

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ MẮC NHIỀU ĐỢT CẤP CỦA BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP COPD TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP HẢI PHÒNG NĂM 2023

Nguyễn Duy Tùng¹, Lê Thị Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố nguy cơ mắc nhiều đợt cấp và kết quả điều trị bệnh nhân đợt cấp COPD tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu với phương pháp chọn mẫu thuận tiện không xác suất, bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $72,35 \pm 8,84$, tỷ lệ nam/nữ tương ứng 5,7/1, số đợt cấp trung bình là $2,99 \pm 1,09$ đợt/12 tháng qua. Ngày điều trị trung bình của bệnh nhân là $8,15 \pm 3,13$ ngày. Các chỉ số sinh tồn, đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân lúc ra viện có sự thay đổi tốt so với lúc nhập viện. Điểm mMRC và CAT trung bình lần lượt là $2,05 \pm 0,25$ điểm và $11,46 \pm 3,70$ điểm. Nghiên cứu chưa tìm thấy yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến mắc nhiều đợt cấp COPD ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Kết luận:** Kết quả điều trị bệnh nhân đợt cấp COPD có 89,3% bệnh nhân được điều trị ổn định ra viện, 1,8% bệnh nhân nặng hơn xin chuyển tuyến và 8,9% bệnh nhân xin về.

Từ khóa: COPD, đợt cấp, kết quả điều trị.

SUMMARY

TREATMENT RESULTS AND RISK FACTORS FOR MULTIPLE ACUTE EXAMINATIONS OF PATIENTS WITH COPD EXAMINATIONS AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL, HAI PHONG IN 2023

Objectives: Review of some risk factors for multiple exacerbations and treatment results of COPD exacerbations at Viet Tiep Friendship Hospital, Hai Phong. **Methods:** Cross-sectional, prospective descriptive study with non-probability convenience sampling method, pre-designed research medical records. **Results:** The average age of the patients was 72.35 ± 8.84 , the male/female ratio was 5.7/1, the average number of acute episodes was 2.99 ± 1.09 episodes/12 months. The average treatment days of the patients were 8.15 ± 3.13 days. The survival indexes and clinical characteristics of the patients at discharge had positive changes compared to the admission. The mean mMRC and CAT scores were 2.05 ± 0.25 points and 11.46 ± 3.70 points, respectively. The study did not find any statistically significant factors associated with multiple COPD exacerbations in the study patient group. **Conclusion:** Treatment results for acute COPD patients: 89.3% of patients were stable and

discharged from hospital, 1.8% of patients with more severe symptoms asked for referral, and 8.9% of patients asked to go home. **Keywords:** COPD, acute episode, treatment results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, hay còn gọi là COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) là bệnh lý hô hấp đang ngày càng phổ biến, gây tình trạng chít hẹp đường thở so với bình thường và có thể gây suy hô hấp cho bệnh nhân. Thống kê của WHO cho thấy đây là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba trên toàn thế giới, gây ra 3,23 triệu ca tử vong vào năm 2019 [1]. Tỷ lệ mắc COPD ở những người từ 30-79 tuổi cao nhất ở khu vực Tây Thái Bình Dương (11,7%) và thấp nhất ở khu vực châu Mỹ (6,8%) [2]. Gần 90% trường hợp tử vong do COPD ở người dưới 70 tuổi xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình và dự báo đến năm 2060 sẽ có 5,4 triệu người chết mỗi năm do COPD [3].

