

trường hợp có kết quả kém, trong khi nhóm không có TG2M chỉ đạt 28,6% kết quả tốt với 6/49 bệnh nhân có kết quả kém [8]. Còn trong nghiên cứu của Phạm Duy Dũng (2018) cũng ghi nhận ở nhóm bệnh nhân không có TG2M, tỷ lệ kết quả tốt là 73,4% và kết quả kém là 10,9%, trong khi nhóm bệnh nhân có TG2M, tỷ lệ kết quả phẫu thuật tốt đạt tới 94,1 % và không ghi nhận trường hợp có kết quả kém [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của 2 tác giả trên khi 100% bệnh nhân có TG2M đều có kết quả tốt, trong khi nhóm không có TG2M chỉ có tỷ lệ 92%, nhóm kết quả trung bình và kém đều là 4%. Kết quả này cũng phần nào cho thấy mối liên quan của TG2M đối với việc cân bằng trục nhãn cầu, và khẳng định tầm quan trọng của phẫu thuật điều trị lác từ sớm (vì TG2M sẽ hoàn thiện cho tới 8 tuổi, nên sau 8 tuổi phẫu thuật lác sẽ ít có ảnh hưởng đến phục hồi TG2M).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật lác có chỉnh chỉ điều trị lác ngang cơ năng đem lại kết quả chỉnh thẳng trục nhãn cầu tốt, với kết quả đạt được cao hơn một số tác giả sử dụng phương pháp không chỉnh chỉ tuy nhiên hiệu quả cải thiện chức năng thị giác còn hạn chế do đối tượng nghiên cứu chủ yếu là bệnh nhân trên 17 tuổi. Ngoài các yếu tố liên quan đến đặc điểm của lác, việc khám và điều trị kịp thời là

yếu tố rất quan trọng để nâng cao kết quả phục hồi chức năng thị giác hai mắt. Do đó, cần nâng cao hiểu biết về bệnh, tăng cường khám, phát hiện và điều trị sớm cho bệnh nhân lác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Huy Tiến** (1972), Nhãn khoa tập 2, Nhà xuất bản Y học và thể dục thể thao, Hà Nội.
2. **Ismail AA, Abdelkader MF, Mohamed AA, Abdelaziz ST.** Evaluation of Efficacy and Lateral Gaze Incomitance in Symmetrical and Asymmetrical Surgery for Concomitant Esotropia and Exotropia. *Clin Ophthalmol.* 2021; 15: 3613-3621.
3. **Đỗ Minh Hà.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật lác ngoài thứ phát ở người lớn. Luận văn thạc sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội. 2012.
4. **Phạm Duy Dũng.** Đánh giá kết quả phẫu thuật lác ngoài chức năng ở người lớn. Luận văn thạc sĩ y khoa. Đại học Y Hà Nội. 2018.
5. **Uzun A, Sahin A.** Các yếu tố ảnh hưởng đến thành công phẫu thuật lác ngang đồng thời. *Acta Medica.* 29/11/2021:1-7.
6. **Abbasoglu OE, Sener EC, Sanac AS.** Factors influencing the successful outcome and response in strabismus surgery. *Eye.* Tháng Năm 1996;10(3):315-20.
7. **Nabie R, Gharabaghi D, Rahimloo B.** Bilateral Medical Rectus Advancement versus Bilateral Lateral Rectus Recession for Consecutive Exotropia. *J Ophthalmic Vis Res.* Tháng Tư 2008;3(2):114-7.
8. **Đỗ Quang Thọ** (2016), Đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật điều trị lác ngoài cơ năng ở trẻ em, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nông Thị Hương Nhài^{1,2}, Phạm Kim Liên², Phan Duy Nguyên³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi cộng đồng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 117 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng có tiền sử điều trị đái tháo đường típ 2 điều trị nội trú từ tháng 07/2024 – 07/2025 tại Bệnh

