

công NOM đạt 93,3%, tương đồng với kết quả nghiên cứu này (96,7%)

V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn vỡ lách có thể đạt hiệu quả cao (96,7%) nếu được chẩn đoán và can thiệp kịp thời. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng điển hình của vỡ lách trong chấn thương bụng kín bao gồm đau bụng vùng lách, chướng bụng và phát hiện dịch ổ bụng trên siêu âm. Siêu âm, CT scan, DSA có vai trò quan trọng trong xác định mức độ tổn thương và hỗ trợ quyết định điều trị. Nghiên cứu nhấn mạnh tính khả thi và hiệu quả của NOM, giảm thiểu biến chứng và nhu cầu phẫu thuật trong chấn thương lách. Việc phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng và cận lâm sàng giúp tối ưu hóa điều trị, đặc biệt trong quyết định điều trị bảo tồn hay phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sarah Corn, Jared Reyes, Stephen D Helmer et al, (2019), "Outcomes following blunt traumatic splenic injury treated with conservative or operative management", Kansas journal of medicine,12, (3), pp. 83.
2. Trần Ngọc Dũng, (2019), Nghiên cứu điều trị không mổ vỡ lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Đại học Y Hà Nội, Luận án Tiến sĩ Y học.
3. Danh Bảo Quốc, Phạm Văn Năng, (2022), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và

4. Dominique Catherine Olthof, (2014), "Splenic injury diagnosis & splenic salvage after trauma",
5. Stella R Smith, Louise Morris, Stephen Spreadborough et al, (2018), "Management of blunt splenic injury in a UK major trauma centre and predicting the failure of non-operative management: a retrospective, cross-sectional study", European Journal of Trauma Emergency Surgery,44, pp. 397-406.
6. Lã Văn Tuấn, Lê Huy Lưu, Nguyễn Việt Thành, (2022), "Có thể điều trị an toàn không mổ cho vỡ lách chấn thương được không?", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh,26,
7. Umedov Khushvaqt Alisherovich, Shomurodov Hamza Rashidovich, Khursanov Yokubjon Erkin Ugli, (2023), "Our experience in conservative treatment of spleen injury in closed abdominal trauma", Research Focus,2, (1), pp. 319-325.
8. Federico Coccolini, Giulia Montori, Fausto Catena et al, (2017), "Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients", World Journal of Emergency Surgery,12, pp. 1-26.
9. Vũ Văn Quang, Nguyễn Hoàng Ngọc Anh, (2021), "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn vỡ lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Journal of 108-Clinical Medicine Pharmacy,

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG Ở BỆNH NHÂN LỚN TUỔI

Nguyễn Thành Công¹, Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Kiều Văn Bức¹,
Phan Thị Như Ý¹, Siu Thìn¹, Nguyễn Thị Thanh Lan¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là bệnh thường gặp ở người lớn tuổi, tỷ lệ tử vong còn cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định các yếu tố liên quan đến tử vong ở bệnh nhân lớn tuổi VPMPCD điều trị nội trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên vào viện được chẩn đoán VPMPCD theo hướng dẫn của Bộ Y tế, tại khoa Lão, khoa Hồi sức tích cực chống độc từ

5/2024-10/2024. **Kết quả:** Có 65 bệnh nhân có độ tuổi 76 (tứ phân vị: 66 – 85 tuổi), nam chiếm 60%. Bệnh nhân khi nhập viện có tiền sử mắc 2 bệnh nền chiếm tỷ lệ cao nhất (38,5%), trong đó thường gặp là tăng huyết áp (78,5%). Ho, khạc đàm là hai triệu chứng lâm sàng thường gặp. Tổn thương phế quản phổi hai bên trên phim X quang phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,2%). Cấy máu (24,6%), cấy máu dương tính 62,5%, các chủng vi khuẩn gặp trong cấy máu *Proteus Mirabilis* (30%), tiếp đến *Pseudomonas aeruginosae* (20%), *Klebsiella pneumoniae* (20%), *Burkholderia cepacia* (20%). Số ngày điều trị trung vị là 10 (tứ phân vị: 7 – 18 ngày). Kết quả điều trị ra viện 86,2%, tử vong 13,8%. Yếu tố liên quan đến tử vong bệnh nhân VPMPCD: bệnh nhân có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân ≥ 2 điểm (RR = 1,27, 95% CI: 1,08-1,48; P=0,02), tổn thương trên phim X quang tim phổi (RR = 1,29, 95% CI: 1,09-1,53; P=0,01), cấy máu