Đợt cấp COPD là tình trạng biến đổi cấp tính đặc trưng bởi sự xấu đi của các triệu chứng hô hấp vượt quá dao động bình thường hàng ngày đòi hỏi phải thay đổi điều trị. Đợt cấp có thể khởi phát do nhiễm trùng hô hấp, ô nhiễm môi trường, hoặc các yếu tố kích phát khác. Bệnh nhân COPD với những đợt cấp thường xuyên có sự suy giảm chức năng phổi nhanh hơn, chất lượng cuộc sống thấp hơn, viêm đường hô hấp gia tăng và tỷ lệ tử vong cao hơn [4]. Bệnh nhân có đợt cấp thường xuyên sẽ để lại hậu quả là giảm chức năng thông khí phổi, giảm khả năng gắng sức, tăng chi phí chăm sóc sức khỏe, chất lượng cuộc sống giảm sút và đồng nghĩa với thời gian sống rút ngắn. Vì vậy, ngăn ngừa đợt cấp là mục tiêu cấp thiết trong thực hành quản lý và điều trị COPD. Nghiên cứu năm 2024 chỉ ra rằng các yếu tố nguy cơ như tiền sử hút thuốc, tiếp xúc với khói bụi và tiền sử lao phổi cũ là các yếu tố nguy cơ mắc bệnh COPD và gia tăng tỷ lệ mắc đợt cấp COPD [5]. Việc xác định yếu tố nguy cơ đợt cấp và theo dõi kết quả điều trị góp phần đưa ra cái nhìn tổng quan và xây dựng chiến lược dự phòng bệnh theo đặc điểm địa lý và dân cư.

Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng mỗi năm điều trị khoảng 700 người bệnh đợt cấp COPD. Câu hỏi đặt ra là kết quả điều trị đợt cấp COPD như thế nào và có yếu tố gì liên quan tới

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Tùng

Email: duytungndun@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025

tần suất mắc đợt cấp của bệnh nhân. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Kết quả điều trị và yếu tố nguy cơ mắc nhiều đợt cấp của bệnh nhân đợt cấp COPD tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2023" với mục tiêu nghiên cứu: "Nhận xét một số yếu tố nguy cơ mắc nhiều đợt cấp và kết quả điều trị bệnh nhân đợt cấp COPD tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2023".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

2.2. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Đối tượng: Người bệnh COPD đợt cấp nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Nội 2, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: - Người bệnh được chẩn đoán COPD theo tiêu chuẩn GOLD 2022: COPD nên được xem xét ở bất kỳ bệnh nhân nào có triệu chứng khó thở, ho mạn tính hoặc khạc đờm, có/hoặc không có tiền sử phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ của bệnh, người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh kèm theo các bệnh lý khác như hen phế quản, lao phổi, giãn phế quản, suy tim xung huyết, viêm toàn tiểu phế quản, hen phế quản.

- Thời gian: từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2023

- Địa điểm: Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng

2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu toàn bộ, không xác suất từ tháng 1/2023 đến tháng 5/2023 được 168 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Bệnh án nghiên cứu người bệnh COPD đợt cấp được tác giả thiết kế sẵn gồm 5 phần: 1. Thông tin chung, 2. Triệu chứng lâm sàng, 3. Triệu chứng cận lâm sàng, 4. Phương pháp điều trị, 5. Kết quả điều trị.

- Các biến số, chỉ số nghiên cứu:

+ Thông tin chung: gồm các nội dung tuổi, giới tính, học vấn, đặc điểm nghề nghiệp, nơi sống, các thông tin liên quan đến bệnh lý.

+ Kết quả điều trị: Kết quả tình trạng cuối cùng trước khi bệnh nhân ra viện/ chuyển viện.

- Phương pháp thu thập thông tin: Tác giả hỏi và thăm khám, điều trị trực tiếp trên bệnh nhân.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu

- Mã hóa, nhập liệu, làm sạch và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Phân tích mô tả tần số

2.6. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến hành sau khi được sự cho phép của ban Giám đốc bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

- Nghiên cứu chỉ thực hiện phòng vấn và bác sĩ thăm khám trên đối tượng nghiên cứu.

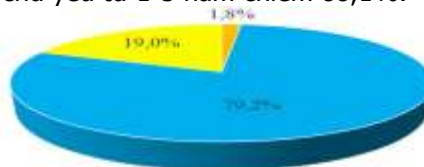
- Mọi thông tin của đối tượng đều được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của ĐTNC (n=168)

Đặc điểm nhân khẩu học của ĐTNC	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<50 tuổi	1
	50 – 70 tuổi	63
	>70 tuổi	104
	Trung bình	72,35±8,84 (47-95)
Giới tính	Nam	143
	Nữ	25
Đặc điểm nghề nghiệp	Tiếp xúc khói bụi	119
	Không tiếp xúc khói bụi	49
Thời gian mắc bệnh	1 – 5 năm	148
	6 – 10 năm	17
	Trên 10 năm	3

Nhận xét: Nhóm tuổi trên 70 chiếm tỷ lệ cao nhất 61,9%, tuổi trung bình của người bệnh tương đối cao là 72,75 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ nhiều hơn nữ giới, tương ứng 85,1%/14,9%. Về đặc điểm nghề nghiệp có tới 70,8% đối tượng có công việc liên quan khói bụi. Thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 1-5 năm chiếm 88,1%.



