

tiếp đến là vị trí 1/3 rìa cắn hoặc đỉnh múi răng vĩnh viễn, điều này tương đồng với nghiên cứu của Bhagavatula P et al (2018)² và Levy SM et al (2023)⁷. Nguyên nhân có thể ở vị trí này có nguy cơ nhiễm Fluor cao nhất do khả năng dễ dàng tiếp xúc với Fluor hơn và tần suất lớn hơn ở những vị trí khác^{1,3}, mặc dù vậy, hiện nay nồng độ Fluor trong nước sinh hoạt ở vùng ngoại thành Hà Nội ở mức thấp, các sản phẩm sử dụng như nước súc miệng và kem đánh răng được kiểm soát chặt chẽ hơn về nồng độ bổ sung Fluor nên mức độ nghiêm trọng của bệnh không cao, thường gặp ở mức độ nhẹ hơn.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương mờ đục màu trắng hoặc kem chiếm tỉ lệ đa số với 69,07%; dạng tổn thương có vùng mờ đục rộng, không đều và hợp nhất thường gặp nhất với 93,83%; nhiễm Fluor ở vị trí hơn 1/3 nhưng ít hơn 2/3 bề mặt thân răng có tỉ lệ cao nhất là 85,57%; vị trí tổn thương thường gặp là 2/3 phía trên thân răng hoặc vị trí rìa cắn, đỉnh múi ở các răng vĩnh viễn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lalumandier JA** (1995). Prevalence of fluorosis (TSIF ≥ 1 and TSIF ≥ 2) among tooth surfaces and subjects. *J Am Dent Assoc*, 126(12):1635-1641.
2. **Bhagavatula P et al** (2018). The relationships between fluoride intake levels and fluorosis of

- late-erupting permanent teeth. *J Public Health Dent*, 78(2), 165-174.
3. **Angulo M et al** (2020). The association between the prevalence of dental fluorosis and the socio-economic status and area of residence of 12-year-old students in Uruguay. *Acta Odontol Scand*, 78(1), 26-30.
4. **Saldarriaga A et al** (2021). Dental fluorosis severity in children 8–12 years old and associated factors. *Acta Odontol Latinoam*, 34(2), 156-165.
5. **McLaren L et al** (2022). Fluoridation cessation and children's dental caries: A 7-year follow-up evaluation of Grade 2 schoolchildren in Calgary and Edmonton, Canada. *Community Dent Oral Epidemiol*, 50(6), 493-502.
6. **Prasad UV et al** (2023). A community-based study of dental fluorosis in rural children (6–12 years) from an aspirational district in Karnataka, India. *Frontiers in Public Health*, 11, 1110777.
7. **Levy SM et al** (2023). Generalized permanent dentition fluorosis severity becomes less evident over time among a birth cohort. *Front Oral Health*, 4, 1198167.
8. **Huỳnh Tiến Đạt và CS** (2021). Khảo sát diễn biến tình hình nhiễm Fluor răng (dental fluorosis) trên địa bàn thị xã Ninh Hòa, tỉnh Khánh hòa. *Tạp chí Khí tượng Thủy văn*, 726, 78-84.
9. **Vi Việt Cường, Phạm Quốc Hùng** (2022). Tình trạng răng nhiễm Fluor ở trẻ 12 tuổi dân tộc Thái ở huyện Con Cuông, tỉnh Nghệ An năm 2015. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 510, 112-115.
10. **Nguyễn Thị Hồng Minh và CS** (2022). Khảo sát tình trạng nhiễm Fluor răng ở trẻ em Việt Nam năm 2019. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 514, 23-27.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ BỆNH LÝ PHỐI HỢP CHARLSON VÀ TỬ VONG NGÀY THỨ 28 Ở BỆNH NHÂN MẮC HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP TIẾN TRIỂN

