

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG PHẢI THÔNG KHÍ NHÂN TẠO XÂM NHẬP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

Phạm Thùy Linh¹, Nguyễn Phương Hoa¹, Trần Thị Oanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của người bệnh viêm phổi mắc phải cộng đồng phải thông khí nhân tạo xâm nhập tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 42 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng phải thông khí nhân tạo xâm nhập tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 08/2024 đến tháng 03/2025. **Kết quả:** 88,1% bệnh nhân trong độ tuổi từ 65 tuổi trở lên, tỷ lệ nam/nữ là 2,8; 38,9% hút thuốc và 11,9% nghiện rượu. Bệnh lý mạn tính đồng mắc: tim mạch 59,5%, đột quỵ não 28,6%. Triệu chứng hô hấp hay gặp là khó thở 90,5%, ho 81,0%, ran ẩm, ran nổ 92,9%. Số lượng bạch cầu trung bình là $15,6 \pm 11,6$ G/L. Nồng độ CRP trung bình là $123,6 \pm 96,7$ mg/L. 81% bệnh nhân được phối hợp 2 nhóm kháng sinh ngay từ ban đầu. Tỷ lệ tử vong/nặng lên là 28,6%. Các yếu tố liên quan tới nguy cơ tử vong là sốc nhiễm khuẩn, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$, tổn thương đa thùy phổi ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân là người cao tuổi, có tiền sử hút thuốc lá và đồng mắc bệnh lý mạn tính: bệnh hô hấp mạn tính, tim mạch mạn tính... Triệu chứng lâm sàng hay gặp là sốt, khó thở, ho, phổi có ran ẩm, ran nổ. Chỉ số viêm tăng cao. Phim X-quang hay gặp tổn thương đa thùy phổi. Điều trị thường phối hợp hai kháng sinh từ đầu nhưng tỷ lệ tử vong còn cao. Các yếu tố như sốc nhiễm khuẩn, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$ và tổn thương đa thùy phổi làm tăng nguy cơ tử vong ở người bệnh.

Từ khóa: Viêm phổi mắc phải cộng đồng, thông khí nhân tạo xâm nhập, kết quả điều trị.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA PATIENTS REQUIRING INVASIVE VENTILATION AT DUC GIANG GENERAL HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and para-clinical characteristics and treatment outcomes of patients with community-acquired pneumonia requiring invasive mechanical ventilation at Duc Giang General Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 42 patients with community-

acquired pneumonia requiring invasive mechanical ventilation, treated at Duc Giang General Hospital from August 2024 to April 2025. **Results:** 88,1% of patients were aged 65 years or older, male/female ratio was 2,8; 38,9% smoked and 11,9% were alcoholics. Chronic comorbidities: cardiovascular disease 59,5%, stroke 28,6%. Common respiratory symptoms were dyspnea 90,5%, cough 81,0%, crackles 92,9%. The average white blood cell count was $15,6 \pm 11,6$ G/L. The average CRP concentration was $123,6 \pm 96,7$ mg/L. 81% of patients received a combination of 2 groups of antibiotics from the beginning. The mortality/exacerbation rate was 28,6%. Factors associated with mortality risk were septic shock, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$, and multilobar lung lesions ($p < 0,05$). **Conclusion:** The study showed that the majority of patients were elderly, had a history of smoking and had chronic diseases: chronic respiratory disease, chronic cardiovascular disease, etc. Common clinical symptoms were fever, shortness of breath, cough, moist rales, and crackles in the lungs. The inflammatory index was high. X-rays often showed multi-lobe lung lesions. Treatment often combined two antibiotics from the beginning, but the mortality rate was still high. Factors such as septic shock, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 250$ and multi-lobe lung lesions increased the risk of death in patients.

Keywords: Community-acquired pneumonia, invasive mechanical ventilation, treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong nhóm các bệnh lây nhiễm trên toàn thế giới [7]. Tại Việt Nam, năm 2014, tỷ lệ mắc VPMPCD là 561/100000 người dân với tỷ lệ tử vong là 1,32/100000 người, đứng hàng đầu trong các căn nguyên gây tử vong [1]. Trong đó, nhóm bệnh nhân VPMPCD nặng có kết quả điều trị kém và cần mức độ chăm sóc cao hơn. Những năm gần đây, mặc dù chiến lược chẩn đoán, điều trị và chăm sóc đã có nhiều tiến bộ vượt bậc nhưng tỷ lệ tử vong đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân nặng còn ở mức cao. Tỷ lệ này được báo cáo dao động từ 11% - 56% ở các nghiên cứu đa trung tâm khác nhau [8].

