ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẢI DƯƠNG

Nguyễn Đức Hoàng[1], Đỗ Thị Kim Oanh[1], Đặng Thị Hà[1], Nguyễn Thị Chinh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, điều trị bệnh nhân viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện đa khoa Hải Dương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trên 90 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

Kết quả: Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 47 ± 11,54, tỉ lệ nam:nữ là 1,14. Tỉ lệ bệnh nhân vào viện vì sốt là 86,67%, ho, khạc đờm chiếm 90%, ho máu chiếm 70%, sau đó là khó thở (64,44%), đau ngực (68,89%). Bệnh nhân viêm phổi có triệu chứng ran ẩm, ran nổ chiếm tỉ lệ cao nhất (68,89%), sau đó là ran rít, ran ngáy chiếm 60%, hội chứng đông đặc (53,33%) và hội chứng ba giảm (41,11%). Đa số các bệnh nhân phải phối hợp 2 loại kháng sinh, phối hợp cephalosporin III và macrolid chiếm 31,11%, cephalosporin III và aminoglycosid chiếm 28,89%, cephalosporin III và quinolon chiếm 23,33%, chỉ dùng cephalosporin III chiếm 14,44%, phối hợp 3 kháng sinh chỉ có 2,23%. Thời gian nằm viện trung bình là 11,21 ± 3,57 ngày.

Kết luận: Triệu chứng lâm sàng viêm phổi cộng đồng khá đa dạng, điều trị viêm phổi cộng đồng nên ưu tiên cephalosporin thế hệ III và phối hợp kháng sinh để nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Viêm phổi cộng đồng

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA PATIENTS AT HAI DUONG GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical features and treatment of community-acquired pneumonia patients at Hai Duong General Hospital.

Subjects and Methods: Cross-sectional descriptive study with convenience sampling of 90 patients who met the inclusion criteria.

Results: The average age of the study subjects was 47 ± 11.54 years, with a male-to-female ratio of 1.14. The percentage of patients admitted due to fever was 86.67%, cough with sputum 90%, hemoptysis 70%, followed by shortness of breath (64.44%) and chest pain (68.89%). Pneumonia patients exhibited moist rales and crackles, accounting for the highest rate (68.89%), followed by wheezing and snoring rales at 60%, consolidation syndrome (53.33%), and the triad syndrome (41.11%). Most patients required a combination of two antibiotics, with cephalosporin III and macrolide combination accounting for 31.11%, cephalosporin III and aminoglycoside 28.89%, cephalosporin III and quinolone 23.33%, using only cephalosporin III 14.44%, and a three-antibiotic combination only 2.23%. The average hospital stay was 11.21 ± 3.57 days.

Conclusion: The clinical symptoms of community-acquired pneumonia are quite diverse. Treatment should prioritize third-generation cephalosporins and combination antibiotics to enhance therapeutic effectiveness.

Keywords: Community-acquired pneumonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng là nguyên nhân gây ra tỷ lệ tử vong và bệnh tật cao, cũng như chi phí lớn. Viêm phổi cộng đồng được xác định bởi các triệu chứng cấp tính và sự hiện diện của các dấu hiệu nhiễm trùng đường hô hấp dưới mà không có nguyên nhân rõ ràng nào khác, trong khi cần có thâm nhiễm phổi mới trên phim chụp X-quang ngực để chẩn đoán xác định [1]. Các dấu hiệu và triệu chứng phổ biến nhất là khó thở, ho, sốt và các dấu hiệu khu trú mới ở ngực. Ở các nhóm bệnh nhân như người cao tuổi, biểu hiện lâm sàng có thể có các triệu chứng ít rõ ràng hơn và chẩn đoán thường bị chậm trễ. Trên toàn cầu, tỷ lệ mắc viêm phổi cộng đồng hàng năm lên tới 450 triệu trường hợp, với khoảng 95% xảy ra ở các nước đang phát triển, góp phần gây ra khoảng 4 triệu ca tử vong mỗi năm [2]. Ở châu Âu, tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 206 đến 470 trường hợp trên 100.000 bệnh nhân mỗi năm, trong khi ở Trung Quốc, tỷ lệ mắc bệnh được báo cáo dao động từ 298 đến 2210 trường hợp trên 10000 bệnh nhân mỗi năm [3].

