

DOI: 10.58490/ctjump.2026i96.4567

**NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN  
ĐẾN THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ SỚM Ở BỆNH NHÂN  
VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG NHẬP VIỆN**

**Lê Phước Hưng<sup>1\*</sup>, Cao Thị Mỹ Thúy<sup>1,2</sup>, Trần Thanh Hùng<sup>1</sup>**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

\*Email: phuochung9x@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2026

Ngày phản biện: 16/3/2026

Ngày duyệt đăng: 25/3/2026

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Thất bại điều trị trong viêm phổi cộng đồng đặc biệt là thất bại điều trị sớm chiếm tới 60-80% trong các trường hợp. Nhận diện sớm các trường hợp này là cơ sở để can thiệp hiệu quả, giúp giảm biến chứng và chi phí điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến thất bại điều trị sớm ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng nhập viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu ngẫu nhiên 203 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng nhập viện điều trị tại khoa nội Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 7/2024 đến tháng 1/2026. **Kết quả:** Nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ 54,2%, nhóm tuổi  $\geq 65$  chiếm 75,4%, các bệnh lý nền thường gặp nhất là tăng huyết áp (79,3%), đái tháo đường (47,8%) và bệnh phổi mạn (33,5%). Tỷ lệ thất bại điều trị sớm ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng nhập viện là 26,6%. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy các yếu tố liên quan độc lập với thất bại điều trị sớm bao gồm: thâm nhiễm đa thùy phổi (OR=4,990; 95% CI: 1,99-12,49), ho đàm (OR=4,401; 95% CI: 1,48-13,03), tràn dịch màng phổi (OR=3,248; 95% CI: 1,48-7,10) và sốt (OR=2,492; 95% CI: 1,16-5,35). Bệnh nhân có phân tầng nguy cơ cao theo thang điểm PSI hoặc CURB-65 (PSI  $\geq$  IV hoặc CURB-65  $\geq$  3) có liên quan đến thất bại điều trị sớm. **Kết luận:** Tỷ lệ thất bại điều trị sớm ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng là 26,6%. Các yếu tố liên quan độc lập gồm: thâm nhiễm đa thùy phổi, ho đàm, tràn dịch màng phổi và sốt. Ngoài ra, nhóm bệnh nhân có thang điểm phân tầng nguy cơ mức cao với PSI  $\geq$  IV hoặc CURB-65  $\geq$  3 cũng được ghi nhận có mối liên quan đến thất bại điều trị sớm.

**Từ khóa:** Viêm phổi cộng đồng, thất bại điều trị sớm, yếu tố liên quan độc lập.

**ABSTRACT**

**PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF  
EARLY TREATMENT FAILURE IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH  
COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA**

**Le Phuoc Hung<sup>1\*</sup>, Cao Thi My Thuy<sup>1,2</sup>, Tran Thanh Hung<sup>1</sup>**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Central General Hospital

**Background:** Early treatment failure accounts for 60-80% of all treatment failures in community-acquired pneumonia. Early identification of these cases is crucial for effective intervention to reduce complications and treatment costs. **Objectives:** To determine the prevalence and factors associated with early treatment failure in hospitalized patients with community-acquired pneumonia. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive was studied on 203 patients diagnosed with community-acquired pneumonia admitted to the Department of Respiratory

*Medicine, Can Tho Central General Hospital from July 2024 to January 2026. Results: Females accounted for the majority (54.2%), and patients aged  $\geq 65$  years accounted for 75.4%. The most common comorbidities were hypertension (79.3%), diabetes mellitus (47.8%), and chronic lung disease (33.5%). The rate of early treatment failure in hospitalized community-acquired pneumonia patients was 26.6%. Multivariable logistic regression analysis identified several factors independently associated with early treatment failure, including multilobar pulmonary infiltration (OR = 4.99, 95% CI: 1.99–12.49), productive cough (OR = 4.40, 95% CI: 1.48–13.03), pleural effusion (OR = 3.25, 95% CI: 1.48–7.10), and fever (OR = 2.49, 95% CI: 1.16–5.35). In addition, patients classified as high risk according to the PSI or CURB-65 scores (PSI class  $\geq IV$  or CURB-65  $\geq 3$ ) were significantly associated with early treatment failure. Conclusions: The rate of early treatment failure in hospitalized patients with community-acquired pneumonia was 26.6%. Multilobar pulmonary infiltration, productive cough, pleural effusion, and fever were independently associated with early treatment failure. In addition, high-risk classification according to the PSI or CURB-65 scores (PSI  $\geq IV$  or CURB-65  $\geq 3$ ) was associated with early treatment failure.*

