

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH TẠI THỜI ĐIỂM VÀO KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC – CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Trần Hoài Linh¹, Nguyễn Thị Bảo Liên¹, Nguyễn Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm miêu tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tại thời điểm vào khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD được điều trị kháng sinh tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ 01/01/2025 đến 31/08/2025. **Kết quả:** Trong 53 bệnh nhân tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ: 10/1, tuổi trung vị là 73 tuổi với độ tuổi phổ biến là trên 60 tuổi chiếm 90,6%, tăng huyết áp và đái tháo đường là 2 bệnh đồng mắc phổ biến với 45,2% và 20,8%. Nhịp tim tương đối nhanh với trung vị là 114 lần/phút, tần số tim 100 – 150 lần/phút phổ biến với 71,7%, Nhiệt độ trung vị là 37 độ C, nhiệt độ phổ biến là 36 – 37,5 độ C chiếm 81,1%. Huyết áp tâm thu và tâm trương đều trong giới hạn bình thường với trung vị là 130 mmHg và 80 mmHg, trong đó có 9,4% bệnh nhân được sử dụng vận mạch. Phần lớn bệnh nhân được có hỗ trợ hô hấp với 60,4% sử dụng oxy liệu pháp, thở máy xâm nhập chiếm 24,5%. Các triệu chứng hô hấp phổ biến là tăng tình trạng dịch tiết phế quản với 93,1%, thay đổi tính chất màu sắc đờm với 67,9% và rale rít là 77,4%. **Kết luận:** Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính hay gặp trên bệnh nhân nam giới, cao tuổi và có tiền sử sử dụng thuốc lá, các triệu chứng lâm sàng hay gặp trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính là tình trạng tăng số lượng dịch tiết đờm, rale rít và sốt.

Từ khóa: đợt cấp COPD, triệu chứng hô hấp, nhiễm khuẩn.

SUMMARY

REVIEW SOME CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT THE TIME OF ADMITTANCE TO THE INTENSIVE RESUSCITATION – ANTI-POISON DEPARTMENT OF XANH PON GENERAL HOSPITAL

Objective: The study aims to describe some clinical characteristics of patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease at the time of admission to the Department of Intensive Care - Anti-Poison, Xanh Pon General Hospital. **Method:** A cross-sectional description study, data was collected on 53 patients was diagnosed

acute exacerbations of COPD who were treated with antibiotics at the Department of Intensive Care - Anti-Poison, Xanh Pon General Hospital from January, 2025 to August, 2025. **Results:** A 53 patients study in which the male/female patient ratio is 10/1, the median age is 73 years old with 90,6% of patient over 60 years old. Hypertension and diabetes are 2 common comorbidities with 45.2% and 20.8%. Heart rate was relatively fast with a median of 114 beats/minute, heart rate of 100-150 beats/minute was common with 71.7%. Median temperature was 37°C, common temperature was 36°C -37.5°C with 81.1%. Systolic and diastolic blood pressure were within normal limits with a median of 130 mmHg and 80 mmHg, of which 9.4% of patients used vasopressors. Most patients received respiratory support with 60.4% using oxygen therapy, invasive mechanical ventilation accounted for 24.5%. Common respiratory symptoms were increased bronchial secretions with 93.1%, changes in sputum color and properties with 67.9% and wheezing with 77.4%. **Conclusion:** Chronic obstructive pulmonary disease is common in male patients, elderly patients and patients with a history of tobacco use. Common clinical symptoms in patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease are increased sputum secretions, wheezing and fever. **Keywords:** COPD exacerbation, respiratory symptoms, infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một vấn đề y tế cộng đồng, là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới.¹ Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 1990 BPTNMT là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 6 và là nguyên nhân gây tàn phế đứng hàng thứ 12 trên toàn thế giới. Đến năm 2021 tỷ lệ tử vong do BPTNMT đã tăng lên đứng hàng thứ 4 gây ra 3,5 triệu ca tử vong vào năm 2021, chiếm khoảng 5% tổng số ca tử vong trên toàn cầu. Có nhiều nguyên nhân dẫn đến đợt cấp BPTNMT bao gồm nguyên nhân do nhiễm trùng và không nhiễm trùng. Nhiễm trùng đường hô hấp chịu trách nhiệm cho 70-80% các đợt cấp BPTNMT trong đó căn nguyên vi khuẩn chiếm từ 30 – 50% các trường hợp. Khoa Hồi sức tích cực – chống độc thường xuyên tiếp nhận và điều trị những bệnh nhân đợt cấp BPTNMT mức độ nặng, cần thông khí cơ học. Do đó việc xác định nguyên nhân đợt cấp đặc biệt là căn nguyên vi khuẩn gây bệnh trong đợt cấp là rất cần thiết. Đây cũng là căn cứ để lựa chọn kháng sinh ban đầu phù hợp cho điều trị nhằm giảm tỷ lệ sinh ra

