

# ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG VÀ PHÂN TÍCH KẾT CỤC ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG QUA MỘT SỐ THANG ĐIỂM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2022-2023

Trình Lê Hoàng Nguyên\*, Cao Thị Mỹ Thuý

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: tringlehoangnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/01/2024

Ngày phản biện: 20/02/2024

Ngày duyệt đăng: 26/02/2024

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm phổi cộng đồng là một trong các bệnh lý nhiễm trùng đường hô hấp dưới cấp tính thường gặp có tỷ lệ tử vong cao. Chẩn đoán sớm và đánh giá đúng mức độ nặng giúp thầy thuốc lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm hợp lý nhằm cải thiện kết cục điều trị và tử vong ở bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá mức độ nặng và mối liên quan với kết cục điều trị ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng qua các thang điểm CRB-65, CURB-65, ECURB-65, PSI. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Chọn mẫu thuận tiện gồm 91 bệnh nhân chẩn đoán viêm phổi cộng đồng từ tháng 10/2022 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân viêm phổi cộng đồng trong các nhóm CRB-65 $\geq$ 2, CURB-65 $\geq$ 3, ECURB-65 $\geq$ 5 và PSI $\geq$ IV lần lượt là 12,1%; 6,6%; 10,9%; 52,7% với  $p<0,01$ . Tỷ lệ kết cục điều trị thất bại trong các nhóm CRB-65 $\geq$ 2, CURB-65 $\geq$ 3, ECURB-65 $\geq$ 5 và PSI $\geq$ IV lần lượt là 45,4%; 50%; 40%; 12,5% với  $p<0,05$ . Diện tích dưới đường cong trong tiên đoán kết cục điều trị thất bại qua các thang điểm CRB-65, CURB-65, ECURB-65, PSI lần lượt là 0,905 ( $p<0,01$ ); 0,894 ( $p<0,01$ ); 0,927 ( $p<0,01$ ) và 0,909 ( $p=0,01$ ). **Kết luận:** Thang điểm ECURB-65 có khả năng hỗ trợ tốt dự đoán kết cục điều trị ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện với AUC là 0,927. Ngoài ra, thang điểm CRB65 với tính đơn giản, dễ nhớ cũng giúp tiên đoán kết cục điều trị trên lâm sàng với AUC là 0,905.

**Từ khóa:** Giá trị thang điểm, viêm phổi cộng đồng, kết cục điều trị.

## ABSTRACT

### EVALUATE SEVERITY AND ANALYSIS FOR TREATMENT OUTCOME IN PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA OF SOME SCORES AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2022-2023

Trình Lê Hoàng Nguyên\*, Cao Thị Mỹ Thuý

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

**Background:** Community-acquired pneumonia (CAP) is one of the acute lower respiratory tract infections with high morbidity and mortality. Early diagnosis and appropriate severity assessment help to select antibiotics treatment, and help to improve patient mortality. **Objectives:** To evaluate severity and relationship with treatment outcome in patients with community-acquired pneumonia through the CRB-65, CURB-65, ECURB-65 and PSI scores. **Materials and methods:** Cross-sectional, prospective descriptive study. To select a convenient sample of 91 patients diagnosed with CAP from October 2022 to October 2023. **Results:** The rates of CAP in the CRB-65 $\geq$ 2, CURB-65 $\geq$ 3, ECURB-65 $\geq$ 5, and PSI $\geq$ IV group were 12.1%; 6.6%; 10.9%; 52.7% with  $p<0.01$ . The rates of treatment failure outcomes in the CRB-65 $\geq$ 2, CURB-65 $\geq$ 3, ECURB-65 $\geq$ 5, and PSI $\geq$ IV groups were 45.4%; 50%; 40%; 12.5% with  $p<0.05$ . The area under the curve in prediction of treatment failure through the CRB-65, CURB-65, ECURB-65, and PSI scores were 0.905 ( $p<0.01$ ); 0.894 ( $p=0.01$ ); 0.927 ( $p<0.01$ ) and 0.909 ( $p=0.01$ ). **Conclusions:** The ECURB-65 score has good support for predicting treatment outcomes in hospitalized CAP patients with an AUC of

0.927. In addition, the CRB-65 score which is easy-to-remember also helps to predict clinical treatment outcomes with an AUC of 0.905.