**Keywords:** Community-acquired pneumonia, early treatment failure, associated factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo Gánh nặng bệnh tật toàn cầu, viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) vẫn là nguyên nhân tử vong do truyền nhiễm hàng đầu với xu hướng gia tăng đáng báo động, ghi nhận 2,5 triệu ca tử vong vào năm 2023, tăng 19% so với năm 2021 [1]. Tại Việt Nam, theo niên giám thống kê y tế năm 2020, tỷ lệ mắc các bệnh về hô hấp là 14,5% với tỷ lệ tử vong là 32,9%, cao nhất trong các bệnh lý nhập viện [2].

Do khó xác định tác nhân ngay khi nhập viện và tính cấp thiết của việc điều trị, các hướng dẫn uy tín đều khuyến cáo khởi đầu bằng kháng sinh kinh nghiệm [3]. Tuy nhiên, đáp ứng với phác đồ điều trị ban đầu này không phải lúc nào cũng thuận lợi. Một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân không cải thiện hoặc diễn tiến xấu đi, dẫn đến tình trạng thất bại điều trị. Thất bại điều trị VPCĐ, đặc biệt là thất bại điều trị sớm (TBĐTS) xảy ra trong vòng 72 giờ đầu sau nhập viện, là một biến cố lâm sàng nghiêm trọng. Đáng chú ý, phần lớn các trường hợp thất bại điều trị (ước tính hơn 60-80%) xảy ra chính trong giai đoạn sớm này [4].

Khả năng dự đoán sự ổn định lâm sàng và nhận biết các dấu hiệu thất bại điều trị cho phép bác sĩ lâm sàng đưa quyết định phù hợp. Xuất phát từ nhu cầu thực tế đó, đề tài “Nghiên cứu tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến thất bại điều trị sớm ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024 – 2026” thực hiện với mục tiêu: Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến thất bại điều trị sớm ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng nhập viện.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán VPCĐ nhập viện điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 7/2024 đến 1/2026.

#### - Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán VPCĐ theo ATS/IDSA 2019 và “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn do Bộ Y tế năm 2020”, khi có các tiêu chí sau đây [3], [5]: (1) Thâm nhiễm mới trên phim X-quang ngực mà không giải thích được bằng các nguyên nhân rõ ràng khác (suy tim, nhồi máu phổi,...). (2) 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). (3) Có ít nhất một trong các dấu hiệu toàn thân (sốt, vã mồ hôi, đau mỏi người và/hoặc nhiệt độ cơ thể tăng trên 37,8°C).

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có một trong các yếu tố: bệnh nhân mắc lao phổi hoặc đang được điều trị lao phổi.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Cỡ mẫu:** Công thức tính cỡ mẫu:  $n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$ .

Trong đó:  $\alpha=0,05$ ;  $d=0,05$ ;  $p=0,156$  (theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Nam [6]). Suy ra  $n=202,3$ , do đó cỡ mẫu tối thiểu cần đạt là 203 mẫu. Thực tế thu được 203 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện: Bệnh nhân nhập viện tại khoa nội Hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ cho đến khi đủ cỡ mẫu ước lượng.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm bệnh nhân VPCĐ: Tuổi, giới tính, bệnh nền kèm theo (theo thang điểm Charlson). Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ bệnh viện và được theo dõi.

+ Tỷ lệ TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện: Đánh giá tại thời điểm 72 giờ sau điều trị theo tiêu chuẩn ATS/IDSA để thu được kết quả thành 2 nhóm có và không TBĐTS [4], [7].

+ Một số yếu tố liên quan đến TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện: đặc điểm lâm sàng (sốt, rối loạn tri giác, ho đàm, khó thở, nhịp thở  $\geq 30$  lần/phút, co kéo cơ hô hấp phụ), đặc điểm cận lâm sàng (bach cầu, urê máu, nồng độ CRP), mức độ nặng theo phân nhóm nguy cơ (PSI  $\geq$  IV, CURB-65  $\geq$  3).

