

Tổng quan

VIÊM PHỔI HÍT Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Ngô Thế Hoàng^{1,*}, Nguyễn Thanh Trúc¹, Phùng Thảo My¹, Huỳnh Thị Thanh Ngân¹,
Nguyễn Duy Cường¹, Lê Đình Thanh¹

1. Khoa Nội Hô hấp, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: Ngô Thế Hoàng ✉ bshoanghhbvt@gmail.com

TÓM TẮT: Dân số toàn cầu đang già hóa nhanh chóng, dẫn đến sự gia tăng số lượng người cao tuổi – nhóm đối tượng dễ bị tổn thương hơn và cần được chăm sóc y tế toàn diện, bao gồm cả dịch vụ chăm sóc dài hạn và điều dưỡng chuyên khoa. Trong bối cảnh này, viêm phổi hít đã trở thành một mối quan tâm đáng kể do tỷ lệ mắc cao, tỷ lệ tử vong lớn cũng như gánh nặng tài chính đáng kể, đặc biệt ở những bệnh nhân cao tuổi cần nhập đơn vị hồi sức tích cực (ICU). Viêm phổi hít được định nghĩa là tình trạng nhiễm trùng nhu mô phổi do hít phải thức ăn, chất lỏng, nước bọt hoặc dịch vị vào phổi, thường xảy ra khi chức năng nuốt hoặc ý thức bị suy giảm. Triệu chứng có thể bao gồm ho, sốt, khó thở, đau ngực và mệt mỏi. Các yếu tố nguy cơ bao gồm rối loạn thần kinh, rối loạn ý thức, tuổi cao và các tình trạng ảnh hưởng đến chức năng nuốt. Chẩn đoán dựa trên biểu hiện lâm sàng, hình ảnh học như X-quang ngực hoặc CT scan, và nếu cần, đánh giá chức năng nuốt. Điều trị thường bao gồm kháng sinh và trong những trường hợp nặng, có thể cần liệu pháp oxy hoặc thở máy. Các biện pháp phòng ngừa tập trung vào việc quản lý các yếu tố nguy cơ, cải thiện chức năng nuốt và duy trì vệ sinh răng miệng. Bài viết này nhằm cung cấp thông tin về viêm phổi hít ở người cao tuổi, bao gồm nguyên nhân, triệu chứng, chẩn đoán và điều trị, nhằm nâng cao nhận thức và góp phần giảm tỷ lệ mắc và tử vong liên quan đến tình trạng này.

Từ khóa: Viêm phổi hít, người cao tuổi, bệnh nặng, rối loạn nuốt, suy yếu, kháng sinh.

ASPIRATION PNEUMONIA IN THE ELDERLY

Ngo The Hoang, Nguyen Thanh Truc, Phung Thao My, Huynh Thi Thanh Ngan,
Nguyen Duy Cuong, Le Dinh Thanh

ABSTRACT: The global population is aging rapidly, leading to an increase in the number of elderly individuals who are more vulnerable and require comprehensive healthcare services, including long-term care and skilled nursing facilities. In this context, aspiration pneumonia has become a significant concern due to its high incidence, mortality rate, and substantial financial burden, particularly among elderly patients requiring intensive care unit admission. Aspiration pneumonia is defined as a pulmonary infection resulting from the inhalation of food, liquid, saliva, or stomach contents into the lungs, often due to impaired swallowing or consciousness. Symptoms may include cough, fever, shortness of breath, chest pain, and fatigue. Risk factors include neurological disorders, impaired consciousness, advanced age, and conditions affecting swallowing. Diagnosis is based on clinical presentation, imaging studies such as chest X-rays or CT scans, and, if necessary, swallowing assessments. Treatment typically involves antibiotics, and in severe cases, may include oxygen therapy or mechanical ventilation. Preventive measures focus on managing risk factors, improving swallowing function, and maintaining oral hygiene. This article aims to provide information on aspiration pneumonia in the elderly, including its causes, symptoms, diagnosis, and treatment, to raise awareness and help reduce the incidence and mortality associated with this condition.

Keywords: Aspiration pneumonia, aged, critical illness, swallowing disorders, frailty, antibacterial agents

1. VIÊM PHỔI HÍT Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Viêm phổi hít (aspiration pneumonia) là tình trạng viêm nhiễm nhu mô phổi xảy ra khi chất lỏng hoặc rắn từ khoang miệng, dịch dạ dày, thức ăn hoặc chất nôn bị hít vào đường hô hấp dưới, dẫn đến phản ứng viêm tại phổi. Đây là một bệnh lý hô hấp thường gặp ở người cao tuổi, do sự suy giảm đồng thời của phản xạ bảo vệ đường thở, chức năng nuốt và hoạt động hô hấp theo tuổi tác [1]. Dựa trên cơ chế sinh bệnh, viêm phổi hít có thể được chia thành ba thể chính: viêm phổi hóa học (gây ra bởi dịch vị có tính acid, không có yếu tố nhiễm trùng), viêm phổi nhiễm trùng (xảy ra khi hít phải vi sinh vật gây bệnh, đặc biệt là vi khuẩn kỵ khí hoặc hiếu khí trong điều kiện nuốt khó hoặc rối loạn ý thức), và tắc nghẽn cơ học (do dị vật dạng lỏng hoặc rắn gây bít tắc đường thở mà không gây viêm nhiễm thật sự) [2]. Về mặt dịch tễ, viêm phổi hít chiếm từ 15% đến 30% các trường hợp nhập viện vì viêm phổi ở người từ 65 tuổi trở lên [3]. Tỷ lệ này đặc biệt cao ở nhóm bệnh nhân sống tại viện dưỡng lão, có tiền sử đột quỵ, rối loạn nuốt hoặc sa sút trí tuệ. Không chỉ phổ biến, viêm phổi hít còn là nguyên nhân chính gây tử vong trong nhóm bệnh nhân lớn tuổi mắc viêm phổi, với tỷ lệ tử vong dao động từ 20% đến 50% tùy thuộc vào mức độ nặng và các bệnh lý nền đi kèm [4]. Nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận xu hướng gia tăng rõ rệt số ca viêm phổi hít trong bối cảnh dân số già hóa nhanh và tỷ lệ mắc các bệnh lý thần kinh trung ương ngày càng tăng [5].