viện Trung Ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình $72,16 \pm 12,30$ (năm), trong đó nhóm ≥ 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (57,2%). Tỷ lệ nam và nữ $\sim 1/1,05$. Các triệu chứng thường gặp: sốt (71,8%); hụt hơi (53,8%); khạc đờm (65%); môi khô, lưỡi bẩn (67,5%); rối loạn ý thức hiếm gặp (11,1%); tần số thở nhanh 29,9%; mạch nhanh 27,3%. Bạch cầu trung tính tăng 76,1%. CRP tăng chủ yếu ở mức nhẹ và vừa (83,8%), Procalcitonin tăng mức cao và rất cao 63,2%. Hình ảnh X-quang cho thấy tổn thương đa dạng, nhiều thùy chiếm tỷ lệ cao (phổi phải 21,4%, phổi trái 15,4%), thường phối hợp cả đông đặc và mô kẽ. Theo CURB-65, mức độ nhẹ chiếm 46,2%, trung bình 41,0%, nặng 12,8%. Các chỉ số sinh hóa tiền lượng nặng đáng chú ý: glucose >14 mmol/l (27,4%), ure >11 mmol/l (20,5%), hematocrit $<30\%$ (19,7%) và $\text{Na}^+ <130$ mmol/l (16,2%). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân đái tháo đường típ 2 mắc viêm

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Kạn

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phan Duy Nguyên

Email: nguyentrang.hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025

phổi cộng đồng thường ở tuổi cao, triệu chứng lâm sàng không điển hình nhưng các chỉ số cận lâm sàng như Procalcitonin, CRP, tổn thương nhiều thùy và rối loạn chuyển hóa lại nặng. Điều này đặt ra yêu cầu cần chẩn đoán sớm, theo dõi sát các dấu ấn viêm và kiểm soát đường huyết chặt chẽ. Đồng thời, việc tiêm vắc-xin phòng bệnh, phát hiện sớm triệu chứng hô hấp và điều trị tích cực, cá thể hóa sẽ giúp giảm biến chứng và tử vong. **Từ khóa:** Đái tháo đường, viêm phổi cộng đồng, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES TREATED AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of community-acquired pneumonia (CAP) in patients with type 2 diabetes mellitus treated at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 117 inpatients diagnosed with CAP and with a history of type 2 diabetes mellitus, admitted from July 2024 to July 2025 at Thai Nguyen National Hospital. **Results:** The mean age of participants was 72.16 ± 12.30 years, with the highest proportion observed in those aged ≥ 80 years (57.2%). The male-to-female ratio was approximately 1:1.05. Common symptoms included fever (71.8%), dyspnea (53.8%), productive cough (65%), dry mouth with coated tongue (67.5%), and less frequent manifestations such as altered consciousness (11.1%), tachypnea (29.9%), and tachycardia (27.3%). Neutrophilia was present in 76.1% of cases. C-reactive protein (CRP) levels were mildly to moderately elevated in 83.8% of patients, while procalcitonin was markedly or severely elevated in 63.2%. Chest X-rays revealed diverse lesions, with multi-lobe involvement being common (right lung 21.4%, left lung 15.4%), often presenting as both consolidation and interstitial patterns. According to CURB-65, mild cases accounted for 46.2%, moderate 41.0%, and severe 12.8%. Notable biochemical predictors of severity included glucose >14 mmol/L (27.4%), urea >11 mmol/L (20.5%), hematocrit $<30\%$ (19.7%), and sodium <130 mmol/L (16.2%). **Conclusion:** The findings indicate that type 2 diabetic patients with CAP are typically elderly, often presenting with atypical clinical symptoms. However, paraclinical indicators such as elevated procalcitonin and CRP levels, multi-lobe involvement, and metabolic disturbances suggest severe disease progression. This underscores the need for early diagnosis, close monitoring of inflammatory markers, and strict glycemic control. Furthermore, vaccination, early recognition of respiratory symptoms, and individualized intensive treatment are essential to reduce complications and mortality. **Keywords:** Diabetes mellitus, community-acquired pneumonia, clinical characteristics, paraclinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện và

