

thống kê ($p=0,059$). Kết quả này gợi ý rằng đây có thể là một yếu tố nguy cơ tiềm tàng và cần được tiếp tục nghiên cứu trong các công trình lớn hơn với cỡ mẫu đủ mạnh để đưa ra kết luận chắc chắn hơn. Sự không nhất quán trong các nghiên cứu trước đây, như tổng quan của Vernier⁷ đã chỉ ra, có thể bắt nguồn từ sự khác biệt về cỡ mẫu và đặc điểm dân số, càng nhấn mạnh sự cần thiết của các nghiên cứu sâu hơn về vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Phân tích trên 919 trẻ sơ sinh xác định việc nằm NICU ≥ 5 ngày là yếu tố nguy cơ mạnh nhất, làm tăng nguy cơ "Không đạt" TEOAE lên 6,6 lần. Các yếu tố nguy cơ quan trọng khác bao gồm cân nặng lúc sinh rất thấp ($\leq 1500g$), điểm Apgar 5 phút thấp (≤ 6) và tình trạng tăng huyết áp thai kỳ của mẹ. Việc xác định các nhóm trẻ có nguy cơ này là rất quan trọng để triển khai chiến lược tầm soát và theo dõi chuyên biệt, nhằm phát hiện sớm và can thiệp kịp thời tình trạng nghe kém.

VI. KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu xác định trẻ nằm NICU ≥ 5 ngày là nhóm nguy cơ cao nhất không đạt TEOAE, cung cấp bằng chứng ủng hộ các hướng dẫn quốc tế về sàng lọc chuyên biệt cho đối tượng này. Tất cả trẻ có nguy cơ (nằm NICU, cân nặng rất thấp, Apgar thấp) cần được theo dõi thính lực định kỳ sau xuất viện, ngay cả khi đã đạt sàng lọc ban đầu, để phát hiện kịp thời tình trạng nghe kém khởi phát muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Newborn and infant hearing screening: current issues and guiding principles for action. WHO, editor. Geneva: World Health Organization; 2010.
2. **American Academy of Pediatrics JCoIH.** Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics. 2019;144(2):e2019-1357.
3. **Emma Butcher CD, Mario Cortina-Borja, Rachel L Knowles.** Prevalence of permanent childhood hearing loss detected at the universal newborn hearing screen: Systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2019;14(7):e0219600.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG THỨC THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM NHẬP BIPAP TRÊN BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP COPD TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẢI DƯƠNG

Đinh Thị Hoa¹, Dương Văn Hùy², Nguyễn Thị Thu Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của phương thức thông khí không xâm nhập BiPAP trên bệnh nhân đợt cấp COPD. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng, tiến cứu. Gồm 40 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Cách chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tỷ lệ nam giới chiếm đa số 85%. Độ tuổi trung bình $74,08 \pm 9,75$. Sau can thiệp có một số chỉ số cải thiện như sau: Tần số thở; tần số tim; huyết áp trung bình giảm dần trong quá trình thở máy. SpO_2 , pH và PaO_2 máu tăng dần và tình trạng tím cải thiện sau thở máy. $PaCO_2$ máu trung bình giảm dần. HCO_3^- máu trung bình khác biệt có ý nghĩa thống kê ở hai nhóm người bệnh tại thời điểm sau 12h can thiệp. Nghiên cứu có 80% người bệnh đáp ứng với thở máy và bỏ được máy thở. **Kết luận:** Từ những kết quả khả quan

trên, chúng tôi có sở chỉ định thêm các phương thức can thiệp khác, như điều trị nội khoa, đặc biệt không dùng thuốc như PHCN sớm và đúng kỹ thuật sẽ nâng cao được hiệu quả điều trị chung và chăm sóc PHCN cho bệnh nhân đợt cấp COPD trên lâm sàng.

