

vừa chiếm 22.5%. Đa số BN sau tiêm có hạn chế vận động ở mức vận động tối thiểu hoặc nhẹ lần lượt chiếm 47.5% và 30%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vi Thị Hải** (2014). Đánh giá hiệu quả tiêm ngoài màng cứng qua khe liên đốt L4 - L5 bằng hydrocortisone acetat trong điều trị đau dây thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm. Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.
2. **SM Leung, WW Chau, SW Law. et al.** (2015), "Clinical value of transforaminal epidural steroid injection in lumbar radiculopathy". Hong Kong Med J, 21(5), pp. 394-400
3. **Y. C. Jeong, C. H. Lee, S. Kang. et al.** (2017), "Contrast Spread in the Superoposterior Approach of Transforaminal Epidural Steroid Injections for Lumbosacral Radiculopathy". Ann Rehabil Med, 41(3), pp. 413-420
4. **N. K. Arden, C. Price, I. Reading. et al.** (2005), "A multicentre randomized controlled trial of epidural corticosteroid injections for sciatica: the WEST study". Rheumatology (Oxford), 44(11), pp. 1399-406.
5. **Phan Thị Hạnh** (2009). Đánh giá kết quả điều trị phục hồi chức năng trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ đa khoa, Đại học y Hà Nội.
6. **L. C. Ng, P. Sell** (2004), "Outcomes of a prospective cohort study on peri-radicular infiltration for radicular pain in patients with lumbar disc herniation and spinal stenosis". Eur Spine J, 13(4), pp. 325-9.
7. **Lê Năng Hà Chương** (2019). Nghiên cứu hiệu quả giảm đau của kĩ thuật tiêm thẩm phân ngoài màng cứng vùng thắt lưng dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính. Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.
8. **S. Carrette, R. Leclaire, S. Marcoux. et al.** (1997), "Epidural corticosteroid injections for sciatica due to herniated nucleus pulposus". N Engl J Med, 336(23), pp. 1634-40.
9. **S. Tafazal, L. Ng, N. Chaudhary. et al.** (2009), "Corticosteroids in peri-radicular infiltration for radicular pain: a randomised double blind controlled trial. One year results and subgroup analysis". Eur Spine J, 18(8), pp. 1220-5.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP GIẢM OXY MÁU ĐƯỢC THÔNG KHÍ NHÂN TẠO XÂM NHẬP TRONG CÁC ĐƠN VỊ HỒI SỨC TÍCH CỰC

Đỗ Ngọc Sơn^{1,2}, Lương Quốc Chính^{1,2}, Trịnh Thế Anh²,
Đào Xuân Cơ^{1,2}, Nguyễn Đức Quỳnh^{3,4}, Nguyễn Thị Thu Hà⁵,
Bùi Văn Cường^{1,6}, Hoàng Bùi Hải^{4,7}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân suy hô hấp giảm oxy máu được thông khí nhân tạo (TKNT) xâm nhập trong các đơn vị hồi sức tích cực (HSTC). **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang tiến cứu đa trung tâm ở ba khoa HSTC ở ba bệnh viện trên 72 bệnh nhân TKNT xâm nhập từ 01/11/2022 đến 30/11/2022. Đặc điểm bệnh lý nền, các thông số cài đặt máy thở và các biến chứng trong quá trình TKNT, đặc điểm khí máu và mức độ tổn thương phổi trên X-quang được thu thập và phân tích với kiểm định Mann Whitney U và Fisher's Exact test. **Kết quả:** Tỷ lệ suy hô hấp giảm oxy máu

là 57,9%, trong đó 83,7% bệnh đồng mắc hay gặp là đái tháo đường (25,6% so với 6,9%, $p < 0,05$) và trong quá trình TKNT cài đặt thể tích khí lưu thông thấp hơn ($p < 0,05$) nhưng áp lực dương cuối thì thở ra, áp lực đỉnh và áp lực cao nguyên, tần số thở cao hơn nhóm không giảm oxy máu, 71,1% có suy chức năng tạng và số tạng suy nhiều hơn so với nhóm không giảm oxy máu. Bệnh nhân suy hô hấp giảm oxy máu có PaO₂, PaO₂/FiO₂ thấp hơn, lactat cao hơn và tổn thương trên X-quang phổi nhiều hơn nhóm không giảm oxy máu. **Kết luận:** Bệnh nhân suy hô hấp giảm oxy máu được TKNT xâm nhập có tỷ lệ suy chức năng tạng và tổn thương phổi cao.

