

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG Ở NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Lê Thị Lan Phương^{1*}, Phùng Thị Thanh¹, Trần Thị Hoa¹, Trần Thị Hằng¹, Nguyễn Thị Hiền¹, Nguyễn Thị Thu Anh², Vũ Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ở người lớn bị viêm phổi mắc phải cộng đồng 6 tháng đầu năm 2025 tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi kết quả điều trị được thực hiện ở 36 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội nghị đồng thuận giữa Hội Lồng ngực Mỹ và Hội Bệnh nhiễm trùng Mỹ đến khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 1 – 6/2025.

Kết quả: đa số bệnh nhân VPMPCD tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình ≥ 65 tuổi, bệnh nền thường gặp là tăng huyết áp và đái tháo đường, hầu hết ở mức độ nhẹ theo CURB-65. Đơn trị kháng sinh được áp dụng chủ yếu (61,1%), trong đó cephalosporin thế hệ III chiếm tỷ lệ cao nhất; phối hợp thường gặp là cephalosporin với quinolon (30,6%). Thời gian điều trị trung bình $11 \pm 3,46$ ngày. Biến chứng hiếm gặp (2,8%), không có tử vong; tỷ lệ khỏi bệnh ra viện đạt 94,4%. Sau kháng sinh đồ, 75% bệnh nhân giữ nguyên phác đồ ban đầu, chỉ 25% cần thay đổi điều trị.

Kết luận: VPMPCD trong 6 tháng đầu năm 2025 tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình có kết quả điều trị khỏi chiếm tỷ lệ cao, đáp ứng tốt với kháng sinh Cephalosporin thế hệ III (và Quinolone).

Từ khóa: Viêm phổi mắc phải cộng đồng, kết quả điều trị, CURB-65

TREATMENT OUTCOMES OF ADULT PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To assess treatment outcomes among adult patients with community-acquired pneumonia in the first six months of 2025 at Thai Binh Medical University Hospital.

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình
2. Bệnh viện Đa khoa Thái Bình

*Tác giả liên hệ: Lê Thị Lan Phương

Email: phuongleydtb@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/01/2026

Ngày phản biện: 01/3/2026

Ngày duyệt bài: 18/3/2026

Methods: a prospective descriptive study to monitor treatment outcomes was conducted on 36 patients diagnosed with CAP according to the consensus criteria of the American Thoracic Society and the Infectious Diseases Society of America, who were examined and treated at Thai Binh University of Medicine and Pharmacy Hospital from January to June 2025.

Results: Most CAP patients were aged ≥ 65 years, with common comorbidities including hypertension and diabetes mellitus; the majority had mild disease according to the CURB-65 score. Antibiotic monotherapy was predominantly applied (61.1%), with third-generation cephalosporins being the most frequently used agents. The most common combination regimen was a cephalosporin with a quinolone (30.6%). The mean duration of treatment was 11 ± 3.46 days. Complications were rare (2.8%), with no mortality observed, and the discharge recovery rate reached 94.4%. After antibiotic susceptibility testing, 75% of patients maintained the initial empirical regimen, while 25% required modification.

Conclusion: In the first six months of 2025, community-acquired pneumonia (CAP) at Thai Binh University of Medicine and Pharmacy Hospital showed a high treatment cure rate and responded well to third-generation Cephalosporin antibiotics (and Quinolones).

Keywords: Community-acquired pneumonia, treatment outcomes, CURB-65

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là bệnh lý nhiễm trùng hô hấp dưới thường gặp ở người lớn, chiếm tỷ lệ cao trong các nguyên nhân nhập viện và tử vong do nhiễm khuẩn. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do bệnh truyền nhiễm trên toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, VPMPCD chiếm khoảng 30–50% các trường hợp viêm phổi điều trị nội trú, với tỷ lệ tử vong từ 5–15%, đặc biệt cao ở người cao tuổi và người có bệnh nền mạn tính [2]. Biểu hiện lâm sàng của VPMPCD đa dạng, từ thể nhẹ đến nặng, có thể gây suy hô hấp, nhiễm khuẩn huyết và các biến chứng nguy hiểm. Hiệu quả điều trị phụ thuộc vào mức độ nặng khi nhập viện, căn nguyên vi sinh, tình trạng bệnh nền và lựa chọn

kháng sinh ban đầu. Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi cộng đồng của Bộ Y tế Việt Nam, việc sử dụng kháng sinh sớm, phù hợp với mức độ bệnh có vai trò quyết định trong cải thiện tiên lượng người bệnh [2].