Từ khóa: lâm sàng, cận lâm sàng, đợt cấp COPD, BiPAP

SUMMARY

FINDING OUT THE RESULTS OF TREATMENT BY NON-INVASIVE VENTILATION BIPAP IN PATIENTS WITH COPD EXACERBATIONS AT HAI DUONG GENERAL HOSPITAL

Objective: To finding out the clinical and paraclinical characteristics of non-invasive ventilation BiPAP in patients with acute COPD. **Method:** The study design used a non-controlled, prospective interventional study. Including 40 eligible patients selected for the study. The sampling method was convenient. **Results:** The proportion of men accounted for the majority of 85%. The average age 74.08 ± 9.75 . After intervention, some indicators improved as follows: Respiratory rate; heart rate; average blood pressure decreased gradually during mechanical ventilation. SpO_2 , pH and PaO_2 increased

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Hoa

Email: hoadinghoa@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

gradually and cyanosis improved after mechanical ventilation. Average blood PaCO₂ decreased gradually. Average blood HCO₃⁻ had a statistically significant difference between the two groups of patients at 12 hours after intervention. The study had 80% patients responding to mechanical ventilation and being able to get off the ventilator. **Conclusion:** From the above positive results, we have the basis to indicate additional intervention methods in combination, such as medical treatment, especially non-drug treatment such as early technicals physiotherapy/rehabilitation, which will improve the overall treatment effectiveness and rehabilitation care for patients with exacerbations of COPD. **Keywords:** clinical, paraclinical, COPD exacerbations, BiPAP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh thường gặp trong lâm sàng bệnh hô hấp, bệnh diễn biến mạn tính có thể dự phòng tái phát và điều trị được các đợt cấp, đặc trưng với các triệu chứng hô hấp: ho đờm, khó thở kéo dài dai dẳng gây giới hạn đường thở hoặc phế nang. Hiện nay, tỷ lệ tử vong do COPD đứng hàng thứ ba chỉ sau bệnh tim thiếu máu cục bộ và đột quỵ và đa số các trường hợp tử vong đều xảy ra trong đợt cấp. Đợt cấp COPD là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân phải nhập viện, tàn phế, tử vong và tăng gánh nặng về kinh tế, y tế cho xã hội. Hơn 50% chi phí để điều trị COPD được sử dụng để điều trị trong các đợt cấp. Do đó, GOLD đã khuyến cáo rằng để điều trị hiệu quả đợt cấp cần kết hợp điều trị tích cực thuốc giãn phế quản với các phương pháp khác bao gồm cả phục hồi chức năng; trong đó phương pháp thông khí nhân tạo không xâm nhập ngày càng được áp dụng rộng rãi. Hiệu quả là cải thiện chức năng hô hấp và khí máu, ưu thế về giảm tỷ lệ viêm phổi liên quan đến thở máy xâm nhập, tránh tai biến do đặt nội khí quản và mở khí quản, cai máy thuận lợi, giảm số ngày điều trị, chi phí điều trị và trên hết là giảm tỷ lệ tử vong.

Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, chúng tôi đã áp dụng phương pháp can thiệp này, tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp của phương pháp, làm cơ sở cho chỉ định các phương thức khác phối hợp cho bệnh nhân đợt cấp COPD, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Được chẩn đoán là COPD theo các tiêu chuẩn chuyên môn do Bộ Y tế ban hành.
- Được chẩn đoán là đợt cấp COPD.
- Phân loại mức độ nặng theo tiêu chuẩn

Anthonisen (1987).

- Bệnh nhân đợt cấp COPD có chỉ định TKNTKXN. Có ít nhất 2 tiêu chuẩn sau:

- Khó thở vừa tới nặng có cơ kéo cơ hô hấp phụ và hô hấp nghịch thường.

- Toan hô hấp: pH \leq 7,35 và/hoặc PaCO₂ \geq 45mmHg.

- Tần số thở >25 lần/phút.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có chống chỉ định thở máy không xâm nhập.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, không nhóm chứng, tiến cứu

2.3. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu:

Lấy mẫu thuận tiện, các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đều cho vào NC. NC lấy 40 bệnh nhân.