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoài Linh

Email: linhtranhoai.ynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

các chủng vi khuẩn kháng thuốc, góp phần cải thiện kết quả điều trị, giảm chi phí và giảm tỷ lệ tàn tật do bệnh gây ra. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm "*Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tại thời điểm vào khoa Hồi sức tích cực – Chống độc Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và thiết kế nghiên cứu

• Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ BN được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT vào khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn

+ Có chỉ định dùng kháng sinh theo GOLD 2023.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Có các bệnh phổi hợp như: Lao phổi, ung thư phổi

• **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

• **Thời gian nghiên cứu:** Từ 01/01/2025 đến 31/08/2025

• **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn.

• Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn được lấy vào nghiên cứu

+ Thu thập thông tin theo mục tiêu nghiên cứu tại thời điểm nhập khoa, theo dõi cho đến khi bệnh nhân ra viện hoặc chuyển khoa

+ Xử lý và phân tích số liệu theo mục tiêu nghiên cứu

2.2. Xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê y học và sử dụng phần mềm SPSS 22.0 Tính tỷ lệ phần trăm (%) đối với các biến định tính. Tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn đối với các biến định lượng liên tục. Dùng test khi bình phương để so sánh sự khác biệt giữa các tỷ lệ, $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê. Dùng t – test để so sánh sự khác biệt của hai giá trị trung bình. Dùng test kiểm định phi tham số để so sánh sự khác biệt của hai giá trị trung bình của các biến không chuẩn, $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Quy trình nghiên cứu được thông qua tại Khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn đồng ý cho tiến hành nghiên cứu. Thông tin thu thập của bệnh nhân chỉ nhằm mục đích nghiên cứu, các thông tin cá nhân của bệnh nhân được hoàn toàn giữ bí mật

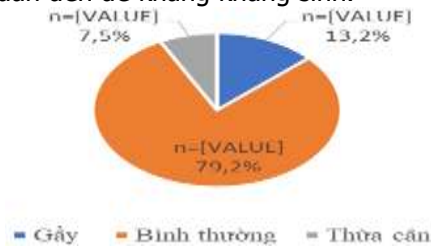
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD được sử dụng kháng sinh tại khoa Hồi sức tích cực – Chống độc, Bệnh viện Xanh Pôn

Bảng 1: Một số đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu $N = 53$

		Số lượng (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Giới tính	Nam	48	90,6%
	Nữ	5	9,4%
Tuổi	Dưới 60	5	9,45
	60 – 80	38	71,7%
	Trên 80	10	18,9%
Tiền sử	Đái tháo đường	11	20,8%
	Suy tim	10	18,9%
	Tăng huyết áp	24	45,3%
	Khác	12	22,6%
Tiền sử liên quan đến đề kháng kháng sinh	Sử dụng thuốc lá	44	83%
	Năm viện trong 3 tháng	16	30,2%
	Sử dụng kháng sinh trong 3 tháng	17	32,1%

Nhận xét: Trong nghiên cứu, hầu hết là bệnh nhân nam giới có tuổi trên 60, trong các bệnh lý đồng mắc đái tháo đường và tăng huyết áp và đái tháo đường là các bệnh lý phổ biến nhất. Có khoảng 1/3 số bệnh nhân có tiền sử liên quan đến đề kháng kháng sinh.



Biểu đồ 1: Phân bố chỉ số BMI

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn có chỉ số BMI ở mức bình thường.