Trương Thị Hậu¹, Trần Hữu Thông^{1,2,3},
Lương Quốc Chính^{1,2,3}, Bùi Thị Hương Giang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh lý phối hợp và nhận xét mối liên quan giữa chỉ số bệnh lý phối hợp Charlson (CCI) trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 50 bệnh nhân ARDS từ tháng 6/2023 đến tháng 5/2025. Tiêu chí lựa chọn gồm: thỏa mãn các tiêu chuẩn chẩn đoán ARDS, bệnh nhân ≥ 18 tuổi. Dữ liệu

thu thập từ hồ sơ bệnh án. Kết quả được kết luận dựa trên phân tích về mối liên quan giữa điểm CCI và kết cục của bệnh nhân. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh kết hợp chiếm 66%, trong đó hay gặp nhất là bệnh gan mạn tính mức độ nhẹ (27,3%), đái tháo đường không biến chứng (24,2%) và bệnh mô liên kết (21,2%) với điểm CCI trung bình 1,36 (0 - 5). Bệnh nhân có bệnh kết hợp tỷ lệ tử vong có xu hướng cao gấp 3 lần so với nhóm khỏe mạnh tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 1,03$). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy mức độ tăng của điểm CCI là yếu tố ảnh hưởng tới tử vong ở bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê ($OR: 2,20, p = 0,08$). Ngược lại, mức độ tăng của điểm SOFA tại thời điểm nhập viện là yếu tố độc lập ảnh hưởng tới tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển ($OR: 1,29; 95\% CI: 1,03-1,61, p = 0,027$). Nhóm bệnh nhân tử vong có tuổi trung bình ($55,9 \pm 16,5$) cao hơn đáng kể so với

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y dược Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025

nhóm sống sót ($41,6 \pm 14,6$, $p = 0,012$). Trong khi đó, biến Số ngày sử dụng thuốc giãn cơ có xu hướng cao hơn ở nhóm tử vong nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,106$). Các yếu tố khác như tỷ lệ sử dụng ECMO (46,2% vs 27,3%), giới nam (48,7% vs 72,7%), và thay thế thận (92,3% vs 72,7%) cũng không có sự khác biệt rõ rệt ($p > 0,05$). **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng có sự ảnh hưởng của bệnh lý phổi hợp, mức độ suy tạng, tuổi đến lượng tử vong ở bệnh nhân ARDS. Trong khi CCI chưa chứng minh được vai trò trong tiên dự báo tử vong ở bệnh nhân ARDS thì SOFA có vẻ như là 1 công cụ tốt hơn trong tiên lượng ở bệnh nhân ARDS.

Từ khóa: Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển, ARDS, Bệnh kèm theo, chỉ số charlson, CCI

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN THE CHARLSON COMORBIDITY INDEX AND 28-DAY MORTALITY IN PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME

Objective: To describe comorbidities and assess the association between the Charlson Comorbidity Index (CCI) and mortality prediction in patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS). **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 50 ARDS patients from June 2023 to May 2025. Inclusion criteria were: meeting the diagnostic standards for ARDS and age ≥ 18 years. Data were collected from medical records. Outcomes were analyzed based on the relationship between CCI score and patient prognosis. **Results:** The prevalence of comorbidities was 66%, most commonly mild chronic liver disease (27,3%), uncomplicated diabetes mellitus (24,2%), and connective tissue disease (21,2%), with a mean CCI score of 1.36 (range 0–5). Patients with comorbidities had a nearly threefold higher mortality risk compared with those without, although this difference was not statistically significant ($p = 1.03$). Multivariate regression analysis showed that higher CCI scores were associated with increased mortality risk in ARDS patients, but this did not reach statistical significance (OR: 2.20, $p = 0.08$). In contrast, higher SOFA scores at admission were independently associated with mortality (OR: 1.29; 95% CI: 1.03–1.61; $p = 0.027$). The mean age of non-survivors (55.9 ± 16.5 years) was significantly higher than that of survivors (41.6 ± 14.6 years; $p = 0.012$). The number of days in the non-survivor group tended to be higher in the non-survivor group but was not statistically significant ($p = 0.106$). Other factors, such as ECMO use (46.2% vs 27.3%), male sex (48.7% vs 72.7%), and renal replacement therapy (92.3% vs 72.7%), showed no significant differences ($p > 0.05$). **Conclusion:** Our study demonstrates that comorbidities, organ dysfunction severity, and age influence mortality in ARDS patients. While the CCI did not prove to be a reliable predictor of mortality in ARDS, the SOFA score appears to be a more useful tool for prognostication in this patient population.