2.4. Tiến hành nghiên cứu

2.4.1. Phương tiện nghiên cứu

Phiếu nghiên cứu

Máy thở: Nhãn hiệu Philips BiPAP Auto BiFlex System One do hãng Philips sản xuất. Quy trình thở máy theo hướng dẫn của Bộ y tế và mask dùng cho người bệnh là loại mũi miệng.

2.4.2. Quy trình nghiên cứu

- Bước 1: Bệnh nhân đến khám và làm các xét nghiệm để chẩn đoán xác định COPD theo tiêu chuẩn, sàng lọc các bệnh lý khác, phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Thu thập thông tin theo phiếu và thang đo.

- Bước 2: Bệnh nhân được tư vấn tham gia nghiên cứu và chấp nhận tham gia nghiên cứu.

- Bước 3: Tiến hành thực hiện kỹ thuật, thu thập thông tin trước, sau thở 1 giờ, 12 giờ và 24 giờ và khi kết thúc nghiên cứu.

- Bước 4: Khám, đánh giá kết quả nghiên cứu tại các thời điểm. Trong suốt quá trình nghiên cứu, luôn theo dõi đánh giá các tai biến và diễn biến có thể xảy ra.

2.4.3. Quy trình thở BiPAP

Kết quả điều trị thở máy không xâm nhập được đánh giá: Thành công hay thất bại.

- Lý do thất bại: lý do người bệnh thất bại thở máy không xâm nhập: đặt ống nội khí quản, tử vong trong quá trình thở máy không xâm nhập, thở máy lại sau khi dừng thở dưới 24h.

- Thời gian thở máy: tính bằng ngày

- Các biến chứng trong quá trình thở máy không xâm nhập: đỏ da, loét sống mũi, chướng bụng, tràn khí màng phổi, xung huyết kết mạc, viêm phổi bệnh viện.

2.5. Xử lý số liệu: Dùng phần mềm SPSS 16.0 để xử lý số liệu.

2.6. Vấn đề đạo đức NC: Đảm bảo các vấn đề về đạo đức trong nghiên cứu lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

| Đặc điểm | Tỷ lệ | |
|---------------------------------|--------------|-----------|
| | Số BN (n) | Tỷ lệ (%) |
| Tuổi | | |
| 50-59 | 4 | 10 |
| 60-69 | 7 | 17.5 |
| 70-79 | 16 | 40 |
| 80-89 | 12 | 30 |
| > 90 | 1 | 2.5 |
| M ± SD | 74,08 ± 9,75 | |
| Giới | | |
| Nam | 34 | 85 |
| Nữ | 6 | 15 |
| Tiền sử hút thuốc | | |
| Có | 31 | 77.5 |
| Không | 9 | 22.5 |
| Đặc điểm bệnh nhân COPD | | |
| Thời gian phát hiện(năm) | 6,45 ± 4,84 | |
| Thấp nhất ÷ cao nhất | 1-20 | |
| Số lần nhập viện 1 năm gần nhất | 1,35 ± 1,027 | |
| Thấp nhất ÷ cao nhất | 0÷6 | |
| Bệnh đồng mắc | | |
| THA | 13 | 38.2 |
| Suy tim | 9 | 26.5 |
| Đái đường | 6 | 15 |
| Hen PQ | 2 | 5.9 |
| Bệnh khác | 4 | 11.8 |
| Yếu tố khởi phát đợt cấp | | |
| Nhiễm trùng hô hấp | 28 | 70 |
| Yếu tố khác | 12 | 30 |