Viêm phổi là một bệnh nhiễm trùng nghiêm trọng

[1]*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Hoàng
Email: hoang.ou.utech.hcm@gmail.com
Mã bài: N793a
Ngày nhận bài: 20/4/2026
Ngày phản biện khoa học: 2/4/2026
Ngày duyệt bài: 15/7/2026

xảy ra khi độc lực của tác nhân gây bệnh vượt qua hệ thống miễn dịch của cơ thể. Tỷ lệ mắc viêm phổi tăng theo tuổi, cũng như tác động của viêm phổi đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. Những thay đổi về cấu trúc và chức năng trên toàn hệ hô hấp dẫn đến suy giảm khả năng phòng vệ của cơ thể. Các yếu tố này bao gồm (1) suy giảm chức năng thanh thải chất nhầy, một cơ chế phòng vệ quan trọng chống lại sự xâm nhập của mầm bệnh vào đường hô hấp trên và cây hô hấp. Việc thanh thải dịch tiết chậm hơn và kém hiệu quả hơn bởi hệ thống lông mao niêm mạc ở người cao tuổi đã được chứng minh là có liên quan đến bệnh viêm phổi [4]. (2) Khả năng vận động và độ đàn hồi của thành ngực giảm theo tuổi tác do sự thay đổi khớp sườn đốt sống, vôi hóa sụn sườn, mất sức mạnh cơ bắp và những thay đổi về hình dạng lồng ngực như gù lưng hoặc vẹo cột sống. (3) Độ đàn hồi của phổi giảm do những thay đổi trong nhu mô phổi, ảnh hưởng đến khả năng co giãn đàn hồi của phổi [5]. Những thay đổi này ở thành ngực và độ đàn hồi của phổi dẫn đến tăng hiện tượng ứ khí, giảm khả năng thanh thải dịch tiết và tăng khối lượng công việc của cơ hô hấp. Tại Bệnh viện đa khoa Hải Dương chúng tôi vẫn ghi nhận nhiều ca viêm phổi cộng đồng phải điều trị nội trú. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng, điều trị bệnh nhân viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện đa khoa Hải Dương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

90 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng điều trị tại Bệnh viện đa khoa Hải Dương từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng theo hướng dẫn của Hội Hô hấp Việt Nam 2024 [6].

Lâm sàng:

+ Triệu chứng điển hình: sốt cao, rét run, ho khạc đờm mủ, đau ngực kiểu màng phổi, xuất hiện cấp tính trong vài ngày.

+ Hội chứng nhiễm trùng: sốt, môi khô, lưỡi bẩn... Trên bệnh nhân cao tuổi, bệnh nhân suy giảm miễn dịch các biểu hiện ban đầu của viêm phổi có thể không rầm rộ.

+ Hội chứng đông đặc (rung thanh tăng, gõ đục, rì rào phế nang giảm), có thể có nghe thấy ran nổ nếu tổn thương nhiều ở phổi.

Xét nghiệm máu:

- Công thức máu có tăng số lượng bạch cầu (> 10 Giga/lít), tăng ưu thế tế bào đa nhân trung tính. Hoặc số lượng bạch cầu giảm (< 4,4 Giga/lít).

- Tốc độ máu lắng tăng

- CRP tăng

X-quang ngực: có 1 trong các tổn thương sau:

+ Tổn thương phế nang: hình mờ tương đối đồng nhất chiếm một thùy hoặc phân thùy phổi và có hình ảnh phế quản hơi.

+ Tổn thương phế quản phổi: tổn thương mờ rải rác, không đồng nhất, những tổn thương mờ này có thể chồng lên nhau tạo thành những hình mờ đậm hơn.

+ Tổn thương mô kẽ: hình ảnh mờ dạng lưới hoặc lưới nốt khắp cả hai bên phổi, đôi khi tiến triển thành những hình mờ rải rác thường xuất hiện ở thùy dưới.