Trong những năm gần đây, tình trạng kháng kháng sinh tại Việt Nam ngày càng gia tăng, đặc biệt đối với các tác nhân thường gặp như *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* và *Haemophilus influenzae*. Một số nghiên cứu trong nước ghi nhận tỷ lệ kháng penicillin và macrolid của phế cầu khuẩn có xu hướng tăng, gây nhiều khó khăn trong điều trị [3]. Điều này làm gia tăng thời gian nằm viện, chi phí điều trị và nguy cơ biến chứng.

Bệnh viện Đại học Y Thái Bình là cơ sở khám chữa bệnh tuyến cuối của tỉnh, tiếp nhận số lượng lớn người bệnh VPMPCTĐ mỗi năm với mức độ bệnh đa dạng. Việc đánh giá kết quả điều trị tại bệnh viện giúp phản ánh hiệu quả phác đồ đang áp dụng, đồng thời xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng. Tuy nhiên, đến nay vẫn còn hạn chế các nghiên cứu hệ thống về kết quả điều trị VPMPCTĐ ở người lớn tại đây. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: Đánh giá kết quả điều trị người lớn bị viêm phổi mắc phải cộng đồng 6 tháng đầu năm 2025 tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 36 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng đến khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 1 – 6/2025.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán của VPMPCTĐ theo Hội nghị đồng thuận giữa Hội Lồng ngực Mỹ và Hội Bệnh nhiễm trùng Mỹ [4] bao gồm:

+ Một tổn thương mới xuất hiện trên phim chụp X-quang ngực, tổn thương một hoặc hai bên phổi.

+ Bệnh nhân có kèm theo một hoặc nhiều các biểu hiện cấp tính của đường hô hấp như:

- Ho: mới xuất hiện hoặc gia tăng, có thể ho khan hoặc có đờm

- Khạc đờm với sự thay đổi tính chất và màu sắc của đờm (đục, xanh, vàng)

- Khó thở

- Sốt trên 38°C hoặc có thể hạ nhiệt độ (36°C)

- Có hội chứng đông đặc hoặc có ran ẩm hoặc ran nổ ở phổi.

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

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

- Bệnh nhân có chỉ định thở máy.

- Bệnh nhân nằm viện và sử dụng các phương tiện chăm sóc sức khỏe dài ngày trong khoảng thời gian 14 ngày trước khi có biểu hiện triệu chứng.

- Bệnh nhân khó khăn trong giao tiếp do khiếm thính, khiếm thị hoặc không nói được, mắc bệnh lý tâm thần chưa ổn định hoặc đang mắc các bệnh lý nội khoa nặng nề khác.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Toàn thời gian nghiên cứu: từ tháng 12/2024 đến tháng 7/2025; thời gian tuyển chọn bệnh nhân: từ tháng 1 – 6/2025

- Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi kết quả điều trị của các bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng trong 6 tháng đầu năm 2025 tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: lấy mẫu toàn bộ. Tổng bệnh nhân thu thập được từ tháng 1-6/2025 là 36 bệnh nhân.

- Phương pháp chọn mẫu: lấy liên tiếp toàn bộ bệnh nhân có chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng trong thời gian nghiên cứu. Tất cả những bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ đều được thu thập thông tin nghiên cứu.

2.4. Nội dung nghiên cứu và các tiêu chuẩn sử dụng:

* **Thông tin chung** của nhóm nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, nghề nghiệp, bệnh lý đồng mắc, tiền sử dùng thuốc trước vào viện.

* **Mức độ nặng** của viêm phổi theo thang điểm CURB-65 [4], các chỉ số trong thang điểm:

- Confusion - Thay đổi tri giác mới xuất hiện;

- Uremia - Ure máu > 7 mmol/L;

- Respiratory rate - Tần số thở > 30 lần/phút;

- Blood pressure - Huyết áp tâm thu < 90 và/hoặc huyết áp tâm trương ≤ 60 mmHg.

- Age - Tuổi ≥ 65.

Cách cho điểm: nếu thỏa mãn được mỗi chỉ số thì cho 1 điểm. Điểm CURB-65 của bệnh nhân được tính bằng tổng điểm bệnh nhân đạt được và được phân loại như sau:

+ Mức độ nhẹ: tương ứng thang điểm CURB-65 đạt 0-1 điểm.