Bảng 2. Thời gian thông khí xâm nhập BiPAP

| Nhóm | Thời gian điều trị (ngày) | | | | p |
|------------|---------------------------|------------|-----------|----------|-------|
| | n | M±SD | Ngắn nhất | Dài nhất | |
| Thành công | | 10,09±2,45 | 7 | 15 | 0,126 |
| Thất bại | | 8,5±3,07 | 3 | 12 | |
| Chung | | 9,78±2,62 | 3 | 15 | |
| Nhóm | Thời gian thở máy (ngày) | | | | p |
| | n | M±SD | Ngắn nhất | Dài nhất | |
| Thành công | | 6,0±2,9 | 2 | 12 | 0,148 |
| Thất bại | | 7,75±3,37 | 3 | 12 | |
| Chung | | 6,35±3,04 | 2 | 12 | |

3.1. Đáp ứng lâm sàng

Nhịp thở: Nhóm thành công nhịp thở giảm dần, trở về dưới ngưỡng thở thanh sau 24h là 24 lần/phút so với lúc bắt đầu TTKXN là 27,69 lần/phút. Nhóm thất bại nhịp thở cũng giảm ở thời điểm sau thở máy 1h và 12h so với lúc đầu là 27,63 lần/phút nhưng có xu hướng tăng sau 24h.

Nhịp thở trung bình của nhóm thành công từ sau TTKXN 24h là thấp hơn nhóm thất bại có ý

nghĩa thống kê (p<0,005).

Tần số tim: Tần số tim ở nhóm thành công giảm sau khi TTKXN 1h còn 88,97 lần/phút so với lúc bắt đầu là 94,16 lần/phút và dần ổn định tới 24h. Nhóm thất bại tần số tim giảm chậm từ 96 lần/phút lúc bắt đầu TTKXN xuống còn 95,75 lần/phút sau 1h TTKXN sau đó tăng nhẹ từ thời điểm từ 12h đến 24h (92,25 – 92,38).

Bảng 3. Đáp ứng về huyết áp trung bình

| Thời gian | Thay đổi HATB | | p |
|-----------|-----------------|---------------|-------|
| | Nhóm thành công | Nhóm thất bại | |
| Bắt đầu | 86,31 ± 5,095 | 87 ± 3,96 | >0,05 |
| Sau 1h | 85,59 ± 3,966 | 86,88 ± 4,64 | |
| Sau 12h | 84,81 ± 3,477 | 86,25 ± 4,8.3 | |
| Sau 24h | 84,06 ± 3,331 | 86,75 ± 4,921 | |

Bảng 4: Tình trạng tím

| Thời gian | Thành công | | Thất bại | | p |
|-----------|------------|------|----------|------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Bắt đầu | 31 | 96,9 | 6 | 75 | 0,623 |
| Sau 1h | 25 | 78,1 | 6 | 75 | 0,855 |
| Sau 12h | 9 | 28,1 | 6 | 75 | 0,014 |
| Sau 24h | 4 | 12,5 | 7 | 87,5 | 0,000 |

Tình trạng SpO2. Chỉ số SpO2 cải thiện sau khi TTKXN ở cả nhóm thành công và thất bại. Chỉ số SpO2 tại thời điểm sau 24h TTKXN của hai nhóm thành công và thất bại khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,008).

Thay đổi pH máu. pH trung bình của nhóm thành công tăng từ sau TTKXN 1h và tăng về mức bình thường đến 24h sau thở máy là 7,394. pH trung bình nhóm thành công cao hơn nhóm thất bại tại tất cả các thời điểm sau khi TTKXN ở mức có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Thay đổi PaO₂ (mmHg). Nhóm thành công PaO₂ tại thời điểm bắt đầu là 79,88 mmHg, sau TTKXN 1h là 84,59 mmHg và đến sau 24h là 87,66 mmHg. Ở tất cả các thời điểm sau TTKXN PaO₂ đều tăng. So với nhóm thành công thì nhóm thất bại có PaO₂ ở thời điểm 24h nhỏ hơn ở mức có ý nghĩa (p =0,017).

Thay đổi PaCO₂ (mmHg). Nhóm thành công PaCO₂ giảm ngay sau TTKXN từ 63,34 mmHg lúc bắt đầu còn 61,02 mmHg sau 1h, trở về mức 56 mmHg sau 24h. Tại các thời điểm sau TTKXN PaCO₂ đều giảm hơn so với thời điểm bắt đầu. So với nhóm thành công thì nhóm thất bại có PaCO₂ ở thời điểm sau

TTKXN 12h và 24h lớn hơn ở mức có ý nghĩa (p < 0,05).