Hiện nay, vấn đề chẩn đoán và điều trị VPMPCD nặng gặp nhiều khó khăn do bệnh thường xảy ra trên cơ địa người già với triệu chứng thường không điển hình, đặc biệt là trên những bệnh nhân có bệnh lý mạn tính trước đó, làm tăng nguy cơ mắc các biến chứng nặng nề như: sốc nhiễm khuẩn, suy hô hấp cấp, suy thận

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thùy Linh

Email: pthuylinh772@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025

cấp, rối loạn nhịp tim,....

Xác định sớm đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh VPMPCT có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng, lựa chọn phương pháp điều trị và cải thiện kết cục lâm sàng, đặc biệt ở những bệnh nhân cần hỗ trợ hô hấp bằng thông khí nhân tạo xâm nhập. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của người bệnh VPMPCT phải thông khí nhân tạo xâm nhập điều trị tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2024 – 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán VPMPCT nặng phải thông khí nhân tạo xâm nhập điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực – chống độc Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ≥ 16 tuổi, được chẩn đoán VPMPCT theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn” của Bộ Y tế năm 2020 [1], có chỉ định thông khí nhân tạo xâm nhập tại thời điểm nhập viện hoặc < 48 giờ kể từ thời điểm nhập viện.

- Không nằm viện, các cơ sở điều trị hoặc sử dụng các phương tiện chăm sóc sức khỏe dài ngày trong khoảng 14 ngày trước khi có biểu hiện triệu chứng.

- Bệnh nhân hoặc người giám hộ của bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Có tiền sử hoặc vừa mới phát hiện bị nhiễm HIV trong khi nằm viện.

- Đang mắc lao tiến triển hoặc đang được điều trị thuốc lao.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 08/2024 đến tháng 03/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

***Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, thu được 42 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn

*** Phương pháp thu thập thông tin.** Phòng vấn đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi nghiên cứu, khám lâm sàng và thu thập thông tin cần thiết ghi vào phiếu thu thập số liệu.

* Phương pháp phân tích số liệu

- Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê số lượng, tỷ lệ các biến số, trung bình và độ lệch chuẩn. Sử dụng test χ^2 hoặc

kiểm định Fisher chính xác. Tỉ suất chênh OR với khoảng tin cậy (KTC) 95%.

***Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện đa khoa Đức Giang và tuân thủ đầy đủ các quy định về đạo đức nghiên cứu trong quá trình thực hiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/08/2024 đến 31/03/2025, thu thập được 42 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	31	73,8
	Nữ	11	26,2
Nhóm tuổi	16 - 40	2	4,8
	40 - 64	3	7,1
	≥ 65	37	88,1
	Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$) năm	75,9 ± 16,0	
Yếu tố nguy cơ			
Hành vi nguy cơ	Hút thuốc	16	38,1
	Nghiện rượu	5	11,9
	Sắc	2	4,8
	Dùng kháng sinh trong vòng 3 tháng qua	6	14,3
	Dùng corticoides ngăn ngày trong vòng 3 tháng qua	8	19,0
Bệnh lý đồng mắc	Bệnh lý phổi mạn tính	11	26,2
	Bệnh lý tim mạch	25	59,5
	Bệnh lý thận mạn tính	5	11,9
	Đái tháo đường	11	26,2
	Đột quỵ não	12	28,6
	Nằm lâu/không vận động	14	33,3
	Rối loạn nuốt	1	2,4

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm 73,8% đối tượng nghiên cứu. Phần lớn bệnh nhân trong độ tuổi từ 65 tuổi trở lên, chiếm 88,1%. Có 35,7% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc. Trong số các bệnh lý mạn tính đồng mắc, bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất 59,5%, đột quỵ não 28,6%, bệnh phổi mạn tính và đái tháo đường cùng chiếm tỷ lệ 26,2%.