Bảng 2: Một số đặc điểm khi nhập viện

		Số lượng (n)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Nơi chuyển đến	Cộng đồng	12	22,6%
	Bệnh viện	41	77,4%
Nguyên nhân nhập viện	Suy hô hấp	47	88,7%
	Shock nhiễm khuẩn	1	1,9%
	Tràn khí màng phổi	2	3,8%
	Ngừng tuần	1	1,9%

Hỗ trợ hô hấp	hoàn		
	Khác	2	3,8%
	Thở máy xâm nhập	19	35,8%
	Thở máy NIV	2	3,8%
	Oxy liệu pháp	32	60,4%

N = 53

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân bệnh viện cao gần gấp 3 lần bệnh nhân cộng đồng, trong đó nguyên nhân suy hô hấp chiếm ưu thế với 88,7%, phần lớn bệnh nhân cần hỗ trợ oxy và chỉ có 1/3 số bệnh nhân cần thở máy xâm nhập.

Bảng 3: Một số đặc điểm về huyết động

			Số lượng	Tỷ lệ phần trăm
Nhịp tim	Giá trị	Trung vị: 114 – tứ phân vị: 100 – 123,5; Min: 69 – Max: 168		
	Phân loại nhịp tim	Dưới 100	14	26,4%
		100 -150	38	71,7%
		Trên 150	1	1,9%
Điểm GCS	Giá trị	GCS trung vị 15 – Tứ phân vị: 14 – 15; Min: 3 – Max: 15		
	Phân độ	Dưới 10 điểm	3	5,7%
		10 – 13 điểm	7	13,2%
		14 – 15 điểm	43	81,1%
Nhiệt độ	Giá trị	Trung vị: 37 – tứ phân vị: 36,7 – 37,2; Min: 36 – Max: 39		
	Phân loại	Dưới 36	2	3,8%
		36 – 37,5	43	81,1%
		37,5 – 38,5	7	13,2%
		Trên 38,5	1	1,9%
Huyết áp tâm thu	Giá trị	Trung vị: 130 – tứ phân vị: 120 – 140; Min: 90 – Max: 200		
	Phân loại huyết áp tâm thu	Dưới 90	2	3,8%
		90 – 120	14	26,4%
		Trên 120	37	69,8%
Huyết áp tâm trương	Giá trị	Trung vị: 80 – tứ phân vị: 70 – 80; Min: 50 – Max: 110		
	Phân loại huyết áp tâm trương	Dưới 60	5	9,4%
		60 – 90	44	83%
		Trên 90	4	7,5%
Sử dụng vận mạch	Có		5	9,4%
	Không		48	90,6%

N = 53

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu hầu hết không sốt, huyết áp tâm thu và tâm trương trong giới hạn bình thường, không sử dụng vận mạch, nhịp tim dao động ở mức 100 – 150 l/p.

Bảng 4: Đặc điểm tình trạng hô hấp

			Số lượng	Tỷ lệ phần trăm
SpO2	Giá trị	Trung vị: 93 – tứ phân vị: 89 – 96,5; Min: 38 – Max: 100		
	Phân loại	Dưới 88	9	17%
		88 – 92	17	32,1%
		Trên 92	27	50,9%
Fio2	Giá trị	Trung vị: 40 – tứ phân vị: 31,5 – 40; Min: 21 – Max: 60		
	Phân loại	Dưới 40	43	81,1%
		40 – 60	10	18,9%
		Trên 60	0	0%
Nhịp thở	Giá trị	Trung vị: 22 – tứ phân vị: 20 – 25; Min: 20 – Max: 30		
	Phân độ	20 – 25	35	66,04%
		Trên 25	18	33,96%
Tình trạng dịch tiết phế quản	Không có		1	1,9%
	Ít		20	37,7%
	Nhiều		32	60,4%
Tình trạng tính chất dịch tiết phế quản	Trong		17	32,1%
	Đục/xanh/vàng		36	67,9%
Khả năng ho khác	Tốt		25	47,2%
	Kém		28	52,8%
Rale nổ	Có		29	54,7%
	Không		24	45,3%
Rale rít	Có		41	77,4%
	Không		12	22,6%
Rale ngáy	Có		11	20,8%
	Không		42	79,2%

