu chuẩn dưới đây:

**Được chẩn đoán nghiện rượu:** (theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD.10). Có 3 trong 6 biểu hiện sau:

- Thèm muốn mạnh mẽ hoặc cảm thấy buộc phải uống rượu.
- Khó khăn kiểm tra về thời gian bắt đầu uống và kết thúc uống cũng như mức độ uống hàng ngày.
- Khi ngừng rượu thì xuất hiện hội chứng cai (lo âu, trầm cảm, đau mỏi, rối loạn nhịp tim, cáu gắt, thô bạo ...) và bệnh nhân có ý định uống rượu trở lại để né tránh hoặc giảm triệu chứng cai.
- Có bằng chứng về số lượng rượu uống ngày càng gia tăng.
- Sao nhãng những thú vui trước đây, dành nhiều thời gian để tìm kiếm và uống rượu.
- Vẫn tiếp tục uống mặc dù đã hiểu rõ tác hại của rượu.

### Được chẩn đoán là viêm phổi cộng đồng:

Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Bệnh khởi phát đột ngột, có thể thấy các yếu tố thuận lợi cho viêm phổi phế cầu như cắt lách, suy giảm miễn dịch, nghiện rượu mạn tính.

- Có cơn rét run, sốt cao 39-40°C. Đau ngực, ho và khạc đờm màu gỉ sắt hoặc đờm màu xanh, đờm mủ. Môi khô lưỡi bẩn, bạch cầu máu tăng cao. Hội chứng đông đặc phổi: rì rào phế nang giảm, gõ đục, rung thanh tăng, có thể có tiếng thổi ống.

- Biểu hiện trên phim X-quang: có hình ảnh đông đặc phổi, có thể có hình ảnh tràn dịch màng phổi, hoặc rãnh liên thùy dày. Các tổn thương dạng lưới nốt, hình kính mờ gợi ý viêm phổi do vi khuẩn không điển hình.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân nhiễm HIV
- Bệnh nhân có cấy ghép tạng hoặc cấy ghép tủy xương.
- Bệnh nhân lao phổi tiến triển

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu. Hồi cứu bệnh án được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng ở những bệnh nhân nghiện rượu đến cấp cứu tại khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2009 đến 31/10/2010, dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện rượu (theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD.10), dựa vào định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi cộng đồng.

**Cách thu thập số liệu:** Theo mẫu bệnh án nghiên cứu được làm khi hồi cứu bệnh án.

Thu thập các thông tin chung: Tuổi, giới, thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi nhập khoa.

Tìm các bằng chứng về nghiện rượu: số lượng rượu uống mỗi ngày, thời gian uống rượu.

Tiền sử bệnh: Các bệnh lý kèm theo có hay không, các thuốc đã điều trị trước đó.

Có bệnh lý gan, thần kinh, tim mạch, THA... đã được chẩn đoán trước đó không.

Các thay đổi về huyết học: số lượng hồng cầu, định lượng Hemoglobin, Hematocrit, thể tích trung bình hồng cầu, số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu ở thời điểm bệnh nhân nhập viện.

Các thay đổi về sinh hóa: SGOT, SGPT, các thay đổi đông máu PT, creatinin, điện giải đồ: natri, kali, clo, CK, GGT, pro BNP,

**2.3. Xử lý số liệu.** Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Các thuật toán được sử dụng: Tính trung bình và độ lệch chuẩn (mean  $\pm$  SD), tính tỷ lệ %, so sánh trung bình sử dụng t test, so sánh tỷ lệ % sử dụng test  $\chi^2$  (giá trị  $p \leq 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê).

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu trên 36 bệnh nhân nghiện rượu bị viêm phổi cộng đồng vào cấp cứu tại bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2009 đến 31/10/2010, tuổi từ 33 đến 72 có 36/36 là nam giới, nữ 0/36. Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là  $48,3 \pm 9,2$ . Tuổi thấp nhất là 33, cao nhất là 72 tuổi. Gặp chủ yếu ở nhóm tuổi  $< 65$  chiếm 94%, tuổi trên 65 chiếm ít chỉ có 5,6%. Không có sự khác biệt về tỉ lệ tử vong giữa các nhóm tuổi.

