

4. **Varras M, Tsikini A, Polyzos D, Samara C, Hadjopoulos G, Akrivis C.** Uterine adnexal torsion: pathologic and gray-scale ultrasonographic findings. Clinical and experimental obstetrics & gynecology. 2004; 31(1):34-8.
5. **Houry D, Abbott JT.** Ovarian torsion: a fifteen-year review. Annals of emergency medicine. Aug 2001;38(2):156-9. doi:10.1067/mem.2001.114303
6. **Anders JF, Powell EC.** Urgency of evaluation and outcome of acute ovarian torsion in pediatric patients. Archives of pediatrics & adolescent medicine. Jun 2005;159(6): 532-5. doi:10.1001/archpedi.159.6.532
7. **Huang C, Hong MK, Ding DC.** A review of ovary torsion. Ci ji yi xue za zhi = Tzu-chi medical journal. Jul-Sep 2017;29(3): 143-147. doi:10.4103/tcmj.tcmj_55_17
8. **Gynecologists TACoOa.** Adnexal Torsion in Adolescents: ACOG Committee Opinion No, 783. Obstetrics and gynecology. Aug 2019;134(2):e56-e63. doi:10.1097/aog.0000000000003373
9. **Wang JH, Wu DH, Jin H, Wu YZ.** Predominant etiology of adnexal torsion and ovarian outcome after detorsion in premenarchal girls. European journal of pediatric surgery: official journal of Austrian Association of Pediatric Surgery [et al] = Zeitschrift fur Kinderchirurgie. Sep 2010;20(5): 298-301. doi:10.1055/s-0030-1254110
10. **Harkins G.** Ovarian torsion treated with untwisting: second look 36 hours after untwisting. Journal of minimally invasive gynecology. May-Jun 2007;14(3):270. doi:10.1016/j.jmig.2006.10.006

GIÁ TRỊ CỦA MỘT SỐ YẾU TỐ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRONG TIÊN LƯỢNG NHU CẦU THỞ MÁY Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Trần Thị Hằng¹, Nguyễn Văn Tình²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định giá trị của một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng trong tiên lượng nhu cầu thở máy ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (ĐCBPTNMT). **Đối tượng và phương pháp:** 108 bệnh nhân ĐCBPTNMT (43 bệnh nhân thở máy và 65 bệnh nhân không thở máy), nhập viện điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện 74 Trung ương từ 01/01/2024 – 15/9/2024, chẩn đoán ĐCBPTNMT theo tiêu chuẩn Bộ Y tế (2023). Các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm nhập viện. Đánh giá nhu cầu thở máy theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế 2023. Phân tích tổng hợp các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng theo phương pháp hồi quy logistic đơn biến và đa biến. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ chung nam/nữ: (8,8/1), tuổi trung bình: 73,1 + 10,4, từ 42 đến 99 tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi, giới, số đợt cấp, thời gian mắc bệnh giữa 2 nhóm. ($p > 0,05$). Giá trị tiên lượng về nhu cầu thở máy của tổ hợp lâm sàng, cận lâm sàng khi phân tích đa biến: tím tái (OR;0,08), huyết áp trung bình (OR;0,92), mMRC ≥ 3 (OR;9,62), điểm CURB-65 (OR;3,21) có giá trị độc lập tiên lượng nguy cơ thở máy trong đợt cấp của BPTNMT ($p < 0,05$). **Trong TMKXN:** AUCROC của CURB-65, BAP-65, PaCO₂: 0,67; 0,72; 0,76 ($p < 0,05$), điểm cut-off: CURB-65 > 2 Se: 47,7%, Sp: 89,8%, PaCO₂ > 56 mmHg: Se: 53,8%, Sp: 86,9, BAP-65 > 3 Se: 38,5%, Sp: 85,4%. **Trong TMXN:** AUCROC của CURB-65: 0,92, BAP-65: 0,85,

PaCO₂: 0,86 ($p < 0,05$), điểm cut-off; BAP-65 > 3 , Se: 27,3%, Sp: 100%, CURB-65 > 2 , Se: 48,8%, Sp: 97,8%, PaCO₂ > 69 mmHg, Se: 83,3%, Sp: 91,2%. **Kết luận:** Các tổ hợp triệu chứng tím tái, điểm mMRC, huyết áp trung bình thang điểm CURB -65, BAP-65, PaCO₂ có giá trị tốt trong tiên lượng nhu cầu thở máy của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Từ khóa: Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tiên lượng nhu cầu thở máy.

