

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA NỘI HÔ HẤP BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2025-2026

Huỳnh Anh Huy¹, Nguyễn Hữu Chung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị nội trú tại Khoa Nội Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2025-2026.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, trên 87 bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Nội hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2026 đến 6/2026.

Kết quả: Nghiên cứu trên 87 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị nội trú cho thấy nam và nữ có tỷ lệ tương đương, tuổi trung bình $74,20 \pm 13,49$; nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 87,36%. Tất cả trường hợp đều có căn nguyên vi khuẩn, tăng huyết áp là bệnh đồng mắc phổ biến nhất (73,56%). Phác đồ phối hợp hai nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất (68,97%), chủ yếu là beta-lactam kết hợp quinolon (16,09%). Thời gian điều trị trung bình là $10,92 \pm 5,54$ ngày. Kết quả điều trị cho thấy 77,01% bệnh nhân cải thiện lâm sàng, 13,79% không thay đổi, 9,20% chuyển viện và không ghi nhận trường hợp tử vong.

Kết luận: Người bệnh viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị nội trú chủ yếu là người cao tuổi và có nhiều bệnh đồng mắc. Phối hợp hai nhóm kháng sinh, đặc biệt beta-lactam kết hợp quinolon, là phác đồ được sử dụng phổ biến. Điều trị đạt kết quả khả quan với tỷ lệ cải thiện lâm sàng cao và không ghi nhận trường hợp tử vong.

Từ khóa: Viêm phổi, cộng đồng, điều trị.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN HOSPITALIZED PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF RESPIRATORY MEDICINE, CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL, 2025 - 2026

Objective: To evaluate the treatment outcomes of hospitalized patients with community-acquired pneumonia at the Department of Respiratory Medicine, Can Tho Central General Hospital, during 2025–2026.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 87 patients hospitalized in the Department of Respiratory Medicine, Can Tho Central General Hospital, who were diagnosed with community-acquired pneumonia between January and June 2026.

Result: Among the 87 hospitalized patients with community-acquired pneumonia, the proportions of males and females were comparable. The mean age was 74.20 ± 13.49 years, and 87.36% of patients were aged ≥ 60 years. All cases were of bacterial etiology, and hypertension was the most common comorbidity (73.56%). Combination therapy with two classes of antibiotics was the most frequently prescribed regimen (68.97%), with a β -lactam–fluoroquinolone combination being the most common (16.09%). The mean duration of treatment was 10.92 ± 5.54 days. Clinical improvement was observed in 77.01% of patients, 13.79% showed no clinical change, 9.20% were transferred to another hospital, and no in-hospital deaths were recorded.

Conclusion: Hospitalized patients with community-acquired pneumonia were predominantly older adults with multiple comorbidities. Combination therapy with two classes of antibiotics, particularly a β -lactam–fluoroquinolone regimen, was the most commonly used treatment strategy. Favorable treatment outcomes were achieved, with a high rate of clinical improvement and no in-hospital mortality.

Keywords: Community-acquired pneumonia; treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng là một trong những bệnh nhiễm khuẩn thường gặp của đường hô hấp dưới, đồng thời là nguyên nhân quan trọng gây nhập viện, tử vong và gia tăng chi phí điều trị trên toàn thế giới. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị kháng sinh và chăm sóc hỗ trợ, bệnh vẫn tạo ra gánh nặng đáng kể đối với hệ thống y tế, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển. Sự già hóa dân số, gia tăng các bệnh mạn tính và tình trạng kháng kháng sinh ngày càng phổ biến tiếp tục làm cho việc điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng trở nên phức tạp hơn [36]. Tại Việt Nam, viêm phổi mắc phải cộng đồng vẫn là một trong những nguyên nhân thường gặp khiến người bệnh phải nhập viện điều trị nội trú. Việc đánh giá kết quả điều trị tại từng bệnh viện có ý nghĩa quan trọng trong việc cung cấp bằng chứng thực tiễn, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và tối ưu hóa công tác quản lý người bệnh. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị nội trú tại Khoa Nội Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2025-2026.*

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Anh Huy

Email: 5702481542@stu.vttu.edu.vn

Mã bài: N852

Ngày nhận bài: 17/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 15/5/2026