Bảng 2. Triệu chứng toàn thân, cơ năng khi nhập viện

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn ý thức	25	59,5
Mạch ≥ 125 (lần/phút)	12	28,6
HATT < 90 mmHg	8	19,0
Tần số thở ≥ 30 (lần/phút)	20	47,6
SpO2 $< 90\%$	37	88,1
Sốt	22	52,4

Ho	34	81,0
Khó thở	38	90,5
Đau ngực	23	56,9
Ho máu	1	2,4
Thời gian khởi phát triệu chứng (X±SD) ngày	3,8±4,6	

Nhận xét: Thời gian trung bình khởi phát các triệu chứng là 3,8 ngày. Trong các triệu chứng toàn thân của bệnh nhân VPMPCT nặng có chỉ định thở máy khi nhập viện, hay gặp nhất là SpO₂ < 90% chiếm 88,1%; rối loạn ý thức chiếm 59,5%; các triệu chứng có tỷ lệ gần tương đương là sốt 52,4% và tần số thở ≥ 30 lần/phút 47,6%. Triệu chứng hô hấp hay gặp nhiều nhất là khó thở chiếm 90,5%, tiếp đến là ho 81,0% và đau ngực 56,9%, ho máu là triệu chứng ít gặp nhất.



Biểu đồ 1. Triệu chứng thực thể của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trong 42 bệnh nhân nghiên cứu, thăm khám thực thể tại thời điểm nhập viện cho thấy, có 92,9% bệnh nhân có ran ẩm, ran nổ ở hai phổi. Hội chứng ba giảm và hội chứng đông đặc ít gặp hơn, chiếm lần lượt 19% và 16,7%.

Bảng 3. Kết quả cận lâm sàng khi nhập viện

Chỉ số xét nghiệm	Kết quả (X±SD)
Huyết sắc tố	116,9 ± 20,3
Bạch cầu (G/L)	15,6 ± 11,6

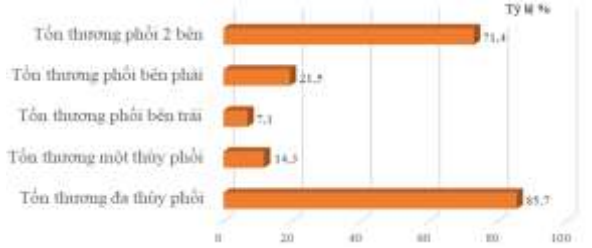
Bảng 4. Tình hình sử dụng kháng sinh và kết quả điều trị

Nội dung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phác đồ kháng sinh ban đầu (n=42)	Sử dụng 1 nhóm kháng sinh	5	11,9
	Phối hợp 2 nhóm kháng sinh	34	81,0
	Phối hợp 3 nhóm kháng sinh	3	7,1
Phác đồ kháng sinh thay đổi (n=14)	Phối hợp thêm từ 1 nhóm thành 2 nhóm kháng sinh	0	0,0
	Phối hợp thêm từ 2 nhóm thành 3 nhóm kháng sinh	2	14,3
	Thay kháng sinh ban đầu bằng kháng sinh cùng nhóm	1	7,1
	Thay kháng sinh ban đầu bằng kháng sinh khác nhóm	11	78,6
Kết quả điều trị	Tử vong/ Nâng lên	12	28,6
	Sống sót		
	Khỏi, ra viện	22	52,4
	Đỡ, giảm chuyển khoa hoặc chuyển tuyến dưới	8	19,0
Thời gian nằm viện (X±SD) ngày		15,1±8,8	

Nhận xét: Phối hợp 2 kháng sinh được thực hiện ngay từ ban đầu, chiếm tỷ lệ cao nhất với 81,0%. Phối hợp 3 kháng sinh từ ban đầu chiếm 7,1%.

Bạch cầu đa nhân trung tính (BCĐNTT) (G/L)	11,8 ± 6,3
Tiểu cầu (G/L)	245,8 ± 110,7
CRP (mg/L)	123,6 ± 96,7
Ure (mmol)	13,6 ± 16,0
Creatinin (μmol/L)	164,8 ± 249,6
AST	87,4 ± 181,0
ALT	41,6 ± 68,7
pH	7,2 ± 0,1
PaO ₂	60,2 ± 16,4
PaCO ₂	44,4 ± 15,5
PaO ₂ /FiO ₂	280,4 ± 78,8

Nhận xét: Giá trị trung bình của bạch cầu và BCĐNTT lần lượt là 15,6 ± 11,6 và 11,8 ± 6,3 G/L. Chỉ số CRP có giá trị trung bình là 123,6 ± 96,7 mg/L. Kết quả khí máu tại thời điểm nhập viện với pH trung bình giảm là 7,2 ± 0,1, PaO₂ trung bình giảm 60,2 ± 16,4mmHg, PaCO₂ trung bình là 44,4 ± 15,5 mmHg, PaO₂/FiO₂ trung bình giảm là 280,4 ± 78,8.