Từ khóa: Giảm oxy máu, suy hô hấp, thông khí nhân tạo xâm nhập, khí máu.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH HYPOXEMIC RESPIRATORY FAILURE RECEIVING INVASIVE MECHANICAL VENTILATION IN INTENSIVE CARE UNITS

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with hypoxemic respiratory failure receiving invasive mechanical ventilation in intensive care units (ICUs). **Methods:** Multicenter prospective cross-sectional study was carried out on

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Trung tâm Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

⁵Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp

⁶Viện Y học Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai

⁷Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Quốc Chính

Email: luongquocchinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025

Ngày duyệt bài: 3.7.2025

72 patients with invasive mechanical ventilation in three ICU departments in three hospitals from November 1, 2022 to November 30, 2022. Background pathological characteristics, ventilator settings and complications during mechanical ventilation, blood gases and the extent of lung damage on X-ray were collected and analyzed with Mann Whitney U test and Fisher' Exact test. **Results:** The rate of hypoxemic respiratory failure was 57.9%, 83.7% of the comorbidities were diabetes (25.6% vs. 6.9%, $p < 0.05$) and the tidal volume was set lower ($p < 0.05$) however, the positive end-expiratory pressure, peak pressure and plateau pressure, and respiratory rate were higher than those in the non-hypoxemic group, 71.1% had organ dysfunction and more organ failure than those in the non-hypoxemic group. Patients with hypoxemic respiratory failure had lower PaO₂, PaO₂/FiO₂, higher lactate and more lesions on chest X-ray than those in the non-hypoxemic group. **Conclusion:** Patients with hypoxemic respiratory failure who underwent invasive mechanical ventilation have a high rate of organ dysfunction and lung injury.

Keywords: hypoxemia, respiratory failure, blood gases, mechanical ventilation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp giảm oxy máu có thể gặp từ 35%-50% ở bệnh nhân được thông khí nhân tạo (TKNT) xâm nhập và chiếm khoảng 12% tổng số bệnh nhân được điều trị trong các khoa hồi sức tích cực (HSTC) [1,2]. Ở các bệnh nhân giảm oxy máu có tỷ lệ tử vong từ 26,7% đến 35,3% và thời gian điều trị kéo dài hơn từ 6 đến 15 ngày so với bệnh nhân không giảm oxy máu [1,2]. Bên cạnh đó, nguyên nhân của suy hô hấp giảm oxy máu cũng rất đa dạng và khác nhau giữa các khoa HSTC trên thế giới [2]. Từ đó chiến lược cài đặt máy thở và các biến chứng trong quá trình TKNT xâm nhập cũng có sự khác nhau [3]. Nhưng nhìn chung suy đa tạng và viêm phổi liên quan thở máy chiếm tỷ lệ cao nhất gây tử vong ở các bệnh nhân này [3]. Ở Việt Nam tỷ lệ bệnh nhân suy hô hấp giảm oxy máu được TKNT xâm nhập trong khoa HSTC là 47,7% và tỷ lệ tử vong dao động từ 33,3%-57,1%, ở các bệnh nhân suy hô hấp giảm oxy máu mức độ nặng trong quá trình TKNT xâm nhập có tỷ lệ viêm phổi bệnh viện là 84,8%, 81% sốc nhiễm khuẩn, 58% tổn thương thận cấp, 19,4% tổn thương gan [4,5,6]. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để tìm hiểu đặc điểm của các bệnh nhân suy hô hấp giảm oxy máu như thế nào từ đó giúp đưa ra các chiến lược can thiệp điều trị phù hợp. Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân suy hô hấp giảm oxy máu được thông khí nhân tạo xâm nhập trong các đơn vị hồi sức tích cực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN ≥ 18 tuổi được TKNT xâm nhập >12 giờ. BN được thở máy ở các đơn vị khác như khoa cấp cứu, phòng mổ và sau đó được chuyển đến đơn vị HSTC.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Phòng hồi tỉnh sau phẫu thuật, BN sau phẫu thuật có chuẩn bị được TKNT < 12 giờ, BN được điều trị tại HSTC > 24 giờ đã ra khỏi đơn vị và phải vào lại trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu, đa trung tâm.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 01/11/2022 đến 30/11/2022 tại khoa HSTC bệnh viện Đại học Y Hà Nội, bệnh viện tỉnh Vĩnh Phúc, bệnh viện Nông Nghiệp.

Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân được TKNT xâm nhập ở 3 bệnh viện thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Các biến số nghiên cứu:

- Suy hô hấp giảm oxy máu là suy hô hấp có tỷ lệ PaO₂/FiO₂ ≤ 300 mmHg với áp lực dương cuối thì thở ra ≥ 5 cmH₂O và FiO₂ $\geq 30\%$ khi BN trong tình trạng ổn định [2,3].

- Số liệu được thu thập bắt đầu lúc 08h00ph hàng ngày. Ngày thứ 0 của TKNT quy ước từ khi bắt đầu TKNT đến 8h00ph ngày hôm sau và từ 8h00ph ngày hôm sau trở đi là ngày thứ 1. Các chế độ TKNT và cài đặt máy thở được ghi nhận bắt đầu từ 8h00ph hàng ngày.

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, bệnh đồng mắc, SAPS3, đặc điểm TKNT trước khi vào HSTC.

- Nguyên nhân của suy hô hấp giảm oxy máu: viêm phổi cộng đồng chẩn đoán theo tiêu chuẩn bộ y tế năm 2020 [7], đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chẩn đoán theo tiêu chuẩn GOLD 2022. Nếu một bệnh nhân có nhiều hơn một nguyên nhân suy hô hấp giảm oxy máu thì nguyên nhân quan trọng nhất được ghi nhận và được xác nhận bởi bác sĩ điều trị.

- Nhiễm khuẩn huyết được xác định theo tiêu chuẩn của sepsis-3, viêm phổi liên quan thở máy được xác định theo CDC 2019. Suy tạng, viêm phổi liên quan thở máy, nhiễm khuẩn huyết được xác định là biến chứng nếu xuất sau 48h TKNT.

- Các thông số cài đặt máy thở được ghi nhận lúc 08h00ph hàng ngày và theo dõi khi bắt đầu, sau 24h, sau 48h. Áp lực cao nguyên được đo khi bệnh nhân an thần sâu và không có nhịp tự thở.

- Các tạng suy ngoài hô hấp được đánh giá theo 6 hệ thống cơ quan trong bảng điểm SOFA gồm suy chức năng thần kinh, chức năng tim

mạch, chức năng thận, chức năng đông máu, chức năng gan. Định nghĩa suy chức năng mỗi tạng khi SOFA ≥ 3 cho tạng đó [3]. Tổn thương có trên X-quang phổi khi BN bắt đầu vào khoa HSTC.

Xử lý số liệu: Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị (IQR) hoặc trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần suất và phần trăm. Kiểm định Mann Whitney U cho các biến định lượng không là biến chuẩn và kiểm định khi bình phương và Fisher' Exact test cho các biến định tính. Giá trị $p < 0,05$ cho sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy (KTC) 95%. Các số liệu được nhập và xử lý dựa trên phần mềm SPSS bản 26.0 (hãng IBM, Chicago, Mỹ).

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức trường đại học Y Hà Nội theo quyết định 888/GCN HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tuổi (Trung bình $\pm$ SD)	66,14 $\pm$ 19,4	