Ngày duyệt bài: 27/6/2026

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Nội hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2026 đến 6/2026.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán là VPMPCD: Viêm phổi xuất hiện ở ngoài cộng đồng hay ít nhất không sống ở các cơ sở điều trị trong vòng 14 ngày trước đó. Với các tiêu chuẩn sau: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, có ít nhất 1 dấu hiệu cơ năng: Ho, sốt, khạc đờm, đau ngực, tối thiểu có một triệu chứng toàn thân (rối loạn ý thức, sốt, thở nhanh và hoặc nhiệt độ $> 38^\circ\text{C}$ hoặc hơn), dấu hiệu tổn thương mới trên phim XQ tim phổi và hoặc trên phim CT scanner ngực.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân viêm phổi bệnh viện, lao phổi, ung thư phổi, nhồi máu phổi, tổn thương phổi do xạ trị, viêm phổi mô kẽ, viêm phổi do thuốc, viêm phổi tổ chức hóa có tắc nghẽn tiểu phế quản, amyloidosis, sarcoidosis, nấm phổi.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 01/2026 – 06/2026.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần cần cho nghiên cứu.

Z: hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95%: $Z(1-\alpha/2) = 1,96$.

p là ước đoán tham số chưa biết của quần thể

Tôi chọn $p = 83\%$ đó là tỷ lệ đáp ứng điều trị Viêm phổi cộng đồng mắc phải (Phan Khánh Vũ).

d là mức chính xác nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn $d=0,08$.

Thay vào công thức, cỡ mẫu tối thiểu là 85 bệnh nhân.

Thực tế, chúng tôi khảo sát trên 90 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng nhập viện thỏa được tiêu chuẩn chọn mẫu, được theo dõi trong đợt điều trị cho đến khi đủ cỡ mẫu ước lượng trong thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Giới tính, tuổi, căn nguyên bệnh, bệnh kèm theo.

Kết quả điều trị: Tình hình sử dụng kháng sinh, thời gian điều trị, kết quả điều trị.

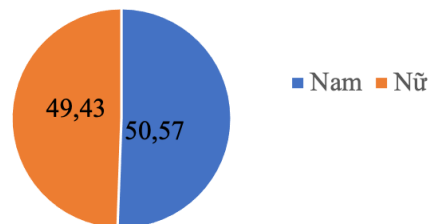
Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất. Các bệnh nhân được chọn nghiên cứu đều được hỏi kỹ về tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, cận lâm sàng theo mẫu bệnh án thu thập số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn). Nếu biến số không có phân phối chuẩn thì mô tả bằng trung vị, giá trị lớn nhất và giá trị nhỏ nhất.

2.3. Ý đức: Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Khoa học và Đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toản và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được giải thích mục đích của nghiên cứu để tự nguyện tham gia và hợp tác để thực hiện. Các xét nghiệm và các biện pháp chẩn đoán thực hiện đúng chỉ định và vì quyền lợi chính đáng của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Giới tính



Biểu đồ 1. Tỷ lệ giới tính trong mẫu nghiên cứu

Nhận xét: Bệnh nhân nam ghi nhận là 44 người và nữ là 43 người.

3.1.2. Tuổi

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
18-39	1	1,15
40-59	10	11,49
≥ 60	76	87,36
Tổng	87	100
Tuổi trung bình: $74,195 \pm 13,49$		

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm tuổi ≥ 60 (87,36%), với tuổi trung bình là $74,20 \pm 13,49$.

3.1.3. Căn nguyên

Bảng 2. Căn nguyên bệnh

Căn nguyên	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vi khuẩn	87	100
Virus	0	0

Nhận xét: Toàn bộ bệnh nhân có căn nguyên do vi khuẩn, không ghi nhận trường hợp nào do virus.

Bảng 3. Đặc điểm vi khuẩn học

Chủng VK/ nấm phân lập	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Klebsiella pneumoniae	4	4,6
Escherichia coli	4	4,6
Acinetobacter baumannii	4	4,6
Klebsiella aerogenes	2	2,3
Enterobacter cloacae	1	1,15
Enterococcus faecium	1	1,15
Morganella morganii subspecies morganii	1	1,15

Nhận xét: Các chủng vi khuẩn như Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli và Acinetobacter baumannii đồng loạt chiếm tỷ lệ phân lập cao nhất, mỗi loại đều ghi nhận 4 trường hợp, tương ứng mức 4,6%. Các chủng vi khuẩn còn lại chỉ dao động từ 1,15% đến 2,3%.

3.1.4. Bệnh kèm theo

Bảng 4. Bệnh kèm theo

Bệnh kèm theo	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	64	73,56
Đái tháo đường	24	27,59
COPD	13	14,94
Bệnh lý tim mạch	11	12,64
Khác	39	44,83

Nhận xét: Tăng huyết áp là bệnh đồng mắc phổ biến nhất (73,56%), tiếp theo là đái tháo đường (27,59%), COPD (14,94%) và bệnh lý tim mạch (12,64%).