SUMMARY

THE VALUE OF SOME CLINICAL AND PARACLINICAL FACTORS IN PROGNOSIS THE NEED FOR MECHANICAL VENTILATION IN PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Research objective: To determine the value of some clinical and paraclinical factors in predicting the need for mechanical ventilation in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Subjects and methods:** 108 patients with COPD (43 patients with mechanical ventilation and 65 patients without mechanical ventilation), admitted to the Department of Emergency Resuscitation - National Hospital 74 from January 1, 2024 to September 15, 2024, diagnosed with COPD according to the standards of the Ministry of Health (2023). Patients were examined clinically and paraclinically at the time of admission. Assess the need for mechanical ventilation according to the standards of the Ministry of Health 2023. Synthesize clinical and paraclinical factors by univariate and multivariate logistic regression methods. **Research results:** Overall male/female ratio: (8.8/1), mean age: 73.1 + 10.4, from 42 to 99 years old. There was no difference in age, gender, number of acute episodes, duration of

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện 74 Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tình

Email: bsnguyentinh74@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025

illness between the 2 groups. ($p > 0.05$). The prognostic value of the need for mechanical ventilation of the clinical and paraclinical combination when analyzed by multivariate analysis: cyanosis (OR;0.08), mean blood pressure (OR;0.92), mMRC ≥ 3 (OR;9.62), CURB-65 score (OR;3.21) had independent value in predicting the risk of mechanical ventilation in acute episodes of COPD ($p < 0.05$). **In NIV:** AUCROC of CURB-65, BAP-65, PaCO₂: 0.67; 0.72; 0.76 ($p < 0.05$), cut-off points: CURB-65 > 2 Se: 47.7%, Sp: 89.8%, PaCO₂ > 56 mmHg: Se: 53.8%, Sp: 86.9%, BAP-65 > 3 Se: 38.5%, Sp: 85.4%. **In IV:** AUCROC of CURB-65: 0.92, BAP-65: 0.85, PaCO₂: 0.86 ($p < 0.05$), cut-off points: BAP-65 > 3 , Se: 27.3%, Sp: 100%, CURB-65 > 2 , Se: 48.8%, Sp: 97.8%, PaCO₂ > 69 mmHg, Se: 83.3%, Sp: 91.2%. **Conclusion:** The combination of cyanosis, mMRC score, mean arterial pressure, CURB -65, BAP-65, PaCO₂ scores have good value in predicting the need for mechanical ventilation in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. **Keywords:** Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease, prognosis the need for mechanical ventilation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (ĐCBPTNMT) là tình trạng nặng lên trong vòng 14 ngày qua, được đặc trưng bởi khó thở và/hoặc ho khạc đờm, có thể kèm tăng tần số thở và/hoặc tăng nhịp tim, thường liên quan đến tăng đáp ứng viêm tại phổi hoặc toàn thân do nhiễm trùng phế quản hoặc do ô nhiễm không khí hoặc do tổn hại khác với phế quản. Các đợt cấp là một diễn biến xấu trong quá trình tiến triển của bệnh và là gánh nặng cả về sức khỏe, chi phí cho người bệnh. Trong điều trị đợt cấp nặng, nguy kịch, thở máy không xâm nhập và thở máy xâm nhập ở bệnh nhân ĐCBPTNMT có vai trò hết sức quan trọng [1]. Xác định sớm các yếu tố nguy cơ có giá trị tiên lượng thở máy trong đợt cấp là hết sức cần thiết trong thực hành, giúp phân loại mức độ bệnh và kịp thời có các biện pháp điều trị thích hợp để giảm tỷ lệ tử vong của bệnh. Tuy nhiên, việc tiên lượng chính xác các yếu tố nguy cơ diễn biến nặng và thở máy trong đợt cấp rất khó khăn do sự đa dạng và phong phú của các yếu tố ảnh hưởng. Hiện nay, một số nghiên cứu cho thấy vai trò của các thang điểm trong tiên lượng tử vong và nhu cầu thở máy ở bệnh nhân BPTNMT trong đợt cấp thang điểm BODE và DECAF. Tại Việt Nam, theo Nguyễn Văn Long và cs(2021), hai thang điểm DECAF và BAP-65 đều có giá trị tiên lượng tử vong và nhu cầu thở máy ở các bệnh nhân BPTNMT trong đợt cấp, nhưng thang điểm DECAF có giá trị tiên lượng cao hơn [2]. Tuy nhiên các nghiên cứu còn ít đánh giá tổng hợp về giá trị của các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng trong tiên lượng nhu cầu thở máy trong đợt