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện Bạch Mai cấp cứu là  $5,0 \pm 3,7$  ngày, sớm nhất là 1 ngày và muộn nhất là 14 ngày.

**Bảng 1.** Lượng rượu bệnh nhân uống hàng ngày

|   | < 500ml | 500-1000 ml | >1000ml |
|---|---------|-------------|---------|
| N | 15      | 20          | 1       |
| % | 41,3    | 56          | 2,7     |

Thời gian uống rượu trung bình là  $13,6 \pm 6,2$  năm, không có sự khác biệt giữa nhóm sống và tử vong. Lượng rượu BN uống hàng ngày ở mức dưới 1L/ngày, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm BN sống và tử vong.

#### 3.2. Một số biến đổi về chỉ số cận lâm sàng ở bệnh nhân nghiện rượu mắc viêm phổi cộng đồng

##### Đặc điểm huyết học

**Bảng 2.** Đặc điểm về hồng cầu

|          | Chung<br>n = 36 | Nhóm sống<br>n = 13 | Nhóm tử vong<br>n = 23 | p     |
|----------|-----------------|---------------------|------------------------|-------|
| HC(T/L)  | $3,57 \pm 0,69$ | $3,69 \pm 0,81$     | $3,50 \pm 0,63$        | >0,05 |
| HB(g/L)  | $113 \pm 12,4$  | $118,0 \pm 14,1$    | $112 \pm 13,4$         |       |
| HCT(L/L) | $0,34 \pm 0,5$  | $0,34 \pm 0,64$     | $0,33 \pm 0,48$        |       |
| MCV(pg)  | $98 \pm 8,1$    | $97,10 \pm 8,1$     | $98,7 \pm 8,3$         |       |

Bệnh nhân nghiên cứu có thiếu máu HC to ở mức nhẹ, MCV trung là  $98 \pm 8,1$ . Không có sự khác biệt giữa nhóm sống và nhóm tử vong.

**Bảng 3.** Mối liên quan giữa tiểu cầu và tỉ lệ tử vong

| Tiểu cầu<br>(G/L) | Nhóm sống |    | Nhóm tử vong |    | p     |
|-------------------|-----------|----|--------------|----|-------|
|                   | n         | %  | n            | %  |       |
| >150.000          | 1         | 8  | 0            | 0  | <0,01 |
| ≤150.000          | 12        | 92 | 9            | 39 |       |
| <50.000           | 0         | 0  | 14           | 61 |       |

Hơn 90% bệnh nhân vào viện có tình trạng giảm tiểu cầu, trong đó, 14/36 bệnh nhân có tiểu cầu giảm < 50 G/l và tỉ lệ tử

vong ở nhóm tiểu cầu giảm nặng này là cao hơn các nhóm khác ( $p < 0,01$ ).

#### Đặc điểm về sinh hóa máu

**Bảng 4.** Thay đổi về enzym gan

| Chỉ số     | Bình thường<br>N(%) | Tăng gấp 2 lần<br>N(%) | Tăng ≥ 3 lần<br>N(%) |
|------------|---------------------|------------------------|----------------------|
| SGOT (U/L) | 3 (8,4)             | 8 (22,4)               | 25 (69,2)            |
| SGPT (U/L) | 16(46)              | 12(31,6)               | 8(22,4)              |

Bệnh nhân nghiên cứu vào viện phần lớn có biến đổi về men SGOT (91,6%), tăng ở mức cao > 3 lần bình thường chiếm > 60% bệnh nhân. Tỉ lệ tăng SGPT thì ít hơn (54%), và thường tăng không cao (gấp 2

lần so với bình thường). Không có sự khác biệt về tăng các men này giữa nhóm bệnh nhân sống và bệnh nhân tử vong ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 5.** Thay đổi về PT

|    | <10%<br>N(%) | 10-70%<br>N(%) | >70%<br>N(%) |
|----|--------------|----------------|--------------|
| PT | 1(2,8)       | 20(55,5)       | 15(41,7)     |

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có gần 60% có giảm PT chủ yếu giảm ở mức trung bình.