Keywords: Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS, Comorbidity, Charlson Comorbidity Index, CCI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (Acute Respiratory Distress Syndrome/ARDS) là một tình trạng tổn thương lan tỏa cấp tính cả hai trường phổi, tiến triển nhanh trong vòng 1 tuần, do nhiều căn nguyên tại phổi và ngoài phổi không do căn nguyên tim hoặc quá tải dịch, hậu quả gây ra tình trạng suy hô hấp giảm oxy hóa máu cấp tính¹.

Ước tính tỉ lệ mắc ARDS ở Mỹ vào khoảng 64,2 đến 78,9 ca /100,000 dân/ năm. Trong đó, 75% số ca nặng hoặc trung bình còn lại ở mức độ nhẹ của bệnh. Tỷ lệ tử vong của ARDS được chứng minh giảm 1.1% mỗi năm từ năm 1994 đến năm 2006¹. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong chung của bệnh hiện vẫn còn ở mức cao vào khoảng 43%. Trong đó tương ứng với từng mức độ: nhẹ, vừa, nặng lần lượt là 27%, 32% và 45%². Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2019 trên 126 bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển cho thấy tỷ lệ tử vong lên tới 57,1%³.

Để làm giảm tỷ lệ tử vong cũng như phát triển các chiến lược điều trị hiệu quả thì việc hiểu biết rõ hơn về các yếu tố tiên lượng trong ARDS là rất quan trọng. Các nghiên cứu trước đây đã cho thấy có nhiều yếu tố khác nhau liên quan tới tử vong do ARDS bao gồm: tuổi, chủng tộc, tỷ lệ áp lực riêng phần của oxy trong máu động mạch với phân số oxy trong khí thở vào (PaO_2 / FiO_2), áp lực cao nguyên (plateau pressure)⁴. Mỗi liên quan giữa thu nhập bình quân đầu người với tử vong trong ARDS cũng đã được công nhận từ đó các giải pháp mới cũng được ra đời như việc để xuất siêu âm phổi, cũng như việc sử dụng oxy dòng cao qua đường mũi HFNO để chẩn đoán ARDS đặc biệt ở những nơi điều kiện y tế hạn chế không sẵn có Xquang, CT scan hay thở máy không xâm nhập hoặc xâm nhập với mức PEEP ≥ 5 cmH₂O. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng các bệnh lý phổi hợp trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển còn hạn chế về số lượng cũng như chất lượng. Nếu có sự tương quan chặt chẽ giữa tử vong và giá trị của chỉ số charlson thì liệu có thay đổi gì về mặt điều trị hay không? Ví dụ như có đặt ra chỉ định tim phổi nhân tạo ở bệnh nhân nguy cơ tử vong cao? Do vậy, chúng tôi kì vọng bệnh lý phổi hợp thuộc nhóm các yếu tố không thay đổi được, sẽ có giá trị hơn các nhóm yếu tố khác trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân ARDS.

Vì vậy, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu "Mối liên quan giữa chỉ số bệnh lý phổi hợp Charlson và tử vong ngày thứ 28 ở bệnh nhân

mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển” nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm bệnh lý phổi hợp và nhận xét mối liên quan giữa chỉ số bệnh lý phổi hợp Charlson (CCI) trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển được điều trị tại trung tâm Cấp cứu A9 và trung tâm Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2023- 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển được xác định dựa theo tiêu chuẩn của định nghĩa toàn cầu về ARDS năm 2023.