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Đặc điểm	Tổng số (n=72)	Nhóm giảm oxy máu (n=43) (59,7%)		Nhóm không giảm oxy máu (n=29) (40,3%)		p
		n	Giá trị	n	Giá trị	
Bệnh lý nền trước đó						
Bệnh đồng mắc n(%)	57(79,2)	36	83,7	21	72,4	0,24
Đái tháo đường n(%)	13(18,1)	11	25,6	2	6,9	0,04
Suy tim n(%)	15(20,8)	10	23,3	5	17,2	0,53
Bệnh động mạch vành n(%)	3(4,2)	2	4,7	1	3,4	0,8
Xơ gan n(%)	3(4,2)	2	4,7	1	3,4	0,8
Cài đặt máy thở khi bắt đầu						
Tần số thở (Trung bình ± SD)	15,2±1,4	43	15,4±1,4	29	14,8±1,1	0,042
Vt PBW (Trung bình ± SD)	8,0±1,6	43	7,7±1,7	29	8,4±1,4	0,03
PEEP (Trung bình ± SD)	5,1±0,4	43	5,1±0,5	29	5±0	0,24
Pplateau (Trung bình ± SD)	20,2±4,3	33	20,2±2,9	23	20,3±5,7	0,53
Ppeak (Trung bình ± SD)	26±6	41	26,7±7,8	29	25,1±4,2	0,29
Cài đặt máy thở sau 24h						
Tần số thở (Trung bình ± SD)	15,4±1,7	41	15,7±1,9	29	15,1±1,5	0,13
Vt PBW (Trung bình ± SD)	7,9±1,3	42	7,6±1,2	29	8,4±1,4	0,036
PEEP (Trung bình ± SD)	5,3±1,2	42	5,5±1,5	29	5±0	0,035
Pplateau (Trung bình ± SD)	20,3±3,9	31	21,1±4,1	21	19±3,1	0,036
Ppeak (Trung bình ± SD)	25,2±5,4	41	25,6±5,8	29	24,6±4,6	0,56
Cài đặt máy thở sau 48h						
Tần số thở (Trung bình ± SD)	15,6±1,9	36	15,9±2,2	26	15,1±1,6	0,044
Vt PBW (Trung bình ± SD)	7,9±1,3	37	7,7±1,2	27	8,4±1,4	0,046
PEEP (Trung bình ± SD)	5,4±1,4	38	5,7±1,7	27	5±0	0,052
Pplateau (Trung bình ± SD)	20,6±4,0	28	21,8±4,1	16	18,6±2,8	0,017
Ppeak (Trung bình ± SD)	25,3±5,9	36	26,6±6,7	26	23,5±4	0,02

Giới nữ	27	37,5
Chỉ số khối cơ thể (Trung bình $\pm$ SD)	72	21,5 $\pm$ 2,8
Điểm SAPS 3 (Trung vị, IQR)	52 (45-63)	
Thông khí nhân tạo trước khi vào khoa hồi sức tích cực		
Thở Oxy	24	33,3
Liệu pháp Oxy lưu lượng cao qua mũi	2	2,8
Thông khí nhân tạo không xâm nhập	2	2,8
Thông khí nhân tạo xâm nhập	44	61,1
Số lượng bệnh nhân mỗi bệnh viện tham gia nghiên cứu		
Bệnh viện đại học Y Hà Nội	15	20,8
Bệnh viện tỉnh Vĩnh Phúc	40	55,6
Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp	17	23,6

SAPS 3 (Simplified Acute Physiology Score 3), khoảng tứ phân vị (IQR- Interquartile Range), độ lệch chuẩn (SD-Standard Deviation).

Nhận xét: Đa số BN cao tuổi, vào khoa trong tình trạng nặng và chủ yếu được TKNT xâm nhập trước khi vào HSTC (61,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy hô hấp giảm Oxy máu được TKNT xâm nhập

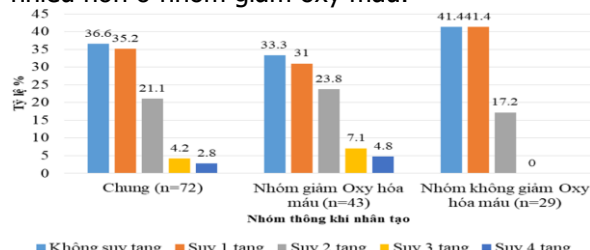
Điều trị và các biến chứng trong quá trình thông khí nhân tạo

Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch n(%)	39(5,2)	32	74,4	7	24,1	0,001
Viêm phổi liên quan thở máy n(%)	17(23,6)	13	30,2	4	13,8	0,11
Nhiễm khuẩn huyết n(%)	13(18,3)	10	23,8	3	10,3	0,15
Suy chức năng tạng n(%)	41(63,4)	27	71,1	14	51,9	0,11

Vt (Tidal volume) thể tích khí lưu thông, IBW (Ideal Body Weight) cân nặng lý tưởng, PEEP (Positive end-expiratory pressure) áp lực dương cuối thì thở ra, Pplateau (Plateau pressure) áp lực cao nguyên, Ppeak (Peak pressure) áp lực đỉnh. Kiểm định khi bình phương và Fisher's Exact test với các biến định tính và Mann Whitney U cho biến định lượng.