tử vong trên toàn cầu, đặc biệt ở các nhóm bệnh nhân có bệnh lý mạn tính đi kèm. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2023), viêm phổi chiếm khoảng 14% tổng số ca tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi và là gánh nặng bệnh tật đáng kể ở người trưởng thành, nhất là tại các quốc gia đang phát triển. Ở người lớn, VPCĐ không chỉ làm gia tăng tỷ lệ nhập viện mà còn kéo dài thời gian điều trị, tăng chi phí y tế và để lại nhiều biến chứng [1]. Đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ típ 2) là một bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính có tỉ lệ ngày càng gia tăng nhanh chóng trên toàn cầu. Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF, 2021) ước tính có hơn 537 triệu người mắc ĐTĐ, trong đó trên 90% là ĐTĐ típ 2 [2]. Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 thường có tình trạng suy giảm miễn dịch do rối loạn chức năng bạch cầu đa nhân trung tính, tăng đường huyết mạn tính và tình trạng viêm mạn tính mức độ thấp. Điều này khiến họ dễ mắc các bệnh nhiễm trùng, trong đó có VPCĐ, đồng thời bệnh cảnh thường nặng hơn, đáp ứng điều trị kém hơn và nguy cơ tử vong cao hơn so với người không mắc ĐTĐ [3]. Một số nghiên cứu quốc tế cho thấy, bệnh nhân ĐTĐ mắc VPCĐ thường có biểu hiện lâm sàng không điển hình, diễn biến phức tạp, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý hô hấp khác. Các cận lâm sàng như X-quang phổi, xét nghiệm công thức máu, CRP, Procalcitonin có thể góp phần hỗ trợ chẩn đoán và theo dõi đáp ứng điều trị. Tuy nhiên, sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của VPCĐ ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 so với người không mắc ĐTĐ vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ, đặc biệt tại Việt Nam. Trong nước, đã có một số công trình nghiên cứu về đặc điểm dịch tễ, căn nguyên vi sinh và tình hình kháng kháng sinh của VPCĐ. Tuy nhiên, các nghiên cứu tập trung riêng vào nhóm bệnh nhân ĐTĐ típ 2 còn hạn chế. Đa số công trình chỉ ghi nhận tỷ lệ ĐTĐ như một yếu tố nguy cơ trong VPCĐ, chưa đi sâu phân tích sự khác biệt về lâm sàng, cận lâm sàng cũng như tiên lượng bệnh. Tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên một trung tâm y tế lớn khu vực miền núi phía Bắc, nơi có tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ đang gia tăng nhanh chóng, việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của VPCĐ ở nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa thực tiễn, giúp định hướng chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và giảm thiểu biến chứng. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi cộng đồng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 117 bệnh nhân VPCĐ có tiền sử điều trị đái tháo đường típ 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi cộng đồng theo hướng dẫn "Bệnh học hô hấp sau đại học" [4]: Bệnh nhân có đủ 3 nhóm triệu chứng sau: Bệnh nhân có hội chứng nhiễm trùng diễn biến cấp tính với một trong số các triệu chứng: sốt, bạch cầu trung tính tăng, CRP tăng, Procalcitonin tăng; Có triệu chứng cơ năng biểu hiện viêm long hô hấp dưới: Ho, khạc đờm đục, phổi có ran ẩm, ran nổ; có tổn thương nhu mô phổi được phát hiện trên CT phổi: Tình trạng đồng đặc hoặc kính mờ. Tiêu chuẩn có tiền sử điều trị đái tháo đường típ 2: Dựa trên sổ quản lý đái tháo đường của người bệnh, trong đó người bệnh được điều trị tối thiểu 3 tháng liên tục.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ung thư phổi; có đột quỵ não giai đoạn cấp; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 07/2024 – 07/2025 tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

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

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ sử dụng độ chính xác tuyệt đối. n: Cỡ mẫu nghiên cứu. $Z^2_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% ($=1,96$); d = 0,1. Theo nghiên cứu của Rajib K Bhattacharya và cộng sự trên bệnh nhân VPCĐ có đái tháo đường típ 2, có kết quả kiểm soát được đường huyết lúc đói là 58,5% [5] thay vào công thức $p=0,585$ d=0,1 $\alpha=0,05$ $Z=1,96 \Rightarrow n=94$. Số bệnh nhân tối thiểu cần đưa vào nghiên cứu là 94 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên, không xác suất, 117 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

Công cụ thu thập số liệu: Thu thập số liệu dựa vào bệnh án nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu; Đặc điểm lâm sàng: đặc điểm nhiễm trùng, triệu chứng cơ năng, toàn thân. Đặc điểm cận lâm sàng: Đặc điểm tổn thương phổi trên hình ảnh CT; Tần xuất xuất hiện các triệu chứng sinh hoá, huyết học phản ánh tình trạng nặng của viêm phổi Mức độ nặng của viêm phổi.

Xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Excel; Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích số liệu

theo mục tiêu nghiên cứu.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Y đức của trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu (n=117)

Giới	Nam		Nữ		Tổng
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi					
30-<40	2	1,7	0	0,0	1,7
40-<50	3	2,6	0	0	2,6
50-<60	6	5,1	4	3,4	8,5
60-<70	0	0,0	1	0,9	0,9
70-<80	16	13,7	18	15,4	29,1
≥80	30	25,6	37	31,6	57,2
Tổng	57	48,7	60	51,3	100

$X \pm SD$: 72,16 $\pm$ 12,30; Tuổi cao nhất: 100; Tuổi thấp nhất: 32

Nhận xét: Nghiên cứu trên 117 bệnh nhân thấy tỷ lệ nữ/nam là ~ 1/1,05; nam chiếm 48,7%; nữ chiếm 51,3%. Độ tuổi trung bình là 72,16 $\pm$ 12,30 (năm); trong đó độ tuổi từ 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,2%.

Bảng 3.2. Đặc điểm nhiễm trùng của ĐTNC (n=117)

Đặc điểm nhiễm trùng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	Không sốt	33	28,2
	Nhẹ	5	4,3
	Vừa	49	41,9
	Cao	30	25,6
Môi khô, lưỡi bẩn		79	67,5
Bạch cầu trung tính	Bình thường	22	18,8
	Giảm	6	5,1
	Tăng	89	76,1
Nồng độ CRP	Bình thường	10	8,5
	Tăng nhẹ	47	40,2
	Tăng vừa	51	43,6
	Tăng cao	9	7,7
Procalcitonin	Bình thường	1	0,9
	Tăng nhẹ	20	17,1
	Tăng vừa	22	18,8
	Tăng cao	46	39,3
	Tăng rất cao	28	23,9

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có 71,8% bệnh nhân có sốt trong đó sốt cao chiếm 25,6%; sốt vừa 41,9%; sốt nhẹ 4,3%. Có 67,5% bệnh nhân có triệu chứng môi khô, lưỡi bẩn. Bạch cầu trung tính tăng 76,1% trường hợp. Nồng độ CRP tăng nhẹ 40,2%; tăng vừa 43,6%; tăng cao 7,7%. Procalcitonin tăng nhẹ 17,1%; tăng vừa 18,8%; tăng cao 39,3%; tăng rất cao 23,9%.

Bảng 3.3. Đặc điểm tình trạng toàn

thân và cơ năng của viêm phổi ở ĐTNC (n=117)

Tình trạng toàn thân và cơ năng của viêm phổi		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ý thức	Bình thường	104	88,9
	Rối loạn nhẹ	11	9,4
	Rối loạn nặng	2	1,7
Nói hực hơi		63	53,8
Tần số thở	Nhanh	35	29,9
	Rất nhanh	6	5,1
Huyết áp hạ		10	8,5
Mạch nhanh	100 < Mạch ≤ 125 ck/p	30	25,6
	Mạch nhanh > 125 ck/p	2	1,7
Giảm SpO ₂		66	56,4

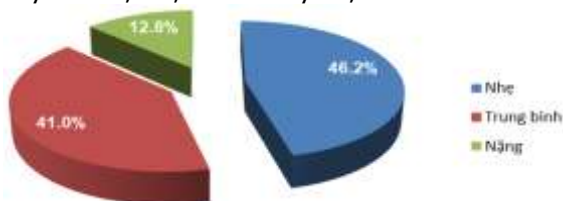
Ho khạc đờm	Không khạc được đờm	41	35,0
	Khạc đờm trắng đục	29	24,8
	Đờm vàng	38	32,5
	Đờm xanh	9	7,7
Đau ngực		47	40,2

Nhận xét: Trong nghiên cứu, bệnh nhân không có rối loạn ý thức chiếm đa số 88,9%; rối loạn nhẹ 9,4%; rối loạn nặng 1,7%. Có 53,8% bệnh nhân nói hực hơi. Tần số thở nhanh chiếm 29,9%; rất nhanh 5,1%. Mạch nhanh từ 125 chu kỳ/ phút là 1,7%; từ 100 đến dưới 125 chu kỳ/ phút là 25,6%. Bệnh nhân khạc đờm trắng đục 24,8%; đờm vàng 32,5%; đờm xanh 7,7%.