Có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến viêm phổi hít ở người cao tuổi. Sự suy giảm sinh lý hô hấp theo tuổi dẫn đến giảm phản xạ ho, giảm khả năng thanh lọc đờm và kém thông khí phế nang – tạo điều kiện thuận lợi cho hiện tượng hít sặc. Các bệnh lý thần kinh như đột quỵ, Parkinson, Alzheimer là những yếu tố quan trọng làm rối loạn phản xạ nuốt và mất khả năng bảo vệ đường thở. Bên cạnh đó, tình trạng suy giảm miễn dịch, suy dinh dưỡng, nằm lâu, đặt ống nội khí quản hoặc sonde dạ dày và vệ sinh răng miệng kém cũng làm tăng nguy cơ hít sặc và dẫn đến viêm phổi [1][4].

Chẩn đoán viêm phổi hít ở người cao tuổi đòi hỏi sự phối hợp giữa lâm sàng, cận lâm sàng và khai thác tiền sử một cách tỉ mỉ. Triệu chứng thường gặp là ho, sốt, khó thở, giảm oxy máu, có thể kèm thay đổi tri giác – đặc biệt sau những tình huống dễ gây hít sặc như ăn uống, nôn ói hoặc nằm lâu bất động. Tuy nhiên, các biểu hiện này ở người lớn tuổi thường không điển hình và dễ bị che lấp bởi bệnh nền. Hình ảnh X-quang hoặc CT-scan ngực có thể cho thấy tổn thương thâm nhiễm ở các vùng thấp của phổi (phần thùy sau của thùy trên hoặc phân thùy dưới), thường gặp nhất ở phổi phải do cấu trúc giải phẫu thuận lợi cho dòng chất lỏng đi vào [3][7]. Các xét nghiệm hỗ trợ khác như khí máu động mạch giúp đánh giá mức độ suy hô hấp (PaO_2 giảm, PaCO_2 tăng), trong khi nội soi hô hấp và nhuộm Gram đờm có thể cung cấp thông tin về vi khuẩn kỵ khí hoặc dị vật. Đánh giá chức năng nuốt bằng nghiên cứu pháp nước hoặc nội soi đánh giá nuốt cũng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân và phòng ngừa tái phát [6][7]. Dựa trên mức độ lâm sàng, viêm phổi hít được chia thành thể nhẹ/trung bình và thể nặng. Thể nhẹ thường không có biểu hiện suy hô hấp rõ, bệnh nhân còn khả năng ăn uống và sinh hiệu ổn định, có thể điều trị ngoại trú bằng kháng sinh đường uống. Trái lại, thể nặng biểu hiện bằng tình trạng giảm oxy máu ($\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$), thở nhanh, khó thở, sốt cao, rối loạn tri giác hoặc bệnh nền mất bù – đòi hỏi nhập viện để hỗ trợ hô hấp và điều trị tích cực [3]. Nguyên tắc xử trí ban đầu bao gồm làm sạch đường thở (đặt bệnh nhân nằm nghiêng, hút đờm qua hầu họng hoặc nội khí quản, áp dụng nghiệm pháp Heimlich nếu có dị vật), cung cấp oxy qua cannula hoặc mặt nạ, và sử dụng kháng sinh phổ rộng sớm, điều chỉnh theo kết quả vi sinh khi có. Corticoid có thể được chỉ định chọn lọc trong các trường hợp viêm phổi nặng có phản ứng viêm toàn thân, nhưng không nên dùng thường quy. Việc theo dõi sát tình trạng hô hấp, tri giác và huyết động là bắt buộc nhằm phát hiện sớm biến chứng như nhiễm trùng huyết hoặc hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS) [1][8]. Điều trị viêm phổi hít bao gồm liệu pháp kháng sinh phù hợp với mức độ nặng và yếu tố nguy cơ. Các nhóm kháng sinh thường được lựa chọn là beta-lactam (amoxicillin-clavulanate, piperacillin-tazobactam), cephalosporin thế hệ 3–4 (ceftriaxone, cefepime), fluoroquinolone (levofloxacin, moxifloxacin), và thuốc kháng kỵ khí như metronidazole hoặc clindamycin [1][3][9]. Oxy liệu pháp được áp dụng khi $\text{SpO}_2 < 92\%$ hoặc có biểu hiện suy hô hấp tiến triển. Bên cạnh đó, các biện pháp hỗ trợ như làm loãng đờm, bổ sung nước – điện giải, và dinh dưỡng hợp lý là cần thiết để nâng cao hiệu quả điều trị. Quản lý bệnh lý nền như đột quỵ, Parkinson, rối loạn nuốt,

chăm sóc răng miệng tốt và luyện tập phục hồi chức năng nuốt cũng góp phần ngăn ngừa tái phát [3][8][9].