3.2. Đánh giá điều trị

Bảng 5. Tình hình sử dụng kháng sinh

Số nhóm kháng sinh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Một nhóm	24	27,59
Hai nhóm	60	68,97
Ba nhóm trở lên	3	3,45

Nhận xét: Phối hợp hai nhóm kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất (68,97%), tiếp theo là một nhóm kháng sinh (27,59%) và ba nhóm kháng sinh trở lên (3,45%).

Bảng 6. Các nhóm kháng sinh hay sử dụng và phối hợp

Nhóm kháng sinh	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Cephalosporin thế hệ thứ 4	10	11,49
Cephalosporin thế hệ thứ 3	6	6,9
Carbapenem	1	1,15
Beta-lactam	7	8,05
Beta-lactam + Quinolon	14	16,09
Beta-lactam + Fluoroquinolon	5	5,75
Beta-lactam + Glycopeptid	2	2,3
Beta-lactam + Penicillin	1	1,15
Beta-lactam + Lincosamid	1	1,15
Beta-lactam + Aminoglycosid	1	1,15
Fluoroquinolon + Penicillin	1	1,15
Cephalosporin thế hệ 3 + Glycopeptid	1	1,15
Cephalosporin thế hệ thứ 3 + Quinolon	8	9,2
Cephalosporin thế hệ 4 + Quinolon	5	5,75
Cephalosporin thế hệ 4 + Glycopeptid	3	3,45
Cephalosporin thế hệ 4 + Fluoroquinolon	2	2,3
Cephalosporin thế hệ 4 + Aminoglycosid	1	1,15

Nhóm kháng sinh	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Cephalosporin thế hệ 4 + Lincosamid	1	1,15
Cephalosporin thế hệ 3 + Lincosamid	1	1,15
Cephalosporin thế hệ 3 + Fluoroquinolon	1	1,15
Carbapenem + Quinolone	6	6,9
Carbapenem + Nitroimidazole	1	1,15
Carbapenem + Fluoroquinolon	1	1,15
Carbapenem + Aminoglycosid	1	1,15
Carbapenem + Lincosamid	1	1,15
Carbapenem + Glycopeptid	1	1,15
Lincosamid + Penicillin phổ rộng	1	1,15
Carbapenem + Oxazolidinon + Polymyxin	1	1,15
Beta-lactam + Oxazolidinon + Quinolone	1	1,15
Beta-lactam + Glycopeptid + Lincosamid	1	1,15

Nhận xét: Phác đồ phối hợp giữa Beta-lactam và Quinolone là lựa chọn được ưu tiên sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu với tỷ lệ 16,09%. Tiếp theo đó là việc sử dụng đơn độc Cephalosporin thế hệ thứ 4 (11,49%) và phác đồ phối hợp Cephalosporin thế hệ 3 với Quinolone (9,2%).

Bảng 7. Thời gian điều trị

Số ngày điều trị (ngày)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
< 7	28	32,18
7- 9	24	27,59
10- 14	21	21,14
> 14	14	16,09
Số ngày điều trị: 10,92 ± 5,54		

Nhận xét: Thời gian điều trị dưới 7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (32,18%), thời gian điều trị trung bình là 10,92 ± 5,54 ngày.

Bảng 8. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đỡ, giảm	67	77,01
Không thay đổi	12	13,79
Nặng hơn chuyển viện	8	9,2
Tử vong	0	0
Tổng	87	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân cải thiện sau điều trị (77,01%), 13,79% không thay đổi, 9,20% chuyển viện và không ghi nhận trường hợp tử vong.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nam và nữ gần tương đương (50,57% và 49,43%), khác với nhiều nghiên cứu trước đây khi nam giới thường chiếm ưu thế. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Nhật ghi nhận nam giới chiếm 71,14% [5], Hoàng Thái Dương là 69,2% [3], trong khi González-Jiménez cũng ghi nhận nam giới chiếm 63,3% [8].

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 74,20 ± 13,49 tuổi, trong đó nhóm ≥60 tuổi chiếm 87,36%. Kết quả này tương đồng với Nguyễn Thị Minh Nhật (77,2% bệnh nhân ≥60 tuổi) [5], Phan Khánh Vũ (tuổi trung bình 73,53 tuổi) [7] và Đoàn Nguyễn Trà My khi đa số bệnh nhân đều trên 65 tuổi [6]. Người cao tuổi dễ mắc viêm phổi do suy giảm miễn dịch, giảm chức năng bảo vệ đường hô hấp và thường có nhiều bệnh lý nền đi kèm [1].