**Keywords:** Predictive scores, community-acquired pneumonia, treatment outcome.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) là một trong các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới cấp tính thường gặp trên thực hành lâm sàng. VPCĐ với tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao đã cho thấy tầm quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân một cách phù hợp [1]. Hiện nay, trên thế giới đã đưa ra nhiều thang điểm để đánh giá mức độ nặng của VPCĐ, trong đó thang điểm PSI không những nổi bật với vai trò tiên đoán tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày mà còn giúp tiên lượng bệnh nhân với nhiều mức nguy cơ khác nhau. Mặc dù được đánh giá cao trên lâm sàng, nhưng thang điểm PSI cần nhiều chỉ điểm cận lâm sàng và chưa đề cập đến những bệnh nhân có thể điều trị ngoại trú. Để khắc phục nhược điểm nêu trên, hệ thống thang điểm CURB-65, CRB-65 và ECURB-65 lần lượt ra đời với ít tiêu chí hơn, thuận tiện cho việc đánh giá mức độ nặng ở bệnh nhân VPCĐ. VPCĐ với tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao đã cho thấy tầm quan trọng trong việc tiếp cận phân loại bệnh nhân. Nhằm mục đích lựa chọn được hệ thống đánh giá tối ưu, đơn giản, dễ nhớ, dễ áp dụng trong việc xác định nhu cầu cần điều trị tại đơn vị hô hấp hồi sức tích cực, cũng như tiên đoán tử vong cho bệnh nhân VPCĐ nhập viện nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Đánh giá mức độ nặng và mối liên quan với kết cục điều trị ở bệnh nhân VPCĐ qua các thang điểm CRB-65, CURB-65, ECURB-65, PSI.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân VPCĐ từ 18 tuổi trở lên điều trị tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 10/2022 đến tháng 10/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Đạt tiêu chuẩn chẩn đoán VPCĐ theo hướng dẫn của Hiệp hội Lòng ngực Anh (BTS) khi có các triệu chứng sau: các triệu chứng của nhiễm trùng đường hô hấp dưới cấp tính (ho và ít nhất có một triệu chứng của đường hô hấp dưới khác như khạc đờm, khó thở, đau ngực), có ít nhất một trong các dấu hiệu toàn thân (sốt, vã mồ hôi, đau môi người và/hoặc nhiệt độ cơ thể tăng trên 38°C), hình ảnh Xquang ngực: tổn thương dạng thâm nhiễm mới xuất hiện. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, viêm phổi mắc phải trong bệnh viện, nghi ngờ hoặc có bằng chứng lao phổi tiên triễn, bệnh lý thần kinh mà ảnh hưởng tri giác trước đó.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu.

$$\text{Cỡ mẫu: } n = Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

Z: Là hệ số tin cậy với mức ý nghĩa  $\alpha = 0,05$ , tương ứng  $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})} = 1,96$ .

p: Là tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện (Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện theo nghiên cứu S. M. Masuduzzaman (2020) là 5,6% [2]).

d: Là mức sai số chấp nhận.

Như vậy, với  $p = 0,056$ ,  $d = 0,05$ , độ tin cậy 95% ta tính được cỡ mẫu  $n = 81$ .

Quá trình nghiên cứu chúng tôi thu thập được 91 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Nội dung nghiên cứu:**

Bệnh nhân đã chẩn đoán VPCĐ được đánh giá điểm số và phân mức độ bệnh qua các thang điểm CRB-65, CURB-65, ECURB-65, PSI dựa vào đặc điểm chung (giới, tuổi, tiền sử mắc bệnh), các đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, bệnh đồng mắc, rối loạn ý thức, nhịp thở, huyết áp tâm thu, nhiệt độ, nhịp tim và một số đặc điểm cận lâm sàng: BUN, natri máu, glucose, Hct, pH máu, SpO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub>, Xquang ngực thẳng [3].

Bệnh nhân có điểm số thuộc nhóm CRB-65≥2, CURB-65≥3, ECURB-65≥5 hoặc PSI≥IV là phân nhóm VPCĐ mức độ nặng. Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ của Bộ Y Tế 2020 [3]. Dựa vào kết cục điều trị được ghi nhận ngay tại thời điểm bệnh nhân ra viện nhận xét giá trị dự đoán kết cục điều trị qua các thang điểm. Kết cục điều trị thành công khi bệnh nhân đạt được sự ổn định về mặt lâm sàng và xuất viện. Kết cục điều trị thất bại khi bệnh nhân tử vong hoặc bệnh diễn tiến nặng hơn, gia đình xin cho bệnh nhân ra viện để tử vong tại nhà.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Tất cả số liệu được thu thập theo bảng số liệu tại thời điểm bệnh nhân nhập viện điều trị và tại thời điểm bệnh nhân ra viện. Những trường hợp không thể theo dõi được sẽ loại khỏi nghiên cứu.