3.2. Kết quả của phương pháp

- Tỷ lệ thành công của phương pháp TTKXN BiPAP là: 80%, tỷ lệ thất bại là: 20%.

- Trong nhóm thất bại, đa phần là do không hợp tác điều trị chiếm 63,5%.

IV. BÀN LUẬN

* Một số đặc điểm chung về đối tượng

NC. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam giới chiếm đa số 85%, gấp khoảng 5,7 lần nữ giới. Độ tuổi đối tượng nghiên cứu từ 55 đến 92 tuổi, trung bình $74,08 \pm 9,75$. Trong đó, có đến 40% người bệnh từ 70 đến 79 tuổi. Nghiên cứu của Bhattacharyya và cs năm 2011 trên 100 người bệnh nhập viện với tình trạng suy hô hấp tăng CO₂, tỷ lệ nam chiếm 88%, nữ 12%. Theo nghiên cứu của Trần Hoàng Thành độ tuổi trung bình: $68,85 \pm 9,45$. Theo Abroug và cộng sự năm 2016, độ tuổi trung bình là 68. Như vậy, tỷ lệ về giới trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với đặc điểm về giới của người bệnh BPTNMT nói chung.

Tỷ lệ người bệnh hút thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi là 77,5% và chỉ gặp ở nam giới, không có người bệnh nữ nào hút thuốc lá. Rất nhiều NC đã khẳng định hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ chính của BPTNMT.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp và suy tim là bệnh đồng mắc hay gặp nhất chiếm lần lượt 38,2%, 26,5%; ít gặp hơn: hen phế quản 5,9%. Một số nghiên cứu trong nước cho các kết quả khác nhau. Sự khác biệt có thể do đối tượng nghiên cứu, yếu tố dịch tễ, địa lý khác nhau. Tuy nhiên, nhóm các bệnh đồng mắc hay gặp nhất vẫn là các bệnh lý liên quan rối loạn chuyển hóa và tim mạch. Kết quả của chúng tôi nhận thấy nhiễm trùng là nguyên nhân hàng đầu khởi phát đợt cấp BPTNMT với tỷ lệ 70%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu trước nước, nhiễm khuẩn vẫn là yếu tố quan trọng nhất khởi phát đợt cấp BPTNMT.

* Đáp ứng lâm sàng và cận lâm sàng

Nhịp thở và tình trạng tím. Kết quả NC cho thấy, nhịp thở của cả 2 nhóm thành công lúc bắt đầu TKNTKXN không có sự khác biệt và đều giảm dần sau 1 giờ. Nhưng ở nhóm thành công thì giảm nhanh hơn và ổn định, trở về bình thường sau 24 giờ còn nhóm thất bại thì giảm dần nhưng sau đó tăng trở lại. Tại các thời điểm sau 24 giờ TKNTKXN sự giảm nhịp thở của 2 nhóm là khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tình trạng co kéo cơ hô hấp và tím cũng cải thiện sau 24 giờ ở mức có ý nghĩa ở nhóm thành công. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp với nghiên cứu trước đó, như NC của Bhattacharyya. Nhịp thở thấp cao lúc bắt đầu và sự giảm nhịp thở trong quá trình thở máy là một yếu tố tiên lượng sự thành công. Ngược lại, nhịp thở biến đổi thất thường hoặc tăng trong quá trình thở máy là yếu tố dự báo thất bại.

Đáp ứng về tần số tim và huyết áp trung bình.