Biểu đồ 2. Đặc điểm tổn thương phổi trên phim Xquang

Nhận xét: Trên phim Xquang tim phổi tại thời điểm nhập viện, 7,1% bệnh nhân có tổn thương phổi trái đơn thuần, 21,5% tổn thương phổi phải đơn thuần và 71,4% có tổn thương phổi cả hai bên. 85,7% bệnh nhân có tổn thương lan tỏa đa thùy phổi.

Về kết quả điều trị, tỷ lệ bệnh nhân tử vong và diễn biến nặng lên tiên lượng tử vong chiếm 28,6%. Thời gian nằm viện trung bình là 15,1 ngày.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan với tỷ lệ tử vong/ nặng lên

Yếu tố		Tử vong/ Nặng lên				OR (95% CI)	p
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Hút thuốc	Có	4	33,3	12	40,0	0,7	0,740
	Không	8	66,7	18	60,0	0,2 – 3,1	
Nghiện rượu	Có	2	16,7	3	10,0	1,8	0,613
	Không	10	83,3	27	90,0	0,3 – 12,4	
Rối loạn ý thức	Có	9	75,0	16	53,3	2,6	0,300
	Không	3	25,0	14	46,7	0,6 – 11,6	
Sốc nhiễm khuẩn	Có	8	66,7	7	23,3	6,5	0,013
	Không	4	33,3	23	76,7	1,5 – 28,5	
Nhịp thở ≥30l/p	Có	6	50,0	15	50,0	1,000	1,000
	Không	6	50,0	15	50,0	0,3 – 3,8	
PaO2/FiO2 ≤250	Có	7	58,3	6	20,0	2,5	0,026
	Không	5	41,7	24	80,0	0,5 – 13,6	
Ure >7,14 mmol	Có	10	83,3	20	66,7	0,5	0,453
	Không	2	16,7	10	33,3	0,8 – 2,6	
Tổn thương nhiều thùy phổi	Có	8	66,7	28	93,3	0,1	0,046
	Không	4	33,3	2	6,7	0,0 – 0,9	

Nhận xét: Nguy cơ tử vong cao hơn 6,5 lần ở những bệnh nhân có tình trạng sốc nhiễm khuẩn so với những bệnh nhân không có sốc nhiễm khuẩn ($p=0,013$). Những bệnh nhân có PaO₂/FiO₂ ≤ 250 có nguy cơ tử vong cao hơn 2,5 lần so với những bệnh còn lại ($p=0,026$). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tổn thương nhiều thùy phổi trên Xquang và nguy cơ tử vong trên những bệnh nhân nghiên cứu ($p=0,046$).

Không có mối liên quan giữa hút thuốc, nghiện rượu với nguy cơ tử vong ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt về nguy cơ tử vong giữa nhóm bệnh nhân có tình trạng rối loạn ý thức và nhóm ý thức bình thường ($p=0,300$).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 42 bệnh nhân VPMPCT phải thông khí xâm nhập được chọn vào nghiên cứu, độ tuổi trung bình của người bệnh là $77,8 \pm 16,0$, gần tương đương với nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân VPMPCT nặng Nguyễn Đức Phúc – Lưu Văn Hậu là $71,1 \pm 16,8$ [3], cao hơn so với nghiên cứu của Ferrer và cộng sự (2018) là 66 ± 16 [6]. Phần lớn bệnh nhân trong độ tuổi từ 65 tuổi trở lên, chiếm 88,1%. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng tuổi > 65 là một yếu tố nguy cơ độc lập với VPMPCT nặng và tỷ lệ tử vong [5] [6]. Chúng tôi nhận thấy số bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ là 73,8%, gấp gần 2,8 lần số bệnh nhân nữ, gần tương đương với nghiên cứu của Ferrer với tỷ lệ này là 2,1 [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân

có tiền sử hút thuốc lá chiếm 35,7%, nghiện rượu là 11,9%, thấp hơn so với ghi nhận của Nguyễn Đức Phúc – Lưu Văn Hậu với tỷ lệ hút thuốc 46,8%, nghiện rượu 21,9% [3]. Trong đó, bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch mạn tính nhất 59,5%, đột quỵ não 28,6%, bệnh phổi mạn tính và đái tháo đường cùng là 26,2%. Đây cũng là các bệnh lý mạn tính hay gặp nhất trên cùng nhóm đối tượng nghiên cứu của Ferrer với bệnh hô hấp mạn tính 41%, bệnh tim mạch mạn tính 25%, đái tháo đường và đột quỵ não lần lượt là 23% và 22% [6]. Mức độ nặng nề của các bệnh lý nền có thể làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân VPMPCT, cần được đánh giá ngay tại thời điểm bệnh nhân nhập viện để góp phần tiên lượng và đưa ra quyết định điều trị phù hợp.

Đặc điểm lâm sàng: Các triệu chứng toàn thân tại thời điểm nhập viện là: sốt 52,4%, tần số thở ≥ 30 lần/phút (47,6%), nhịp tim ≥ 125 lần/phút (28,6%), HATT < 90 mmHg (19%). Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Phúc: sốt (48,5%), tần số thở ≥ 30 lần/phút (31,2%), nhịp tim ≥ 125 lần/phút (28%), HATT < 90 mmHg (19%) [3]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận có rối loạn ý thức ở 59,5% bệnh nhân, cao gấp 5 lần tỷ lệ này cũng trong nghiên cứu của 2 tác giả trên (10,9%). Đây là một trong các triệu chứng cần được đánh giá để chỉ định thông khí xâm nhập ở bệnh nhân VPMPCT nặng. Triệu chứng hô hấp hay gặp là khó thở 90,5%, ho 81,0%, đau ngực 56,9% và ran ẩm, ran nổ ở phổi 92,9%. Tạ Thị

Điều Nghiệm ghi nhận kết quả tương tự trên nhóm viêm phổi nặng: khó thở 96,4%, ho 92,9%, đau ngực 67%, ran phổi 89,3% [2].

Đặc điểm cận lâm sàng: Giá trị trung bình của bạch cầu và BCDNTT trong máu ngoại vi lần lượt là $15,6 \pm 11,6$ G/L và $11,8 \pm 6,3$ G/L. Chỉ số CRP có giá trị trung bình là $123,6 \pm 96,7$ mg/L. Các giá trị trên đều tăng cao, phản ánh tình trạng nhiễm trùng cấp tính ở người bệnh VPMPCD. Ferrer ghi nhận kết quả tương tự trên nhóm VPMPCD có thông khí xâm nhập: giá trị trung bình của bạch cầu $13,5 \pm 7,5$ G/L và CRP 220 ± 140 mg/L [6]. Kết quả khí máu tại thời điểm nhập viện với pH trung bình giảm là $7,2 \pm 0,1$, PaO₂ trung bình giảm $60,2 \pm 16,4$ mmHg, PaCO₂ trung bình là $44,4 \pm 15,5$ mmHg, PaO₂/FiO₂ trung bình giảm là $280,4 \pm 78,8$; phản ánh tình trạng giảm oxy máu động mạch do suy hô hấp ở người bệnh VPMPCD phải thở máy xâm nhập. Nghiên cứu của Miquel Ferrer cũng thu được kết quả như trên với giá trị trung bình của PaCO₂ là 43 ± 17 mmHg, PaO₂/FiO₂ là 213 ± 84 [6].

Hình ảnh Xquang cho thấy tổn thương phổi trong VPMPCD có thể ở nhiều vị trí khác nhau: chỉ ở phổi phải gặp trên 21,5% bệnh nhân, ở phổi trái 7,1% và tổn thương ở cả hai phổi 71,4%. Phần lớn bệnh nhân có tổn thương phổi lan tỏa ở nhiều hơn một thùy phổi, chiếm 85,7%. Tỷ lệ này cao hơn ở nghiên cứu của Hoàng Thị Thùy là 72,2% [4] và Tạ Thị Diệu Ngân là 57,8% [2]. Kết quả này phù hợp khi nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên nhóm bệnh nhân VPMPCD nặng phải thông khí xâm nhập và tổn thương đa thùy phổi được nhận định là yếu tố tiên lượng viêm phổi nặng và nguy cơ tử vong.