¹Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Gia Lai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Công

Email: drcongl@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

dương tính (RR = 3,21, 95% CI: 1,25-8,29; P<0,01).

Kết luận: Viêm phổi mắc phải cộng đồng thường gặp ở người lớn tuổi có nhiều bệnh nền. Triệu chứng lâm sàng ho, khạc đàm. Yếu tố liên quan đến tử vong là: Những bệnh nhân có SIRS ≥ 2 điểm, tổn thương trên X quang phổi, cấy máu dương tính. **Từ khóa:** Viêm phổi mắc phải cộng đồng, yếu tố liên quan

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND SOME FACTORS RELATED TO THE TREATMENT OUTCOMES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN ELDERLY PATIENTS

Background: Community-acquired pneumonia (CAP) is a common disease in the elderly, with a high mortality rate. **Objectives:** Describe clinical and subclinical characteristics and identify factors related to mortality in elderly patients with CAP. **Materials and methods:** Patients aged 60 years and older admitted to the hospital with a diagnosis of CAP according to the guidelines of the Ministry of Health, at the Geriatric Department, Intensive Care and Anti-Poisoning Department from May 2024 to October 2024. **Results:** The median age of patients was 76 (interquartiles: 66 - 85 years old), male patients (60%). Patients with a history of 2 underlying diseases when admitted to the hospital accounted for the highest proportion (38,5%). The most prevalent underlying diseases were hypertension (78,5%). Common clinical symptoms included cough and expectoration. Bilateral bronchopulmonary lesions on chest X-ray accounted for the highest rate (46,2%). Blood cultures (24,6%), positive blood cultures were 62,5%. Bacterial strains found in blood cultures were *Proteus Mirabilis* (30%), followed by *Pseudomonas aeruginosae* (20%), *Klebsiella pneumoniae* (20%), *Burkholderia cepacia* (20%). The median number of days of treatment was 10 (interquartiles: 7 - 18 days). Most patients (86,2%) survived and were discharged from the hospital, mortality was 13,8%. The risk of death for patients with CAP included SIRS ≥ 2 points (RR = 1,27, 95% CI: 1,08-1,48; P=0,02), lesions on chest X-ray (RR = 1,29, 95% CI: 1,09-1,53; P=0,01), positive blood cultures (RR = 3,21, 95% CI: 1,25-8,29; P<0,01). **Conclusion:** Community-acquired pneumonia is common in the elderly with multiple underlying diseases. Clinical symptoms include cough and expectoration. Factors associated with mortality include: Patients with SIRS ≥ 2 points, chest X-ray lesions, and positive blood cultures.

Keywords: Community-acquired pneumonia,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là tình trạng nhiễm trùng của nhu mô phổi xảy ra ở cộng đồng, bên ngoài bệnh viện. Đây là bệnh lý thường gặp trong thực hành lâm sàng nội khoa. Viêm phổi mắc phải trong cộng đồng xảy ra ở tất cả các nơi trên thế giới và là nguyên nhân chính gây tử vong ở các nhóm tuổi. Tỷ lệ tử vong cao nhất ở trẻ em dưới 5 tuổi và người lớn trên 75