+ Bệnh nhân ≥ 18 tuổi

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Các bệnh nhân không loại trừ căn nguyên suy hô hấp do tim (bằng siêu âm tim, PICCO hoặc các thăm dò khác).

+ Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đủ thông tin, không theo dõi được kết cục đến khi xuất viện

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm cấp cứu A9 và Trung tâm Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu. Dữ liệu tiến cứu từ tháng 6/2023 đến hết tháng 5/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện

2.3.3. Thu thập số liệu: Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án mà bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thu thập dữ liệu nghiên cứu vào ngày đầu tiên, ngày thứ 7, thứ 14 và 28 kể từ khi bệnh nhân nhập trung tâm Cấp cứu A9 và trung tâm HSTC và được chẩn đoán ARDS. Kết thúc thu thập số liệu khi bệnh nhân rút khỏi nghiên cứu, bệnh nhân tử vong hoặc kết thúc 28 ngày kể từ khi bệnh nhân nhập viện và được chẩn đoán ARDS. Trong đó, tử vong được xác định là các trường hợp tử vong tại viện hoặc bệnh nặng gia đình xin dừng điều trị. Xử lý số liệu: phân tích bằng phần mềm xử lý số liệu và nhận xét các kết quả nghiên cứu.

2.3.4. Phân tích số liệu: Được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

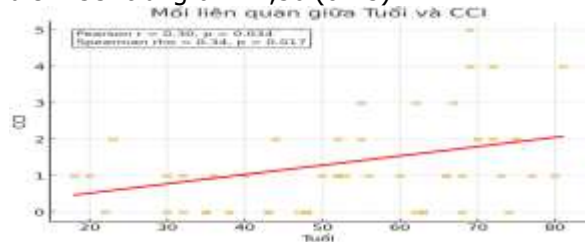
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm
Giới tính		
Nam	27	54 %
Nữ	23	46 %
Tổng	50	100 %
Căn nguyên		
Viêm phổi	46	92 %
Đuối nước	3	6 %
Viêm mạch	1	2 %
Tuổi trung bình	52 $\pm$ 17, (tuổi thấp nhất là 18, cao nhất là 95)	

Nhận xét: Trong tổng số 50 bệnh nhân ARDS được nghiên cứu, tuổi trung bình là 52 $\pm$ 17 năm, nam chiếm 54% và nữ chiếm 46%. Nguyên nhân thường gặp nhất là viêm phổi (92%)

Bảng 2: Đặc điểm bệnh lý phổi hợp

Bệnh lý phổi hợp	Số lượng (n=50)	Tỷ lệ (%)
Bệnh gan mạn tính mức độ nhẹ	9	27.3%
Bệnh mô liên kết	7	21.2%
Đái tháo đường không biến chứng	8	24.2%
Bệnh thận mạn mức độ vừa - nặng	5	15.2%
Bệnh lý ác tính hệ huyết học	4	12.1%

Nhận xét: Có 33 ca (66%) mắc ít nhất 1 bệnh lý nền trong đó thường gặp nhất: Bệnh gan mạn tính mức độ nhẹ (27,3%), Đái tháo đường không biến chứng (24,2%), Bệnh mô liên kết (21,2%), Bệnh thận mạn mức độ vừa – nặng (15,2%). Ít gặp: Nhồi máu cơ tim (6,1%), Bệnh gan mạn tính vừa- nặng (6,1%), Bệnh lý ác tính hệ huyết học (12,1%). Rất hiếm hoặc không có: Suy tim, Sa sút trí tuệ, Đột quỵ não không để lại di chứng, Loét tiêu hóa, Ung thư tại chỗ, Đột quỵ não để lại di chứng (3%), Bệnh lý ác tính di căn, HIV, Bệnh động mạch ngoại vi (0%), với điểm CCI trung bình 1,36 (0 - 5).