Bảng 3.4. Đặc điểm tổn thương phổi trên hình ảnh CT của ĐTNC (n=117)

Vị trí tổn thương Dạng tổn thương	Phổi phải: (n, %)		Phổi trái (n;%)	
Đông đặc	Thùy trên (n;%)	19(16,2%)	Thùy trên (n;%)	5(4,3%)
	Thùy giữa (n;%)	3(2,6%)		
	Thùy dưới (n;%)	5(4,3%)	Thùy dưới (n;%)	8(6,8%)
	1 thùy (n;%)	27(23,1%)	1 thùy (n;%)	13(11,1%)
	Nhiều thùy (n;%)	25(21,4%)	Nhiều thùy (n;%)	18(15,4%)
Mô kẽ	Thùy trên (n;%)	22(18,8%)	Thùy trên (n;%)	8(6,8%)
	Thùy giữa (n;%)	3(2,6%)		
	Thùy dưới (n;%)	3(2,6%)	Thùy dưới (n;%)	10(8,6%)
	1 thùy (n;%)	28(24,0%)	1 thùy (n;%)	18(15,4%)
	Nhiều thùy (n;%)	32(27,4%)	Nhiều thùy (n;%)	21(17,9%)
Phổi hợp đa dạng	Thùy trên (n;%)	16(13,7%)	Thùy trên (n;%)	4(3,4%)
	Thùy dưới (n;%)	3(2,6%)	Thùy dưới (n;%)	10(8,5%)
	1 thùy (n;%)	19(16,3%)	1 thùy (n;%)	14(11,9%)
	Nhiều thùy (n;%)	21(17,9%)	Nhiều thùy (n;%)	14(12,0%)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tổn thương đông đặc ở phổi phải chủ yếu ở thùy trên chiếm 16,2%, tổn thương chủ yếu là nhiều thùy 21,4%; phổi trái tổn thương thùy dưới 6,8%; tổn thương nhiều thùy 15,4%. Tổn thương mô kẽ phổi phải chủ yếu là thùy trên 18,8%; nhiều thùy 27,4%; phổi trái tổn thương thùy dưới 7,7%; nhiều thùy 17,9%. Tổn thương phổi hợp đa dạng ở phổi phải thùy trên 13,7%; nhiều thùy 17,9%; phổi trái thùy dưới 8,5%; nhiều thùy 12,0%.

**Biểu đồ 3.1. Mức độ bệnh của đối tượng nghiên cứu theo thang điểm CURB-65 (n=117)**

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhẹ theo phân loại CURB-65 chiếm đa số 46,2%; trung bình 41,0%; nặng 12,8%.

Bảng 3.5. Tần xuất xuất hiện các triệu chứng sinh hoá, huyết học phản ánh tình trạng nặng của viêm phổi (n=117)

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Glucose >14 mmol/l	32	27,4
Ure >11 mmol/l	24	20,5
Hematocrit <30%	23	19,7
Na ⁺ máu <130 mmol/l	19	16,2

Nhận xét: Các triệu chứng phản ánh tình trạng nặng của viêm phổi thấy Glucose trên 14 mmol/l là 27,4%; ure trên 11 mmol/l là 20,5%; hematocrit dưới 30% là 19,7%; Na⁺ máu dưới 130 mmol/l là 16,2%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ gần tương đương (nam 48,7%, nữ 51,3%, tỉ lệ 1/1,05). Kết quả này cho thấy không có sự khác biệt rõ rệt giữa hai giới về nguy cơ mắc VPCĐ ở bệnh nhân ĐTĐ tip 2. Nhiều nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận kết quả tương tự. Theo nghiên cứu của Almirall và cộng sự (2018), giới tính không phải là yếu tố nguy cơ độc lập cho VPCĐ, mặc dù ở

một số quần thể, nam giới có tỷ lệ mắc cao hơn do hút thuốc lá và bệnh phổi mạn tính đi kèm [6].