+ Mức độ trung bình: tương ứng thang điểm CURB-65 đạt 2 điểm

+ Mức độ nặng: tương ứng thang điểm CURB-65 đạt 3-5 điểm.

- So sánh tỷ lệ bệnh nhân mắc viêm phổi mắc phải cộng đồng sử dụng kháng sinh trước nhập viện với mức độ nặng của bệnh theo thang điểm CURB-65.

***Kết quả điều trị**

- Số loại kháng sinh dùng trong điều trị: số lượng kháng sinh được các bác sĩ lâm sàng chỉ định dùng cho bệnh nhân.

- Phác đồ kháng sinh theo kinh nghiệm thường được dùng: số lượng kháng sinh và tên kháng sinh được dùng điều trị cho bệnh nhân.

- Tổng số ngày điều trị: tổng số ngày điều trị tính từ ngày bắt đầu có chẩn đoán viêm phổi cho đến khi ra viện, chuyển viện hoặc xin về.

- Các biến chứng có thể gặp trong quá trình điều trị và tiêu chí đánh giá:

+ Các biểu hiện lâm sàng được coi là biến chứng khi: là triệu chứng mới xuất hiện trong quá trình điều trị mà khi bắt đầu nhập viện chưa có hoặc tình trạng lâm sàng nặng nề hơn mặc dù đã điều trị tích cực.

+ Suy hô hấp: được đánh giá bằng tình trạng lâm sàng xấu đi so với trước nhập viện: bệnh nhân xuất hiện khó thở tăng, tím tái và hoặc SpO₂ giảm < 95% hoặc kết quả khí máu động mạch với PaO₂ < 60mmHg khi thở khí phòng [50].

+ Tràn dịch màng phổi: bệnh nhân được phát hiện dấu hiệu tràn dịch màng phổi bằng siêu âm màng phổi hoặc chụp cắt lớp vi tính lồng ngực.

+ Tràn khí màng phổi: phát hiện trên Xquang ngực thẳng hoặc cắt lớp vi tính lồng ngực.

+ Absces phổi: phát hiện trên Xquang ngực thẳng hoặc cắt lớp vi tính lồng ngực.

III. KẾT QUẢ

Qua phân tích 36 bệnh nhân, tuổi trung bình $61,14 \pm 16,09$, trong đó người ≥ 65 tuổi chiếm 66,67%; tỷ lệ nam và nữ gần tương đương, bệnh nền chủ yếu là tăng huyết áp (58,3%) và đái tháo đường (19,4%), hơn một nửa bệnh nhân có dùng thuốc trước nhập viện (55,56%), song đa số không rõ loại thuốc, 97,2% mức độ nhẹ theo CURB-65 chúng tôi thu được kết quả sau:

Bảng 1. Số lượng kháng sinh dùng trong điều trị (n=36)

Phác đồ điều trị	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đơn trị liệu 1 kháng sinh	22	61,1
Phối hợp hai loại kháng sinh	14	38,9
Phối hợp ba loại kháng sinh	0	0
Tổng	36	100

+ Shock nhiễm khuẩn: bệnh nhân có biểu hiện của nhiễm trùng huyết và huyết áp tâm thu giảm < 90mmHg hoặc giảm hơn 40mmHg so với huyết áp bình thường trước đó mà không có nguyên nhân nào gây hạ huyết áp khác và dù đã bù đủ dịch trong vòng 1 giờ hoặc phải dùng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg hoặc huyết áp trung bình ≥ 70 mmHg [50].

***Kết cục chung:**

+ Bệnh nhân được ra viện (khỏi bệnh/đỡ giảm bệnh): bệnh nhân hết sốt, giảm ho nhiều, thực thể phổi cải thiện, các chỉ số đánh giá tình trạng viêm về bình thường và đã dùng đủ số ngày kháng sinh.

+ Chuyển viện: triệu chứng lâm sàng không cải thiện hoặc tình trạng bệnh nặng hơn không đáp ứng với điều trị.

+ Tử vong hoặc nặng xin về.