Viêm phổi hít có thể dẫn đến nhiều biến chứng cấp như suy hô hấp, tím tái, sốc nhiễm trùng, áp xe phổi; và biến chứng mạn như xẹp phổi, giãn phế quản, sẹo xơ phổi hoặc suy hô hấp mạn tính. Những biến chứng này thường kéo dài thời gian nằm viện và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống của người cao tuổi [4]. Để phòng ngừa, cần duy trì tư thế đầu cao (30–45°) khi ăn hoặc nuôi ăn qua sonde, đánh giá và can thiệp sớm khi có dấu hiệu rối loạn nuốt, thay đổi chế độ ăn phù hợp (như dùng chất lỏng đặc, tư thế cúi cằm khi nuốt), vệ sinh răng miệng định kỳ với chlorhexidine, và nâng cao nhận thức cho người chăm sóc về các dấu hiệu nguy cơ hít sặc [8].

2. VIÊM PHỔI HÍT DO HÓA CHẤT

Viêm phổi hít do hóa chất là thể bệnh xuất hiện khi dịch vị dạ dày có tính acid mạnh được hít vào phổi, gây tổn thương viêm phổi cấp tính mà không có sự hiện diện của nhiễm trùng trong giai đoạn đầu. Thể bệnh này thường xảy ra trong các tình huống can thiệp y khoa như gây mê, đặt hoặc rút nội khí quản, hoặc ở những bệnh nhân có rối loạn ý thức và không được bảo vệ đường thở đúng mức [1][4]. Bệnh khởi phát đột ngột với các biểu hiện như ho dữ dội, khó thở, đau ngực, tím tái, ran rít lan tỏa hai phế trường và giảm oxy máu. Một số bệnh nhân có thể xuất hiện sốt nhẹ, nhưng thường không kèm theo dấu hiệu rõ rệt của nhiễm trùng trong 24 đến 48 giờ đầu sau sự kiện hít sặc. Hình ảnh X-quang ngực hoặc CT scan thường cho thấy các tổn thương thâm nhiễm hoặc mờ ở các vùng phụ thuộc của phổi, đặc biệt là thùy dưới và phần thùy sau của phổi phải. Nếu thực hiện nội soi phế quản trong giai đoạn cấp, có thể quan sát thấy niêm mạc phế quản sung huyết, phù nề, hoặc hoại tử – gợi ý tổn thương do tác động hóa học [8][9]. Xử trí viêm phổi hít do hóa chất tập trung vào việc bảo vệ đường thở và hỗ trợ hô hấp. Bệnh nhân nên được đặt đầu nghiêng để tránh lan dịch, hút sạch dịch ở hầu họng và khí quản. Trong một số trường hợp, rửa phế quản phế nang có thể được cân nhắc để loại bỏ chất kích thích còn sót lại. Việc cung cấp oxy hoặc thở máy là cần thiết nếu có suy hô hấp hoặc tiến triển thành hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS). Glucocorticoid có thể được cân nhắc trong trường hợp tổn thương lan rộng hoặc có dấu hiệu ARDS, tuy nhiên chưa có đủ bằng chứng để khuyến cáo sử dụng thường quy. Ngoài ra, cần theo dõi sát để phát hiện các biến chứng như phù phổi, ARDS hoặc bội nhiễm thứ phát [1][8][9]. Kháng sinh không được chỉ định ngay lập tức trong viêm phổi hít do hóa chất nếu không có bằng chứng rõ ràng của nhiễm trùng. Tuy nhiên, nếu sau 48–72 giờ, bệnh nhân không cải thiện hoặc xuất hiện các biểu hiện lâm sàng như sốt cao, đàm mủ, bạch cầu tăng cao, thì nên bắt đầu điều trị kháng sinh theo phác đồ của viêm phổi hít do vi khuẩn. Một số nghiên cứu ghi nhận rằng chỉ khoảng 13–26% các trường hợp viêm phổi hít do hóa chất tiến triển thành viêm phổi nhiễm trùng thực sự [8].