tuổi (1). Tỷ lệ tử vong bệnh VPMPCD điều trị nội trú tùy theo nghiên cứu và phụ thuộc vào nhiều yếu tố, theo một số tác giả thì tỷ lệ tử vong nội trú dao động từ 10% đến 30% ở bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên (2). Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân cao tuổi mắc VPMPCD có thể cao hơn 25% so với dân số nói chung (10%). Một nghiên cứu của Tây Ban Nha về tác động của tuổi tác và các bệnh đi kèm đối với nguyên nhân gây VPMPCD bao gồm 2.049 bệnh nhân, kết quả cho thấy tỷ lệ tử vong tăng theo tuổi (65–74 tuổi, 6,9%; 75–84 tuổi, 8,9%; >85 tuổi, 17,1%; P < 0,001) (3). Kết cục tử vong phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Hiện nay có nhiều nghiên cứu về VPMPCD trên thế giới và trong nước, nhưng tại Gia Lai chưa có nghiên cứu về vấn đề này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở bệnh nhân lớn tuổi*" với các mục tiêu nghiên cứu:

- Mô tả các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân lớn tuổi viêm phổi mắc phải cộng đồng.
- Các yếu tố tương quan tử vong ở bệnh nhân lớn tuổi viêm phổi mắc phải cộng đồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên vào viện được chẩn đoán VPMPCD theo hướng dẫn của Bộ Y tế (1), tại khoa Lão, khoa Hồi sức tích cực chống độc – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Gia Lai.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** các bệnh nhân mắc bệnh kèm theo HIV, ung thư, lao phổi, bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu từ 5/2024-10/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu tiền cứu mô tả, phân tích, theo dõi dọc từ 65 bệnh nhân VPMPCD từ tháng 5/2024 đến tháng 10/2024.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 27.0. Các biến số định tính được mô tả dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được mô tả dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, phân phối không bình thường báo cáo trung vị (khoảng tứ phân vị). Kiểm định χ^2 , kiểm định chính xác Fisher. Trong quá trình nghiên cứu giá trị P < 0,05 là mức có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Thông qua Hội đồng khoa học của bệnh viện

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Các biến số nghiên cứu trong bệnh viêm phổi mắc phải cộng đồng ở bệnh nhân lớn tuổi

Biến số	N (%), Trung vị (IQR), trung bình (SD)
Tuổi	76 (66-85)
Nam	39 (60)
Tiền sử	
Đái tháo đường	27 (41,5)
Tăng huyết áp	51 (78,5)
Suy tim	9 (13,8)
Đột quỵ	11 (16,9)
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	17 (26,2)
Tiền sử không mắc bệnh	4 (6,2)
Tiền sử mắc 1 bệnh	22 (33,8)
Tiền sử mắc 2 bệnh	25 (38,5)
Tiền sử mắc 3 bệnh	13 (20)
Tiền sử mắc 4 bệnh	1 (1,5)
Triệu chứng lâm sàng	
Ho	65 (100)
Khạc đờm	64 (98,5)
Lú lẫn	3 (4,6)
Ran ở phổi	65 (100)
Mạch (lần/phút)	96,7 (17,1)
Nhiệt (°C)	37 (37 – 37,5)
Huyết áp tối đa (mmHg)	121,9 (22,5)
Huyết áp tối thiểu (mmHg)	70 (60 – 85)
Nhịp thở (lần/phút)	24 (22 – 25)
Bạch cầu (G/L)	12,3 (5,1)
Hồng cầu (T/L)	4,2 (0,8)
Hb (g/dl)	12,1 (2)
Glucose ngẫu nhiên (mmol/L)	7,1 (5,1 – 11,9)

Có xét nghiệm Procalcitonin	34 (52,3)
Procalcitonin (ng/mL)	0,55 (0,18-3,59)
Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) ≥ 2	43 (66,2)
X quang tim phổi thẳng	
Không tổn thương	11 (16,9)
Tổn thương phế nang 1 bên	1 (1,5)
Tổn thương phế nang 2 bên	5 (7,7)
Tổn thương phế quản phổi 1 bên	12 (18,5)
Tổn thương phế quản phổi 1 bên, tràn dịch màng phổi	1 (1,5)
Tổn thương phế quản phổi 2 bên	30 (46,2)
Tổn thương phế quản phổi 2 bên, tràn dịch màng phổi	5 (7,7)
Cấy máu	16 (24,6)
Kết quả cấy máu dương tính	10 (62,5)
Tên vi khuẩn	
Burkholderia cepacia	2 (20)
Enterobacteriaceae	1 (10)
Klebsiella pneumoniae	2 (20)
Pseudomonas aeruginosa	2 (20)
Proteus mirabilis	3 (30)
Kết quả kháng sinh đồ phù hợp với kháng sinh ban đầu	3 (30)
Tổng ngày điều trị (ngày)	10 (7 – 18)
Kết quả điều trị	
Ra viện	56 (86,2)
Tử vong hoặc xin về	9 (13,8)