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Excel 2010 và SPSS 20.0, sử dụng các phương pháp thống kê mô tả.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ tuyên bố chung về đạo đức nghiên cứu của Helsinki bao gồm:

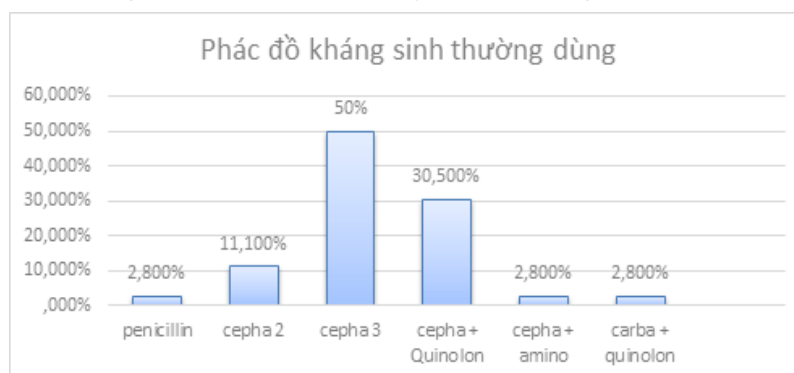
- Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Thái Bình phê duyệt theo quyết định số 2128/QĐ-YDTB ngày 03 tháng 11 năm 2025.

- Bệnh nhân và người nhà được giải thích về mục đích, quy trình và lợi ích của nghiên cứu, tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Các thông tin về bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối và các thông tin này chỉ phục vụ mục đích của nghiên cứu.

- Không có sự phân biệt đối xử giữa các bệnh nhân tham gia nghiên cứu hay không tham gia nghiên cứu.

61,1% bệnh nhân của nhóm nghiên cứu được lựa chọn đơn trị liệu 1 loại kháng sinh, nhóm bệnh nhân được lựa chọn phối hợp kháng sinh là 38,9% và chủ yếu là 2 kháng sinh phối hợp.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ phác đồ được áp dụng trong điều trị của nhóm nghiên cứu (n=36)

Kháng sinh thuộc phân nhóm Cephalosporin thế hệ III là phác đồ được lựa chọn đơn trị nhiều nhất chiếm 50%. Phác đồ phối hợp cũng được lựa chọn phối hợp thường dùng nhất là 1 kháng sinh thuộc phân nhóm Cephalosporin phối hợp với Quinolon và tỷ lệ chiếm 30,6%. Trong khi phác đồ đơn trị với các kháng sinh thuộc phân nhóm Penicillin và Cephalosporin thế hệ II có tỷ lệ ít hơn là 2,8% và 11,1%. Tỷ lệ phối hợp với Amikacin hoặc cùng Carbapenem còn hạn chế.

Bảng 2. Số ngày điều trị của nhóm nghiên cứu (n=36)

Ngày điều trị	Số ngày
Ít nhất	5
Nhiều nhất	22
Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	11 $\pm$ 3,46

Số ngày điều trị trung bình là $11 \pm 3,46$, thấp nhất là 5 ngày, nhiều nhất là 22 ngày.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ biến chứng trong điều trị của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=36)

Chỉ có 1/36 bệnh nhân xuất hiện biến chứng suy hô hấp chiếm 2,8%. Có tới 97,2% bệnh nhân không xuất hiện biến chứng trong quá trình điều trị.

Bảng 3. Tỷ lệ biến chứng giữa nhóm có và không dùng kháng sinh trước nhập viện (n=36)

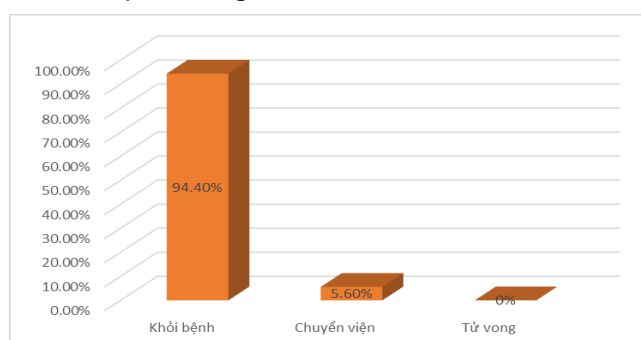
Biến chứng	Không dùng kháng sinh		Có dùng kháng sinh	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng	16	45,7	19	54,3
Có biến chứng	1	100	0	0

Có 1/36 bệnh nhân xuất hiện biến chứng, tỷ lệ này nằm hoàn toàn ở nhóm bệnh nhân không có tiền sử dùng kháng sinh trước đó. Tỷ lệ bệnh nhân có dùng kháng sinh có tỷ lệ xuất hiện biến chứng là 0%.