3. VIÊM PHỔI HÍT DO VI KHUẨN

Trong số các thể lâm sàng của viêm phổi hít, thể viêm phổi do vi khuẩn được xem là phổ biến và có hậu quả nặng nề nhất, đặc biệt ở người cao tuổi. Cơ chế bệnh sinh xuất phát từ việc hít phải các vi sinh vật thường trú tại vùng hầu họng hoặc dịch dạ dày vào đường hô hấp dưới, trong bối cảnh rối loạn nuốt, suy giảm ý thức hoặc bệnh lý thần kinh. Các vi khuẩn gây bệnh có thể là kỵ khí, hiếu khí hoặc hỗn hợp. Trước đây, các vi khuẩn kỵ khí như *Bacteroides* spp., *Fusobacterium* spp. và *Peptostreptococcus* spp. là tác nhân chính. Tuy nhiên, trong môi trường bệnh viện hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn, các chủng vi khuẩn hiếu khí độc lực cao như *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* và nhóm *Enterobacteriaceae* ngày càng được ghi nhận nhiều hơn, đặc biệt ở bệnh nhân đặt sonde, thở máy hoặc nuôi ăn kéo dài [1][8][9]. Triệu chứng lâm sàng có thể khởi phát từ từ hoặc đột ngột, tùy theo độc lực của vi khuẩn và tình trạng nền của bệnh nhân. Sốt cao, ho khạc đàm mủ, khó thở, giảm oxy máu là những biểu hiện thường gặp. Tuy nhiên, ở người già yếu, triệu chứng có thể rất mờ nhạt và chỉ biểu hiện qua tình trạng lừ đừ, kém ăn, rối loạn tri giác hoặc sa sút chức năng [4]. Chẩn đoán cần dựa trên sự kết hợp giữa lâm sàng, yếu tố nguy cơ hít sặc và hình ảnh học. X-quang ngực hoặc CT-scan thường cho thấy tổn thương ở các vùng phụ thuộc, nhất là thùy dưới phổi phải. Trong trường hợp nghi ngờ, các kỹ thuật chẩn đoán như soi đờm, cấy đàm, hoặc rửa phế quản

– phế nang (BAL) giúp xác định tác nhân vi sinh và hướng dẫn lựa chọn kháng sinh chính xác hơn [1][8]. Điều trị kháng sinh nên được khởi đầu sớm, theo nguyên tắc điều trị kinh nghiệm và điều chỉnh khi có kết quả cấy. Với các trường hợp không nguy cơ cao kháng thuốc, có thể dùng ampicillin-sulbactam hoặc ceftriaxone phối hợp metronidazole. Ở bệnh nhân nội trú có yếu tố nguy cơ đa kháng, nên ưu tiên piperacillin-tazobactam, cefepime hoặc meropenem, phối hợp với vancomycin nếu nghi MRSA. Đối với bệnh nhân nặng tại ICU hoặc nghi ngờ nhiễm Acinetobacter, Pseudomonas, có thể cân nhắc carbapenem phối hợp với colistin hoặc linezolid [9]. Chỉ định kháng sinh cần dựa vào bằng chứng lâm sàng rõ ràng (sốt, đàm mủ, bạch cầu tăng, CRP hoặc PCT tăng). Thời gian điều trị trung bình từ 7 đến 14 ngày. Nếu đáp ứng tốt, không có biến chứng, có thể rút ngắn còn 5–7 ngày [8]. Sử dụng procalcitonin (PCT) như một chỉ điểm viêm có thể giúp hướng dẫn quyết định ngừng kháng sinh, nhất là ở bệnh nhân có biểu hiện không rõ ràng. Sau 48–72 giờ điều trị, cần đánh giá lại toàn diện nếu lâm sàng không cải thiện. Nguyên nhân có thể do lựa chọn kháng sinh chưa phù hợp, tắc nghẽn chưa được xử trí, hoặc xuất hiện biến chứng như áp xe phổi, mủ màng phổi. Nội soi phế quản giúp xác định các tổn thương không điển hình, loại trừ dị vật hoặc lấy mẫu sinh học phục vụ chẩn đoán chính xác [8][9].

4. VIÊM PHỔI HÍT DO TẮC NGHẼN

Viêm phổi hít do tắc nghẽn là thể bệnh ít gặp hơn nhưng có thể gây hậu quả nghiêm trọng nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Tình trạng này xảy ra khi một vật thể lạ – có thể là chất lỏng không độc (như nước, sữa, dịch dạ dày trung tính) hoặc dị vật rắn (thức ăn, hạt, răng giả, vật liệu vô cơ) – bị hít vào đường thở và gây tắc nghẽn cơ học, mà không nhất thiết gây viêm nhiễm ngay lập tức [1][4]. Dị vật dạng lỏng thường gây triệu chứng nhẹ và thoáng qua nếu được loại bỏ tự nhiên hoặc ho tống ra ngoài. Trong khi đó, các dị vật rắn có thể mắc kẹt trong thanh quản, khí quản hoặc phế quản, gây cản trở lưu thông khí, dẫn đến tình trạng thở rít, khó thở đột ngột, tím tái hoặc mất tiếng. Những trường hợp tắc nghẽn hoàn toàn có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng nếu không được xử trí cấp cứu. Động tác Heimlich được khuyến cáo trong cộng đồng để giải tỏa dị vật nhanh chóng, đặc biệt ở bệnh nhân chưa được đặt nội khí quản [8][9]. Ở người lớn tuổi, dị vật có thể không gây triệu chứng rõ ràng ngay mà biểu hiện âm ỉ, như ho kéo dài, tái phát viêm phổi không rõ nguyên nhân, hoặc thay đổi thông khí phổi trên phim X-quang. Khi dị vật chỉ gây tắc nghẽn một phần, có thể phát hiện thở khò khè một bên, xẹp phổi hoặc khí phế thũng tắc nghẽn với di lệch trung thất trên hình ảnh học [1]. Nội soi phế quản là phương tiện chẩn đoán và điều trị quan trọng, giúp xác định và lấy bỏ dị vật một cách an toàn. Trong trường hợp dị vật là dịch lỏng hoặc bột thực phẩm, nếu bệnh nhân phục hồi nhanh, không có bằng chứng tổn thương phổi mới trên hình ảnh học, thì không cần điều trị thêm ngoài các biện pháp hỗ trợ và theo dõi sát. Ngược lại, nếu có bằng chứng nhiễm trùng thứ phát hoặc tổn thương viêm, cần điều trị như viêm phổi hít do vi khuẩn [9]. Phòng ngừa viêm phổi hít do tắc nghẽn đòi hỏi quản lý tốt tư thế ăn uống, đặc biệt ở bệnh nhân nằm viện, người có rối loạn nuốt hoặc sa sút trí tuệ. Tư thế nửa ngồi hoặc ngồi thẳng khi ăn, tránh nói chuyện khi đang nhai, sử dụng thực phẩm mềm, dễ nuốt, và tập luyện phục hồi chức năng nuốt là những biện pháp hiệu quả. Ngoài ra, cần đánh giá thường quy nguy cơ hít sặc ở bệnh nhân cao tuổi, đặc biệt tại viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn [8].