Nhận xét: Nhóm giảm oxy máu có tỷ lệ tiền sử đái tháo đường cao hơn nhóm không giảm oxy máu. Nhóm giảm oxy máu được cài đặt Vt thấp hơn nhưng cài đặt tần số thở, PEEP và có Pplateau cao hơn nhóm không giảm oxy máu. Dự phòng thuyên tắc huyết khối được thực hiện

nhiều hơn ở nhóm giảm oxy máu.



Biểu đồ 1: Đặc điểm suy tạng của nhóm suy hô hấp giảm Oxy hóa máu

Nhận xét: Số tạng suy nhiều hơn ở nhóm suy hô hấp giảm oxy máu

Bảng 3: Đặc điểm khí máu của bệnh nhân suy hô hấp giảm oxy máu

Khí máu	Chung (n=72)		Nhóm giảm oxy hóa máu (n=43)		Nhóm không giảm oxy hóa máu (n=29)		p
	n	X±SD	n	X±SD	n	X±SD	
Khí bắt đầu							
pH	72	7,36±0,12	43	7,38±0,13	29	7,33±0,1	0,008
PaO2	72	144,8±99,8	43	85,8±35,3	29	238,7±97,5	0,001
PaCO2	72	41,7±20,5	43	41,7±23,8	29	41,7±14,2	0,36
HCO3 ⁻	72	23,3±7,1	43	23,2±6,5	29	23,7±8,0	0,81
Lactat	72	2,9±0,8	43	3,5±0,1	29	3,3±2,2	0,01
FiO2	72	50,6±21	43	50,7±20,5	29	50,5±22,8	0,61
PaO2/FiO2	72	303±182	43	185±67	29	490±147	0,001
Sau 24h							
pH	68	7,41±0,11	41	7,41±0,13	27	7,42±0,06	0,73
PaO2	68	122,4±48,3	41	114,6±47,5	27	134,3±48,1	0,048
PaCO2	68	36,3±9,9	41	36,1±9,1	27	36,7±11,3	0,9
HCO3 ⁻	68	22,3±6,6	41	22,1±5,9	27	22,6±7,7	0,72
Lactat	68	2,2±0,7	41	2,5±1,3	27	1,8±1,1	0,93
FiO2	68	41,4±8,4	41	42,9±10	27	39,1±4,9	0,11
PaO2/FiO2	68	307±140	41	281±145	27	348±125	0,009
Sau 48h							
pH	62	7,42±0,09	36	7,43±0,09	26	7,43±0,09	0,86
PaO2	62	116,6±38,3	36	110,7±36	26	124,9±40,5	0,19
PaCO2	62	37,6±13,6	36	37,6±14,9	26	37,6±11,8	0,68
HCO3 ⁻	62	23,8±6,9	36	23,1±7,1	26	24,7±6,6	0,2
Lactat	62	1,7±0,5	36	1,9±0,8	26	1,4±0,8	0,23
FiO2	62	40,7±9,4	36	42,5±11,4	26	38,2±4,9	0,11
PaO2/FiO2	62	297±108	36	274±104	26	329±106	0,07

Từ viết tắt: X±SD trung bình và độ lệch chuẩn, áp lực riêng phần oxy trong máu động mạch (PaO₂), áp lực riêng phần khí CO₂ trong máu động mạch (PaCO₂), nồng độ bicarbonat trong máu động mạch (HCO₃⁻), phần trăm lượng oxy trong khí hít vào (Fraction of inspired oxygen

- FiO₂). Kiểm định Mann Whitney U.