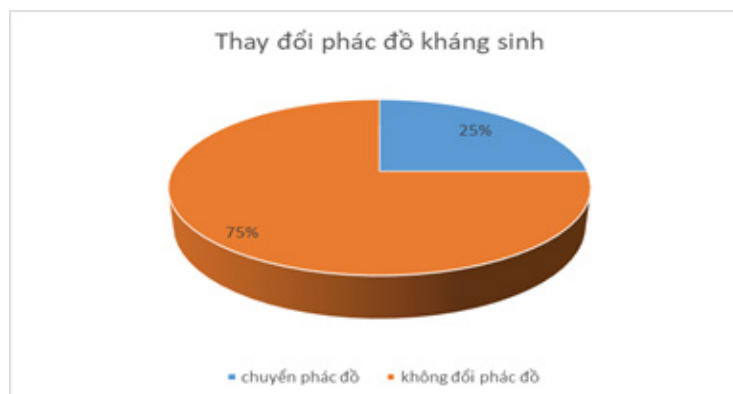
Bảng 4. Tỷ lệ biến chứng theo mức độ nặng của bệnh dựa vào thang điểm CURB-65 tại thời điểm nhập viện (n=36)

Biến chứng	Mức độ nhẹ		Mức độ trung bình		Mức độ nặng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng	34	97,1	1	100	0	0
Có biến chứng	1	2,9	0	0	0	0
Tổng	35	100	1	100	0	0

Có 1/36 bệnh nhân xuất hiện biến chứng trong quá trình điều trị, chiếm tỷ lệ 2,9%, và tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện biến chứng thuộc nhóm bệnh nhân có mức độ viêm phổi nhẹ theo thang điểm CURB-65. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ viêm phổi trung bình thì tỷ lệ xuất hiện biến chứng là 0% với $p=0,029$.

**Biểu đồ 3. Kết quả điều trị của nhóm đối tượng nghiên cứu (n=36)**

Tỷ lệ khởi bệnh được ra viện chiếm tỷ lệ cao nhất là 94,4%. Tỷ lệ chuyển viện là 5,6%. Không có bệnh nhân nào tử vong.

**Biểu đồ 4. Tỷ lệ bệnh nhân phải chuyển phác đồ điều trị sau khi có kháng sinh đồ (n=36)**

Tỷ lệ bệnh nhân giữ nguyên phác đồ kháng sinh kinh nghiệm sau khi có kháng sinh đồ chiếm tỷ lệ cao nhất là 75%. Có 25% bệnh nhân cần đổi phác đồ kháng sinh sau khi có kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ.

Bảng 5. Kết quả điều trị theo mức độ nặng của bệnh (n=36)

Biến chứng	Mức độ nhẹ		Mức độ trung bình	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khởi bệnh	33	97,1	1	2,9
Chuyển viện	2	100	0	0
Tử vong	0	0	0	0

Tỷ lệ bệnh nhân khởi bệnh đa phần đều là viêm phổi mức độ nhẹ chiếm 97,1%. Tỷ lệ viêm phổi mức độ trung bình và nặng có bệnh nhân chuyển viện hoặc tử vong là 0%.

IV. BÀN LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi thấy rằng:

Thời gian điều trị: Kết quả nghiên cứu đã cho thấy, số ngày điều trị trung bình của nhóm nghiên cứu là $11 \pm 3,46$ ngày, dao động từ 5 đến 22 ngày. Kết quả này phù hợp với Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn năm 2025 của Bộ Y tế, trong đó thời gian sử dụng kháng sinh có thể kéo dài từ vài ngày đến vài tuần tùy tác nhân và mức độ bệnh [1]. So với nghiên cứu của Phạm Thùy Linh tại Bệnh viện Đức Giang (2025) với thời gian điều trị trung bình 15 ngày [6], kết quả của chúng tôi thấp hơn, do đối tượng nghiên cứu của Phạm Thùy Linh nằm điều trị thở máy xâm nhập tại khoa Hồi sức tích cực. Các bệnh viện tuyến cuối thường tiếp nhận nhiều trường hợp nặng, có nhiều bệnh lý nền và điều trị sau thất bại ở tuyến dưới, dẫn đến thời gian nằm viện kéo dài hơn. Trong khi đó, nhóm bệnh nhân tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình chủ yếu ở mức độ nhẹ, góp phần rút ngắn thời gian điều trị.