Ghi chú: N: số lượng, SD: Standard Deviation = trung bình, IQR: Interquartile Range = tứ phân vị

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân lớn tuổi viêm phổi mắc phải trong cộng đồng

Biến số	Ra viện	Tử vong	RR (95% CI)	P
Nam	32 (82,1)	7 (17,9)	0,99 (0,74-1,07)	0,3
Tuổi ≥ 80	23 (85,2)	4 (14,8)	1,02 (0,84-1,25)	1
SIRS ≥ 2	34 (79,1)	9 (20,9)	1,27 (1,08-1,48)	0,02
X quang có tổn thương	31 (77,5)	9 (22,5)	1,29 (1,09-1,53)	0,01
Cấy máu dương tính	3 (30)	7 (70)	3,21 (1,25-8,29)	< 0,01
Glucose ngẫu nhiên $\geq 11,1$ mmol/L	13 (76,5)	4 (23,5)	1,17 (0,89-1,55)	0,23
Tiền sử > 2 bệnh	32 (82,1)	9 (13,8)	1,13 (0,94-1,35)	0,30

Ghi chú: RR = risk ratio, tỷ số nguy cơ; CI = confidence interval, khoảng tin cậy; SIRS = Systemic inflammatory response syndrome, hội chứng đáp ứng viêm toàn thân

IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 1 chúng tôi ghi nhận tuổi đối tượng nghiên cứu có trung vị 76 tuổi (khoảng tứ phân vị: 66 – 85 tuổi), trong đó nam chiếm 60%. Theo tác giả Nguyễn Thị Ngọc Anh và cộng sự (CS) (4), nghiên cứu 235 bệnh nhân VPMPCD

tuổi trung vị của mẫu nghiên cứu là 70 (59 – 80 tuổi), đa phần các bệnh nhân trong nghiên cứu ≥ 65 tuổi, tỷ lệ nam (58,7%). Theo nghiên cứu của nhóm tác giả Hoàng Hà, bệnh nhân nhóm tuổi > 65 tuổi nhiều nhất (67,1%). Và bệnh nhân nam chiếm 54,9% (5). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Phan Vũ Nguyên và CS (6). Nghiên cứu 490 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên bị VPMPCD tại Thái Lan, tác giả Osman M và CS (7), ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 80 tuổi (khoảng tứ phân vị, 70–87 tuổi);

51,2% là nam giới. Tóm lại, bệnh VPMPCT gặp ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ.

Trong tiền sử bệnh chúng tôi ghi nhận có 6,2% bệnh nhân không mắc bệnh lý nền, bệnh nhân mắc 2 bệnh phổi hợp chiếm tỷ lệ cao 38,5%. Trong đó bệnh nhân có bệnh tăng huyết áp chiếm 78,5%, đái tháo đường chiếm 41,5%, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 26,2% và 16,9% bệnh nhân có tiền sử đột quỵ. Nghiên cứu VPMPCT tác giả Phan Vũ Nguyên và CS (6), ghi nhận bệnh lý nền gặp nhiều nhất là tăng huyết áp (50,3%). Tác giả Nguyễn Thị Ngọc Anh và CS cũng ghi nhận bệnh lý mắc kèm thường gặp nhất là bệnh tăng huyết áp (63,0%) (4). Những bệnh nhân lớn tuổi VPMPCT thường có bệnh nền kèm theo. Nghiên cứu tại bệnh viện phổi Thái Nguyên thấy bệnh nhân có tiền sử các bệnh suy tim chiếm cao nhất 32,9%, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 29,3%, hen phế quản chiếm 19,5%, suy thận chiếm 15,9%, đái tháo đường chiếm 13,4%, tai biến mạch máu não chiếm 9,8% (5). Tương tự tác giả Osman và CS ghi nhận bệnh nền phổ biến nhất là tăng huyết áp (62,4%), đái tháo đường (35%) và bệnh phổi mãn tính (16%) (7). Như vậy, bệnh nhân VPMPCT thường có phổi hợp nhiều bệnh lý nền và tăng HA là bệnh nền phổ biến nhất.