+ Thâm nhiễm dạng nốt: hình mờ tròn giới hạn rõ với đường kính lớn hơn 1 cm trên phim X-quang ngực.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân dưới 18 tuổi

- Mắc viêm phổi bệnh viện

- Bệnh nhân và người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Chúng tôi chọn được 90 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Xử lý số liệu

Nhập số liệu, quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phân tích mô tả được sử dụng phù hợp với các thông tin được phân tích.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quyết định điều trị của bác sĩ lâm sàng, nên không vi phạm y đức.

- Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng y đức Bệnh viện đa khoa Hải Dương.

- Tên tuổi và các thông tin liên quan đến bệnh nhân được giữ bí mật cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố về tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố về tuổi và giới

Số bệnh nhân			Tỉ lệ %
Giới	Nam	48	53,33%
	Nữ	42	46,67%
Tuổi trung bình	47 ± 11,54		

Nhận xét: Tỉ lệ nam:nữ là 1,14, nam chiếm 53,33%, nữ chiếm 46,67%. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 47 ± 11,54.

3.2. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	Số BN	Tỉ lệ %
Sốt	78	86,67%
Ho, khạc đờm	81	90%
Ho máu	63	70%
Khó thở	58	64,44%
Đau ngực	62	68,89%

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân vào viện vì sốt là 86,67%, ho, khạc đờm chiếm 90%, ho máu chiếm 70%, sau đó là khó thở (64,44%), đau ngực (68,89%).

3.3. Triệu chứng thực thể

Bảng 3.3. Triệu chứng thực thể của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	Số BN	Tỉ lệ %
Hội chứng đông đặc	48	53,33%
Hội chứng ba giảm	37	41,11%
Ran ẩm, ran nổ	62	68,89%
Ran rít, ran ngáy	54	60%

Nhận xét: Bệnh nhân viêm phổi có triệu chứng ran ẩm, ran nổ chiếm tỉ lệ cao nhất (68,89%), sau đó là ran rít, ran ngáy chiếm 60%, hội chứng đông đặc (53,33%) và hội chứng ba giảm (41,11%).

3.4. Tác nhân vi sinh vật gây bệnh

Bảng 3.4. Kết quả cấy đờm

Vi khuẩn gây bệnh	Số mẫu mọc	Tỉ lệ %
Klebsiella pneumoniae	16	17,78%
Streptococcus pneumoniae	13	14,4%
E.coli	9	10%
Pseudomonas aeruginosa	7	7,78%

Nhận xét: Vi khuẩn gặp nhiều nhất là Klebsiella pneumoniae chiếm 17,78%, ít hơn là Streptococcus pneumoniae chiếm 14,4%.

3.5. Kết quả kháng sinh đồ

Bảng 3.5. Sự đáp ứng với kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh (S: sự nhạy; R: sự kháng)

Kháng sinh \ Vi khuẩn	Klebsiella n=16		Streptococcus n=13		E.coli n=9		Pseudomonas n=7	
	S	R	S	R	S	R	S	R
Cephalosporin III	12	4	11	2	8	1	5	2
Quinolon	15	1	10	3	5	4	3	4
Aminoglycosid	14	2	8	5	6	2	5	2
Macrolid	9	7	6	7	6	2	4	3

Nhận xét: Tỉ lệ vi khuẩn còn nhạy cao với các nhóm kháng sinh.

3.6. Các nhóm kháng sinh hay sử dụng và phối hợp

Bảng 3.6. Phân bố các nhóm kháng sinh được sử dụng

Nhóm kháng sinh	Số BN	Tỉ lệ %
Cephalosporin III	13	14,44%
Cephalosporin III + Quinolon	21	23,33%
Cephalosporin III + Aminoglycosid	26	28,89%
Cephalosporin III + Macrolid	28	31,11%
Cephalosporin III + Quinolon + Aminoglycosid	2	2,23%

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân phải phối hợp 2 loại kháng sinh, phối hợp cephalosporin III và macrolid chiếm 31,11%, cephalosporin III và aminoglycosid chiếm 28,89%, cephalosporin III và quinolon chiếm 23,33%, chỉ dùng cephalosporin III chiếm 14,44%, phối hợp 3 kháng sinh chỉ có 2,23%.