Sử dụng kháng sinh: Cần dùng kháng sinh sớm cho bệnh nhân viêm phổi do vi khuẩn, điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm và chỉnh kháng sinh khi có kết quả kháng sinh đồ. Phác đồ phối hợp kháng sinh luôn được ưu tiên trong điều trị VPMPCD nặng. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được sử dụng phối hợp 2 nhóm kháng sinh ngay từ đầu, chiếm 81%, tương tự với nghiên cứu của Hoàng Thị Thùy và Nguyễn Đức Phúc lần lượt là 77,1% [4] và 65,6% [3]. Có 13 bệnh nhân chiếm 31%, được thay đổi kháng sinh do nhiều nguyên nhân: điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ, thêm kháng sinh do tiến triển nặng của người bệnh...

Kết quả điều trị: Việc đánh giá kết quả điều trị mới chỉ là bước đầu. Nhóm khỏi bệnh ra viện chiếm 52,4%, điều trị đỡ chuyển khoa khác hoặc tuyến dưới điều trị chiếm 19%; nhóm nặng lên xin về và tử vong chiếm 28,6%. Nghiên cứu

của Nguyễn Đức Phúc có kết quả tương tự với 68,7% khỏi bệnh và ra viện, 7,8% điều trị đỡ chuyển tuyến dưới và 23% nặng lên và tử vong [3].

Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ tử vong: Một số yếu tố như sốc nhiễm khuẩn (OR = 6,5), PaO₂/FiO₂ ≤ 250 (OR 2,5) và tổn thương đa thùy phổi có liên quan đến nguy cơ tử vong ở bệnh nhân VPMPCD nặng phải thông khí nhân tạo xâm nhập (p<0,05). Theo Tạ Thị Diệu Ngân, sốc nhiễm khuẩn (OR = 60,5) có liên quan đến nguy cơ tử vong ở người bệnh (p<0,05). Không có mối liên quan giữa tổn thương đa thùy phổi (p=0,059) với nguy cơ tử vong [2].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 42 bệnh nhân VPMPCD nặng phải thông khí xâm nhập ghi nhận: thường gặp ở người cao tuổi (≥ 65 tuổi), có tiền sử hút thuốc lá và mắc bệnh lý mạn tính: bệnh lý hô hấp mạn tính, tim mạch mạn tính, đái tháo đường. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là sốt, khó thở, ho, đau ngực, nhịp tim nhanh, tần số thở nhanh, nghe phổi có ran ẩm, ran nổ. Kết quả cận lâm sàng có chỉ số viêm tăng cao: số lượng bạch cầu và BCDNTT tăng, CRP tăng. Trên phim Xquang hay gặp tổn thương đa thùy phổi. Điều trị thường phối hợp hai kháng sinh từ ban đầu, có điều chỉnh kháng sinh phù hợp với kháng sinh đồ và tiến triển của người bệnh nhưng tỷ lệ tử vong còn cao, chiếm 28,6%. Chúng tôi ghi nhận các yếu tố như tình trạng sốc nhiễm khuẩn, PaO₂/FiO₂ ≤ 250 và tổn thương đa thùy phổi có liên quan đến nguy cơ tử vong ở bệnh nhân nặng phải thông khí nhân tạo xâm nhập (p < 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2020). "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn", trang 7–45.
2. **Tạ Thị Diệu Ngân** (2016). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng". Luận văn Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Đức Phúc, Lưu Văn Hậu** (2024). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi cộng đồng mức độ nặng tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, 3(47): 69-74.
4. **Hoàng Thị Thùy** (2020). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố nguy cơ của viêm phổi mắc phải cộng đồng nặng tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai". Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Clyne B, Olshaker JS.** (1999). The C-reactive protein. J Emerg Med, 17(6): 1019-1025.
6. **Ferrer M, Traverso C, Cilloniz C, et al.** (2018). Severe community-acquired pneumonia: Characteristics and prognostic factors in

- ventilated and non-ventilated patients. PLOS ONE, 13(1): e0191721.
7. **Leoni D, Rello J.** (2017). Severe community-acquired pneumonia: optimal management. Curr Opin Infect Dis, 30(2): 240-247.
8. **Sligl WI, Marrie TJ.** (2013). Severe Community-Acquired Pneumonia. Crit Care Clin, 29(3): 563-601.