cấp BPTNMT. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Xác định giá trị của một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng trong tiên lượng nhu cầu thở máy ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 108 bệnh nhân ĐCBPTNMT: (43 bệnh nhân thở máy và 65 bệnh nhân không thở máy), nhập viện điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện 74 Trung ương từ 01/01/2024 - 15/9/2024, chẩn đoán ĐCBPTNMT theo tiêu chuẩn Bộ Y tế (2023)[1].

- Loại trừ những bệnh nhân không có đủ tư liệu về chức năng hô hấp, có các bệnh lý phổi khác như lao phổi tiến triển, viêm phổi kẽ, xơ phổi, giãn phế quản, tràn dịch - tràn khí màng phổi, đã và đang có bệnh lý ác tính, suy tim xung huyết, nhồi máu cơ tim, di chứng đột quỵ, suy gan, suy thận nặng mà theo đánh giá của nghiên cứu viên sẽ ảnh hưởng đến khả năng thở máy của bệnh nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc, chọn mẫu thuận tiện.

Bệnh nhân được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm tại các thời điểm: khi nhập viện đánh giá nhu cầu thở máy xâm nhập, không xâm nhập và không thở máy.

Phương pháp xác định giá trị tiên lượng thở máy trong đợt cấp của các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng: đối tượng nghiên cứu gồm 2 nhóm thở máy và không thở máy, phân tích giá trị các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng tiên lượng thở máy trong đợt cấp.

+ Tiêu chuẩn đánh giá: BMI theo WHO (2000) của người Châu Á, thang điểm khó thở mMRC theo Stenton C. và cộng sự (2008), phân loại mức độ nặng đợt cấp nhập viện: theo GOLD (2023), thang điểm CURB-65 theo Lim W và cộng sự (2003), thang điểm BAP-65 theo Shorr A.F. và cộng sự (2011).

+ **Xử lý số liệu:** sử dụng phần mềm thống kê SPSS 26.0; phân tích hồi quy logistic đơn biến, đa biến để xác định các yếu tố nguy cơ thở máy trong đợt cấp. Tính OR, 95% CI, sự khác nhau có nghĩa khi $p \leq 0,05$. Xác định giá trị tiên lượng thở máy trong đợt cấp của 1 số chỉ số và thang điểm: tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và tiên đoán âm tính, diện tích dưới đường cong (AUC) ROC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- **Đặc điểm chung của bệnh nhân thở máy và không thở máy:** Tỷ lệ chung nam/nữ

cả hai nhóm: 8,8/1, chưa thấy có sự khác biệt về giới tính, tuổi, thời gian mắc bệnh, số đợt cấp/năm, BMI giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Số đợt cấp trung bình của cả 2 nhóm là: 2,0 + 1,5 đợt/năm.