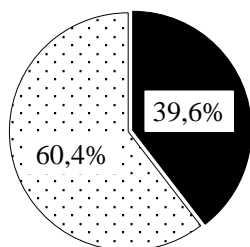
- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu sau khi được thu thập sẽ được nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. Các thuật toán sử dụng trong nghiên cứu: Các biến định tính được mô tả bằng tần số (n), tỷ lệ (%). Các biến định lượng có phân phối chuẩn: ghi nhận giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. Các biến định lượng có phân phối không chuẩn: ghi nhận trung vị, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. Các kiểm định có ý nghĩa thống kê khi trị số p<0,05.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện thông qua đề cương với sự đồng ý của hội đồng Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 22.390.HV/PCT-HĐĐĐ và hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. Các xét nghiệm được thực hiện theo tiến độ chẩn đoán và điều trị bệnh nhân VPCĐ tại bệnh viện. Tất cả bệnh nhân đều được giải thích và tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin về bệnh nhân đều được bảo mật và mã hoá. Nghiên cứu không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân.

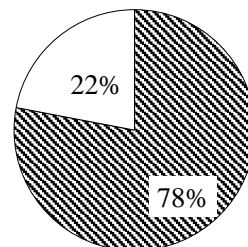
### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung

##### 3.1.1. Giới tính và tuổi



■ Nam □ Nữ



▨ ≥65 tuổi □ <65 tuổi

Biểu đồ 1. Phân bố dân số theo giới tính

Biểu đồ 2. Phân bố dân số theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trong tổng số đối tượng nghiên cứu, nam giới chiếm tỷ lệ 39,6% và nữ giới chiếm tỷ lệ 60,4%. Tỷ lệ bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi chiếm tỷ lệ 78%, tỷ lệ bệnh nhân  $< 65$  tuổi chiếm tỷ lệ 22%.

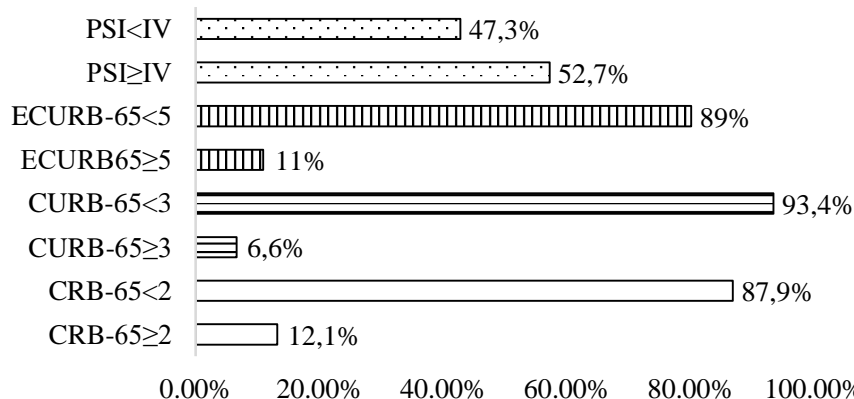
### 3.1.2. Tiền sử

Bảng 1. Phân bố tiền sử bệnh ở dân số nghiên cứu.

Tiền sử	n	%
Suy tim	6	6,6%
Bệnh gan mạn	1	1,1%
Di chứng tai biến mạch máu não (TBMMN)	18	19,8%
Suy thận	9	9,9%
Ung thư	9	9,9%
Bệnh phổi mạn	14	15,4%
Đái tháo đường	35	38,5%
Suy thượng thận mạn do thuốc	16	17,6%

Nhận xét: Đối với tiền sử bệnh nhân, bệnh lý đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,4%, thấp nhất là bệnh gan mạn với tỷ lệ 1,1%.

### 3.2. Đặc điểm phân bố theo mức độ nặng và phân tích kết cục điều trị ở bệnh nhân VPCĐ qua các thang điểm CRB-65, CURB-65, ECURB-65, PSI.