5. VAI TRÒ CỦA CORTICOID TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI HÍT Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Corticoid là nhóm thuốc có đặc tính chống viêm mạnh, được xem xét trong điều trị viêm phổi hít – đặc biệt trong các trường hợp tổn thương phổi cấp do hóa chất hoặc viêm phổi nặng có hội chứng suy hô hấp tiến triển (ARDS). Về mặt cơ chế, corticoid giúp giảm phản ứng viêm cấp tính tại phổi, làm giảm phù nề niêm mạc đường thở và ngăn ngừa tổn thương lan rộng mô phổi, từ đó cải thiện thông khí và trao đổi khí [1]. Lợi ích tiềm năng của corticoid chủ yếu được ghi nhận trong viêm phổi hít do acid dịch vị, khi có phản ứng viêm hóa học mạnh tại phổi. Trong một số nghiên cứu, sử dụng corticoid liều ngắn có thể giúp cải thiện triệu chứng hô hấp nhanh hơn, giảm nguy cơ cần thở máy hoặc nhập ICU ở các bệnh nhân có tổn thương phổi lan rộng [8][9]. Tuy nhiên, các

bằng chứng hiện tại vẫn chưa đủ mạnh để khuyến cáo sử dụng thường quy corticoid trong mọi trường hợp viêm phổi hít. Việc sử dụng corticoid trong viêm phổi hít do vi khuẩn cần được cân nhắc thận trọng, vì thuốc có thể làm giảm khả năng kiểm soát nhiễm trùng, kéo dài thời gian đào thải vi khuẩn và làm mờ các triệu chứng lâm sàng. Đặc biệt ở người cao tuổi, corticoid có thể gây ra nhiều tác dụng phụ như tăng đường huyết, loãng xương, loét dạ dày tá tràng hoặc làm nặng thêm các bệnh nền như đái tháo đường, tăng huyết áp [10]. Do đó, chỉ nên sử dụng corticoid trong thời gian ngắn và dưới sự giám sát chặt chẽ của bác sĩ chuyên khoa hô hấp. Khuyến cáo hiện nay cho rằng corticoid không nên được sử dụng thường quy trong điều trị viêm phổi hít ở người cao tuổi. Việc chỉ định corticoid nên được cá thể hóa, ưu tiên trong các tình huống như viêm phổi hít do hóa chất có phản ứng viêm mạnh, tổn thương phổi lan rộng trên hình ảnh học, hoặc hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS). Liều khuyến cáo thường là liều thấp, dùng trong thời gian ngắn từ 3–5 ngày và cần theo dõi sát đáp ứng cũng như các tác dụng không mong muốn [1][3][9].

6. VAI TRÒ CỦA NỘI SOI PHẾ QUẢN ỚNG MỀM TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI HÍT

Nội soi phế quản ớng mềm đóng vai trò quan trọng trong cả chẩn đoán và điều trị viêm phổi hít ở người cao tuổi, đặc biệt trong những trường hợp không điển hình hoặc không đáp ứng điều trị ban đầu. Với khả năng quan sát trực tiếp đường hô hấp và lấy mẫu tại vị trí tổn thương, kỹ thuật này giúp nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán và tối ưu hóa phác đồ điều trị. Về mặt chẩn đoán, nội soi phế quản cho phép phát hiện các dị vật bị hít phải – một nguyên nhân thường bị bỏ sót ở người già do biểu hiện lâm sàng mơ hồ hoặc không điển hình. Ngoài ra, nội soi còn giúp đánh giá mức độ tổn thương niêm mạc phế quản do acid dịch vị hoặc do nhiễm khuẩn, đồng thời hỗ trợ loại trừ các nguyên nhân khác gây thâm nhiễm phổi như ung thư phế quản trung tâm, lao phổi, hoặc bệnh phổi không nhiễm trùng [3]. Kỹ thuật rửa phế quản – phế nang (BAL) hoặc lấy mẫu dịch tiết giúp xác định tác nhân gây bệnh (vi khuẩn, nấm, vi-rút), từ đó lựa chọn kháng sinh phù hợp và hạn chế kháng thuốc [8][9]. Trong điều trị, nội soi phế quản được sử dụng để hút dịch tiết đậm đặc, mủ hoặc dị vật gây tắc nghẽn phế quản, giúp cải thiện thông khí và giảm tải vi khuẩn. Ở bệnh nhân có áp xe phổi hoặc giãn phế quản khu trú, thủ thuật này còn hỗ trợ dẫn lưu ổ nhiễm, phối hợp với kháng sinh để kiểm soát tình trạng viêm [1][8]. Nội soi cũng có vai trò trong theo dõi đáp ứng điều trị, đặc biệt khi bệnh kéo dài, tổn thương không cải thiện hoặc nghi ngờ biến chứng. Chỉ định nội soi phế quản bao gồm: viêm phổi hít không đáp ứng sau 48–72 giờ điều trị kháng sinh, nghi ngờ có dị vật hít, áp xe phổi, ho ra máu không rõ nguyên nhân, hoặc tổn thương không điển hình trên hình ảnh học. Nội soi cần được tiến hành bởi bác sĩ chuyên khoa, với phương tiện hỗ trợ đầy đủ để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh lý kèm theo [1][3][9]. quản lý tốt tư thế ăn uống, đặc biệt ở bệnh nhân nằm viện, người có rối loạn nuốt hoặc sa sút trí tuệ. Tư thế nửa ngồi hoặc ngồi thẳng khi ăn, tránh nói chuyện khi đang nhai, sử dụng thực phẩm mềm, dễ nuốt, và tập luyện phục hồi chức năng nuốt là những biện pháp hiệu quả. Ngoài ra, cần đánh giá thường quy nguy cơ hít sặc ở bệnh nhân cao tuổi, đặc biệt tại viện dưỡng lão hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn [8].