Biểu đồ 1. Tình trạng hút thuốc của người bệnh (n=168)

Nhận xét: 81% bệnh nhân COPD có hút thuốc trong đó, 97,8% bệnh nhân hút thuốc đã bỏ, 2,2% bệnh nhân mặc dù đã mắc COPD nhưng hiện nay vẫn hút thuốc. Tỷ lệ bệnh nhân COPD không hút thuốc là 19%.

Bảng 2. Kết quả chỉ số sinh tồn của ĐTNC (n=168)

Dấu hiệu sinh tồn	Nhập viện Mean±SD	Ra viện Mean±SD	p
Mạch (lần/phút)	95,8±12,9	87,5±11,6	<0,001
Huyết áp tối đa (mmHg)	127,2±12,9	121,8±11,5	<0,001

Huyết áp tối thiểu (mmHg)	75,1±7,3	72,5±7,7	<0,001
Tần số thở (lần/phút)	26,9±4,3	21,9±3,6	<0,001

Nhận xét: Chỉ số sinh tồn của bệnh nhân lúc ra viện có sự thay đổi tốt hơn so với lúc nhập viện. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng của ĐTNC (n=168)

Triệu chứng	Nhập viện	Ra viện	p
Ho	167 (99,4)	91 (54,2)	<0,05
Khắc đờm	165 (98,3)	91 (54,2)	<0,05
Khó thở	150 (89,3)	105 (62,5)	>0,05

Đờm mủ	165 (98,2)	35 (20,8)	<0,05
Co kéo cơ hô hấp	103 (61,3)	31 (18,5)	<0,05
Rì rào phế nang giảm	152 (90,5)	121 (72,0)	>0,05
Ran rít	86 (51,2)	26 (15,5)	<0,05
Ran ngáy	72 (42,9)	28 (16,7)	<0,05
Ran nổ	19 (11,3)	15 (8,9)	>0,05
Ran ẩm	52 (31,0)	23 (13,7)	<0,05

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân lúc ra viện đều cải thiện rõ rệt so với lúc nhập viện ($p < 0,05$). Triệu chứng khó thở, RRPN giảm, ran nổ sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Thang điểm mMRC, CAT của bệnh nhân lúc ra viện (n=168)

Số đợt cấp		1-2 (n=58)	3 (n=66)	≥4 (n=44)	Tổng (n=168)
Thang CAT	CAT < 10	5 (8,6)	6 (9,1)	8 (18,2)	19 (11,3)
	CAT ≥ 10	53 (91,4)	60 (90,9)	36 (81,8)	149 (88,7)
	Mean ± SD: 11,46 ± 3,70				
Thang mMRC	mMRC = 1	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)	1 (0,6)
	mMRC ≥ 2	57 (98,3)	66 (100)	44 (100)	167 (99,4)
	Mean ± SD: 2,05 ± 0,25				

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có điểm CAT ≥ 10 (88,7%). Điểm CAT trung bình của bệnh nhân là 11,46 ± 3,70 điểm. Điểm mMRC trung bình của bệnh nhân là 2,05 ± 0,25 điểm.

Bảng 5. Kết quả điều trị chung của bệnh nhân (n=168)

Kết quả	Số đợt cấp	1-2 (n=58)	3 (n=66)	≥4 (n=44)	Tổng (n=168)
Ổn định ra viện		54 (93,1)	58 (87,9)	38 (86,4)	150 (89,3)
Chuyển viện (bệnh nặng hơn)		0 (0)	1 (1,5)	2 (4,5)	3 (1,8)
Xin về		4 (6,9)	7 (10,6)	4 (9,1)	15 (8,9)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân điều trị ổn định ra viện là 89,3%. Tỷ lệ bệnh nhân bệnh tiến triển nặng hơn, xin chuyển viện là 1,8%. Tỷ lệ bệnh nhân xin về là 8,9%.