Theo NC của chúng tôi, tần số tim của nhóm thành công thấp hơn nhóm thất bại ở sau thở máy nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tần số tim ở nhóm thành công giảm sau khi TKKXN 1h còn 88,97 lần/phút so với lúc bắt đầu là 94,16 lần/phút và dần ổn định tới 24h là 84,84 lần/phút, còn nhóm thất bại tần số tim giảm chậm từ 96 lần/phút lúc bắt đầu TKKXN xuống còn 95,75 lần/phút sau 1h TKKXN sau đó tăng nhẹ từ thời điểm từ 12h đến 24h ($92,25 - 92,38$).

Nghiên cứu của Đỗ Xuân Cảnh, tần số tim ở nhóm thành công giảm sau 2h thở máy và ổn định dần đến khi kết thúc. Nghiên cứu của Bhattacharyya (2011) cũng chỉ ra rằng tần số tim của nhóm thành công thấp hơn nhóm thất bại và giảm dần trong quá trình thở máy.

SpO₂. Kết quả của chúng tôi cho thấy, SpO₂ của hai nhóm thành công và thất bại khác biệt có ý nghĩa thống kê từ thời điểm 24h sau TKKXN ($p < 0,05$). Sự biến đổi SpO₂ của hai nhóm theo thời gian cũng không ổn định, dao động từ 90% đến 96%. Theo GOLD 2017, SpO₂ của người bệnh đợt cấp BPTNMT nên duy trì trong khoảng 88 – 92%. SpO₂ có thể chỉnh bằng FiO₂ của máy thở. Tuy nhiên, SpO₂ phụ thuộc rất nhiều yếu tố khác nhau: hở mask, sự hợp tác của người bệnh. Do đó, tuy có sự khác biệt tại thời điểm 24h nhưng SpO₂ không hằng định và biến động rất lớn trong quá trình thở máy.

pH máu. Theo nghiên cứu của chúng tôi, pH máu của nhóm thành công cao hơn nhóm thất bại ở tất cả các thời điểm sau thở máy ở mức có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ở nhóm thành công, pH máu tăng dần trong quá trình điều trị: 7,267 khi bắt đầu tăng lên 7,394 ở thời điểm 24h sau thở máy. Ở nhóm thất bại, pH máu tăng không đáng kể và tình trạng toan máu vẫn còn sau 24h thở máy (7,307). Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt về con số tuyệt đối so với NC của Đỗ Xuân Cảnh, Bhattacharyya nhưng chiều biến đổi pH máu trong quá trình điều trị và giữa hai nhóm lại có sự tương đồng.

PaO₂ máu. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy PaO₂ của nhóm thành công ở hầu hết các thời điểm đều lớn hơn nhóm thất bại. PaO₂ ở cả hai nhóm đều diễn biến theo xu hướng tăng dần tuy nhiên ở nhóm thành công PaO₂ tăng nhanh hơn với đường biểu diễn dốc hơn. So với nhóm thành công thì nhóm thất bại có PaO₂ ở thời điểm 24h nhỏ hơn ở mức có ý nghĩa ($p = 0,017$). Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy rõ được vai trò của PaO₂ trong tiên lượng kết quả thở máy.

PaCO₂ máu. PaCO₂ máu là yếu tố trực tiếp đánh giá hiệu quả thở máy ở người bệnh suy hô hấp do BPTNMT. Theo kết quả của chúng tôi. PaCO₂ máu trung bình ở nhóm thành công thấp hơn nhóm thất bại ở tất cả các thời điểm nhưng sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê ở các thời điểm sau thở máy 12h và 24h với p < 0,05. Ở nhóm thành công PaCO₂ giảm ngay sau TKKXN từ 63,34 mmHg lúc bắt đầu còn 61,02 mmHg sau 1h, trở về mức 56 mmHg sau 24h. Như vậy, PaCO₂ không quá cao và PaCO₂ trong quá trình điều trị có xu hướng giảm dần dự báo thành công của điều trị.