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn nếu biến số có phân phối chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) nếu biến số có phân phối không chuẩn. Sử dụng mô hình hồi quy logistic đơn biến để xác định mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng với TBĐTS. Các yếu tố có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) trong phân tích đơn biến sẽ được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến (phương pháp Backward LR) để xác định các yếu tố liên quan độc lập. Mức ý nghĩa thống kê được chọn là  $p < 0,05$ .

- **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 24.218.HV/PCT-HĐĐĐ. Các xét nghiệm được thực hiện theo tiến độ chẩn đoán và điều trị bệnh nhân VPCĐ tại bệnh viện. Nghiên cứu không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân VPCĐ nhập viện

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

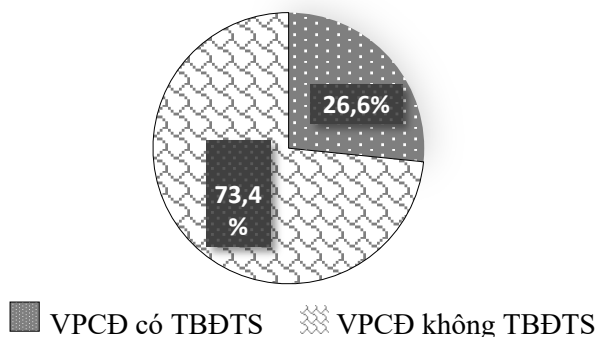
Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	93	45,8
	Nữ	110	54,2
Tuổi	$\geq 65$	153	75,4
	$< 65$	50	24,6
	Trung bình $\pm$ ĐLC	72 $\pm$ 14,9	
Bệnh lý nền	Bệnh mạch máu não	27	13,3
	Bệnh mạch máu ngoại biên	16	7,9

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh phổi mạn tính	68	33,5
Bệnh thận vừa hoặc nặng	16	7,9
Biến chứng của đái tháo đường	7	3,4
Đái tháo đường	97	47,8
Hội chứng Cushing	63	31
Liệt nửa người	10	4,9
Suy tim sung huyết	16	7,9
Tăng huyết áp	161	79,3
Ung thư	22	10,8

Nhận xét: Trong tổng số đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân  $\geq 65$  tuổi chiếm 75,4%, bệnh nhân  $< 65$  tuổi chiếm 24,6%. Tỷ lệ nam giới và nữ giới lần lượt chiếm 45,8% và 54,2%. Đối với bệnh nền, bệnh lý tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 79,3%, thấp nhất là biến chứng của đái tháo đường với tỷ lệ 3,4%.

### 3.2. Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện

#### 3.2.1. Tỷ lệ TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện



Biểu đồ 1. Tỷ lệ TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện

Nhận xét: Nghiên cứu 203 bệnh nhân VPCĐ thì tỷ lệ TBĐTS là 26,6%.

#### 3.2.2. Một số yếu tố liên quan đến TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện

Bảng 2. Phân tích hồi quy logistic đơn biến một số yếu tố liên quan đến TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ

Yếu tố	Thất bại điều trị sớm		OR (95% CI)	p	
	Có n (%)	Không n (%)			
Lâm sàng	Sốt	30 (38,0)	49 (62,0)	2,551 (1,35-4,82)	0,004
	Rối loạn tri giác	6 (33,3)	12 (66,7)	1,427 (0,50-4,01)	0,50
	Khó thở	49 (27,1)	132 (72,9)	1,262 (0,44-3,60)	0,664
	Ho khan	0	20 (100)	*	0,002**
	Ho đờm	49 (33,1)	99 (66,9)	4,949 (1,85-13,20)	0,001
	Cơ kéo cơ hô hấp phụ	36 (30,5)	82 (69,5)	1,634 (0,85-3,13)	0,139
	Nhịp thở $\geq 30$ lần/phút	25 (36,8)	43 (63,2)	2,125 (1,11-4,03)	0,021
Cận lâm sàng	Bạch cầu $> 10$ (G/L)	33 (25,6)	96 (74,4)	0,868 (0,45-1,64)	0,664
	Urê máu $> 10,7$ (mmol/L)	17 (32,1)	36 (67,9)	1,442 (0,72-2,86)	0,295
	CRP $> 100$ (mg/L)	29 (33,7)	57 (66,3)	1,872 (0,99-3,51)	0,049
	Thâm nhiễm đa thùy phổi	47 (37,3)	79 (62,7)	5,949 (2,52-14,01)	$< 0,001$