Toàn bộ bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chẩn đoán viêm phổi do vi khuẩn. Đây là căn nguyên thường gặp ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị nội trú và là cơ sở để lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm ngay từ đầu [1]. Trong số đó, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* và *Acinetobacter baumannii* là các tác nhân gặp nhiều nhất. Kết quả này cho thấy vi khuẩn Gram âm vẫn chiếm ưu thế ở nhóm bệnh nhân điều trị nội trú, tương tự xu hướng ghi nhận trong các nghiên cứu gần đây tại Việt Nam [4,7], góp phần lý giải việc các phác đồ kháng sinh phổ rộng được sử dụng khá phổ biến trong nghiên cứu.

Tăng huyết áp là bệnh đồng mắc phổ biến nhất (73,56%), tiếp theo là đái tháo đường (27,59%) và COPD (14,94%). Kết quả này tương tự các nghiên cứu của Phan Vũ Nguyên [4], Nguyễn Thị Minh Nhật [5] và González-Jiménez [8]. Các bệnh lý nền làm suy giảm khả năng miễn dịch, dự trữ tim phổi và ảnh

hưởng bất lợi đến đáp ứng điều trị ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng [1].

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Phối hợp hai nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất (68,97%), trong đó phối hợp beta-lactam với quinolon chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024 khi phần lớn bệnh nhân được điều trị bằng hai kháng sinh, chủ yếu là cephalosporin phối hợp quinolon [7], đồng thời phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Nguyễn Trà My tại Bệnh viện Bạch Mai [6] và khuyến cáo điều trị hiện hành [1].

Thời gian điều trị trung bình là $10,92 \pm 5,54$ ngày, đa số người bệnh điều trị dưới 10 ngày. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Định Chương ($8,5 \pm 4,1$ ngày) [2], nhưng vẫn phù hợp với khuyến cáo điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng khi thời gian điều trị cần được cá thể hóa dựa trên mức độ nặng, bệnh đồng mắc và đáp ứng lâm sàng của người bệnh [1].

Kết quả điều trị cho thấy 77,01% bệnh nhân cải thiện lâm sàng, không ghi nhận trường hợp tử vong và chỉ có 9,20% phải chuyển viện. Tỷ lệ đáp ứng điều trị này tương đối tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024 (83%) [7] và nghiên cứu của Đoàn Nguyễn Trà My tại Bệnh viện Bạch Mai (73,5%) [6].

V. KẾT LUẬN

Người bệnh chủ yếu thuộc nhóm tuổi ≥ 60 , căn nguyên đều do vi khuẩn và thường có bệnh đồng mắc, phổ biến nhất là tăng huyết áp và đái tháo đường.

Phác đồ phối hợp hai nhóm kháng sinh, chủ yếu beta-lactam kết hợp quinolon, được sử dụng nhiều nhất. Thời gian điều trị trung bình là $10,92 \pm 5,54$ ngày. Kết quả điều trị khả quan với 77,01% bệnh nhân cải thiện lâm sàng, không ghi nhận trường hợp tử vong và 9,20% bệnh nhân phải chuyển viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2020)**, Quyết định 4815/QĐ-BYT. Hướng dẫn chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn, Hà Nội.
2. **Huỳnh Định Chương, Võ Phạm Minh Thư (2023)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá thang điểm CURB-65 ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 28, tr. 69–76.
3. **Hoàng Thái Dương và cộng sự (2025)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của thang điểm CURB-65 trong phân tầng nguy cơ viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Thống Nhất", Tạp chí Sức khỏe và Lão hóa, tập 1, số 4, tr. 95–100.
4. **Phan Vũ Nguyên (2024)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng nhập viện tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 541, số 1.
5. **Nguyễn Thị Minh Nhật và cộng sự (2025)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm phổi cộng đồng tại khoa Hô hấp Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An", Tạp chí Y Dược Đại học Y Khoa Vinh, tr. 23–28.
6. **Đoàn Nguyễn Trà My và cộng sự (2023)**, "Khảo sát việc điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng trên bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2022 đến 06/2023", Tạp chí Y học Việt Nam, tập 530, số 1B.
7. **Phan Khánh Vũ (2024)**, "Kết quả điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm trên bệnh nhân viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024", Tạp chí Y học Cộng đồng, số 65.
8. **González-Jiménez, P., Piqueras, M., Latorre, A., Tortosa-Carreres, J., Mengot, N., Alonso, R., et al. (2024)**, "Endothelial biomarkers are superior to classic inflammatory biomarkers in community-acquired pneumonia", Biomedicine, 12(10), 2413.
9. **Metlay, J. P., Waterer, G. W., Long, A. C., Anzueto, A., Brozek, J., Crothers, K., et al. (2019)**, "Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia: An official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America", American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 200(7).