Nhận xét: Nhóm suy hô hấp giảm oxy hóa máu có PaO₂, PaO₂/FiO₂ thấp hơn và lactat cao hơn nhóm không giảm oxy hóa máu khi bắt đầu và trong các ngày TKNT.

Bảng 4: Tổn thương trên XQ phổi của bệnh nhân suy hô hấp giảm Oxy máu

Đặc điểm	Tổng số (n=72)	Nhóm giảm Oxy hóa máu (n=43)	Nhóm không giảm Oxy hóa máu (n=29)
Chấm mờ 2 bên trên XQ ngực	57(79,2)	37(86)	20(69)
Góc phần tư tổn thương			
0/4	16(22,2)	7(16,3)	9(31)
1/4	21(29,2)	14(32,6)	7(24,1)
2/4	29(40,3)	18(41,9)	11(37,9)
3/4	2(2,8)	1(2,3)	1(3,4)
4/4	4(5,6)	3(7)	1(3,4)

Nhận xét: Bệnh nhân trong nhóm suy hô hấp giảm oxy máu có tổn thương trên X-quang phổi nhiều hơn so với nhóm không giảm oxy máu.

IV. BÀN LUẬN

BN trong nghiên cứu chúng tôi có đặc điểm chung là tuổi cao ($66,14 \pm 19,4$ tuổi), 37,5% nữ giới. Nghiên cứu của Scott W. Ketcham thì tuổi 63 tuổi (55–73), 43% nữ [3]. D.Grimaldi nghiên cứu ở Pháp tuổi 64 (53–73) tuổi, 31,8% nữ giới, SAPS3 là 43 (31–57), 22,2% thở oxy, 9,8% TKNT không xâm nhập, 61,2% TKNT xâm nhập trước đó [1].

Bệnh nhân đái tháo đường có tỷ lệ suy hô hấp giảm oxy máu cao hơn so với nhóm không giảm oxy máu (25,6% so với 6,9%, $p=0,04$). Nghiên cứu của Võ Việt Hà thì tỷ lệ đái tháo đường tới 72,5% [5], Lương Quốc Chính là 34,3% bệnh nhân có đái tháo đường [4]. BN trong nghiên cứu chúng tôi cao tuổi và đái tháo đường là bệnh kèm thường gặp ở nhóm tuổi này và đái tháo đường làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn phổi cho các bệnh nhân cao tuổi. Chiến lược cài đặt máy thở ở nhóm suy hô hấp giảm oxy máu có tần số thở cao hơn nhưng Vt được cài đặt thấp hơn với PEEP cao hơn. BN ở nhóm suy hô hấp giảm oxy máu được TKNT với áp lực cao nguyên và áp lực đỉnh cao hơn so với nhóm còn lại. Kết quả của D.Grimaldi thì Vt là 6,9 (6,1–7,9) ml/kg PBW, PEEP 6 (5–10) cmH₂O và cài đặt tăng lên theo mức độ giảm oxy máu, áp lực cao nguyên 22,5 (19–27) cmH₂O [1]. Jesús Villar mức Vt cài đặt $6,91 \pm 1,12$ ml/kg, nhịp thở $19,8 \pm 4,4$ l/ph, PEEP $8,3 \pm 3,0$ cmH₂O, Ppeak $27,3 \pm 7,4$ cmH₂O, Pplateau $21,5 \pm 5,4$ cmH₂O [2]. Martin Urner thấy rằng tần số thở cài đặt là 20 (18–24) lần/phút, Vt 6,9 (6,1–8,1) ml/kg, Ppeak 20 (15–25) cmH₂O, PEEP 5 (5–8) cmH₂O và nhóm không giảm oxy hóa máu tần số là 18 (16–22) lần/phút, Vt 6,9 (6,1–8,1) ml/kg, Ppeak 18 (15–22) cmH₂O và nhóm giảm oxy hóa máu có tần số 22 (18–28) lần/phút Vt 6,9 (6,0–8,0) ml/kg, PEEP 8 (5–10) cmH₂O, Ppeak 24 (19–29) cmH₂O [8]. Giacomo Bellani cũng cho thấy có sự khác nhau trong cài đặt máy thở giữa các