N = 53

Nhận xét: Đặc điểm về tình trạng hô hấp gặp nhiều nhất liên quan đến nhiều dịch tiết phế quản, tính chất dịch tiết đục/xanh/vàng và rales nổ, rales rít. Phần lớn bệnh nhân có chỉ số SpO2 trên 92% và không cần tăng Fio2

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 8 năm 2025, tổng số 53 bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thỏa mãn tiêu chuẩn chọn được đưa vào nghiên cứu. Trong số các bệnh nhân đợt cấp BPTNMT, tỷ lệ bệnh nhân nam là 90,6% cao hơn hẳn so với tỷ lệ nữ: 9,4%. Điều này có thể lý giải là do tình trạng hút thuốc lá thường gặp hơn ở nam giới tại Việt Nam nói riêng và trên thế giới nói chung và hút thuốc lá là một trong những nguyên nhân phổ biến dẫn đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tuổi thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm tuổi 60-80, chiếm tỷ lệ 71,7%. Trong đó tuổi trung bình của bệnh nhân là 73, bệnh nhân

có tuổi thấp nhất là 47, lớn tuổi nhất là 101. Kết quả này cũng tương tự như của Phạm Lê Nhật Thảo, Nguyễn Văn Linh. Trong số các bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nhập khoa HSTC-CD, bệnh lý nền gặp nhiều nhất là tăng huyết áp (45,3%), sau đó lần lượt là đái tháo đường tuýp II (20,8%) và suy tim (18,9%). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Natasha Cordeiro tổng hợp từ các nghiên cứu trong giai đoạn 2020 – 2021 với tỷ lệ các bệnh nền thường gặp ở bệnh nhân BPTNMT là tăng huyết áp (17 – 64,7%), đái tháo đường (10,2 – 45%). Cũng theo nghiên cứu tổng quan này, những bệnh lý nền, đặc biệt là các bệnh lý về tim mạch và đái tháo đường, thường gặp ở bệnh nhân BPTNMT, trong đó có một số bệnh lý sẽ liên quan phần nào đến nguy cơ tử vong ở bệnh nhân BPTNMT trong các đợt cấp.

Trong số 53 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá chiếm 83%. Kết quả này cũng tương đồng với tỷ lệ hút thuốc lá thường gặp ở các bệnh nhân BPTNMT trên thế giới (70% ở các nước thu nhập cao, 30 – 40% ở các nước có thu nhập thấp và trung bình).² Tương tự như vậy, tại Việt Nam, 75% số ca mắc BPTNMT có tiền sử hút thuốc.⁴ Bên cạnh các yếu tố nguy cơ khác như ô nhiễm môi trường, nhiễm khuẩn hô hấp tái diễn, tăng tính phản ứng đường thở (hen phế quản hoặc viêm phế quản co thắt), hút thuốc lá, thuốc lá là từ lâu nay đã được xem là nguyên nhân hàng đầu của BPTNMT. Gần một phần ba số bệnh nhân trong nghiên cứu có tiền sử sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch trước khi vào viện, tương đương với gần một phần ba bệnh nhân trong nghiên cứu mắc đợt cấp trong vòng 3 tháng gần đây hoặc một bệnh lý nhiễm trùng khác cần phải nhập viện và sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch. Bên cạnh đó, hơn một nửa số bệnh nhân có trên 2 đợt cấp BPTNMT trong vòng một năm. Các tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Phạm Lê Nhật Thảo (2022) và Nguyễn Văn Linh (2024). Có thể là do việc quản lý BPTNMT trong giai đoạn ổn định đã được quan tâm nhiều hơn thông qua đơn vị quản lý BPTNMT của bệnh viện cũng như là sự tuân thủ điều trị và dự phòng đợt cấp của các bệnh nhân đang ngày một tốt lên. Mặc dù vậy, vẫn cần rất thận trọng trong công tác quản lý BPTNMT để giảm tần suất nhập viện và tiến triển đợt cấp ở bệnh nhân BPTNMT nhờ đó giảm nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng và nấm.