**Bảng 6.** Thay đổi một số chỉ số sinh hóa ở bệnh nhân nghiện rượu

|                      | Chung<br>n = 36 | Nhóm sống<br>n = 13 | Nhóm tử vong<br>n = 23 |
|----------------------|-----------------|---------------------|------------------------|
| GGT (U/L)            | 386 ± 344       | 310 ± 319           | 422 ± 357              |
| Albumin (g/L)        | 23,9 ± 5,4      | 25,2 ± 3,8          | 22 ± 6,0*              |
| Protein (g/L)        | 53,2 ± 9,6      | 58,6 ± 6,9          | 50 ± 9,6*              |
| Glucose (mmol/L)     | 8,4 ± 4,3       | 9,6 ± 6,1           | 7,7 ± 2,8              |
| BilirubinTP (μmol/L) | 38,4 ± 3,9      | 39,5 ± 9,9          | 37,8 ± 4,1             |

\* sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

BN NC có 100% có tăng GGT, GGT trung bình là  $386 \pm 34,4$ , không khác nhau giữa nhóm sống và nhóm tử vong. Giảm Albumin và Protein ở 2 nhóm là khác nhau có ý nghĩa thống kê. Hầu hết bệnh nhân có tăng Bilirubin toàn phần, không khác biệt giữa 2 nhóm.

Một số chỉ số khác: Trong nhóm nghiên cứu có 29/36 bệnh nhân có CK tăng  $> 200$  đơn vị/L, không có trường hợp nào tăng ở mức  $> 1000$  đơn vị/L. Có 84% bệnh nhân có tăng creatinin máu  $> 120$  μmol/L. Có 21/36 (58%) bệnh nhân có hạ Natri máu. Kali máu trung bình là  $3,8 \pm 0,6$  trong đó 6/36 BN có  $K^+ < 3,5$ mmol/L và 3/36 BN có  $K^+ > 4,5$ mmol/L.

#### 4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là  $48,3 \pm 9,18$ , trẻ nhất là 33 tuổi và nhiều nhất là 72 tuổi. nhóm bệnh nhân có độ tuổi trên 65 chỉ có 2/36 bệnh nhân (chiếm 5,6%) còn lại là dưới 65 tuổi, tập trung chủ yếu ở độ tuổi 44-64. Trong nghiên cứu của Ngô Thanh Hồi năm 2002, nghiên cứu trên 28 bệnh nhân bị viêm phổi mắc phải từ cộng đồng thì độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $59,3 \pm 20,63$ , các bệnh nhân có tuổi trên 70 chiếm tỉ lệ cao 42,1% [1]. Trong khi đó, Carlos nghiên cứu trên 343 bệnh nhân viêm phổi mắc phải từ cộng đồng nặng chung cho các nguyên nhân

thường gặp ở độ tuổi trung bình là 64,4 (từ 18 đến 102 tuổi) [6]. Tuổi trung bình của bệnh nhân nhóm nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với tuổi gặp được ở các bệnh nhân nghiện rượu bị viêm phổi cộng đồng qua nghiên cứu của Jong G.M-1995 [7]. Nghiên cứu tiến hành trong 3 năm có 28 bệnh nhân nghiện rượu bị viêm phổi mắc phải từ cộng đồng trong đó độ tuổi trung bình là  $48,9 \pm 2,2$  năm (trẻ nhất là 28 tuổi và nhiều nhất là 78 tuổi).

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nữ nào, tất cả đều là nam giới. nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Jong G.M-1995 [7]. trong 28 bệnh nhân nghiên cứu toàn là nam. Trong một nghiên cứu khác ở Mỹ cho thấy nghiên cứu về ảnh hưởng của nghiện rượu đến nguyên nhân và mức độ nặng của viêm phổi mắc phải từ cộng đồng cho thấy tỉ lệ nam chiếm 86% bệnh nhân nghiên cứu. Sự ưu thế này có thể giải thích do thói quen uống rượu ở nam giới nhiều hơn nữ. Trong số 38 bệnh nhân mắc viêm phổi cộng đồng điều trị tại khoa Hô hấp bệnh viện Bạch mai từ tháng 11/2001 đến tháng 10/2002 bệnh nhân nam chiếm 61% và bệnh nhân nữ chiếm 39% [1]. Cavancanti M – 2006 [8] nhận thấy tỉ lệ nam ở nhóm nghiện rượu

cao hơn ở nhóm không nghiện rượu có ý nghĩa thống kê.