nhóm suy hô hấp [9]. BN trong nghiên cứu có 71,1% suy tạng, tỷ lệ suy tạng ở nhóm suy hô hấp giảm oxy máu cao hơn so với nhóm không giảm oxy máu. Scott W. Ketcham thấy rằng suy chức năng cơ quan ngoài phổi hay gặp nhất là thần kinh (39%), 42% bao gồm cả nhiễm khuẩn huyết và suy đa cơ quan [3]. Võ Việt Hà cho thấy 39,2% tổn thương tim mạch, 35,3% tổn thương đông máu, 33,3% tổn thương thần kinh [5]. Lương Quốc Chính 81% sốc nhiễm khuẩn, 58% tổn thương thận cấp, 19,4% tổn thương gan [6]. Ephrem Berhe và cộng sự nghiên cứu trên 286 bệnh nhân TKNT thì trong đó có 44,8% suy hô hấp giảm oxy hóa máu và trong đó có 77,3% được dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch [10].

Kết quả khí máu động mạch ở nhóm suy hô hấp giảm oxy máu có PaO₂, PaO₂/FiO₂ thấp hơn và Lactat cao hơn nhóm suy hô hấp không giảm oxy máu. D.Grimaldi thấy rằng PaO₂ là 78 (66–92) mmHg, PaCO₂ là 41 (36–49) mmHg, FiO₂ là 0,40 (0,33–0,50) [1]. Jesús Villar PaO₂/FiO₂ là $170,5 \pm 64,1$, FiO₂ $0,63 \pm 0,22$, PaO₂ $98,9 \pm 34,5$ và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm theo mức độ giảm oxy hóa máu [2]. Martin Urner thì nhóm không giảm oxy máu là PaO₂/FiO₂ 378 (337–435) mmHg, PaO₂ là 136 (114–166) mmHg [8]. Giacomo Bellani nghiên cứu thấy rằng PaO₂/FiO₂, PaO₂ ở nhóm suy hô hấp giảm Oxy máu có xu hướng thấp hơn nhưng PaCO₂ có xu hướng cao hơn ở các ngày của TKNT và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê [9]. Võ Việt Hà nhóm suy hô hấp cấp có PaO₂/FiO₂ là $178,3 \pm 69,5$ và PaO₂ là $63,6 \pm 11,0$ mmHg [5]. Tổn thương phổi trên XQ có sự khác nhau ở hai nhóm như tổn thương phổi cả 2 bên (86% với 69%), tổn thương nửa trường phổi (41,9% với 37,9%), tổn thương toàn bộ phổi (7% với 3,4%). D.Grimaldi thì 69% suy hô hấp giảm oxy máu có tổn thương thâm nhiễm 2 bên và tổn thương này tăng lên cùng với mức độ của giảm oxy hóa máu, 30,3% có tổn thương một bên phổi [1]. Lương Quốc Chính cho thấy tổn thương phổi ở suy hô hấp giảm oxy máu mức độ nặng trên XQ có tổn thương 4/4 (81,7%), 3/4