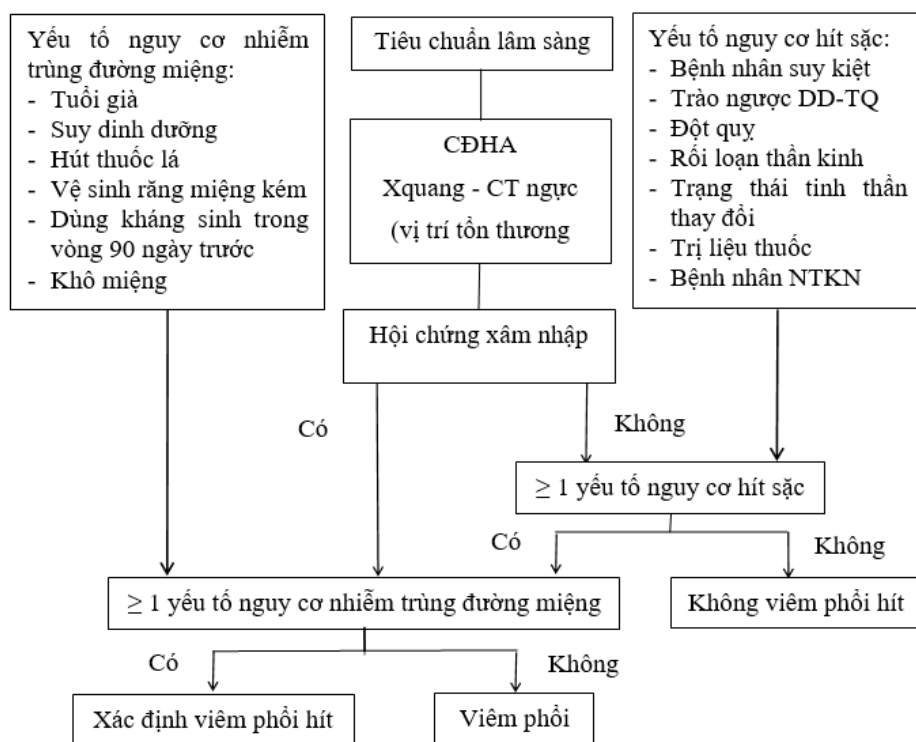
7. KẾT LUẬN

Viêm phổi hít là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện, suy hô hấp và tử vong ở người cao tuổi. Do đặc điểm sinh lý lão hóa, cùng với các bệnh lý nền thường gặp như đột quỵ, Parkinson, sa sút trí tuệ hay rối loạn nuốt, người cao tuổi có nguy cơ cao hít phải các chất lạ vào đường hô hấp dưới, từ đó khởi phát quá trình viêm phổi. Việc phân loại rõ các thể viêm phổi hít – gồm thể do hóa chất, thể nhiễm trùng và thể tắc nghẽn – giúp định hướng chẩn đoán và điều trị chính xác hơn. Trong điều trị, cần cá thể hóa chiến lược dựa trên mức độ bệnh, hoàn cảnh hít sặc, yếu tố vi sinh và khả năng đề kháng của người bệnh. Việc sử dụng kháng sinh hợp lý, kết hợp các biện pháp hỗ trợ như hút dịch, oxy liệu pháp, điều trị bệnh nền và cải thiện chức năng nuốt là yếu tố then chốt giúp kiểm soát bệnh và phòng ngừa tái phát. Nội soi phế quản và corticoid có vai trò hỗ trợ trong các trường hợp chọn lọc, cần được chỉ định hợp lý để tránh tác dụng phụ không mong muốn. Quan trọng không kém, phòng ngừa viêm phổi hít đòi