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $72,16 \pm 12,30$, trong đó nhóm ≥ 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (57,2%). Điều này phản ánh đặc điểm của quần thể bệnh nhân ĐTD tip 2 tại Việt Nam, thường phát hiện và điều trị ở lứa tuổi trung niên và cao tuổi, khi đã có nhiều bệnh lý mạn tính đi kèm. Các nghiên cứu quốc tế cũng cho thấy tuổi cao là yếu tố nguy cơ quan trọng của VPCĐ, do suy giảm miễn dịch, giảm phản xạ bảo vệ đường hô hấp, cùng với sự tồn tại của nhiều bệnh nền. Trong nghiên cứu, 71,8% bệnh nhân có sốt, trong đó sốt cao chiếm 25,6%, sốt vừa 41,9%, sốt nhẹ 4,3%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Mandell và cộng sự năm 2019 trên bệnh nhân VPCĐ không có ĐTD, vốn thường có tỷ lệ sốt cao tới 80–90% [7]. Điều này có thể giải thích bởi tình trạng đáp ứng viêm suy giảm ở bệnh nhân ĐTD tip 2, khiến triệu chứng lâm sàng không điển hình. Triệu chứng môi khô, lưỡi bẩn gặp ở 67,5% bệnh nhân, phản ánh tình trạng mất nước và tăng đường huyết yếu tố thường đi kèm trong nhiễm trùng ở bệnh nhân ĐTD. Đây là dấu hiệu gián tiếp gợi ý tình trạng nhiễm trùng nặng, cần được chú ý. Rối loạn ý thức ít gặp, với 88,9% bệnh nhân không có biểu hiện này, chỉ 11,1% có rối loạn nhẹ hoặc nặng. Tuy nhiên, cần nhấn mạnh rằng khi xuất hiện rối loạn ý thức ở bệnh nhân ĐTD, thường liên quan đến tình trạng nhiễm trùng nặng hoặc biến chứng chuyển hóa (tăng đường huyết, nhiễm toan). Hụt hơi ghi nhận ở 53,8% bệnh nhân. Tần số thở nhanh chiếm 29,9%, rất nhanh 5,1%. Đây là triệu chứng quan trọng phản ánh mức độ nặng của VPCĐ, đồng thời có giá trị trong các thang điểm tiên lượng như CURB-65. So sánh với nghiên cứu của Chalmers năm 2014 tỷ lệ thở nhanh trong nghiên cứu này tương đồng, cho thấy đây là biểu hiện phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi và có bệnh nền. Khạc đờm gặp ở đa số, trong đó đờm vàng chiếm tỷ lệ cao nhất (32,5%), tiếp theo là đờm trắng đục (24,8%) và đờm xanh (7,7%). Đặc điểm màu sắc đờm gợi ý căn nguyên vi khuẩn, đặc biệt là vi khuẩn sinh mủ như *Streptococcus pneumoniae* hay *Haemophilus influenzae* vốn là những tác nhân thường gặp ở bệnh nhân VPCĐ có bệnh nền [7]. Mạch nhanh được ghi nhận ở 27,3% bệnh nhân (25,6% từ 100–125 ck/phút, 1,7% >125 ck/phút). Đây là dấu hiệu phản ánh tình trạng nhiễm trùng toàn thân và đáp ứng viêm. Ở bệnh nhân ĐTD, nhịp tim nhanh có thể xuất hiện ngay cả khi sốt không cao, do rối loạn thần kinh tự chủ. Bạch cầu trung tính tăng ở 76,1% trường