Theo bảng 1 chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân vào viện có ho và ran ở phổi, 98,5% bệnh nhân có triệu chứng khạc đờm và 3% bệnh nhân lú lẫn. Nghiên cứu 82 bệnh nhân lớn tuổi VPMPCT tại Bệnh viện Phổi Thái Nguyên các tác giả ghi nhận: triệu chứng hay gặp là ho, khó thở và sốt chiếm lần lượt là 95,1%, 85,4% và 85,4% (5). Theo tác giả Phan Vũ Nguyên và CS (6), triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho (95,9%), khó thở (87,6%), sốt (85,5%) và khạc đờm (75,9%). Tương tự theo tác giả Huỳnh Định Chương và CS triệu chứng lâm sàng thường gặp sốt (52,4%), ho khạc đờm (79,8%), khó thở (65,5%), ran nổ (86,9%) (8). Như vậy, triệu chứng lâm sàng VPMPCT hay gặp nhất là ho, khạc đờm.

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận cận lâm sàng: bạch cầu máu ngoại vi trung bình 12,3 (G/L), trong đó có 66,2% bệnh nhân có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân ≥ 2 điểm. Có 52,3% bệnh nhân được xét nghiệm procalcitonin với giá trị trung vị là 0,55 ng/mL. Theo nghiên cứu của nhóm tác giả Hoàng Hà, 78% bệnh nhân có bạch cầu máu ngoại vi trên 10 G/L (5). Tác giả Phan Vũ Nguyên và CS nghiên cứu 145 bệnh nhân VPMPCT ghi nhận giá trị bạch cầu máu trung vị 13,2 G/L (6). Theo tác giả Nguyễn

Định Chương và CS (8), nghiên cứu 84 bệnh nhân VPMPCT ghi nhận bạch cầu tăng >10 G/L (67,9%), trung bình 12 G/L.

Tất cả bệnh nhân vào viện đều được chụp X quang tim phổi thẳng. Kết quả như bảng 1 tổn thương trên phim X quang tim phổi thẳng là tổn thương phế quản phổi hai bên chiếm tỷ lệ cao nhất 46,2%. Tiếp đến là nhóm bệnh nhân tổn thương phế quản phổi một bên chiếm 18,5%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu: Theo tác giả Hoàng Hà và CS (5), nghiên cứu nhóm bệnh nhân lớn tuổi VPMPCT trên X quang tổn thương một thùy là 14,6%, tổn thương đa thùy là 35,4%, tràn dịch màng phổi là 12,2%. Nghiên cứu 84 bệnh nhân VPMPCT nhóm nghiên cứu của Huỳnh Định Chương và CS (8), nhận thấy X quang phổi tổn thương cả hai bên là 44%, tổn thương bên phải nhiều hơn bên trái (23,8%, 10,7%), thường gặp nhất là tổn thương phế nang (57,6%).

Trong nghiên cứu này chúng tôi có 16 bệnh nhân (24,6%) được cấy máu, kết quả có 10 bệnh nhân (62,5%) dương tính. Theo tác giả Nguyễn Thị Ngọc Anh và CS, có 59,6% bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm vi sinh, và chỉ có 21 (15%) bệnh nhân là có kết quả cấy dương tính (4). Như vậy chỉ định cấy máu của chúng tôi thấp hơn, tuy nhiên kết quả cấy máu dương tính cao hơn.