Tỷ lệ thành công. Kết quả NC của chúng tôi cho thấy, thở máy không xâm nhập đã làm giảm 80% người bệnh phải đặt ống nội khí quản và thở máy xâm nhập. Các người bệnh này sau quá trình thở máy không xâm nhập tiếp tục được theo dõi và điều trị nội khoa tại bệnh viện. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đỗ Xuân Cảnh và Hà Ngọc Thủy. Điều này có thể giải thích dựa trên đối tượng nghiên cứu, đối tượng NC của chúng tôi đều được chỉ định điều trị tại khoa Hô hấp, chưa có chỉ định điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực; tình trạng toan hoá máu chưa trầm trọng và khả năng còn bù cao hơn nhóm có chỉ định chuyển Hồi sức tích cực; do vậy tỷ lệ thành công cao hơn các tác giả trên.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công, đáp ứng với thở máy của NC rất cao, đạt 80%. Cụ thể các chỉ số tần số thở; tần số tim; huyết áp trung bình giảm dần trong quá trình thở máy. SpO₂ tăng dần và tình trạng tím cải thiện sau thở máy, pH và PaO₂ máu tăng dần trong quá trình thở máy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vestbo, Hurd, Agustí, et al (2013). "Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary". Am J Respir Crit Care Med; 187(4):347-365.
2. Arsude, Sontakke, Jire (2019). "Outcome of Noninvasive Ventilation in Acute Respiratory Failure". Indian J Crit Care Med; 23(12):556-561.
3. Osadnik, Tee, Carson-Chahhoud, et al (2017). "Non-invasive ventilation for the management of acute hypercapnic respiratory failure due to exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease". Cochrane Database Syst Rev; 7(7):Cd004104.
4. Stoltzfus (2006). "The role of noninvasive ventilation: CPAP and BiPAP in the treatment of congestive heart failure". Dimens Crit Care Nurs; 25(2):66-70.
5. Nguyễn Thị Xuyên; Đinh Ngọc Sỹ; Nguyễn Việt Nhung (2010). "Nghiên cứu tình hình dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam". Tạp chí y học thực hành; 2(704):8-10.
6. Bhattacharyya, Prasad, Tampi, et al (2011). "Early predictors of success of non-invasive positive pressure ventilation in hypercapnic respiratory failure". Med J Armed Forces India; 67(4):315-319.
7. Trần Hoàng Thành; Thái Thị Huyền (2007). "Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng đợt cấp của 150 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại khoa hô hấp bệnh viện Bạch Mai theo phân loại của Anthonisen". Nghiên cứu Y học; 5:100-102.
8. Đỗ Xuân Cảnh (2016). Đánh giá hiệu quả thở máy không xâm nhập bằng máy BIPAP trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có tăng CO₂ tại trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
9. GOLD; (2022). "Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD". Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.
10. Hà Ngọc Thủy (2018). Đánh giá kết quả thở máy không xâm nhập trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Trung ương, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ LAO MÀO TINH - TINH HOÀN

Nghiêm Phương Thảo^{1,2}, Trần Việt Thắng², Nguyễn Chí Phong²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh lao mào tinh-tinh hoàn trên cộng hưởng từ (CHT). **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca trên tất cả

các trường hợp được chẩn đoán xác định lao mào tinh - tinh hoàn trên giải phẫu bệnh hoặc vi sinh hoặc hoá mô miễn dịch và được chụp CHT tinh hoàn trước điều trị. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian từ 01/01/2019 đến 30/09/2025 có 35 trường hợp lao mào tinh- tinh hoàn được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 44,2 ± 15,2 tuổi. Có 1 trường hợp (TH) (chiếm 2,9%) có tiền căn lao phổi. Đa số các trường hợp chỉ có tổn thương ở mào tinh (62,9%), sau đó là tổn thương lan toả ở mào tinh và tinh hoàn (34,2%) và rất ít TH chỉ tổn thương đơn độc ở tinh hoàn (2,9%). Tổn thương mào tinh gặp chủ yếu ở đầu và đuôi mào tinh với tỷ lệ lần lượt là 80% và 82,9%, trong khi thân mào tinh bị

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Phương Thảo

Email: nghiempuongthao2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025