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi bệnh nhân được nhập khoa cấp cứu là  $5 \pm 3,7$  ngày (sớm nhất là 1 ngày và chậm nhất là 14 ngày). Bệnh nhân thường cấp cứu qua tuyến cơ sở sau đó mới được chuyển lên tuyến trung ương nên thời gian đến viện dài. ở tuyến có sở bệnh nhân đã được điều trị nhiều loại kháng sinh. So với nghiên cứu của Jong và cộng sự-1995 thì thời gian từ khi bị bệnh đến khi vào viện là  $53 \pm 7,1$  giờ (sớm nhất là 12 giờ và chậm nhất là 7 ngày)[0].

Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi ở thời điểm nhập viện có 61% bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng cai rượu ở nhiều mức độ, các triệu chứng có thể gặp là run, vã mồ hôi, sáng hoặc co giật. Có 27% bệnh nhân có biến đổi ý thức ở thời điểm vào viện.

Các thay đổi về cận lâm sàng trên bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi thấy hầu hết bệnh nhân vào viện đều có tình trạng thiếu máu hồng cầu to ở mức độ nhẹ, MCV trung bình là 98. Kèm theo bệnh nhân có giảm tiểu cầu máu ở nhiều mức độ và tỉ lệ tử vong ở nhóm giảm tiểu cầu mức độ nặng < 50 giga/lít cao hơn hẳn các nhóm khác ( $p < 0,05$ ). Trong các nghiên cứu về các đối tượng viêm phổi cộng đồng chung cả trong nước và nước ngoài không thấy nói đến giá trị của tiểu cầu. Theo tác giả Jong và cs (1995) [9], khi nghiên cứu trên 11 bệnh nhân bị viêm phổi do *Klebsiella pneumoniae* thì tiểu giảm ở mức trung bình là 45 G/l.

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân vào viện có tăng các enzym gan, chủ yếu là tăng SGOT, thường tăng ở mức hơn gấp 3 lần so với bình thường. Trong khi đó sự tăng SGPT chỉ chiếm hơn nửa số bệnh nhân nghiên cứu. sự thay đổi về enzym gan không có liên quan với tỉ lệ tử vong hay tỉ lệ tử vong giữa các nhóm tăng và không tăng không có sự khác nhau với

$p > 0,05$ . Tương tự như một số nghiên cứu khác [10], bệnh nhân có thay đổi một số thông số sinh hóa khác ở thời điểm nhập viện như tăng GGT ở mức tăng là  $386 \pm 344$ , giảm natri máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có giảm protein và giảm albumin và điều này có ảnh hưởng đến tỉ lệ tử vong của bệnh nhân, sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Bệnh nhân nghiện rượu thường kèm theo tình trạng suy dinh dưỡng nặng. Trong nhóm nghiên cứu có 29/36 bệnh nhân có CK tăng > 200 đơn vị/L, không có trường hợp nào tiêu cơ vân cấp (tăng ở mức > 1000 đơn vị/L). Có 84% bệnh nhân có tăng creatinin máu > 120  $\mu\text{mol/L}$ . Có 21/36 (58%) bệnh nhân có hạ natri máu. Kali máu trung bình là  $3,8 \pm 0,6$  trong đó 6/36 BN có  $K^+ < 3,5 \text{ mmol/L}$  và 3/36 BN có  $K^+ > 4,5 \text{ mmol/L}$ .