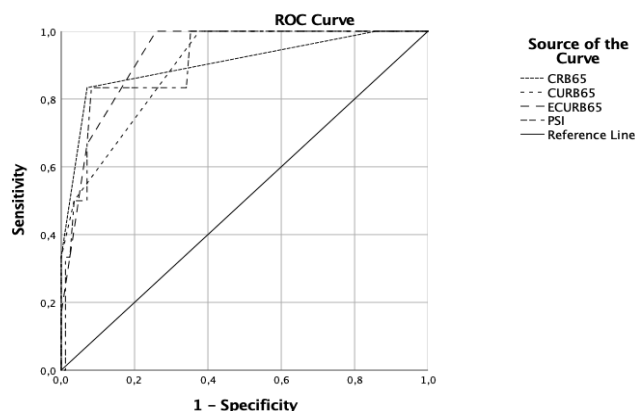
Biểu đồ 3. Tỷ lệ phân bố mức độ nặng ở bệnh nhân VPCĐ qua các thang điểm

Nhận xét: Tỷ lệ phân bố bệnh nhân VPCĐ trong các nhóm CRB-65  $\geq 2$ , CURB-65  $\geq 3$ , ECURB-65  $\geq 5$  và PSI  $\geq IV$  lần lượt là 12,1%; 6,6%; 11% và 57,2% với  $p < 0,01$ .

Bảng 2. Đặc điểm phân bố kết cục điều trị ở bệnh nhân VPCĐ qua các thang điểm.

Thang điểm	Kết cục điều trị		n (%)	p
	Thành công	Thất bại		
CRB-65 $\geq 2$	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 (12,1%)	<0,01
CURB-65 $\geq 3$	3 (50%)	3 (50%)	6 (6,6%)	<0,01
ECURB-65 $\geq 5$	6 (60%)	4 (40%)	10 (11%)	<0,01
PSI $\geq IV$	42 (87,5%)	6 (12,5%)	48 (52,7%)	0,02
Chung	85 (93,4%)	6 (6,6%)		

Nhận xét: Tỷ lệ kết cục điều trị thất bại trong nghiên cứu là 6,6%. Tỷ lệ kết cục điều trị thất bại trong các nhóm CRB-65  $\geq 2$ , CURB-65  $\geq 3$ , ECURB-65  $\geq 5$  và PSI  $\geq IV$  lần lượt là 45,4%; 50%; 40%; 12,5%. Sự khác biệt giữa các phân nhóm đối với kết cục điều trị thành công và thất bại trong từng thang điểm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



Biểu đồ 4. Diện tích dưới đường cong (ROC) của PSI, CRB-65, CURB-65, ECURB-65 với kết cục điều trị thất bại

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong trong tiên lượng kết cục điều trị thất bại qua các thang điểm CRB-65, CURB-65, ECURB-65 và PSI lần lượt là 0,905 ( $p < 0,01$ ); 0,894 ( $p < 0,01$ ); 0,927 ( $p < 0,01$ ) và 0,909 ( $p = 0,01$ ).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung

Tỷ lệ phân bố dân số theo nhóm tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi chiếm đa số với 78% so với nhóm  $< 65$  tuổi chiếm 22%. Kết quả này gần giống với tỷ lệ phân bố của một số nghiên cứu gần đây như nghiên cứu Lê Văn Thêm (2022), Nguyễn Văn Tuấn (2021) [4], [5]. Kết quả này cũng phù hợp với các tình trạng bệnh lý đồng mắc và các rối loạn thường gặp ở người lớn tuổi làm gia tăng nguy cơ viêm phổi tại cộng đồng, khi tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng gia tăng [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân bố dân số theo giới tính với tỷ lệ nữ cao hơn nam lần lượt là 60,4% và 39,6% và tương đồng với nghiên cứu gần đây như nghiên cứu Trần Quỳnh Như (2022) có tỷ lệ nữ và nam lần lượt là 51,3% và 48,7% [6].