Bảng 5. Liên quan giữa đặc điểm bệnh nhân và tần suất mắc đợt cấp (n=168)

Tần suất		≥3 lần n (%)	≤2 lần n (%)	OR 95%CI	p
Hút thuốc	Đang hút/đã từng hút	90 (66,2)	46 (33,8)	1,17	0,69
	Không hút	20 (62,5)	12 (37,5)	0,53 - 2,61	
Nghề nghiệp	Tiếp xúc khói bụi	74 (62,2)	45 (37,8)	0,59	0,16
	Không tiếp xúc khói bụi	36 (73,5)	13 (26,5)	0,29 - 1,24	
Thời gian mắc bệnh	≤ 5 năm	95 (64,2)	53 (35,8)	0,60	0,34
	> 5 năm	15 (75,0)	5 (25,0)	0,21 - 1,74	
Tuân thủ điều trị	Không	20 (71,4)	8 (28,6)	1,39	0,47
	Có	90 (64,3)	50 (35,7)	0,57 - 3,38	

Nhận xét: Bệnh nhân đang hút/đã từng hút thuốc có tỷ lệ mắc >2 đợt cấp cao hơn so với bệnh nhân không hút thuốc (66,2% so với 62,5%). Bệnh nhân có thời gian mắc bệnh >5 năm có tỷ lệ mắc >2 đợt cấp cao hơn so với bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≤5 năm (75,0% so với 64,2%). Bệnh nhân không tuân thủ thuốc điều trị có tỷ lệ mắc >2 đợt cấp cao hơn so với bệnh nhân tuân thủ (71,4% so với 64,3%). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Biện pháp can thiệp và kết quả điều trị bệnh nhân đợt cấp COPD

Liệu pháp oxy: Khó thở là triệu chứng chính khiến bệnh nhân nhập viện, do đó liệu pháp oxy hỗ trợ là cần thiết, được chỉ định cho bệnh nhân có suy hô hấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% bệnh nhân được can thiệp bằng liệu pháp thở oxy gong mũi. Sử dụng kháng sinh: Nguyên nhân chính gây ra đợt

cấp khiến bệnh nhân phải nhập viện là do nhiễm khuẩn hô hấp, chỉ định dùng kháng sinh là cần thiết. Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân phải điều trị bằng kháng sinh. Trong đó, điều trị đơn độc 1 loại kháng sinh là 42,3%; phối hợp 2 loại kháng sinh là 44,6% và phối hợp 3 loại kháng sinh là 13,1%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Phổi Hải Dương năm 2021, 100% bệnh nhân nhập viện phải sử dụng kháng sinh, trong đó điều trị đơn độc 1 loại kháng sinh là 56,3%; phối hợp 2 loại kháng sinh là 37,8% và phối hợp 3 loại kháng sinh là 6,0% [6].

Các chỉ số sinh tồn: Các chỉ số sinh tồn của bệnh nhân như mạch, huyết áp, tần số thở lúc ra viện so với lúc nhập viện có sự thay đổi theo chiều hướng tốt, đều trở về giới hạn bình thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể giải thích là trong đợt điều trị, việc sử dụng các biện pháp can thiệp như thở oxy hỗ trợ, dùng các thuốc giãn phế quản và sử dụng kháng sinh đã làm giảm quá trình viêm tại phổi, làm tăng thông khí phổi, cải thiện hô hấp nên nồng độ oxy máu tăng lên, tình trạng suy hô hấp được cải thiện do đó giảm tần số thở, giảm tần số mạch.

Mức độ cải thiện triệu chứng hô hấp: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các đặc điểm lâm sàng của người bệnh lúc ra viện đều cải thiện rõ rệt. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều nhập viện trong giai đoạn cấp của COPD nên các triệu chứng hô hấp rất trầm trọng với tỷ lệ cao: Khó thở tăng 89,3%; ho 99,4%; khạc đờm 98,3%; đờm mủ 98,2%; RRFN giảm 90,5%; ran ẩm 31,0%; ran rít 51,2%; ran ngáy 42,9%. Sau điều trị các triệu chứng khó thở 62,5%; ho 54,2%; khạc đờm 54,2%; đờm mủ 20,8%; RRFN giảm 72,0%; ran ẩm 13,7%; ran rít 15,5%; ran ngáy 16,7%. Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Phổi Hải Dương năm 2021 cũng cho thấy, các triệu chứng của bệnh nhân cải thiện đáng kể so với lúc nhập viện, không còn bệnh nhân nào có biểu hiện nặng của bệnh như co kéo cơ hô hấp, tím môi đầu chi [6].