Biểu đồ 1: Mối liên quan giữa tuổi và CCI

Nhận xét: Phân tích mối liên quan giữa tuổi và chỉ số Charlson Comorbidity Index (CCI) cho thấy tồn tại mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê ($r = 0,30$, $p = 0,034$). Điều này có nghĩa là khi tuổi bệnh nhân tăng thì CCI cũng có xu hướng cao hơn. Biểu đồ 1 minh họa cho mối

tương quan này: Mỗi điểm thể hiện giá trị CCI và tuổi của bệnh nhân, đường đỏ là đường hồi quy tuyến tính cho thấy CCI tăng khi tuổi tăng. Tuy nhiên, không có mối liên quan rõ ràng giữa tuổi và điểm SOFA ($r=0,20$, $p=0,159$) cũng như giữa CCI và điểm SOFA ($r=0,21$, $p=0,135$).

So Sánh giữa nhóm sống sót và tử vong

Bảng 3: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị so sánh giữa hai nhóm kết cục sống sót và tử vong.

Đặc điểm	Tử vong	Sống sót	p-value
Tuổi	55,90±16,53	41,55±14,62	0,012
CCI	1,59±1,53	0,55±0,69	0,002
SOFA	11,77±3,28	8,18±4,42	0,026
Số ngày dùng giãn cơ	4,48±2,67	3,30±1,64	0,106
ECMO	46,2%	27,3%	0,439
Giới (nam)	48,7%	72,7%	0,285
Thay thế thận	92,3%	72,7%	0,215

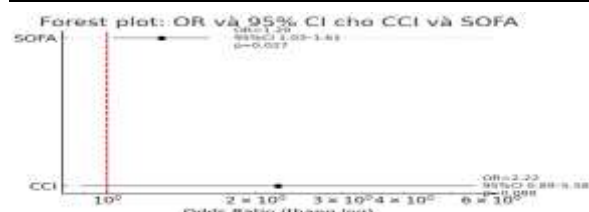
Nhận xét: Phân tích so sánh theo kết cục cho thấy nhóm tử vong ($n=39$) có tuổi trung bình cao hơn ($55,9 \pm 16,5$ so với $41,6 \pm 14,6$; $p=0,012$). Điểm CCI và SOFA ở nhóm tử vong lần lượt là $1,59 \pm 1,53$ và $11,8 \pm 3,3$, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống sót ($0,55 \pm 0,69$ và $8,2 \pm 4,4$; $p < 0,05$).

Trong khi đó, biến Số ngày sử dụng thuốc giãn cơ có xu hướng cao hơn ở nhóm tử vong nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,106$). Các yếu tố khác như tỷ lệ sử dụng ECMO (46,2% vs 27,3%), giới nam (48,7% vs 72,7%), và thay thế thận (92,3% vs 72,7%) cũng không có sự khác biệt rõ rệt ($p > 0,05$).

Như vậy, tuổi, CCI và SOFA là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tử vong ở bệnh nhân ARDS, trong khi các yếu tố khác chưa chứng minh được mối liên quan rõ ràng.

Bảng 4: Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn của các chỉ số CCI và SOFA theo kết cục

Đặc điểm	Tử vong ($n=39$)	Sống sót ($n=11$)
CCI	1,59 ± 1,53	0,55 ± 0,69
SOFA	11,77 ± 3,28	8,18 ± 4,42



Biểu đồ 2: Minh họa Odds Ratio (OR) và khoảng tin cậy 95% của chỉ số CCI và SOFA trong dự báo tử vong ở bệnh nhân ARDS

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân khỏe mạnh thấp hơn đáng kể so với nhóm có

bệnh lý nền (OR: 3,05). Tuy nhiên, khoảng tin cậy 95% rộng ($0,77 - 12,1$) và $p = 0,151 > 0,05$, nghĩa là mối liên quan chưa đạt ý nghĩa thống kê.

Mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy SOFA là yếu tố liên quan chặt chẽ với nguy cơ tử vong (OR: 1,29; 95% CI: 1,03–1,61; $p=0,027$). Điểm CCI cũng có xu hướng tăng nguy cơ tử vong (OR: 2,22; 95% CI: 0,89–5,58; $p=0,088$), nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ có bệnh lý phổi hợp ở các bệnh nhân ARDS là khác nhau giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu của Katsutoshi Ando và cộng sự đánh giá ảnh hưởng của bệnh lý phổi hợp trong tiên lượng bệnh nhân tổn thương phổi cấp (ALI) và mắc ARDS công bố năm 2012⁵ cho thấy 89% trong số 47 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu có ít nhất một bệnh kết hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này là 66% thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu trên trong đó hay gặp nhất là bệnh gan mạn tính mức độ nhẹ (27,3%), đái tháo đường không biến chứng (24,2%) và bệnh mô liên kết (21,2%). Sự khác biệt có thể đến từ nguyên nhân khác biệt vùng địa lý, đặc điểm của mẫu nghiên cứu cũng như số lượng mẫu nghiên cứu còn hạn chế.

Chỉ số bệnh kèm CCI có xu hướng liên quan đến tử vong, tuy nhiên chưa đủ bằng chứng thống kê trong nghiên cứu này. Trong khi đó nghiên cứu của Kuo-Chin Kao và cộng sự công bố năm 2018 kết luận rằng CCI (OR: 1,11; 95% CI: 1,01- 1,22, $p = 0,031$) có liên quan độc lập với tử vong ở bệnh nhân ARDS⁶. Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu hạn chế và phân bố bệnh kèm không đồng đều. Dù vậy, điểm CCI vẫn phản ánh tình trạng bệnh lý nền và có giá trị hỗ trợ trong đánh giá tổng quan bệnh nhân.

Bên cạnh đó, có sự tương quan giữa tuổi và mức tăng điểm của chỉ số bệnh lý phổi hợp CCI, kết quả này ngược lại với nghiên cứu của Katsutoshi Ando và cộng sự⁵.

Kết quả nghiên cứu khẳng định vai trò của SOFA trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân ARDS. Mỗi điểm tăng của SOFA làm tăng khoảng 29% nguy cơ tử vong, điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây^{6,7} vốn cho rằng mức độ rối loạn chức năng đa tạng phản ánh trực tiếp tình trạng nặng và tiên lượng xấu của bệnh nhân.

Tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu là 78%, cao hơn một số nghiên cứu quốc tế² và trong nước³ có thể do đối tượng nghiên cứu tại các trung tâm hồi sức tuyến cuối với mức độ