Về tiền sử bệnh, trong 91 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu, nhóm bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường là cao nhất với 38,5%, tiếp đến là di chứng TBMMN (19,8%), suy thận thận mạn do thuốc (17,6%), bệnh phổi mạn (15,4%), ung thư (9,9%), suy thận (9,9%), suy tim (6,6%), bệnh gan mạn (1,1%). Kết quả nghiên cứu với tỷ lệ tiền sử đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất giống với nghiên cứu Đoàn Nguyễn Trà My (2023) với tỷ lệ bệnh nhân mắc đái tháo đường là 27,7%, điều này phù hợp với y văn vì đái tháo đường là một yếu tố nguy cơ của bệnh lý viêm phổi [3]. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường, bệnh lý di chứng TBMMN, bệnh phổi mạn trong nghiên cứu của Lê Thị Kim Chi (2020) chiếm tỷ lệ lần lượt là 33,7%, 17,8%, 17,8% cũng gần giống với nghiên cứu của chúng tôi [7]. Các tiền sử bệnh lý khác chiếm tỷ lệ thấp hơn và có sự khác biệt với các nghiên cứu khác về tần suất do khác biệt về dân số nghiên cứu.

### 4.2. Đặc điểm phân bố theo mức độ nặng và phân tích kết cục điều trị ở bệnh nhân VPCĐ qua các thang điểm CRB-65, CURB-65, ECURB-65, PSI.

Về tỷ lệ kết cục điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi với 91 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu, có 6 bệnh nhân với kết cục thất bại chiếm 6,6%. Kết quả này tương đồng với tỷ lệ tử vong của một số nghiên cứu gần đây. Trong nghiên cứu Trần Trọng Anh Tuấn

(2021) tỷ lệ tử vong chiếm 7,6%, Nguyễn Văn Tuấn (2021) là 7,5% và tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của S. M. Masduzzaman (2020) là 5,6% [3], [5], [8].

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm CRB-65 mức 0 và 1 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất với 87,9%, kết quả này gần giống với tỷ lệ bệnh nhân CRB-65 mức 0 và 1 theo nghiên cứu Chun-Minh Ma (2023) với 83,9% [9]. Về kết cục điều trị thất bại, chúng tôi ghi nhận phân nhóm CRB-65 $\geq$ 2 chiếm 45,4%, theo nghiên cứu Chun-Minh Ma (2023) tỷ lệ tử vong nhóm CRB-65 $\geq$ 2 là 16,9% [9].

Phân bố bệnh theo thang điểm CURB-65, tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm CURB-65 $\leq$ 2 chiếm ưu thế với 93,4%, kết quả này gần với nghiên cứu Huỳnh Đình Chương (2020) và Chun Minh Ma (2023) với nhóm CURB65 $\leq$ 2 chiếm tỷ lệ lần lượt là 97,6% và 89,7% [9], [10]. Về tỷ lệ kết cục điều trị thất bại, nhóm CURB-65 $\geq$ 3 là 50%, kết quả này có sự lệch với tỷ lệ tử vong so với các nghiên cứu trước đó. Tỷ lệ tử vong nhóm CURB-65 $\geq$ 3 trong nghiên cứu Chun-Minh Ma (2023) là 18,4% và Nguyễn Văn Tình (2020) là 92,4% [9],[11].

Phân bố bệnh theo thang điểm ECURB-65 ở nhóm ECURB-65 $\geq$ 5 trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 11%, theo nghiên cứu S. M. Masduzzaman (2020) là 20,4% và nghiên cứu Parag K. D. (2022) là 23%[2], [12]. Về kết cục điều trị thất bại, trong phân nhóm ECURB65 $\geq$ 5 nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ 40%, Parag K. D. (2022) là 39,1% [12].

Phân bố bệnh và kết cục điều trị thất bại theo thang điểm PSI nhóm IV, V trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ là 52,7% cao hơn với kết quả nghiên cứu Trần Trọng Anh Tuấn (2021) là 35,2% và tác giả Chun-Minh Ma (2023) là 38,7% [8], [9]. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong ở nhóm IV và V trong nghiên cứu của chúng tôi là gần giống với nghiên cứu Trần Trọng Anh Tuấn (2021) và Chun-Minh Ma (2023) lần lượt là 12,5%; 15,7%; 11,6% [8], [9]. Kết quả này phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trước đó [3].

Tỷ lệ phân nhóm bệnh nhân và kết cục điều trị ở các thang điểm CRB-65, CURB-65, ECURB-65, PSI trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với một số nghiên cứu khác, vì bản chất các thang điểm khuyến cáo dự đoán tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày tính từ ngày nhập viện, còn trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi sử dụng kết cục điều trị ngay tại thời điểm bệnh nhân ra viện. Tỷ lệ phân nhóm và tử vong trong các nghiên cứu có sự dao động lớn còn có thể do khác biệt về dân số nghiên cứu và tỷ lệ bệnh nặng điều trị.