(3,2%)[6]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của các nghiên cứu khác về mức độ giảm oxy máu với mức độ tổn thương trên X-quang phổi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đa trung tâm được thực hiện ở ba khoa HSTC ở ba bệnh viện cho thấy đái tháo đường là bệnh lý hay gặp nhất ở nhóm suy hô hấp giảm oxy máu. Chế độ cài đặt máy thở với thể tích khí lưu thông thấp hơn, áp lực dương cuối thì thở ra cao hơn và biến chứng suy tạng hay gặp ở nhóm suy hô hấp giảm oxy máu. Khí máu động mạch với PaO₂ và PaO₂/FIO₂ thấp hơn, lactat cao hơn và tổn thương trên X-quang phổi nhiều hơn ở nhóm suy hô hấp giảm oxy máu được thông khí nhân tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Group ST.** Hypoxemia in the ICU: prevalence, treatment, and outcome. *Annals of intensive care.* Aug13 2018;8(1):82.doi:10.1186/s13613-018-0424-4.
2. **Villar J, Mora-Ordóñez JM, Soler JA, et al.** The PANDORA Study: Prevalence and Outcome of Acute Hypoxemic Respiratory Failure in the Pre-COVID-19 Era. *Critical care explorations.* May 2022;4(5): e0684. doi:10.1097/CCE.0000000000000684.
3. **Ketcham SW, Sedhai YR, Miller HC, et al.** Causes and characteristics of death in patients with acute hypoxemic respiratory failure and acute respiratory distress syndrome: a retrospective cohort study. *Critical care.* Jul 3 2020; 24(1):391. doi:10.1186/s13054-020-03108-w.
4. **Lương Quốc Chính PTQ.** Một số yếu tố liên quan đến tử vong ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển do viêm phổi. *Tạp chí nghiên cứu y học.* 2023;164 (3) - 2023.
5. **Vo Viet H, Phan Van Minh Q.** Clinical Characteristics, Laboratory Tests and Treatment Outcome in Patients with Acute Respiratory Failure Requiring Invasive Mechanical Ventilator in Intensive Care Unit at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. *Journal of Medicine and Pharmacy.* 2020:99-105. doi:10.34071/jmp.2020.5.14.
6. **Chinh LQ, Manabe T, Son DN, et al.** Clinical epidemiology and mortality on patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS) in Vietnam. *PLoS One.* 2019;14(8):e0221114. doi:10.1371/journal.pone.0221114.
7. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn. 2020.
8. **Urner M, Juni P, Hansen B, Wettstein MS, Ferguson ND, Fan E.** Time-varying intensity of mechanical ventilation and mortality in patients with acute respiratory failure: a registry-based, prospective cohort study. *The Lancet Respiratory medicine.* Sep 2020;8(9):905-913. doi:10.1016/S2213-2600(20)30325-8.
9. **Bellani G, Laffey JG, Pham T, et al.** Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. *Jama.* Feb 23 2016;315(8):788-800. doi:10.1001/jama.2016.0291.
10. **Berhe E, Gebrehiwet TG, Teka H, Gebrehiwet KG, Abraha HE, Tequare MH.** Clinical characteristics and determinants of invasive mechanical ventilation outcome in adult intensive care unit in Northern Ethiopia: A resource-limited setting. *Journal of the Pan African Thoracic Society.* 2023;4:11-21. doi:10.25259/jpats_35_2022.

VIỆT HÓA THANG ĐIỂM NPQ10 KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN VẢY NẾN MÓNG

Nguyễn Thị Quỳnh Như¹, Nguyễn Thị Hồng Chuyên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương móng là biểu hiện phổ biến trong bệnh vảy nến, ảnh hưởng đến nhiều khía cạnh trong cuộc sống hàng ngày. Thang điểm Nail Psoriasis Quality of Life Scale 10 (NPQ10) là công cụ đơn giản, có giá trị và độ tin cậy cao giúp đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân vảy nến móng. **Mục tiêu:** Chuyển ngữ thang điểm khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân vảy nến móng NPQ10

sang tiếng Việt phù hợp với văn hóa Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Quá trình chuyển ngữ thang điểm NPQ10 được thực hiện theo hướng dẫn quốc tế. Giai đoạn 1: dịch xuôi từ tiếng Anh sang tiếng Việt. Giai đoạn 2: tổng hợp bản dịch xuôi. Giai đoạn 3: dịch ngược từ tiếng Việt sang tiếng Anh. Giai đoạn 4: các chuyên gia đánh giá và thống nhất bản dịch thử nghiệm. Giai đoạn 5: bản dịch thử nghiệm được kiểm tra trên 40 bệnh nhân vảy nến móng nhằm hoàn thiện bản dịch cuối cùng. **Kết quả:** Thang điểm được dịch xuôi từ tiếng Anh sang tiếng Việt bởi hai người dịch độc lập, sau đó cho ra bản tổng hợp. Bản dịch ngược có độ tương đồng cao so với bản gốc. Các chuyên gia thống nhất bản dịch thử nghiệm, và 40 bệnh nhân tham gia kiểm tra với bản dịch này. Phần lớn bệnh nhân (92,5% và 85,0%) bỏ qua câu hỏi số 7 và cho rằng câu hỏi số 8 không phù

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Chuyên

Email: chuyennghien@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025