Về ý thức, tỷ lệ bệnh nhân VPLQTM có GCS 14 – 15 điểm gặp nhiều nhất 81,1%, có tỷ lệ nhỏ BN có GCS < 8 điểm (5,7%). Thay đổi ý

thức ở bệnh nhân đợt cấp BPTNMT cũng là một trong các yếu tố đánh giá tình trạng suy hô hấp, đặc biệt ở mức độ nặng hoặc nguy kịch rối loạn ý thức có thể liên quan đến tình trạng tăng CO₂ máu. Tuy nhiên, việc này khó có thể chính xác một cách tuyệt đối bởi ở những bệnh nhân có điểm Glasgow < 15 điểm từ trước khi nhập khoa, đặc biệt ở những bệnh nhân di chứng đột quỵ não, sa sút trí tuệ, Alzheimer hoặc nằm một chỗ nhiều năm. Bên cạnh đó, việc sử dụng thuốc an thần, giảm đau hoặc giãn cơ trong quá trình đặt ống nội khí quản có thể ảnh hưởng đến tình trạng ý thức của người bệnh.

Về các chỉ số huyết động, chúng tôi nhận thấy, nhịp tim trung vị là tương đối cao với 114 nhịp/phút, nhịp tim cao nhất ghi nhận được là 168 l/p, nhịp tim chậm nhất ghi nhận được là 69 lần/phút. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng tăng nhịp tim là một trong những tình trạng hay gặp ở các bệnh nhân mắc đợt cấp COPD, trong nghiên cứu của Đỗ Khánh Linh ghi nhận có 58,5% bệnh nhân có tình trạng nhịp tim tăng trên 100 l/phút, với nghiên cứu của Đỗ Thị Vân Anh tỷ lệ này là 65%, với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoài Phương tỷ lệ này là 70%, còn trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 71,7% bệnh nhân có nhịp tim từ 100 lần/phút đến 150 lần/phút, ghi nhận 1 trường hợp có nhịp tim 168 lần/phút, đây là bệnh nhân mắc COPD lâu năm có kèm theo tình trạng tâm phế mạn và có tình trạng rung nhĩ đáp ứng tần số thất nhanh. Có nhiều lý do để giải thích cho kết quả nghiên cứu này, lý do đầu tiên cũng là lý do phổ biến nhất, đó là phần lớn bệnh nhân trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi nhập viện trong tình trạng suy hô hấp bao gồm có tăng tần số thở và tăng công thở, điều này ít nhiều làm tăng gánh nặng lên hệ tim mạch và gây đáp ứng tăng nhịp tim.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá tình trạng hô hấp trên lâm sàng bằng chỉ số SpO₂ và nhịp thở. Chúng tôi nhận thấy với quần thể nghiên cứu này đều có sự gia tăng nhịp thở, có gần 2/3 số bệnh nhân có tình trạng tăng nhịp thở nhẹ với 20 đến 25 lần/phút và có 18/53 bệnh nhân có tình trạng nhịp thở tăng cao, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu hay các báo cáo khác về đợt cấp COPD. Trong tiêu chuẩn chẩn đoán Anthonisen, khó thở tăng lên là một trong ba tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp COPD. Với các bệnh nhân COPD, các bệnh nhân này luôn trong tình trạng suy hô hấp mãn tính với đặc trưng là sự tắc nghẽn, khi bệnh nhân có các đợt cấp, làm cho các cơ chế này vượt lên làm tình trạng co thắt trở nên mạnh mẽ hơn, bên cạnh đó là quá trình viêm của niêm mạc đường

hô hấp làm cho quá trình hô hấp diễn ra khó khăn hơn,. Bên cạnh đó là sự rối loạn hệ số Va/Q do quá trình viêm phổi mang lại càng làm cho khó thở tăng lên. Trong cá nghiên cứu về đợt cấp COPD như của Đỗ Khánh Linh, Đỗ Văn Anh hay của Nguyễn Thị Hoài Phương cũng ghi nhận khó thở tăng lên gặp ở hầu hết các bệnh nhân mắc bệnh phổi mãn tính. Tình trạng khó thở tăng lên trong tiêu chuẩn của Anthonisen chỉ viết vắn tắt là "tình trạng khó thở tăng lên", tuy nhiên khi chuyển hóa thành lâm sàng thì biểu hiện của tiêu chuẩn này là tương đối phong phú, trong đó, việc tăng tần số thở là triệu chứng xuất hiện sớm nhất và dễ để nhận biết nhất.