Yếu tố	Thất bại điều trị sớm		OR (95% CI)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Tràn dịch màng phổi	27 (42,2)	37 (57,8)	3,027 (1,58-5,79)	0,001
Thang điểm PSI $\geq$ IV	49 (35,5)	89 (64,5)	6,607 (2,48-17,54)	<0,001
CURB-65 $\geq$ 3	14 (51,9)	13 (48,1)	3,662 (1,59-8,42)	0,002

\*: Không xác định được OR do có tần số bằng 0.

\*\* : Fisher's Exact Test.

Nhận xét: Kết quả ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ với các yếu tố: sốt, ho đàm, nhịp thở  $\geq$  30 lần/phút, CRP > 100 mg/L, thâm nhiễm đa thùy phổi và tràn dịch màng phổi ( $p < 0,05$ ). Nhóm bệnh nhân có phân tầng nguy cơ cao theo thang điểm PSI  $\geq$  IV và CURB-65  $\geq$  3 có tần suất thất bại cao gấp 6,6 lần và 3,7 lần so với nhóm còn lại. Ngược lại, ho khan có mối liên quan nghịch với TBĐTS ( $p = 0,002$ ).

Bảng 3. Phân tích hồi qui logistic đa biến giữa một số yếu tố liên quan đến TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ

Yếu tố	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Sốt	2,551 (1,35-4,82)	0,004	2,492 (1,16-5,35)	0,019
Ho đàm	4,949 (1,85-13,20)	0,001	4,401 (1,48-13,03)	0,007
Nhịp thở $\geq$ 30 lần/phút	2,125 (1,11-4,03)	0,021	1,842 (0,87-3,86)	0,105
CRP > 100 (mg/L)	1,872 (0,99-3,51)	0,049	1,596 (0,76-3,32)	0,212
Thâm nhiễm đa thùy phổi	5,949 (2,52-14,01)	<0,001	4,990 (1,99-12,49)	0,001
Tràn dịch màng phổi	3,027 (1,58-5,79)	0,001	3,248 (1,48-7,10)	0,003

Nhận xét: Qua phân tích hồi qui logistic đa biến, các yếu tố: thâm nhiễm đa thùy phổi, ho đàm, tràn dịch màng phổi và sốt được xác định là các yếu tố liên quan độc lập với TBĐTS ( $p < 0,05$ ). Bệnh nhân có thâm nhiễm đa thùy phổi có nguy cơ thất bại cao nhất (OR = 4,99; CI 95%: 1,99-12,49). Các yếu tố nhịp thở  $\geq$  30 lần/phút và CRP > 100 mg/L tuy có ý nghĩa trong phân tích đơn biến nhưng không có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến ( $p > 0,05$ ). Trong nghiên cứu của chúng tôi, các thang điểm phân tầng nguy cơ (PSI và CURB-65) không được đưa vào phân tích đồng thời cùng các triệu chứng lâm sàng để tránh hiện tượng đa cộng tuyến.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân VPCĐ nhập viện

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 203 bệnh nhân VPCĐ nhập viện, nhóm bệnh nhân cao tuổi ( $\geq 65$  tuổi) chiếm đa số với tỷ lệ 75,4%, tỷ lệ nữ giới (54,2%) cao hơn nam giới (45,8%). Kết quả này phù hợp với xu hướng già hóa của mô hình bệnh tật hô hấp hiện nay và tương đồng với các nghiên cứu gần đây của Trịnh Lê Hoàng Nguyên (2024) và Lê Văn Thâm (2022) [8], [9]. Điểm khác biệt so với nghiên cứu của Đoàn Nguyễn Trà My (2023) với tỷ lệ nam giới chiếm 59%, điều này có thể được giải thích bởi đặc điểm nhân khẩu học tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long và mô hình bệnh tật tại bệnh viện tuyến cuối, nơi phụ nữ lớn tuổi có nhiều bệnh nền thường có chỉ định nhập viện hơn [10].