Bảng 3.1. Phân tích đa biến các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ($n=108$)

Yếu tố	OR	p	Khoảng tin cậy 95%	
			Dưới	Trên
Tím tái	0,08	0,04	0,01	0,91
Nhịp thở >30 nhịp/phút	0,85	0,92	0,03	24,8
Huyết áp trung bình	0,92	0,03	0,86	0,99
Khó thở nặng (mMRC ≥ 3)	9,62	0,01	1,69	54,98
Anthonisen	0,63	0,86	0,1	14,78
Độ nặng đợt cấp (GOLD 2023)	1,3	0,81	0,15	11,02
CURB 65	3,21	0,04	1,08	9,58
BAP 65	0,95	0,94	0,3	3,1
Suy hô hấp	0,64	0,67	0,08	5,09
Giảm Protein	0,01	0,9	0,001	1,96
Ure tăng	0,47	0,38	0,09	2,5
PaCO ₂	1,03	0,29	0,97	1,09
Toan máu	1,83	0,95	0,11	10,61

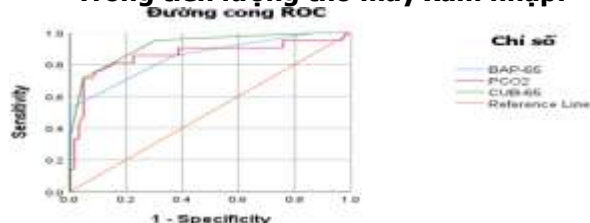
Nhận xét: Khi phân tích hồi quy đa biến cho thấy triệu chứng tím tái, chỉ số huyết áp

Bảng 3.3. So sánh giá trị tiên lượng thở máy không xâm nhập của thang điểm BAP-65, CURB-65 và chỉ số PaCO₂ ($n=87$)

Thang điểm	Thở máy không xâm nhập ($n=22$)	Không thở máy ($n=65$)	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)
CURB-65 >2	17	21	44,7	89,8	77,2	67,7
BAP-65 >3	15	24	38,5	85,4	68,2	63,1
PaCO ₂ >56	14	12	53,8	86,9	63,6	81,5

Nhận xét: Điểm CURB-65 >2 có khả năng tiên lượng TMKXN trong đợt cấp với độ nhạy 47,7%, độ đặc hiệu 89,8%. Chỉ số PaCO₂ > 56mmHg có giá trị tiên lượng thở máy với độ nhạy 53,8%, độ đặc hiệu 86,9, điểm BAP-65 > 3 có giá trị tiên lượng thở máy với độ nhạy 38,5%, độ đặc hiệu 85,4%.

- Trong tiên lượng thở máy xâm nhập:

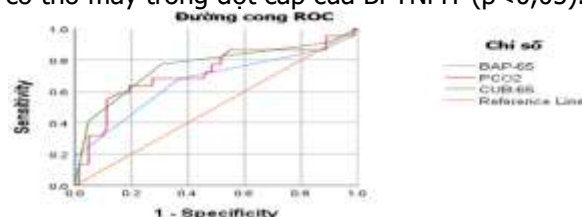


Biểu đồ 3.2. Đường cong ROC so sánh khả năng tiên lượng thở máy xâm nhập của thang điểm BAP-65, CURB-65 và chỉ số PaCO₂ ($n=86$)

Bảng 3.5. So sánh giá trị tiên lượng thở máy xâm nhập của thang điểm BAP-65, CURB-65 và chỉ số PaCO₂ ($n=86$)

Thang điểm	Thở máy xâm	Không thở máy	Se (%)	Sp (%)	PPV (%)	NPV (%)
------------	-------------	---------------	--------	--------	---------	---------

trung bình mức độ khó thở nặng (mMRC ≥ 3) và điểm CURB-65 có giá trị độc lập tiên lượng nguy cơ thở máy trong đợt cấp của BPTNMT ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.1. Đường cong ROC so sánh khả năng tiên lượng thở máy không xâm nhập trong đợt cấp của thang điểm, CURB-65, BAP-65 và chỉ số PaCO₂ ($n=87$)

Bảng 3.2. Khả năng tiên lượng thở máy không xâm nhập của thang điểm BAP-65, CURB-65 và chỉ số PaCO₂ ($n=87$)

Yếu tố	AUC	p	Khoảng tin cậy 95%	
			Dưới	Trên
CURB-65	0,67	0,02	0,52	0,81
BAP-65	0,72	0,002	0,58	0,86
PaCO ₂	0,76	0,001	0,63	0,89

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong AUC của thang điểm CURB-65, BAP-65 và chỉ số PaCO₂ trong tiên lượng khả năng thở máy không xâm nhập ở mức trung bình lần lượt: 0,67; 0,72 và 0,76 sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$).