3.7. Thời gian nằm viện

Bảng 3.7. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Thời gian nằm viện (ngày)	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
	7	16	11,21 ± 3,57

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 11,21 ± 3,57 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi thấp nhất là 18, cao nhất là 72, tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 47 ± 11,54. Trong số các bệnh nhân viêm phổi, tỉ lệ nam:nữ là 1,14; trong đó nam chiếm 53,33%, nữ chiếm 46,67%, nam nhiều hơn so với nữ. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác. Ewig S. và cộng sự nghiên cứu 395 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng nhập viện có 260 nam và 135 nữ [7]. Miyashita và cộng sự nghiên cứu trên 200 bệnh nhân thấy có 129 nam và 72 nữ [8].

Viêm phổi cộng đồng ở bệnh nhân, đặc biệt là bệnh nhân trẻ tuổi thường rầm rộ. Các triệu chứng cơ năng và toàn thân của viêm phổi cổ điển bao gồm sốt, ho, khạc đờm, khó thở và đau ngực. Đây là những triệu chứng làm bệnh nhân phải nhập viện và có giá trị định hướng chẩn đoán. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân vào viện vì sốt là 86,67%, ho, khạc đờm là 90%, ho máu: 70%, khó thở là 64,44%, đau ngực (68,89%). Nghiên cứu của Sopena N và cộng sự trên 125 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn cũng cho thấy các triệu chứng lâm sàng phổ biến là sốt (93,6%), ho (89,6%), khạc đờm (69,6%), đau ngực (42,2%) [9]. Cũng theo ghi nhận của John Hawboldt qua một vài nghiên cứu cho thấy tần suất các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân viêm phổi cộng đồng là sốt 80%, ho 90%, khó thở 66%, khạc đờm 66%, đau ngực 50%. Qua đây nhận thấy, các triệu chứng cơ năng khiến bệnh nhân phải nhập viện đồng thời cũng là dấu hiệu giúp bác sĩ định hướng chẩn đoán bao gồm: ho, sốt, khó thở, đau ngực. Đặc biệt triệu chứng ho máu, khạc đờm máu rỉ sắt cũng là một trong những dấu hiệu kinh điển của viêm phổi, thường xảy ra vào ngày thứ 2 đến ngày thứ 3, đây là dấu hiệu của giai đoạn gan hóa đỏ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có % bệnh nhân có triệu chứng này.

Thăm khám phổi đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán viêm phổi. Những triệu chứng thu được sẽ giúp cho việc chẩn đoán xác định cũng như định khu tổn thương. Hội chứng đông đặc được xem như tổn thương điển hình trong viêm phổi, sau đó là các tổn thương khác như ran ẩm, ran nổ, ran rít, ran ngáy, một số ít trường hợp do phản ứng viêm màng phổi có thể tiết dịch và gây tràn dịch màng phổi. Thăm khám trên 90 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân viêm phổi có triệu chứng ran ẩm, ran nổ chiếm tỉ lệ cao nhất (68,89%), sau đó là ran rít,

ran ngáy chiếm 60%, hội chứng đông đặc (53,33%) và hội chứng ba giảm (41,11%). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Hà Văn Ngạc, triệu chứng ran ẩm, ran nổ chiếm tỉ lệ cao nhất 36,95%, hội chứng đông đặc chiếm 19,56% [10].