Biến chứng và đáp ứng điều trị: Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu rất thấp, chỉ ghi nhận 1/36 bệnh nhân (2,8%), tương ứng với 97,2% bệnh nhân đáp ứng tốt và khỏi bệnh sau điều trị. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong nước. Ngô Văn Lực ghi nhận tỷ lệ khỏi bệnh 91,5% tại Bệnh viện Quân y 110 [7], trong khi Trần Công Luận và Nguyễn Kim Khánh báo cáo 94,3% bệnh nhân khỏi bệnh tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ [8]. So với nghiên cứu đa trung tâm của Lulu Zhang tại Trung Quốc với tỷ lệ biến chứng lên tới 33,5% [9], kết quả của chúng tôi thấp hơn đáng kể. Sự khác biệt có thể do quy mô mẫu lớn hơn, sự đa dạng cơ sở y tế và tỷ lệ bệnh nhân nặng cao trong nghiên cứu của Zhang. Ngoài ra, yếu tố tiếp cận điều trị ban đầu và đặc điểm dịch tễ cũng có thể ảnh hưởng đến nguy cơ biến chứng. Nhìn chung, kết quả điều trị tại khoa Nội – Bệnh viện Đại học Y Thái Bình cho thấy hiệu quả khả quan, phản ánh việc chẩn đoán sớm, phân loại mức độ bệnh hợp lý và khởi trị kháng sinh phù hợp với hướng dẫn hiện hành.

Ảnh hưởng của sử dụng kháng sinh trước nhập viện: So sánh giữa nhóm có và không dùng kháng sinh trước nhập viện cho thấy trường hợp xuất hiện biến chứng duy nhất thuộc nhóm chưa dùng kháng sinh. Nhóm đã sử dụng kháng sinh trước đó không ghi nhận biến chứng. Kết quả này gợi ý việc dùng kháng sinh sớm và hợp lý có thể

góp phần giảm nguy cơ biến chứng, phù hợp với các khuyến cáo hiện nay về khởi trị kháng sinh sớm trong vòng 4–8 giờ đầu sau nhập viện [1]. Tuy nhiên, việc sử dụng kháng sinh không hợp lý trước nhập viện có thể che lấp triệu chứng, gây khó khăn cho chẩn đoán vi sinh và làm gia tăng tình trạng kháng kháng sinh. Do đó, kháng sinh cần được sử dụng dưới sự giám sát chặt chẽ của bác sĩ, dựa trên hướng dẫn chuyên môn và mô hình kháng thuốc tại địa phương.

Mức độ bệnh theo CURB-65 và kết cục điều trị: Trong nghiên cứu, bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm viêm phổi nhẹ theo CURB-65. Trường hợp xuất hiện biến chứng cũng nằm trong nhóm này, trong khi nhóm mức độ trung bình không ghi nhận biến chứng. Điều này cho thấy thang điểm CURB-65 tuy hữu ích trong tiên lượng tử vong ngắn hạn và định hướng nhập viện, nhưng chưa bao quát hết các yếu tố nguy cơ như bệnh lý nền, tình trạng thiếu oxy hay mức độ tổn thương phổi. Do đó, bên cạnh CURB-65, cần kết hợp đánh giá lâm sàng toàn diện, bệnh đồng mắc và các yếu tố cận lâm sàng để dự báo nguy cơ diễn biến xấu và điều chỉnh điều trị kịp thời.

Phác đồ kháng sinh và kết quả điều trị: Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị đơn trị liệu kháng sinh (61,1%), phù hợp với tỷ lệ bệnh nhân mức độ nhẹ chiếm ưu thế. Cephalosporin thế hệ III là kháng sinh được sử dụng nhiều nhất, cả trong đơn trị liệu và phối hợp, phản ánh sự phù hợp với phổ vi khuẩn thường gặp tại cơ sở. Việc phối hợp kháng sinh chiếm 38,9%, chủ yếu ở các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ hoặc bệnh đồng mắc. So với các nghiên cứu tại bệnh viện tuyến cuối, nơi tỷ lệ phối hợp kháng sinh cao hơn đáng kể, kết quả của chúng tôi cho thấy xu hướng điều trị hợp lý, hạn chế lạm dụng kháng sinh phổ rộng, góp phần giảm nguy cơ kháng thuốc và chi phí y tế.