TÌNH HÌNH MẮC UNG THƯ LƯỠI – SÀN MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI TRONG GIAI ĐOẠN 2023-2025

Nguyễn Hồng Nhung¹, Phạm Thái Sơn¹, Ngô Gia Phi Vũ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ và lâm sàng ung thư lưỡi sàn miệng tại bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội giai đoạn 2023-2025. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân ung thư lưỡi – sàn miệng tại bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội trong giai đoạn 2023-2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 56,4 tuổi; tỷ số nam/nữ 2/1; Triệu chứng loét và đau chiếm 56,67%, chảy máu chiếm 20%; U bờ lưỡi 50%, u sàn miệng 36,7%; Thời gian nhập viện từ lúc phát hiện triệu chứng dưới 3 tháng chiếm 56,66%; Ung thư biểu mô tế bào vảy 86,67% còn lại là ung thư biểu mô dạng tuyến và ung thư biểu mô nhầy; **Kết luận:** Ung thư lưỡi sàn miệng được ghi nhận ở cả hai giới với tỷ lệ cao hơn ở nam giới. Bệnh nhân thường ở trong độ tuổi trung niên hoặc cao tuổi nhưng đang có xu hướng trẻ hóa. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ không còn được ghi nhận ở mức cao khi chế độ và tập quán sinh hoạt tại Việt Nam ngày càng thay đổi. Triệu chứng ung thư lưỡi sàn miệng ở giai đoạn sớm khó phát hiện trong khi các triệu chứng như loét và đau phổ biến nhất. Phần lớn các bệnh nhân đến viện dưới 3 tháng sau khi phát hiện triệu chứng cho thấy hiệu quả của việc nâng cao nhận thức bệnh nhân. Ung thư biểu mô tế bào vảy tại bờ lưỡi là phổ biến nhất. **Từ khóa:** ung thư lưỡi sàn miệng, ung thư khoang miệng, dịch tễ

SUMMARY

THE STATUS OF TONGUE AND FLOOR CANCER AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY IN HANOI DURING THE PERIOD OF 2023-2025

Objective: To describe the epidemiological and clinical characteristics of tongue and floor of mouth cancer at the National Hospital of Odonto-Stomatology in Hanoi during the period of 2023-2025. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional retrospective study was conducted on patients with tongue and floor of mouth cancer at the National Hospital of Odonto-Stomatology in Hanoi from 2023-

2025. **Results:** The average age was 56.4 years; the male/female ratio was 2/1; ulcer and pain accounted for 56.67% of symptoms, and bleeding accounted for 20%; Tongue border tumors accounted for 50%, and floor of mouth tumors accounted for 36.7%; The time from symptom onset to hospitalization was less than 3 months in 56.66% of cases; Squamous cell carcinoma accounted for 86.67%, with the remainder being adenoid cystic carcinoma and mucoepidermoid carcinoma. **Conclusion:** Tongue and floor of mouth cancer is observed in both sexes with a higher rate in males. Patients are often middle-aged or elderly, but there is a trend toward younger ages. The rate of risk factors is no longer recorded at a high level as living habits and practices in Vietnam are increasingly changing. Early-stage symptoms of tongue and floor of mouth cancer are difficult to detect, while symptoms such as ulceration and pain are most common. The majority of patients come to the hospital within 3 months after symptom detection, showing the effectiveness of raising patient awareness. Squamous cell carcinoma at the tongue border is the most common.

Keywords: tongue and floor of mouth cancer, oral cavity cancer, epidemiology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi là tổn thương ác tính nguyên phát tại lưỡi và là một trong các loại ung thư khoang miệng thường gặp nhất trên thế giới. Số liệu thống kê cho thấy ung thư khoang miệng là 1 trong 10 loại ung thư thường gặp nhất với số ca mắc mới hàng năm chiếm 354 864 ca [1]. Tại Việt Nam, trong giai đoạn từ năm 2015 đến 2019, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội đã phát hiện 628 ca ung thư lưỡi và sàn miệng trong tổng số 11.738 bệnh nhân, với tỷ lệ mắc là 5,35%. Trung bình mỗi năm có 125,6 ca ung thư lưỡi và sàn miệng mới được chẩn đoán [2]. Triệu chứng cơ năng của ung thư lưỡi thường không rõ ràng và dễ bị bỏ qua. Do đó, bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn ảnh hưởng xấu tới tiên lượng điều trị và hồi phục. Trong nghiên cứu này, chúng tôi mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng ung thư lưỡi- sàn miệng tại bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội trong giai đoạn 2023-2025.

¹Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung
Email: dr.rosy245@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 17.7.2025
Ngày duyệt bài: 14.8.2025