bệnh nặng, tỷ lệ bệnh kèm cao và phần lớn nguyên nhân là viêm phổi nặng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 50 bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển tại Trung tâm Cấp cứu A9 và Trung tâm Hồi sức tích cực – Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tuổi, điểm CCI và SOFA cao có liên quan đến nguy cơ tử vong ở bệnh nhân ARDS. SOFA là yếu tố dự báo tử vong độc lập, có ý nghĩa thống kê. CCI có xu hướng liên quan nhưng chưa đạt ngưỡng ý nghĩa, cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn. Kết quả gợi ý nên kết hợp đánh giá SOFA cùng các chỉ số bệnh lý nền như CCI để dự báo tiên lượng và hỗ trợ quyết định lâm sàng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bellani G., Laffey JG., Pham T. et al. Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. JAMA, 2016; 315(8), 788800.
2. Zambon M, Vincent JL, Mortality rates for patients with acute lung injury/ARDS have decreased over time. PubMed, 2008; 133(5), 1120-7.
3. Chinh L.Q, Manabe T, Son D.N, et al. Clinical epidemiology and mortality on patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS) in Vietnam. PLoS One, 2019; 14(8), e0221114.
4. Villar J, Méndez PL, Basaldúa S, et al. A risk tertiles model for predicting mortality in patients with acute respiratory distress syndrome: Age, plateau pressure, and PaO₂/ FiO₂ at ARDS onset can predict mortality. Pubmed, 2011; 56(4), 420-8.
5. Katsutoshi and colleagues. The Effect of Comorbidity on the Prognosis of Acute Lung Injury and Acute Respiratory Distress Syndrome, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov, 2012; 51(14):1835-40.
6. Kuo-Chin Kao and colleagues. Survival predictors in elderly patients with acute respiratory distress syndrome: a prospective observational cohort study. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov, 2018; 8(1):13459.
7. Co Xuân Dao, Tuan Quốc Dang, Chinh Quốc Luong, et al. Predictive validity of the sequential organ failure assessment score for mortality in patients with acute respiratory distress syndrome in Viet Nam, pubmed.ncbi.nlm.nih.gov, 2025, 15(1):7406.

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI ĐỒNG NHIỄM Ở TRẺ EM TỪ 2 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hoàng Trần Đức Anh¹, Nguyễn Bích Hoàng², Nguyễn Thị Thu Thái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, sử dụng kháng sinh và kết quả điều trị viêm phổi đồng nhiễm ở trẻ em từ 2 đến 60 tháng tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 371 bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi, điều trị tại Trung tâm Nhi khoa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Bệnh nhân được chia thành các nhóm đồng nhiễm Virus-Virus (VV), Vi khuẩn-Vi khuẩn (VK-VK), và Virus-Vi khuẩn (VR-VK). Chúng tôi đã thu thập và phân tích các dữ liệu về nhân khẩu học, triệu chứng lâm sàng, và đặc điểm điều trị. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $16,8 \pm 13,4$ tháng. Nhóm tuổi từ 2 đến dưới 36 tháng chiếm đa số (89,3%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,33/1. Tỷ lệ đồng nhiễm của trẻ là 30,2%, đồng nhiễm VR-VK là hình thái phổ biến nhất trong tất cả các mùa. Về lâm sàng, triệu chứng ran rạc xuất hiện ở nhóm đồng nhiễm VR-VK cao hơn đáng kể so với các nhóm còn lại ($p=0,025$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các

triệu chứng thở nhanh, chảy mũi, hay khò khè giữa các nhóm. Về điều trị, 19,4% bệnh nhân trong nhóm VR-VK có thời gian điều trị kéo dài trên 10 ngày, trong khi không có trường hợp nào trong các nhóm khác cần điều trị dài ngày như vậy. **Kết luận:** Đồng nhiễm Virus-Vi khuẩn là dạng phổ biến nhất và có biểu hiện lâm sàng nặng hơn so với các nhóm đồng nhiễm khác, thể hiện qua tỷ lệ ran rạc cao hơn và thời gian điều trị kéo dài hơn. Phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán chính xác các tác nhân gây bệnh để có chiến lược điều trị phù hợp. **Từ khóa:** Viêm phổi cộng đồng, đồng nhiễm, trẻ em, lâm sàng.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF CO-INFECTION PNEUMONIA IN CHILDREN AGED 2 MONTHS TO 5 YEARS AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Objective: Describe the clinical characteristics, antibiotic use, and treatment outcomes of co-infection pneumonia in children aged 2 to 60 months at Thai Nguyen Central Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 371 pediatric patients diagnosed with pneumonia, treated at the Pediatric Center, Thai Nguyen Central Hospital. Patients were divided into Virus-Virus (VV), Bacteria-Bacteria (BB), and Virus-Bacteria (VB) co-infection groups. We collected and analyzed data on demographics, clinical symptoms, and treatment

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trần Đức Anh

Email: ducanhtump@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025