## 5. KẾT LUẬN

Các yếu tố suy dinh dưỡng, giảm tiểu cầu nặng, rối loạn điện giải trên bệnh nhân nghiện rượu mắc viêm phổi cộng đồng có liên quan đến tăng tỉ lệ tử vong là. Vì vậy cần có chiến lược can thiệp sớm đối với bệnh nhân nghiện rượu mắc viêm phổi cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Thanh Hồi (2002), " Đặc điểm lâm sàng và những biến đổi vi sinh gây viêm phổi mắc phải từ cộng đồng ". *luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú trường Đại học Y Hà nội*
2. Marc A.Schuckit (1998), "Alcoholism and Drug Dependency", *Harrisons Principles of Internal Medicine*, 64, 386.
3. Shellito JE, Zeng MQ, Ye P, Ruan S, Shean MK, Kolls J. (2001) "Effect of alcohol consumption on host release of interleukin-17 during pulmonary infection with *Klebsiella pneumoniae*". *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25:872-81.

hơn ở nhóm không nghiện rượu có ý nghĩa thống kê.

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi bệnh nhân được nhập viện cấp cứu là  $5 \pm 3,7$  ngày (sớm nhất là 1 ngày và chậm nhất là 14 ngày). Bệnh nhân thường cấp cứu qua tuyến cơ sở sau đó mới được chuyển lên tuyến trung ương nên thời gian đến viện dài. ở tuyến có sở bệnh nhân đã được điều trị nhiều loại kháng sinh. So với nghiên cứu của Jong và cộng sự-1995 thì thời gian từ khi bị bệnh đến khi vào viện là  $53 \pm 7,1$  giờ (sớm nhất là 12 giờ và chậm nhất là 7 ngày)[0].

Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi ở thời điểm nhập viện có 61% bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng cai rượu ở nhiều mức độ, các triệu chứng có thể gặp là run, vã mồ hôi, sáng hoặc co giật. Có 27% bệnh nhân có biến đổi ý thức ở thời điểm vào viện.

Các thay đổi về cận lâm sàng trên bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi thấy hầu hết bệnh nhân vào viện đều có tình trạng thiếu máu hồng cầu to ở mức độ nhẹ, MCV trung bình là 98. Kèm theo bệnh nhân có giảm tiểu cầu máu ở nhiều mức độ và tỉ lệ tử vong ở nhóm giảm tiểu cầu mức độ nặng  $< 50$  giga/lit cao hơn hẳn các nhóm khác ( $p < 0,05$ ). Trong các nghiên cứu về các đối tượng viêm phổi cộng đồng chung cả trong nước và nước ngoài không thấy nói đến giá trị của tiểu cầu. Theo tác giả Jong và cs (1995) [9], khi nghiên cứu trên 11 bệnh nhân bị viêm phổi do *Klebsiella pneumoniae* thì tiểu giảm ở mức trung bình là 45 G/l.

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân vào viện có tăng các enzym gan, chủ yếu là tăng SGOT, thường tăng ở mức hơn gấp 3 lần so với bình thường. Trong khi đó sự tăng SGPT chỉ chiếm hơn nửa số bệnh nhân nghiên cứu. sự thay đổi về enzym gan không có liên quan với tỉ lệ tử vong hay tỉ lệ tử vong giữa các nhóm tăng và không tăng không có sự khác nhau với

$p > 0,05$ . Tương tự như một số nghiên cứu khác [10], bệnh nhân có thay đổi một số thông số sinh hóa khác ở thời điểm nhập viện như tăng GGT ở mức tăng là  $386 \pm 344$ , giảm natri máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có giảm protein và giảm albumin và điều này có ảnh hưởng đến tỉ lệ tử vong của bệnh nhân, sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Bệnh nhân nghiện rượu thường kèm theo tình trạng suy dinh dưỡng nặng. Trong nhóm nghiên cứu có 29/36 bệnh nhân có CK tăng  $> 200$  đơn vị/L, không có trường hợp nào tiêu cơ vân cấp (tăng ở mức  $> 1000$  đơn vị/L). Có 84% bệnh nhân có tăng creatinin máu  $> 120 \mu\text{mol/L}$ . Có 21/36 (58%) bệnh nhân có hạ natri máu. Kali máu trung bình là  $3,8 \pm 0,6$  trong đó 6/36 BN có  $K^+ < 3,5 \text{mmol/L}$  và 3/36 BN có  $K^+ > 4,5 \text{mmol/L}$ .