Các nguyên nhân gây viêm phổi thường gặp là: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Legionella pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, trực khuẩn gram âm (*Pseudomonas aeruginosa*, *E. coli*...) (1).

Chúng tôi ghi nhận *Proteus Mirabilis* chiếm tỷ lệ cao nhất 30%, tiếp đến *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Burkholderia cepacia* cùng chiếm 20% và cuối cùng là *Enterobacter faecium* chiếm 10% (bảng 1). Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Anh và CS (4), các tác nhân ghi nhận chung vi sinh phân lập nhiều nhất gồm *P. aeruginosa*, *Streptococcus* spp. Nghiên cứu tiền hành ở 142 bệnh nhân VPMPCT được điều trị tại bệnh viện Nhiệt đới trung ương, bệnh viện đa khoa Đồng Đa và bệnh viện Đức Giang lại thấy *M. pneumoniae* (16,2%), *K. pneumoniae* (14,8%), *C. pneumoniae* (10,6%) và *S. pneumoniae* (9,9%) (1). Theo tác giả Osman M và CS trong nghiên cứu của mình ghi nhận vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế *K. pneumoniae* (20,4%) là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất, tiếp theo là *P. aeruginosa* (15,5%), *Acinetobacter baumannii* (7,3%), *Haemophilus*

parainfluenzae (6,7%) và Haemophilus influenzae (5,9%). Trong số các vi khuẩn Gram dương, Staphylococcus aureus (8,9%) và S. pneumoniae (5,9%) là tác nhân gây bệnh VPMPCD phổ biến nhất (7).

Với kết quả kháng sinh đồ của 10 bệnh nhân cấy máu dương tính, chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp (30%) có kháng sinh lựa chọn ban đầu phù hợp với kháng sinh đồ. Nghiên cứu 235 bệnh nhân VPMPCD, các tác giả nhận thấy sau khi có kết quả kháng sinh đồ thì 33,3% các trường hợp cần phải thay đổi kháng sinh kinh nghiệm phù hợp với kháng sinh đồ (4). Như vậy, so với nghiên cứu này tỷ lệ thay đổi kháng sinh sau khi có kết quả kháng sinh đồ của chúng tôi cao hơn.

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận số ngày điều trị của bệnh nhân VPMPCD thường là 10 ngày (khoảng tứ phân vị: 7 – 18 ngày). Kết quả điều trị ra viện là 86,2% và tử vong là 13,8%. Kết quả của chúng tôi tương tự như một số nghiên cứu: Theo nhóm tác giả Hoàng Hà nghiên cứu 82 bệnh nhân lớn tuổi VPMPCD các tác giả ghi nhận số ngày điều trị trung bình là $11,9 \pm 2,36$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 19 ngày. Kết quả điều trị tốt chiếm 86,6% (5). Theo tác giả Osman và CS nghiên cứu 482 bệnh nhân VPMPCD từ 60 tuổi trở lên kết quả cho thấy hầu hết bệnh nhân (80,8%) kết quả điều trị tốt và được xuất viện. Thời gian nằm viện trung bình là 8 ngày (khoảng tứ phân vị, 4–16 ngày). Ngược lại, 17,6% bệnh nhân tử vong và tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 14% (7).

Từ bảng 2 chúng tôi ghi nhận những bệnh nhân có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) ≥ 2 điểm có nguy cơ tử vong là 1,27 (95% CI: 1,08-1,48).

Chúng tôi cũng nhận thấy những bệnh nhân VPMPCD trên phim X quang tim phổi ban đầu có tổn thương thì nguy cơ tử vong là 1,29 (95% CI: 1,09-1,53) (bảng 2). Theo tác giả Hoàng Hà và CS (5), những bệnh nhân lớn tuổi VPMPCD trên X quang phổi có tổn thương đa thùy cho kết quả điều trị kém. Theo tác giả Osman và CS nghiên cứu 482 bệnh nhân bị VPMPCD tổn thương trên phim X quang đa thùy có nguy cơ tử vong RR = 2 (95% CI: 1,3–3,0), tràn dịch màng phổi có nguy cơ tử vong RR = 1,2 (95% CI: 1,1 – 1,5) (7).