V. KẾT LUẬN

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính hay gặp trên bệnh nhân nam giới, cao tuổi và có tiền sử sử dụng thuốc lá, các triệu chứng lâm sàng hay gặp trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính là tình trạng tăng số lượng dịch tiết

đờm, rale rít và sốt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Xuyên.** Nghiên cứu tình hình dịch tễ bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mạn tính tại Việt Nam. Tạp chí Y học thực hành (704) – số 2/2010. 2010.
2. **Lê Nhật Huy.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và đánh giá kết quả can thiệp điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại tỉnh Nghệ An. Luận án Tiến sĩ Y học trường Đại học Y Hà Nội. 2020.
3. **Phan Thanh Thủy.** Đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ đợt cấp Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người bệnh tại một số đơn vị quản lý ngoại trú. Tạp chí nghiên cứu Y học 160 (12V1). 2022.
4. **Sohy C.** Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and antibiotics: what studies are still needed? European Respiratory Journal. 2002;19(5):966-975. doi:10.1183/09031936.02.00291302
5. **Agusti A.** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Am J Respir Crit Care Med. 2023; 207(7): 819-837. doi:10.1164/rccm.202301-0106PP

PHỤC HỒI THẦN KINH HOÀN TOÀN SAU NGỪNG TIM DO TAI NẠN KÉP: ĐIỆN GIẬT VÀ ĐUỐI NƯỚC - MỘT CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP

Lê Thị Minh Hương¹, Lê Viết Cường¹

TÓM TẮT

Ngừng tim ngoài bệnh viện (OHCA) là một tình trạng cấp cứu nguy kịch với tỷ lệ tử vong cao. Việc phục hồi hoàn toàn chức năng thần kinh sau OHCA là rất hiếm, đặc biệt trong các tình huống phức tạp có nhiều cơ chế tổn thương phối hợp. Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 30 tuổi bị ngừng tim do tai nạn kép: điện giật và đuối nước. Bệnh nhân được người thân ép tim và thổi ngạt ngay tại hiện trường, sau đó được vận chuyển đến bệnh viện. Tại khoa Cấp cứu, bệnh nhân được sốc điện sớm, đặt nội khí quản, bóp bóng qua ống nội khí quản với oxy, dùng thuốc theo phác đồ và nhanh chóng khôi phục tuần hoàn tự phát. Trong quá trình hồi sức tích cực tại khoa Hồi sức, bệnh nhân được điều trị hạ thân nhiệt chủ động (TTM), chăm sóc đa chuyên khoa và can thiệp chuyên sâu kịp thời, xử lý các biến chứng. Bệnh nhân tiến triển thuận lợi, cai thở máy sau 4 ngày, hồi phục hoàn toàn chức năng thần kinh và được xuất viện với tình trạng ổn định vào ngày thứ 11 của bệnh. Trường hợp này cho thấy vai trò quyết định của hồi sức tim phổi (CPR) chất lượng cao tại hiện trường, sốc điện sớm và

chiến lược chăm sóc hậu hồi sức đa chuyên khoa trong việc tối ưu hóa kết quả thần kinh ở bệnh nhân OHCA phức tạp.

Từ khóa: Ngừng tim ngoài viện; Điện giật; Đuối nước; Hồi sinh tim phổi; Hạ thân nhiệt chủ huy.

SUMMARY

COMPLETE NEUROLOGICAL RECOVERY AFTER CARDIAC ARREST DUE TO A DUAL ACCIDENT: ELECTROCUTION AND DROWNING – A RARE CASE REPORT

Out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) is a life-threatening emergency with a high mortality rate. Complete neurological recovery after OHCA is extremely rare, especially in complex situations involving multiple mechanisms of injury. We report the case of a 30-year-old male who experienced cardiac arrest due to a dual accident: electrocution and drowning. The patient received chest compressions and rescue breaths performed by relatives immediately at the scene, followed by transportation to the hospital. At the Emergency Department, early defibrillation was delivered, endotracheal intubation was performed, bag-valve ventilation via an endotracheal tube with supplemental oxygen was provided, advanced cardiac life support medications were administered, and return of spontaneous circulation (ROSC) was achieved. During advanced resuscitative management in the Intensive Care Unit (ICU), the patient underwent targeted temperature

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Nha Trang

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Minh Hương

Email: huong.yc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025