Thay đổi phác đồ sau kháng sinh đồ và kết cục ra viện: Sau khi có kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ, 75% bệnh nhân vẫn duy trì phác đồ kháng sinh ban đầu, chỉ 25% cần thay đổi. Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu tại các bệnh viện lớn, cho thấy phác đồ kinh nghiệm ban đầu tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình tương đối phù hợp với mô hình vi sinh tại địa phương. Về kết cục điều trị, 94,4% bệnh nhân khỏi bệnh ra viện, 5,6% chuyển viện và không ghi nhận trường hợp tử vong. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong

nước, khẳng định hiệu quả của các phác đồ điều trị hiện nay, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân mức độ nhẹ. Mặc dù đa số bệnh nhân khỏi bệnh thuộc nhóm viêm phổi nhẹ, vẫn có trường hợp nhẹ nhưng phải chuyển viện, cho thấy mức độ ban đầu không hoàn toàn phản ánh chắc chắn diễn tiến điều trị. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của theo dõi sát và đánh giá lại định kỳ trong suốt quá trình điều trị.

Hạn chế và ý nghĩa nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện với cỡ mẫu nhỏ tại một cơ sở điều trị nên kết quả chưa thể khái quát cho toàn bộ khu vực. Tuy nhiên, các dữ liệu thu được đã cung cấp cái nhìn ban đầu về thời gian điều trị, hiệu quả kháng sinh và kết cục lâm sàng của bệnh nhân VPMPCTĐ tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình, góp phần hỗ trợ bác sĩ lâm sàng trong việc lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng trong 6 tháng đầu năm 2025 tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình có mức độ nhẹ, thời gian điều trị trung bình khoảng 11 ngày và tỷ lệ khỏi bệnh cao (94,4%), hầu như không ghi nhận tử vong. Việc lựa chọn phác đồ kháng sinh ban đầu, chủ yếu là đơn trị liệu với cephalosporin thế hệ III, nhìn chung phù hợp và mang lại hiệu quả điều trị tốt.

Khuyến nghị: Cần tiếp tục duy trì chẩn đoán sớm, phân tầng mức độ bệnh hợp lý và sử dụng kháng sinh theo hướng dẫn chuyên môn, đồng thời tăng cường theo dõi sát để phát hiện sớm các trường hợp có nguy cơ diễn biến xấu. Nên thực hiện thêm các nghiên cứu quy mô lớn, đa trung tâm nhằm cập nhật mô hình vi sinh và tối ưu hóa phác đồ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Pneumonia fact sheet. WHO; 2023. https://www.who.int/health-topics/pneumonia#tab=tab_1
2. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn. Ban hành kèm theo Quyết định số 4815/QĐ-BYT, năm 2016.
3. **Lê Thị Minh, Phạm Quốc Bảo (2021).** Tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng tại Việt Nam. *Tạp chí Y học Dự phòng*. 2021;31(4):78–85.
4. **Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al (2019).** Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;200(7):e45–e67. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6812437/>
5. **Nguyễn Văn Thắng, Trần Thị Hồng (2020).** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn tại một số bệnh viện Việt Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2020;491(2):45–51.
6. **Phạm Thùy Linh, Nguyễn Phương Hoa, Trần Thị Oanh, (2025),** 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, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2 tháng 8/2025, tr.48-53.
7. **Ngô Văn Lực (2023).** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện Quân y 110. *Tạp chí Y học Quân sự*, số 366 (2023): Hội nghị khoa học lần thứ XXVI - Bệnh viện Quân y 110, DOI: <https://doi.org/10.59459/1859-1655/JMM.315>
8. **Trần Công Luận, Nguyễn Kim Khánh (2023).** Kết quả điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại Bệnh viện Đa khoa TP Cần Thơ. *Tạp chí Nghiên cứu khoa học và Phát triển kinh tế Trường Đại học Tây Đô*, Số 17 – 2023, tr. 234-245.
9. **Zhang, L., et al., 2023,** Identification of priority pathogens for aetiological diagnosis in adults with community-acquired pneumonia in China: a multicentre prospective study. *BMC Infect Dis*, 23(1): p. 231. DOI: 10.1186/s12879-023-08166-3
10. **Hoàng Hà, Dương Văn Sướng, Phạm Đắc Trung và cộng sự, (2024),** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn tại Bệnh viện Phổi Thái Nguyên, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 538 Số 1 (2024), tr.160-164.