Về giá trị tiên đoán kết cục điều trị thất bại qua các thang điểm, kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với một số nghiên cứu trong và ngoài nước như sau:

Bảng 2. Giá trị AUC qua các nghiên cứu trong và ngoài nước

Thang điểm	Nghiên cứu hiện tại	Chun-Minh Ma [9]	Nguyễn Văn Tình [11]	Kurt, E [13]	Guohui Fan [14]
CRB-65	0,905	0,705			0,8
CURB-65	0,894	0,738	0,758	0,771	0,85
ECURB-65	0,927			0,836	
PSI	0,909	0,782	0,757		0,85

Qua các công trình nghiên cứu, nhận thấy các hệ thống thang điểm đều có khả năng tiên đoán kết cục xấu ở bệnh nhân VPCĐ từ mức trung bình trở lên. Việc sử dụng một số hệ thống thang điểm có nhiều chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng khó áp dụng trên thực hành lâm sàng, do đó thang điểm ECURB-65 với 8 chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng qua nghiên cứu phân tích với kết cục điều trị thất bại thu được kết quả AUC=0,927 nhận thấy khả năng dự hậu tốt đối với kết cục điều trị thất bại ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện.

Tại điểm cắt ECURB-65 $\geq$ 5 cho phép tiên đoán kết cục điều trị thất bại ở bệnh nhân VPCĐ với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm lần lượt là 66,7%; 93,1%; 40%; 97,6%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Samah M. Shehata (2017) với giá trị lần lượt là 45,5%; 76,2%; 55,6%; 68% [15].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 91 trường hợp VPCĐ nhập viện, chúng tôi đưa ra một số nhận xét về mức độ nặng ở bệnh nhân VPCĐ qua các thang điểm CRB-65, CURB-65, ECURB-65 và PSI ghi nhận có sự khác biệt giữa các phân nhóm đối với kết cục điều trị thành công và thất bại trong từng thang điểm có ý nghĩa thống kê. Thang điểm ECURB-65 có khả năng hỗ trợ tốt dự đoán kết cục điều trị ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện với AUC là 0,927. Ngoài ra, thang điểm CRB-65 với tính đơn giản, dễ nhớ cũng giúp tiên đoán kết cục điều trị trên lâm sàng với AUC là 0,905.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Regnuath H., Oba Y. Community-Acquired Pneumonia, StatPearls. StatPearls Publishing. 2020.
2. S. M. Massuduzzaman, Md. Sayedun Islam, Md. Khairun Anam, SK. Sahinur Hossain, Dilruba Yeasmin, et al. Comparative Study of CURB-65, Expanded CURB-65, PSI and SMART-COP Scoring in the Severity Assessment of Community Acquired Pneumonia. *Chest Heart Journal*. 2020. 44(2), 73-81, DOI:10.7759/cureus.27248.
3. Bộ Y Tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn. Quyết định số 4815/QĐ-BYT, 2020, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
4. Lê Văn Thêm. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022. 512(2), 113-117, <https://doi.org/10.51298/vmj.v512i2.2286>.
5. Nguyễn Văn Tuấn. Nghiên cứu thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị VPCĐ tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2021. 505(2), 271-276, <https://doi.org/10.51298/vmj.v505i2.1142>.
6. Trần Quỳnh Như, Trần Hoàng Tiên, Đặng Nguyễn Đoan Trang. Khảo sát việc điều trị VPCĐ trên bệnh nhân nhập viện từ khoa cấp cứu từ 06/2018 đến 04/2019 tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y Dược Lâm Sàng 108*. 2022. 17(5), 49-55, <https://doi.org/10.52389/ydls.v17i5.1355>.
7. Lê Thị Kim Chi. Giá trị tiên lượng của các thang điểm ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện. Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2020.
8. Trần Trọng Anh Tuấn, Trần Thị Bảo Yến, Đỗ Thị Thanh Trà. Đặc điểm lâm sàng, phân tầng theo thang điểm PSI và mối liên quan đến kết quả điều trị VPCĐ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2020-2021. *Tạp Chí Y Dược Học Cần Thơ*. 2021. (44), 144-150.
9. Chun-Minh Ma, Ning Wang, Quan-Wei Su, Ying Yan, Fu-Zai Yin. The Performance of CURB-65 and PSI for Predicting in Hospital Mortality of Community-Acquired Pneumonia in Patients with Type 2 Diabetes compared with the Non-Diabetes Population. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Target and Therapy*. 2021 (14), 1359-1366, doi: 10.2147/DMSO.S303124.
10. Huỳnh Định Chương và Võ Phạm Minh Thư. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá thang điểm CURB65 ở bệnh nhân VPCĐ. *Tạp Chí Y Dược Học Cần Thơ*. 2020. (28), 69-75.
11. Nguyễn Văn Tình. Nghiên cứu giá trị của một số thang điểm trong tiên lượng bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng. Kỷ yếu hội nghị khoa học lao và bệnh phổi lần thứ 12. 2021. 168-176.
12. Parag K. D., Jayanta D. P., Suresh S., Debasish G, Atovili K. Y. Comparative study of CURB-65 and expanded CURB-65 score in community acquired pneumonia in tertiary care hospital of Assam. *International Journal of Advances in Medicine*. 2022. 9(4), 442-447, <https://dx.doi.org/10.18203/2349-3933.ijam20220782>.