Thang điểm mMRC và CAT lúc ra viện: Bộ câu hỏi đánh giá theo thang điểm mMRC, điểm CAT được phát triển và ứng dụng trên thế giới để đánh giá bệnh nhân trong giai đoạn ổn định. Kết quả cho thấy: Đa số bệnh nhân có điểm mMRC ≥ 2 (99,4%). Điểm mMRC trung bình của bệnh nhân là $2,05 \pm 0,25$ điểm. Đa số bệnh nhân có điểm CAT ≥ 10 (88,7%). Điểm CAT trung bình của bệnh nhân là $11,46 \pm 3,70$ điểm. Tương đồng kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Phổi Hải Dương năm 2021, điểm mMRC ≥ 2

chiếm đa số (84,1%); điểm mMRC ≤ 1 là 15,9%. Điểm mMRC trung bình là $2,10 \pm 0,67$ điểm. Bệnh nhân có điểm CAT ≥ 10 là 88,8%; < 10 là 11,2%. Bệnh nhân có điểm CAT trung bình là $9,69 \pm 0,94$ điểm [6]. Theo Jones PW và cộng sự: Điểm CAT > 10 liên quan đến sự suy yếu tình trạng sức khỏe rõ rệt [7].

Các yếu tố nguy cơ mắc nhiều đợt cấp.

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân đang hút/đã từng hút thuốc có tỷ lệ mắc > 2 đợt cấp cao hơn 1,17 lần so với bệnh nhân không hút thuốc. Sự khác biệt giữa tình trạng hút thuốc và tần suất mắc đợt cấp không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong khi đó kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Phổi Hải Dương năm 2021 cho thấy bệnh nhân hiện đang hút thuốc có xu hướng mắc ≥ 2 lần đợt cấp/12 tháng qua cao hơn so với bệnh nhân không hút thuốc và bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lần lượt là 3,77 lần và 2,47 lần ($p < 0,05$). Nghiên cứu về thời gian mắc bệnh với tần suất các đợt cấp, bệnh nhân có thời gian mắc bệnh > 5 năm có tỷ lệ mắc > 2 đợt cấp cao hơn so với bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≤ 5 năm (75,0% so với 64,2%). Trong số các yếu tố quan trọng khác liên quan đến việc gia tăng số đợt cấp, nhập viện, bao gồm cả nhập viện ICU là việc tuân thủ điều trị, với những bệnh nhân không tuân thủ điều trị sẽ có tần suất gia tăng đợt cấp và nhập viện. Tuân thủ chặt chẽ việc dùng thuốc theo đơn đã kê của thầy thuốc giúp cải thiện triệu chứng cho bệnh nhân và giúp ngăn ngừa tần suất các đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Qua nghiên cứu ghi nhận bệnh nhân không tuân thủ thuốc điều trị có xu hướng mắc > 2 đợt cấp/12 tháng qua cao hơn 1,39 lần so với bệnh nhân tuân thủ thuốc điều trị ($p > 0,05$). Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có thể lý giải do thời gian nghiên cứu hạn chế, số lượng mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn. Về nghề nghiệp của bệnh nhân, nghiên cứu chưa tìm thấy liên quan tới nguy cơ mắc nhiều đợt cấp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 168 bệnh nhân đợt cấp COPD, kết quả điều trị cho thấy tỷ lệ bệnh nhân điều trị ổn định ra viện là 89,3%. Tỷ lệ bệnh nhân bệnh tiến triển nặng hơn, xin chuyển viện là 1,8%. Tỷ lệ bệnh nhân xin về là 8,9%. Nghiên cứu chưa tìm thấy yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến mắc nhiều đợt cấp COPD ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Global Initiative for Obstructive Lung