năng tiên lượng thở máy xâm nhập trong đợt cấp của thang điểm BAP-65, CURB-65 và chỉ số PaCO₂ ($n=86$)

Bảng 3.4. Khả năng tiên lượng thở máy xâm nhập của thang điểm BAP-65, CURB-65 và chỉ số PaCO₂ ($n=86$)

Yếu tố	AUC	p	Khoảng tin cậy 95%	
			Dưới	Trên
CURB-65	0,92	0,001	0,85	0,99
BAP-65	0,85	0,001	0,75	0,95
PaCO ₂	0,86	0,001	0,74	0,97

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong của thang điểm CURB-65 là 0,92, điểm BAP-65 là 0,85 và chỉ số PaCO₂ là 0,86 cho thấy có giá trị cao trong tiên lượng thở máy xâm nhập trong đợt cấp có ý nghĩa ($p < 0,05$).

		nhập (n=21)	(n=65)				
CURB-65	>2	20	21	48,8	97,8	95,2	67,7
BAP-65	>3	21	56	27,3	100	100	13,8
PaCO2	>69	15	3	83,3	91,2	71,4	95,4

Nhận xét: Điểm CURB-65 >2 có khả năng tiên lượng thở máy trong đợt cấp với độ nhạy 48,8%, độ đặc hiệu 97,8%, PaCO2 > 69 mmHg có giá trị tiên lượng thở máy với độ nhạy 83,3%, độ đặc hiệu 91,2%, điểm BAP-65 >3 có giá trị tiên lượng thở máy với độ nhạy 27,3%, độ đặc hiệu 100%. Như vậy, chỉ số BAP-65 có độ đặc hiệu trong tiên lượng thở máy xâm nhập cao hơn so với điểm PaCO2 và CURB-65, trong khi đó điểm PaCO2 có độ nhạy cao hơn so với điểm BAP-65 và chỉ số CURB-65.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Tỷ lệ chung nam/nữ: (89,8/10,2; 8,8/1), ($p < 0,0001$). Tỷ lệ nam và nữ của 2 nhóm thở máy và không thở máy không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Tuổi trung bình của 2 nhóm: 73,1 + 10,4 tuổi, nhỏ nhất 42, lớn nhất 99 tuổi. Theo Đào Duy Tuyên, Lê Hữu Song và các cộng sự năm 2024, trên 138 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT điều trị tại khoa Nội Hô hấp có độ tuổi trung bình là $76,8 \pm 10,24$ [3], Nguyễn Thị Bích Ngọc và Phạm Văn An (2024), nghiên cứu 236 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT điều trị tại Bệnh viện Phổi trung ương có độ tuổi trung bình là $68,7 \pm 8,91$ [4]. So sánh kết quả của chúng tôi, tỷ lệ nam và nữ, nhóm tuổi khá tương đồng với các nghiên cứu đã công bố trước đó.

4.2. Giá trị tiên lượng thở máy của một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính

- Tổ hợp của các giá trị lâm sàng và cận lâm sàng trong tiên lượng thở máy ở đợt cấp BPTNMT: phân tích hồi quy đa biến tổ hợp 9 yếu tố lâm sàng và 4 yếu tố cận lâm sàng chúng tôi nhận thấy có 5 yếu tố: tím tái, huyết áp trung bình, (mMRC ≥ 3), điểm CURB-65 có giá trị độc lập tiên lượng nguy cơ thở máy trong đợt cấp của BPTNMT ($p < 0,05$). Trong đó giá trị dự báo cao nhất điểm mMRC >3 , OR:9,62;95% CI (1,69;54,98, $p = 0,01$), điểm CURB-65 OR 3,21;95% CI (1,08;9,58, $p = 0,04$), tím tái, huyết áp trung bình có giá trị dự báo thấp hơn. Nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp Roche N. và cộng sự (2008), với nhóm bệnh nhân đợt cấp nặng tại khoa cấp cứu hô hấp, các dấu hiệu lâm sàng nặng, rối loạn ý thức và sử dụng cơ hô hấp phụ là các yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập nguy cơ tử vong trong đợt cấp [5].