Về bệnh nền, đa số bệnh nhân đều có bệnh nền đi kèm, trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (79,3%), tiếp theo là đái tháo đường (47,8%) và bệnh phổi mạn (33,5%). Kết quả nghiên cứu tương đồng với Nguyễn Thiên Dung (2020) với tỷ lệ bệnh nhân mắc tăng

huyết áp tới 82,7% đồng thời có sự gần giống nhau về tỷ lệ các bệnh nền bệnh thận mạn, đái tháo đường [11]. Sự gia tăng của các bệnh nền, đặc biệt ở người cao tuổi, làm suy giảm đề kháng, khiến bệnh dễ diễn tiến nặng và tăng nguy cơ TBĐTS, phù hợp với ghi nhận từ nghiên cứu kinh điển của Aliberti (2008) [4]. 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. Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện

### 4.2.1. Tỷ lệ TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện

Tỷ lệ TBĐTS trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,6%. Mặc dù cao hơn so với các báo cáo chung trên thế giới (vốn bao gồm cả bệnh nhân ngoại trú), nhưng khá tương đồng với dữ liệu gần đây trên nhóm bệnh nhân viêm phổi nặng và tại khu vực Châu Á. Cụ thể, nghiên cứu đa trung tâm của Martin-Loeches (2025) ghi nhận tỷ lệ đáp ứng kém trong 72 giờ đầu ở mức 20-32% do sự gia tăng của các chủng vi khuẩn đa kháng [12]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Trịnh Lê Hoàng Nguyên (2024) cũng cho thấy trên nhóm bệnh nhân nguy cơ cao (CURB-65  $\geq$  3), tỷ lệ thất bại có thể lên tới 50% [8]. Như vậy, tỷ lệ thất bại cao trong nghiên cứu của chúng tôi phản ánh đúng mức độ nặng của mẫu nghiên cứu, với 75,4% số bệnh nhân là người cao tuổi ( $\geq$  65 tuổi).

### 4.2.2. Một số yếu tố liên quan đến TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện

Kết quả phân tích đa biến cho thấy thâm nhiễm đa thùy phổi là yếu tố liên quan mạnh nhất, làm tăng nguy cơ TBĐTS gấp 5 lần (OR=4,99; p=0,001), tiếp theo là tràn dịch màng phổi (OR=3,25; p=0,003). Kết quả này cao hơn so với dữ liệu của Cillóniz (2025) khi ghi nhận tổn thương phổi lan rộng có OR dao động từ 1,81 đến 2,2 đối với TBĐTS [13]. Về lâm sàng, ho đàm làm tăng nguy cơ thất bại gấp 4,4 lần (OR=4,40; p=0,007), điều này có thể liên quan đến tình trạng tăng tiết, tắc nghẽn đường thở hoặc sự hiện diện của các vi khuẩn sinh mủ. Bên cạnh đó, sốt (OR=2,49; p=0,019) cũng có giá trị dự báo độc lập, các triệu chứng này đều phù hợp với nhận định của Aliberti (2008) về vai trò của phản ứng viêm hệ thống trong diễn tiến nặng [4]. Đáng chú ý, nồng độ CRP > 100 mg/L tuy có ý nghĩa trong phân tích đơn biến (p=0,049) (tương đồng với ngưỡng cắt trong nghiên cứu của Ito, 2020), nhưng lại mất ý nghĩa trong mô hình đa biến có thể do tương quan chặt chẽ với mức độ tổn thương phổi [14].