Nguyên tắc điều trị viêm phổi cộng đồng là dùng kháng sinh sớm cho bệnh nhân mắc viêm phổi do vi khuẩn, dựa trên kết quả kháng sinh đồ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ vi khuẩn gây bệnh được xác định không cao, do đó các trường hợp làm được kháng sinh đồ cũng không nhiều. Do đó các kháng sinh phổ rộng vẫn là những lựa chọn hàng đầu dùng cho bệnh nhân trong khi chờ đợi kết quả kháng sinh đồ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân đều được dùng kháng sinh khi nằm viện. Đa số các bệnh nhân phải phối hợp 2 loại kháng sinh, phối hợp cephalosporin III và macrolid chiếm 31,11%, cephalosporin III và aminoglycosid chiếm 28,89%, cephalosporin III và quinolon chiếm 23,33%, chỉ dùng cephalosporin III chiếm 14,44%, phối hợp 3 kháng sinh chỉ có 2,23%. Việc phối hợp kháng sinh chủ yếu dựa trên tác dụng hiệp đồng và lựa chọn nhóm kháng sinh dựa trên kinh nghiệm lâm sàng là chính. Rất nhiều tác giả đánh giá cao hiệu quả phối hợp Cephalosporin thế hệ III với nhóm aminoglycosid. Thời gian điều trị trung bình của các bệnh nhân là 11,21 ± 3,57 ngày, phù hợp với nguyên tắc điều trị viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn. 100% bệnh nhân khỏi hoặc giảm triệu chứng khi ra viện, không có bệnh nhân nào nặng thêm.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 47 ± 11,54, tỉ lệ nam:nữ là 1,14. Tỉ lệ bệnh nhân vào viện vì sốt là 86,67%, ho, khạc đờm chiếm 90%, ho máu chiếm 70%, sau đó là khó thở (64,44%), đau ngực (68,89%). Bệnh nhân viêm phổi có triệu chứng ran ẩm, ran nổ chiếm tỉ lệ cao nhất (68,89%), sau đó là ran rít, ran ngáy chiếm 60%, hội chứng đông đặc (53,33%) và hội chứng ba giảm (41,11%). Đa số các bệnh nhân phải phối hợp 2 loại kháng sinh, phối hợp cephalosporin III và macrolid chiếm 31,11%, cephalosporin III và aminoglycosid chiếm 28,89%, cephalosporin III và quinolon chiếm 23,33%, chỉ dùng cephalosporin III chiếm 14,44%, phối hợp 3 kháng sinh chỉ có 2,23%. Thời gian nằm viện trung bình là 11,21 ± 3,57 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Torres A, Cilloniz C, Niederman MS, Menéndez R, Chalmers JD, Wunderink RG, van der Poll T.** Pneumonia. *Nat Rev Dis Primers*. 2021 Apr 08;7(1):25.
2. **Manikam L, Lakhanpaul M.** Epidemiology of community acquired pneumonia. *Paediatr Child Health (Oxford)*. 2012 Jul;22(7):299-306
3. **Zhu YG, Tang XD, Lu YT, Zhang J, Qu JM.** Contemporary Situation of Community-acquired Pneumonia in China: A Systematic Review. *J Transl Int Med*. 2018 Mar;6(1):26-31
4. **Ho J.C., Chan K.N., Hu W.H.** The effect of aging on nasal mucociliary clearance, beat frequency, and ultrastructure of respiratory cilia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163(4):983–988. doi: 10.1164/ajrccm.163.4.9909121
5. **Donowitz G.R., Cox H.L.** Bacterial community-acquired pneumonia in older patients. *Clin Geriatr Med.* 2007;23(3):515–534. doi: 10.1016/j.cger.2007.03.006. vi.
6. **Ngô Quý Châu** (2024). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn. Hội Hô hấp Việt Nam, Nhà xuất bản Y học.
7. **Ewig S. et al** (1996). "Severe community-acquired pneumonia assessment of severity criteria" *Am. J. Respir. Crit. Care Med* (158). p1102-1108.
8. **Miyashita N. et al** (2000). "Management of community- acquired pneumonia in adults". *Infectious Diseases Society of America,* 2007, 44, p47-52.
9. **Sopena N. et al** (1998). "Comparative study of the clinical presentation of legionella pneumonia and other community-acquired pneumonia". *Chest. Vol 113*. p1195-1200.
10. **Hà Văn Ngạc** (1991). "Nhận xét 106 ca viêm phổi cấp điều trị tại khoa Nội viện Quân y 108" *Nội san lao và bệnh phổi, Hội chống lao và bệnh phổi Việt Nam*, tập 8, tr 89-96.