hợp, phù hợp với đặc điểm của viêm phổi do vi khuẩn. Tuy nhiên, so với quần thể không có ĐTD, tỷ lệ này thấp hơn, có thể do đáp ứng miễn dịch của bệnh nhân ĐTD suy giảm. Nồng độ CRP tăng ở hầu hết bệnh nhân, trong đó tăng vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (43,6%), tăng nhẹ 40,2%, tăng cao 7,7%. Kết quả này phù hợp với vai trò của CRP là dấu ấn sinh học phản ánh mức độ viêm và mức độ nặng của VPCĐ. Tuy nhiên, so với PCT, CRP ít đặc hiệu hơn trong phân biệt nhiễm khuẩn. Procalcitonin tăng ở đa số bệnh nhân: tăng nhẹ 17,1%, vừa 18,8%, cao 39,3% và rất cao 23,9%. Đây là tỷ lệ cao, cho thấy đa phần bệnh nhân VPCĐ kèm ĐTD có mức độ nhiễm trùng nặng. Theo Schuetz năm 2017, PCT tăng cao có giá trị tiên lượng tử vong và biến chứng ở bệnh nhân VPCĐ [8]. Kết quả nghiên cứu này củng cố nhận định rằng bệnh nhân ĐTD dễ mắc VPCĐ nặng, cần được theo dõi sát. Tổn thương phổi trong nghiên cứu rất đa dạng. Ở phổi phải, tổn thương đông đặc chủ yếu ở thùy trên (16,2%) và nhiều thùy (21,4%). Ở phổi trái, tổn thương thùy dưới 6,8%, nhiều thùy 15,4%. Tổn thương mô kẽ cũng phân bố nhiều ở phổi phải, đặc biệt thùy trên (18,8%) và nhiều thùy (27,4%). Ngoài ra, có sự phối hợp tổn thương đông đặc và mô kẽ, cho thấy bệnh cảnh phức tạp, thường gặp ở bệnh nhân có bệnh nền. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, phân bố tổn thương phổi ở bệnh nhân ĐTD tương tự, nhưng xu hướng lan rộng nhiều thùy cao hơn. Điều này có thể giải thích bởi đáp ứng miễn dịch kém, dẫn đến viêm phổi tiến triển và lan nhanh. Theo phân loại CURB-65, tỷ lệ bệnh nhân mức độ nhẹ chiếm đa số (46,2%), trung bình 41,0% và nặng 12,8%. Như vậy, mặc dù đa phần bệnh nhân có tuổi cao và bệnh nền, nhưng tỷ lệ nặng không quá cao. Tuy nhiên, các chỉ số sinh hóa phản ánh tình trạng nặng vẫn đáng lưu ý: 27,4% bệnh nhân có glucose máu >14 mmol/l, 20,5% có ure máu >11 mmol/l, 19,7% có hematocrit $<30\%$ và 16,2% có natri máu <130 mmol/l. Đây đều là những yếu tố tiên lượng xấu đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu. Đặc biệt, tăng glucose máu trong nhiễm trùng vừa là hậu quả, vừa là yếu tố làm nặng bệnh. Kiểm soát đường huyết kém làm tăng nguy cơ nhiễm trùng huyết, suy đa tạng và tử vong [3]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân ĐTD tip 2 mắc VPCĐ thường lớn tuổi, có triệu chứng lâm sàng không điển hình (sốt ít, rối loạn ý thức hiếm gặp), nhưng các chỉ số cận lâm sàng lại biểu hiện mức độ nặng (PCT cao, tổn thương nhiều thùy, rối loạn sinh hóa). Điều này phù hợp với nhiều báo cáo trước đó rằng bệnh nhân ĐTD dễ có viêm

phổi diễn tiến âm thầm nhưng nặng. Điểm nổi bật là tỷ lệ tổn thương nhiều thùy và PCT tăng cao, phản ánh nguy cơ nhiễm khuẩn nặng. Do đó, cần cảnh giác ở bệnh nhân ĐTD nhập viện vì viêm phổi, ngay cả khi triệu chứng ban đầu không rõ rệt.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ĐTD cấp 2 mắc VPCĐ thường ở tuổi cao, triệu chứng lâm sàng không điển hình nhưng các chỉ số cận lâm sàng như Procalcitonin, CRP, tổn thương nhiều thùy và rối loạn chuyển hóa lại nặng. Điều này đặt ra yêu cầu cần chẩn đoán sớm, theo dõi sát các dấu ấn viêm và kiểm soát đường huyết chặt chẽ. Đồng thời, việc tiêm vắc-xin phòng bệnh, phát hiện sớm triệu chứng hô hấp và điều trị tích cực, cá thể hóa sẽ giúp giảm biến chứng và tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. H. Organization**, "Pneumonia," 2023, Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
2. **P. Saeedi et al.**, "Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International

Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9(th) edition," (in eng), Diabetes Res Clin Pract, vol. 157, p. 107843, Nov 2019.