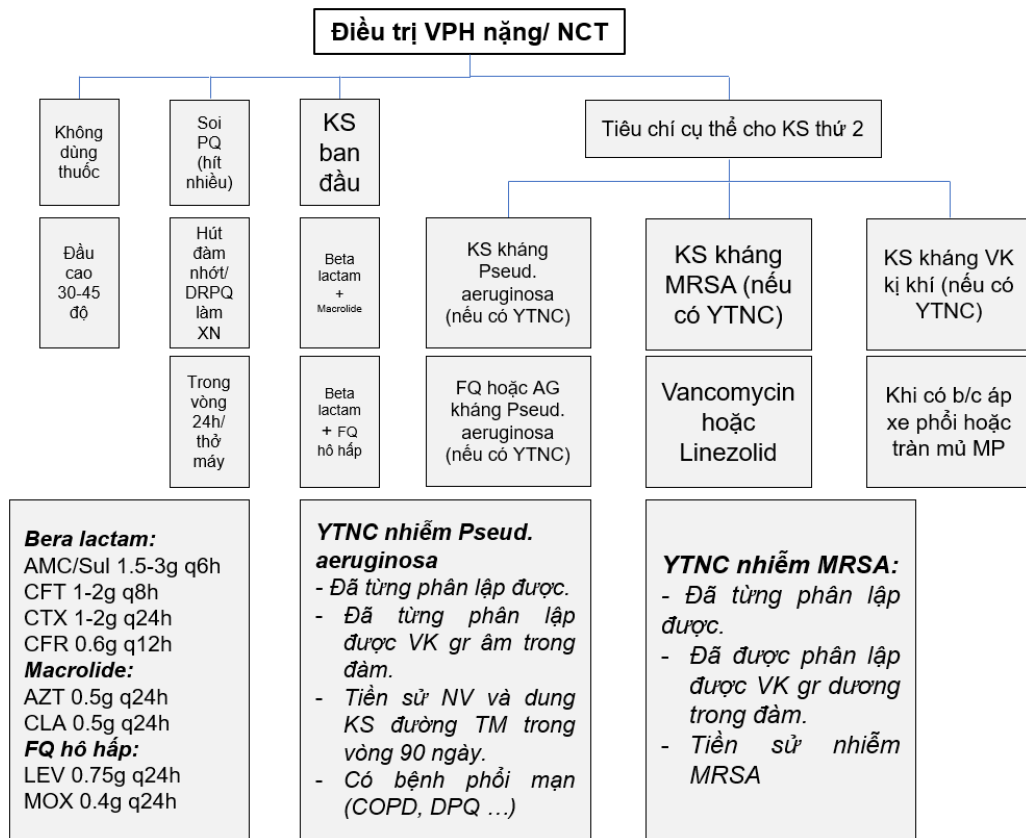
hỏi chiến lược đa ngành, từ thay đổi tư thế ăn, cải thiện chế độ ăn uống, chăm sóc răng miệng đến việc đào tạo người chăm sóc. Việc tầm soát nguy cơ và can thiệp sớm trên nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao sẽ giúp giảm thiểu gánh nặng của viêm phổi hít trong cộng đồng dân số già ngày càng tăng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

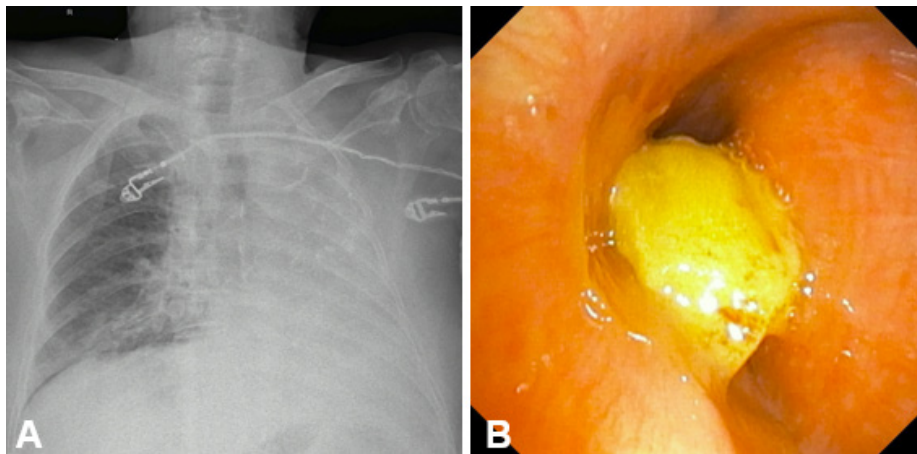
- [1] Tomys-Skłodowska, J., et al. (2023). Pneumonia in Geriatric Patients: Etiology, Features, and Diagnosis.
- [2] Mandell, G. L., Bennett, J. E., & Dolin, R. (2020). Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases (9th ed.). Elsevier.
- [3] Yoshimatsu, K., Nakagawa, S., & Takayanagi, N. (2022). Aspiration pneumonia in older adults: Current issues and future perspectives. *Geriatrics & Gerontology International*, 22(3), 201–208.
- [4] Mandell, L. A., Niederman, M. S., & Chastre, J. (2021). Challenges in managing elderly patients with aspiration pneumonia. *Clinical Infectious Diseases*, 73(6), e1356–e1362.
- [5] Nguyễn Văn Hiếu, & Trần Minh Hòa. (2021). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ của viêm phổi hít ở người cao tuổi tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 502(6), 33–38.
- [6] Langmore, S. E., Skarupski, K. A., Park, P. S., & Fries, B. E. (2021). Predictors of aspiration pneumonia in nursing home residents. *Dysphagia*, 36(1), 95–102.
- [7] Trần Thị Hồng Anh, & Phạm Thành Lợi. (2021). Đặc điểm chẩn đoán viêm phổi hít ở bệnh nhân cao tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Thực hành*, 1137(5), 14–19.
- [8] Marino A, et al. (2024). Unveiling the secrets of *Acinetobacter baumannii*: resistance, current treatments, and future innovations. *Int J Mol Sci*.
- [9] Hội Hô hấp Việt Nam (2023). Khuyến cáo điều trị viêm phổi hít và viêm phổi bệnh viện. NXB Y học.
- [10] Nguyễn Hồng Hải (2022). Cập nhật điều trị viêm phổi ở người cao tuổi. Tài liệu Hội nghị Nội khoa Việt Nam.