- Giá trị tiên lượng thở máy của tổ hợp thang

điểm và chỉ số PaCO2 trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

Trong tiên lượng thở máy không xâm nhập: Diện tích dưới đường cong AUC của thang điểm CURB-65, BAP-65 và chỉ số PaCO2 trong tiên lượng khả năng thở máy không xâm nhập ở mức trung bình lần lượt: 0,67; 0,72 và 0,76 sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$). Với các giá trị điểm cut-off: Điểm CURB-65 >2 có khả năng tiên lượng TMKXN trong đợt cấp với độ nhạy 47,7%, độ đặc hiệu 89,8%, chỉ số PaCO2 > 56mmHg có giá trị tiên lượng thở máy với độ nhạy 53,8%, độ đặc hiệu 86,9, điểm BAP-65 > 3 có giá trị tiên lượng thở máy với độ nhạy 38,5%, độ đặc hiệu 85,4%.

Trong tiên lượng thở máy xâm nhập: Diện tích dưới đường cong của thang điểm CURB-65 là 0,92, BAP-65: 0,85 và chỉ số PaCO2 là 0,86 cho thấy có giá trị cao trong tiên lượng thở máy xâm nhập trong đợt cấp. Điểm cắt có giá trị tiên lượng thở máy xâm nhập của BAP-65 là > 3 điểm, CURB-65 là > 2 điểm và PaCO2 > 69 mmHg. Điểm CURB-65 >2 có khả năng tiên lượng thở máy trong đợt cấp với độ nhạy 48,8%, độ đặc hiệu 97,8%, dự báo dương 95,2% và dự báo âm 67,7%. Chỉ số PaCO2 > 69 mmHg có giá trị tiên lượng thở máy với độ nhạy 83,3%, độ đặc hiệu 91,2% và dự báo dương 71,4%, dự báo âm 95,4%. Điểm BAP-65 > 3 có giá trị tiên lượng thở máy với độ nhạy 27,3%, độ đặc hiệu 100% và dự báo dương 100% và dự báo âm 13,8%. Như vậy, chỉ số BAP-65 có độ đặc hiệu trong tiên lượng thở máy xâm nhập cao hơn rõ rệt so với điểm PaCO2 và CURB-65, trong khi đó điểm PaCO2 có độ nhạy cao hơn so với điểm BAP-65 và chỉ số CURB-65. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các tác giả khác. Theo Trần Văn Đồng và cộng sự (2017); 419 bệnh nhân ĐCBPTNMT nhập viện vào cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 6 năm 2014; có 378 bệnh nhân (90,2%) không phải thở máy, 41 bệnh nhân (9,8%) phải thông khí nhân tạo xâm nhập (TKXN). Diện tích dưới đường cong (AUROC) của BAP-65 cho dự đoán sự cần thiết phải TKXN cao hơn AUROC của CURB-65: 0,93 (95% CI: 0,90-0,95) và 0,90 (95% CI: 0,87-0,93) với $p = 0,272$ [6]. Cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể lý giải cỡ mẫu nghiên cứu lớn hơn so với nghiên cứu này. Trong một nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Long, Nguyễn Lam và Tạ Bá Thắng (2021), trên 87 bệnh nhân được

chẩn đoán đợt cấp BPTNMT tại Trung tâm Nội hô hấp Bệnh viện Quân Y 103 năm 2020- 2021 cho thấy điểm BAP-65 ở ngưỡng > 1 điểm có giá trị tiên lượng thở máy với độ nhạy 60%, độ đặc hiệu 93,9%, diện tích đường cong ROC: 0,912 (95%CI: 0,818-1,0). Điểm BAP-65 > 3 điểm có giá trị tiên lượng tử vong với độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 94%, diện tích đường cong ROC: 0,93 (95%CI: 0,84-1,0) [2]. Theo Nguyễn Hữu Việt, Nguyễn Đăng Khiêm và Nguyễn Thế Anh (2024), giá trị của thang điểm HACOR trong tiên lượng thở máy không xâm nhập ở 31 bệnh nhân đợt cấp của BPTNMT: tại thời điểm trước thở máy có giá trị tiên lượng thất bại TMKXN ở bệnh nhân đợt cấp COPD cao tuổi là ≥ 5 điểm với AUC = 0,742, độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 71,65% và 86,72%. Điểm HACOR tại thời điểm 3 giờ sau thở máy có giá trị tiên lượng thất bại TMKXN trên 3 giờ ở bệnh nhân đợt cấp COPD cao tuổi là ≥ 6 điểm với AUC = 0,659, độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 71,65% và 86,72% [7].