13. Kurt. E, Ak. R, Eke Kurt, Bahadirli, Nakis and et al. Prognostic utility of CURB-65 and ECURB-65 scoring systems in healthcare associated pneumonia patients short- and long- term mortality. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2021 24(11), 1706-1711, doi:10.4103/njcp.njcp\_433\_18.
14. Guohui Fan, Chao Tu, Fei Zhou, Zhibo Liu, Yeming Wang, et al. Comparison of severity scores for COVID-19 patients with pneumonia: A retrospective study, *European Respiratory Journal*. 2020. 56(3), 2002113, doi: 10.1183/13993003.02113-2020.
15. Samah M Shehata, Ashraf E. Sileem, Noha E. Shahien. Prognostic values of pneumonia severity index, CURB-65 and expanded CURB-65 scores in community-acquired pneumonia in Zagazig University Hospitals. 2017. 66(549-555), <https://doi.org/10.1016/j.ejcdt.2017.01.001>.

## XÁC ĐỊNH TỶ LỆ MẮC LAO VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI THAM GIA CHIẾN LƯỢC 2X TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023

*Trần Thanh Hùng<sup>1</sup>, Trần Hoàng Thúy Phương<sup>1\*</sup>, Lê Thanh Tâm<sup>2</sup>,  
Bùi Thị Cẩm Thùy<sup>1</sup>, Lương Thị Mỹ Linh<sup>1</sup>*

*1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*2. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*\*Email: thtphuong@ctump.edu.vn*

*Ngày nhận bài: 22/01/2024*

*Ngày phản biện: 22/02/2024*

*Ngày duyệt đăng: 26/02/2024*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chiến lược 2X là một kỹ thuật mới, góp phần đáng kể vào việc tăng cường phát hiện bệnh nhân lao, đưa người bệnh vào điều trị sớm, cắt đứt nguồn lây trong cộng đồng, giảm tỷ lệ mắc lao mới, giảm tỷ lệ tử vong. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ mắc lao, đặc điểm X-quang ngực ở bệnh nhân mắc lao phổi và một số yếu tố liên quan đến lao phổi tại thành phố Cần Thơ năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 3166 người dân tham gia sàng lọc của chiến lược 2X tại thành phố Cần Thơ năm 2023 bằng bộ câu hỏi soạn sẵn. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 23.0. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc lao trong nhóm nghiên cứu là 3,2%. Kết quả chụp X-Quang có 81,8% bệnh nhân tổn thương đám mờ, 80,4% tổn thương tại vùng đỉnh phổi, 44,6% tổn thương 1/3 phổi phải. Một số yếu tố liên quan đến bệnh lao: Nhóm tuổi trên 64 ( $p < 0,005$ ); nam giới ( $p < 0,001$ ); mù chữ ( $p = 0,021$ ); kinh tế nghèo ( $p = 0,015$ ); X-quang tổn thương dạng đám mờ ( $p < 0,001$ ) và dạng hang ( $p = 0,001$ ). **Kết luận:** Chiến lược 2X đã cho thấy hiệu quả trong việc phát hiện sớm bệnh lao, cắt đứt nguồn lây trong cộng đồng.

**Từ khóa:** Bệnh lao, chiến lược 2X, Cần Thơ.