- Disease.** Global Initiative for Obstructive Lung Disease. 2022. <http://www.goldcopd.com>,
2. **Adeloye D, Song P, Zhu Y, et al.** Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Respir Med.* 2022; 10(5):447-58.
 3. **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.** Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease - 2020 REPORT 2020 [20/07/2021]; Available from: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf.
 4. **Bộ Y tế.** Quyết định số 4562/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 19 tháng 7 năm 2018 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính". Hà Nội.
 5. **Trương Văn Lâm, Tô Hồng Anh.** Các yếu tố nguy cơ bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2024;76:21-25. <https://doi.org/10.58490/ctump.2024i76.2338>
 6. **Phạm Thị Hồng Thanh.** Thực trạng quản lý điều trị và một số yếu tố liên quan đến tần suất mắc nhiều đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tại Bệnh viện phổi Hải Dương Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp I. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng; 2021.
 7. **Jones PW, Tabberer M, Chen WH.** Creating scenarios of the impact of COPD and their relationship to COPD Assessment Test (CAT™) scores. *BMC Pulm Med* 2011;11:42.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM SAU CAN THIỆP LẤY HUYẾT KHỐI BẰNG DỤNG CỤ CƠ HỌC Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Bùi Đức Thành¹, Trần Anh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm sau can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, kết hợp can thiệp lâm sàng tiến cứu không nhóm chứng, theo dõi dọc, thực hiện trên 83 bệnh nhân được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa, điều trị tại khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là $67,4 \pm 13,2$, nam giới chiếm 53%. Tăng huyết áp (60,2%), rung nhĩ (34,9%) và đái tháo đường (15,7%) là các bệnh lý nền phổ biến. Triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm liệt nửa người (92,8%), liệt mặt trung ương (83,1%) và rối loạn ngôn ngữ (75,9%), với điểm NIHSS trung bình là $18,1 \pm 5,6$. Về hình ảnh học, vị trí tắc mạch chủ yếu tại nhánh M1 (73,5%). Tỷ lệ tái thông hoàn toàn sau can thiệp (mTICI 3) là 59,0%, trong khi tổng tỷ lệ tái thông có ý nghĩa lâm sàng (mTICI 2b-3) đạt 87,9%. Tỷ lệ phục hồi chức năng tốt (mRS 0-2) là 42,2% tại thời điểm ra viện và tăng lên 61,5% sau 90 ngày. Biến chứng thường gặp nhất là di chuyển huyết khối (25,3%). **Kết luận:** Can thiệp lấy huyết khối cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch não giữa đạt tỷ lệ tái thông có ý nghĩa lâm sàng cao (87,9%), phục hồi chức năng tốt sau 90 ngày ở

61,5% bệnh nhân. Tỷ lệ biến chứng thấp, chủ yếu là di chuyển huyết khối (25,3%).

Từ khóa: Nhồi máu não cấp, lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học, động mạch não giữa

SUMMARY

EVALUATION OF EARLY OUTCOMES AFTER MECHANICAL THROMBECTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO MIDDLE CEREBRAL ARTERY OCCLUSION AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the early outcomes of mechanical thrombectomy in patients with acute ischemic stroke due to middle cerebral artery occlusion. **Subjects and Methods:** This was a prospective, interventional descriptive study without a control group, conducted on 83 patients diagnosed with acute ischemic stroke due to middle cerebral artery occlusion. All patients were treated at the Intensive Care Unit of Military Hospital 175 from December 2023 to December 2024. **Results:** The mean age was 67.4 ± 13.2 years, with 53% of patients being male. The most common comorbidities included hypertension (60.2%), atrial fibrillation (34.9%), and diabetes mellitus (15.7%). The predominant clinical presentations were hemiparesis (92.8%), central facial palsy (83.1%), and speech disorders (75.9%), with a mean NIHSS score of 18.1 ± 5.6 . Imaging findings revealed that the M1 segment was the most frequent occlusion site (73.5%). The rate of complete recanalization (mTICI 3) was 59.0%, while the overall rate of successful recanalization (mTICI 2b-3) reached 87.9%. Favorable functional outcomes (mRS 0-2) were observed in 42.2% of patients at discharge and increased to 61.5% at 90 days. The most common complication was distal

¹Bệnh viện Quân Y 175

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanbhd175@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025