## 5. KẾT LUẬN

Các yếu tố suy dinh dưỡng, giảm tiểu cầu nặng, rối loạn điện giải trên bệnh nhân nghiện rượu mắc viêm phổi cộng đồng có liên quan đến tăng tỉ lệ tử vong là. Vì vậy cần có chiến lược can thiệp sớm đối với bệnh nhân nghiện rượu mắc viêm phổi cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Thanh Hồi (2002), " Đặc điểm lâm sàng và những biến đổi vi sinh gây viêm phổi mắc phải từ cộng đồng ", *luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú trường Đại học Y Hà nội*
2. Marc A.Schuckit (1998), "Alcoholism and Drug Dependency", *Harrisons Principles of Internal Medicine*, 64, 386.
3. Shellito JE, Zeng MQ, Ye P, Ruan S, Shean MK, Kolls J. (2001) "Effect of alcohol consumption on host release of interleukin-17 during pulmonary infection with *Klebsiella pneumoniae*". *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25:872-81.

cao hơn ở nhóm không nghiện rượu có ý nghĩa thống kê.

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi bệnh nhân được nhập khoa cấp cứu là  $5 \pm 3,7$  ngày (sớm nhất là 1 ngày và chậm nhất là 14 ngày). Bệnh nhân thường cấp cứu qua tuyến cơ sở sau đó mới được chuyển lên tuyến trung ương nên thời gian đến viện dài. ở tuyến cơ sở bệnh nhân đã được điều trị nhiều loại kháng sinh. So với nghiên cứu của Jong và cộng sự-1995 thì thời gian từ khi bị bệnh đến khi vào viện là  $53 \pm 7,1$  giờ (sớm nhất là 12 giờ và chậm nhất là 7 ngày)[0].

Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi ở thời điểm nhập viện có 61% bệnh nhân có biểu hiện của hội chứng cai rượu ở nhiều mức độ, các triệu chứng có thể gặp là run, vã mồ hôi, sáng hoặc co giật. Có 27% bệnh nhân có biến đổi ý thức ở thời điểm vào viện.

Các thay đổi về cận lâm sàng trên bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi thấy hầu hết bệnh nhân vào viện đều có tình trạng thiếu máu hồng cầu to ở mức độ nhẹ, MCV trung bình là 98. Kèm theo bệnh nhân có giảm tiểu cầu máu ở nhiều mức độ và tỉ lệ tử vong ở nhóm giảm tiểu cầu mức độ nặng  $< 50$  giga/lít cao hơn hẳn các nhóm khác ( $p < 0,05$ ). Trong các nghiên cứu về các đối tượng viêm phổi cộng đồng chung cả trong nước và nước ngoài không thấy nói đến giá trị của tiểu cầu. Theo tác giả Jong và cs (1995) [9], khi nghiên cứu trên 11 bệnh nhân bị viêm phổi do *Klebsiella pneumoniae* thì tiểu giảm ở mức trung bình là 45 G/l.

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân vào viện có tăng các enzym gan, chủ yếu là tăng SGOT, thường tăng ở mức hơn gấp 3 lần so với bình thường. Trong khi đó sự tăng SGPT chỉ chiếm hơn nửa số bệnh nhân nghiên cứu. sự thay đổi về enzym gan không có liên quan với tỉ lệ tử vong hay tỉ lệ tử vong giữa các nhóm tăng và không tăng không có sự khác nhau với

$p > 0,05$ . Tương tự như một số nghiên cứu khác [10], bệnh nhân có thay đổi một số thông số sinh hóa khác ở thời điểm nhập viện như tăng GGT ở mức tăng là  $386 \pm 344$ , giảm natri máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có giảm protein và giảm albumin và điều này có ảnh hưởng đến tỉ lệ tử vong của bệnh nhân, sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Bệnh nhân nghiện rượu thường kèm theo tình trạng suy dinh dưỡng nặng. Trong nhóm nghiên cứu có 29/36 bệnh nhân có CK tăng  $> 200$  đơn vị/L, không có trường hợp nào tiêu cơ vân cấp (tăng ở mức  $> 1000$  đơn vị/L). Có 84% bệnh nhân có tăng creatinin máu  $> 120 \mu\text{mol/L}$ . Có 21/36 (58%) bệnh nhân có hạ natri máu. Kali máu trung bình là  $3,8 \pm 0,6$  trong đó 6/36 BN có  $K^+ < 3,5 \text{ mmol/L}$  và 3/36 BN có  $K^+ > 4,5 \text{ mmol/L}$ .