3. **J. A. Critchley, I. M. Carey, T. Harris, S. DeWilde, F. J. Hosking, and D. G. Cook**, "Glycemic control and risk of infections among people with type 1 or type 2 diabetes in a large primary care cohort study," (in eng), Diabetes care, vol. 41, no. 10, pp. 2127-2135, 2018.
4. **P. K. Liên**, Giáo trình bệnh học hô hấp (Viêm phổi mắc phải cộng đồng). Hà Nội: Nhà xuất bản Y học, 2025.
5. **R. K. Bhattacharya, J. D. Mahnken, and S. K. Rigler**, "Impact of admission blood glucose level on outcomes in community-acquired pneumonia in older adults," (in eng), Int J Gen Med, vol. 6, pp. 341-4, 2013.
6. **J. Almirall et al.**, "New evidence of risk factors for community-acquired pneumonia: a population-based study," (in eng), European respiratory journal, vol. 31, no. 6, pp. 1274-1284, 2018.
7. **M. La**, "Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults," (in eng), Clin Infect Dis., vol. 44, pp. S27-S72, 2019.
8. **P. Schuetz et al.**, "Procalcitonin to initiate or discontinue antibiotics in acute respiratory tract infections," (in eng), Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, vol. 8, no. 4, pp. 1297-1371, 2013.

KẾT QUẢ GHÉP DA ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM CẰNG BÀN TAY DO RẮN HỔ MANG CẰN

Đào Văn Mạnh^{1,3}, Trần Thiết Sơn^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương vùng cẳng – bàn tay do rắn hổ mang cắn và đánh giá kết quả che phủ khuyết hồng phần mềm bằng kỹ thuật ghép da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp không nhóm chứng, thực hiện trên 16 bệnh nhân được ghép da dày che phủ khuyết hồng phần mềm cẳng – bàn tay do rắn hổ mang cắn tại Bệnh viện Bạch Mai từ 01/2024 đến 12/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là 58 ± 16 tuổi. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp sau rắn cắn gồm: sưng nề (100%), phỏng nước (37,5%), tê bì (43,8%). Vị trí tổn thương chủ yếu ở bàn tay (93,8%), với diện tích khuyết trung bình 28,3 cm². Tỷ lệ sống hoàn toàn của mảnh ghép đạt 93,8%, nơi cho da ghép liền thương 100% ngay thì đầu. Sau 6 tháng,

chức năng vận động bàn tay phục hồi tốt ở 87,5% trường hợp. **Kết luận:** Rắn hổ mang cắn vùng cẳng – bàn tay gây hoại tử da và tổ chức dưới da, để lại khuyết hồng lớn. Ghép da dày là phương pháp tạo hình đơn giản, an toàn, hiệu quả, giúp che phủ tổn khuyết và phục hồi chức năng bàn tay với kết quả khả quan. **Từ khóa:** Rắn hổ mang cắn; Tổn thương bàn tay; Khuyết hồng phần mềm; Ghép da dày; Phục hồi chức năng.

SUMMARY

RESULTS OF SKIN GRAFTING FOR SOFT TISSUE DEFECTS OF THE FOREARM AND HAND CAUSED BY COBRA ENVENOMATIONS

Objective: To describe the characteristics of soft tissue injuries of the forearm and hand caused by cobra envenomation and to evaluate the outcomes of soft tissue defect coverage using skin grafting. **Subjects and Methods:** A prospective, non-controlled interventional study was conducted on 16 patients who underwent full-thickness skin grafting for coverage of forearm and hand soft tissue defects due to cobra envenomation at Bach Mai Hospital from January 2024 to December 2024. **Results:** The mean

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thiết Sơn

Email: tranthietson@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025