Chúng tôi ghi nhận những bệnh nhân VPMPCD có cấy máu dương tính thì nguy cơ tử vong là 3,21 (95% CI: 1,25-8,29) (bảng 2). Theo tác giả Osman và CS (7), bệnh nhân lớn tuổi bị VPMPCD do nhiều loại vi khuẩn có nguy cơ tử vong RR = 1,2 (P = 0,001; 95% CI, 1,0–1,3).

Nhóm tác giả cũng ghi nhận VPMPCD do vi khuẩn đa kháng thì nguy cơ tử vong RR = 1,3 (P < 0,001; 95% CI, 1,1–1,6) (7).

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm bệnh nhân VPMPCD:
 - o Tuổi 76 (tứ phân vị: 66 – 85 tuổi), nam chiếm 60%.
 - o Tiền sử có 2 bệnh nền chiếm tỷ lệ cao nhất (38,5%), bệnh lý nền thường gặp là tăng huyết áp (78,5%).
 - o Lâm sàng: thường gặp ho, khạc đờm.
 - o X quang phổi: 46,2% bệnh nhân có tổn thương phế quản phổi 2 bên.
 - o Cấy máu: 62,5% (10/16 bệnh nhân) có kết quả dương tính.
 - o Các chủng vi khuẩn gặp trong cấy máu: Proteus Mirabilis (30%), tiếp đến Pseudomonas aeruginosae (20%), Klebsiella pneumoniae, Burkho. Cepacia (20%) và cuối cùng là Entero Faecium chiếm 10%.
 - o Số ngày điều trị trung vị là 10 (tứ phân vị: 7 – 18 ngày)
 - o Kết quả điều trị: ra viện 86,2%, tử vong 13,8%.
- Yếu tố liên quan đến tử vong bệnh nhân VPMPCD: Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân ≥ 2 điểm (RR = 1,27, 95% CI: 1,08-1,48; P=0,02), tổn thương trên phim X quang tim phổi (RR = 1,29, 95% CI: 1,09-1,53; P=0,01), cấy máu dương tính (RR = 3,21, 95% CI: 1,25-8,29; P<0,01).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn. Bộ Y tế. 2020; 4815/ QĐ-BYT.
2. **Stupka JE, Mortensen EM, Anzueto A, Restrepo MI.** Community-acquired pneumonia in elderly patients. Aging health. 2009;5(6):763-74.
3. **Cilloniz C, Rodriguez-Hurtado D, Torres A.** Characteristics and Management of Community-Acquired Pneumonia in the Era of Global Aging. Med Sci (Basel). 2018;6(2).
4. **Nguyễn Thị Ngọc Anh, Nguyễn Thắng, Nguyễn Hương Thảo.** Khảo sát việc sử dụng kháng sinh trong điều trị viêm phổi cộng đồng tại một bệnh viện công lập thành phố Hồ Chí Minh. 2020(27):98-105.
5. **Hoàng Hà, Dương Văn Sướng, Phạm Đắc Trung, Phạm Thị Quyên.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn tại bệnh viện phổi Thái Nguyên. 2024;538(1).
6. **Phan Vũ Nguyên, Hoàng Thị Thanh Thảo.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng nhập viện tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. 2024;541(1).
7. **Osman M, Manosuthi W, Kaewkungwal J, Silachamroon U, Mansanguan C,**

Kamolratanakul S, et al. Etiology, Clinical Course, and Outcomes of Pneumonia in the Elderly: A Retrospective and Prospective Cohort Study in Thailand. *Am J Trop Med Hyg.* 2021;104(6):2009-16.

8. Huỳnh Đình Chương, Võ Phạm Minh Thư. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá thang điểm CURB-65 ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng. 2020(28):69-76.