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi rút ra một số kết luận ban đầu: Các tổ hợp triệu chứng tím tái, điểm mMRC, huyết áp trung bình, thang điểm CURB -65, BAP-65, PaCO₂ có giá trị tốt trong tiên lượng nhu cầu thở máy của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện. Tuy nhiên, nghiên cứu còn hạn chế vì số lượng bệnh nhân ít, mới chỉ đánh giá tại thời điểm nhập viện

tại khoa cấp cứu. Do đó cần nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn và thời gian dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2023)**; "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính", QĐ Số: 2767 /QĐ-BYT, ngày 04 tháng 7 năm 2023.
2. **Nguyễn Văn Long, Nguyễn Lam và Tạ Bá Thắng (2021)**; Giá trị thang điểm BAP-65 và DECAF trong tiên lượng tử vong và nhu cầu thở máy ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong đợt cấp. Tạp chí Y học Việt Nam. Tháng 12;509(1): 107–111.
3. **Đào Duy Tuyên, Lê Hữu Song và cộng sự (2023)**; Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tác nhân vi sinh của bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có viêm phổi. Tạp chí y dược lâm sàng. Tập 19-Số 2/2024. trang 1-9.
4. **Nguyễn Thị Bích Ngọc, Phạm Văn An (2024)**; Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có đái tháo đường. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 536, tháng 3, số 1 B -2024.
5. **Roche N., Zureik M., Soussan D., et al (2008)**. Predictors of outcomes in COPD exacerbation cases presenting to the emergency department. Eur Respir J, 32(4): 953–961.
6. **Trần Văn Đông, Nguyễn Văn Chi, Đỗ Ngọc Sơn (2017)**; So sánh giá trị dự đoán sự cần thiết phải thông khí nhân tạo của bảng điểm BAP-65 và CURB-65 ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Tập 7, số 2 - tháng 4/2017.
7. **Nguyễn Hữu Việt, Nguyễn Đăng Khiêm và Nguyễn Thế Anh (2024)**, Thang điểm HACOR trong thở máy không xâm nhập ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cao tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam. Tháng 5;538(2): 23–27.

NGUYÊN NHÂN VI SINH VẬT VÀ TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN GÂY VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lưu Hồng Thái^{1,2}, Đỗ Ngọc Quý¹,
Vũ Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Bích Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nguyên nhân vi sinh vật và tính kháng kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 252 bệnh nhi

được chẩn đoán xác định viêm phổi cộng đồng từ 8/2024 đến tháng 8/2025 tại Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Trẻ có độ tuổi từ 2-<12 tháng chiếm đa số trong nghiên cứu với 53,2%. Kết quả phân lập vi khuẩn ghi nhận *S. pneumoniae* chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 69,8%, tiếp theo là *S. aureus* với 18,3%, *H. influenzae* chiếm 7,5%. Trong các virus được phát hiện thì RSV chiếm tỷ lệ cao nhất với 32,8%. Sự đề kháng kháng sinh của *S. pneumoniae* gặp nhiều nhất ở các kháng sinh như erythromycin là 96,5%, clindamycin là 92%, tetracyclin là 90,9%; Sự đề kháng kháng sinh của *S. aureus* gặp nhiều nhất là benzyl penicillin với 95,5%, ceftriaxon là 92,3% và *H. influenzae* kháng ampicillin là 92,9%, ampicillin + sulbactam là 88,2%, TMP/SMZ, amoxicillin+clavulanic acid đều là 82,4%. **Kết luận:**

¹Trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Hồng Thái

Email: hongthaidktn@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025