Sơ đồ 1. Tiếp cận chẩn đoán
Nguồn: Tomys-Skłodowska, J, et al (2023).



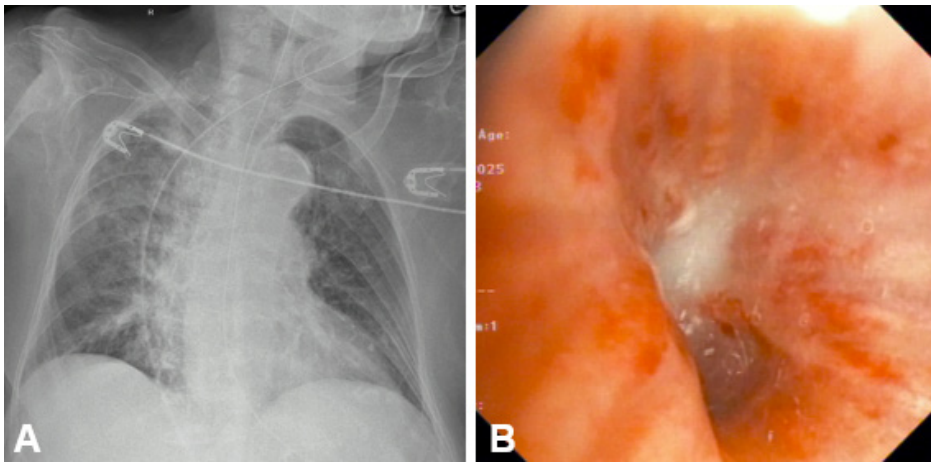
Sơ đồ 2. Điều trị viêm phổi hít ở người cao tuổi
 Nguồn: Yoshimatsu, K, et al (2022).



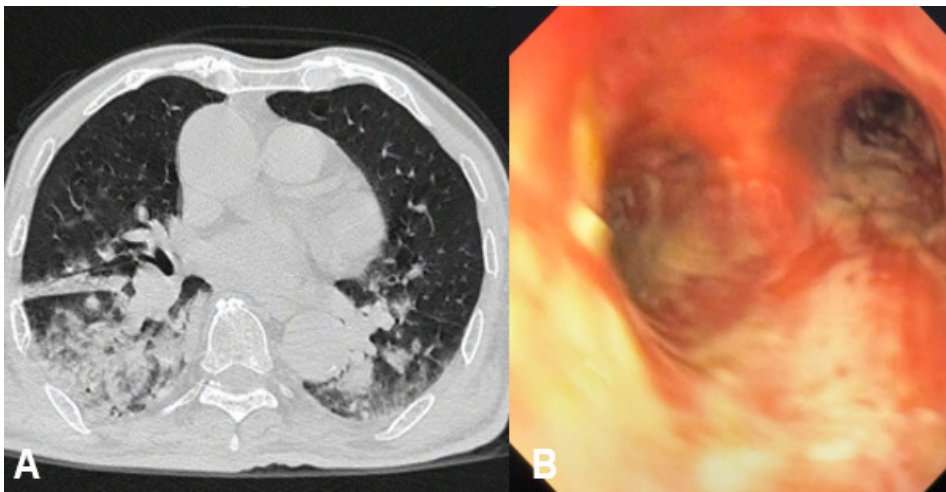
Hình 1. Bệnh nhân nữ, 85 tuổi, vào viện ngày 13/04/2025. Rối loạn nuốt do TBMN bị sặc.

A. X quang mờ toàn bộ phổi (T); **B.** SPQOM có dị vật rắn (hạt đậu) kẹt ở PQ gốc (T)

Nguồn: Bệnh viện Thống Nhất, 25916829



Hình 2. Bệnh nhân nữ, 92 tuổi, vào viện ngày 20/4/2025. Trào ngược DD-TQ gây viêm phổi hít.
A. X quang mờ đáy phổi (P); **B.** SOPOM dịch lỏng như sữa ở PQ thùy dưới phổi (P)
 Nguồn: Bệnh viện Thống Nhất, 25918047



Hình 3. Bệnh nhân nam, 85 tuổi, vào viện ngày 2/7/2025. Viêm phổi hít do nôn ói/ Xuất huyết não.
A. CT scan mờ đáy phổi (P>T); **B.** SOPOM nhiều thức ăn lỏng cả hai phổi.
 Nguồn: Bệnh viện Thống Nhất, 19012218