## 5. KẾT LUẬN

Các yếu tố suy dinh dưỡng, giảm tiểu cầu nặng, rối loạn điện giải trên bệnh nhân nghiện rượu mắc viêm phổi cộng đồng có liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong là. Vì vậy cần có chiến lược can thiệp sớm đối với bệnh nhân nghiện rượu mắc viêm phổi cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Thanh Hồi (2002), " Đặc điểm lâm sàng và những biến đổi vi sinh gây viêm phổi mắc phải từ cộng đồng ", *luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú trường Đại học Y Hà nội*
2. Marc A.Schuckit (1998), "Alcoholism and Drug Dependency", *Harrisons Principles of Internal Medicine*, 64, 386.
3. Shellito JE, Zeng MQ, Ye P, Ruan S, Shean MK, Kolls J. (2001) "Effect of alcohol consumption on host release of interleukin-17 during pulmonary infection with *Klebsiella pneumoniae*". *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25:872-81.

4. Sofya M. Rubinchik (2002), "Alcoholic ketoacidosis", *Endocrinology*, 1-12.
5. Thomas J. Marry, "community-acquired Pneumonia", *Harison Principles of Internal Medicine* 16<sup>th</sup>, 823, 1528-1541.
6. Carlos M, Luna ,MD,FCCP; Angela Famigiettti, PhD (2000) . " community-Aquired Pneumonia: etiology, epidemiology, and outcome at a teaching hospital in Argentina" *Chest* : 118;1344-1354.
7. Jong GM. Hsiue TR, Chen CR et al. (1995) "Rapidly fatal outcome of bacteremic Klebsiella pneumonie in alcoholics". *Chest* ;107:214-217.
8. Cavancanti M, marcos MA, Garcia E, Ewig S, Mensa J, Torres A. (2006) "Impact of alcohol abuse in the etiology and severity of community-acquired pneumonia". *Chest* 2006 May; 129(5);1219-25.
9. Kurt C. Kleinschmidt, Kathleen A. Delaney (1998), "Ethanol", *Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose*, 34, 475-490.
10. Happel, K.I., and Nelson, S. (2005) "Alcohol, immunosuppression, and the lung". *Proceedings of the American Thoracic Society* 2:428-432. PMID: 16322595

## SUMMARY

### LABORATORY ABNORMALITIES IN ALCOHOL ADDICTION PATIENT WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA

Tran Thi Huong Giang<sup>1</sup>, Ha Tran Hung<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Duc Giang Hospital, <sup>2</sup>Hanoi Medical University, <sup>3</sup>Bach Mai Hospital

The study aimed to examine some laboratory changes in alcoholism patients suffering from community acquired pneumonia. Retrospective descriptive study included 36 alcoholism patients with community pneumonia diagnosed alcohol dependence according to ICD.10 and diagnosed community acquired pneumonia. The results showed that all patients were male, mean age was  $9.2 \pm 48.3$ , average alcoholism duration was  $13.6 \pm 6.2$  years, daily alcohol consumption less than 1L/day. Patients had mild anemia, medium MCV was  $98 \pm 8.1$ . 39% of patients had platelet decrease  $< 50$  G/l, the mortality rate among severely thrombocytopenia was higher than that in other groups ( $p < 0.01$ ). The percentage of patients with changes in SGOT and SGPT enzymes was 91.6% and 54%, respectively. 100% of patients had increased GGT, average GGT level was  $386 \pm 34.4$ . 84% of the patients had increased blood creatinine  $> 120$   $\mu\text{mol/L}$ , 58% of patients with hyponatremia. The average serum potassium was  $3.8 \pm 0.6$   $\text{mmol/L}$ , 6/36 patients had  $\text{K}^+ < 3.5$   $\text{mmol/L}$  and 3/36 patients had  $\text{K}^+ > 4.5$   $\text{mmol/L}$ . Some laboratory characteristics disorders should have early intervention strategy for patients with alcoholism community pneumonia.

**Keywords:** alcoholism, community acquired pneumonia.