Các thang điểm phân tầng nguy cơ tiếp tục khẳng định giá trị tiên lượng cao trong nghiên cứu của chúng tôi, với nhóm PSI  $\geq$  IV và CURB-65  $\geq$  3 có nguy cơ TBĐTS lần lượt gấp 6,6 lần và 3,7 lần so với nhóm nguy cơ thấp (p < 0,01). Nhận định này tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Lê Hoàng Nguyên (2024), ghi nhận nhóm CURB-65  $\geq$  3 có tỷ lệ thất bại lên tới 50% và diện tích dưới đường cong của thang điểm này đạt 0,894 [8]. Kết quả này cũng phù hợp với báo cáo quốc tế của Rosón (2004) chỉ ra nhóm PSI IV-V làm tăng nguy cơ thất bại gấp 2,75 lần, đồng thời củng cố kết luận của Calis (2025) về hiệu quả của PSI và CURB-65 (AUC > 0,8) trong việc sàng lọc bệnh nhân có nguy cơ tử vong và diễn biến xấu tại bệnh viện [7], [13].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ là 26,6%. Các yếu tố liên quan độc lập đến TBĐTS ở bệnh nhân VPCĐ nhập viện gồm: thâm nhiễm đa thùy phổi (OR=4,990; 95% CI: 1,99-12,49), ho đàm (OR=4,401; 95% CI: 1,48-13,03), tràn dịch màng phổi (OR=3,248; 95% CI: 1,48-7,10) và sốt (OR=2,492; 95% CI: 1,16-5,35). Bên cạnh đó, nhóm bệnh nhân có phân

tăng nguy cơ mức cao với  $PSI \geq IV$  hoặc  $CURB-65 \geq 3$  cũng được ghi nhận có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng TBĐTTS ( $p < 0,01$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Naghavi Mohsen, Kyu, Hmwe Hmwe, A, Bhoomadevi, Aalipour, Mohammad Amin. Global burden of 292 causes of death in 204 countries and territories and 660 subnational locations, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*. 2025.406 (10513), 1811-1872. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)01917-8.
2. Bộ Y tế. Niên giám thống kê y tế 2019-2020. 2020. <https://www.niengiamthongke.net/ni%C3%AAAn-gi%C3%A1m-y-t%E1%BA%BF>.
3. Metlay J. P., Waterer, G. W., Long, A. C., Anzueto, A. 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. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019.200 (7), e45-e67. DOI: 10.1164/rccm.201908-1581ST.
4. Aliberti S., Amir, A., Peyrani, P., Mirsaeidi, M. Incidence, etiology, timing, and risk factors for clinical failure in hospitalized patients with community-acquired pneumonia. *Chest*. 2008.134 (5), 955-962. DOI: 10.1378/chest.08-0334.
5. 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). Bộ Y tế. 2020.
6. Nguyễn Thanh Nam. Yếu tố nguy cơ, kết quả điều trị và vai trò chẩn đoán của nội soi phế quản ống mềm ở bệnh nhân viêm phổi cộng đồng không đáp ứng điều trị. Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh; 2020.
7. Rosón B., Carratalà, J., Fernández-Sabé, N., Tubau, F. Causes and factors associated with early failure in hospitalized patients with community-acquired pneumonia. *Arch Intern Med*. 2004.164 (5). 502-508. DOI: 10.1001/archinte.164.5.502.
8. Trịnh Lê Hoàng Nguyên, Cao Thị Mỹ Thúy. 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. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024.71 (1), 110-117. DOI: 10.58490/ctump.2024i71.2325.
9. 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. DOI: 10.51298/vmj.v512i2.2286.
10. Đoàn Nguyễn Trà My, Vũ Văn Giáp, Nguyễn Huỳnh Phương Anh, Đỗ Văn Thành. 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*. 2023.530 (1B). DOI: 10.51298/vmj.v530i1B.6686.
11. Nguyễn Thiên Dung, Nguyễn Như Hồ. Đặc điểm bệnh nhân và vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng tại Bệnh viện Nguyễn Trãi, thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2020.24 (6), 34-41
12. Martin-Loeches I., Reyes, L. F., Rodriguez, A. Severe community-acquired pneumonia (sCAP): advances in management and future directions. *Thorax*. 2025.80 (8), 565-575. DOI: 10.1136/thorax-2024-222296.
13. Cillóniz Catia, Videla, Alejandro, Pericàs, Juan. Identifying predictors of treatment failure with community-acquired pneumonia: an update. *Expert Review of Anti-infective Therapy*. 2025.23. <https://doi.org/10.1080/14787210.2025.2527972>.
14. Ito A., Ishida, T. Diagnostic markers for community-acquired pneumonia. *Ann Transl Med*. 2020.8 (9), 609. DOI: 10.21037/atm.2020.02.182.