

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC CỦA BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN QUẬN 7

Huỳnh Thị Ngọc Trang¹, Nguyễn Thế Vũ¹,
Đương Nguyễn Hồng Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định các yếu tố liên quan đến kết cục lâm sàng xấu ở bệnh nhân nhập viện do đợt cấp COPD. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ, không can thiệp được thực hiện trên 112 bệnh nhân COPD nhập viện do đợt cấp tại Bệnh viện Quận 7, thành phố Hồ Chí Minh từ ngày tháng 04/2023 đến tháng 08/2024. Dữ liệu được thu thập bao gồm nhân khẩu, lâm sàng và cận lâm sàng trong 24 giờ đầu nhập viện. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân là nam (88,4%) và ≥60 tuổi (73,2%). Có 7,1% bệnh nhân có kết cục xấu gồm thở máy hoặc tử vong. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa bao gồm: tuổi cao hơn ($75,6 \pm 10,7$ so với $66,7 \pm 9,8$; $p = 0,015$), suy hô hấp ($OR = 32,2$; $p < 0,0001$), điểm CAT cao ($27,0 \pm 8,9$; $p = 0,036$), PaO₂ thấp, PaCO₂ cao, HCO₃⁻ thấp ($p < 0,01$) và FEV1 thấp ($p < 0,05$), bệnh nhân cần can thiệp thở máy không xâm lấn và xâm lấn có liên quan chặt chẽ với kết cục lâm sàng xấu hơn ($p < 0,01$). Không ghi nhận mối liên quan giữa kết cục xấu với giới tính, BMI và điểm mMRC. **Kết luận:** Tuổi cao, suy hô hấp, gánh nặng triệu chứng cao và bất thường khí máu là các yếu tố tiên lượng kết cục xấu ở bệnh nhân COPD. Việc nhận diện sớm các yếu tố này giúp phân tầng nguy cơ và tối ưu hóa điều trị. **Từ khóa:** Đợt cấp, COPD, kết cục lâm sàng, suy hô hấp.

SUMMARY

CLINICAL, BIOMAKERS CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF PATIENTS HOSPITALIZED WITH ACUTE EXACERBATIONS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT DISTRICT 7 HOSPITAL

Objective: To investigate clinical and biomarkers characteristics and identify factors associated with poor clinical outcomes in patients hospitalized due to acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD). **Methods:** A prospective cohort, non-interventional study was conducted on 112 patients admitted with AECOPD to Nguyen Thi Thap General Hospital in Ho Chi Minh City from April 2023 to August 2024. Demographic, clinical and biomarkers data were collected within the first 24 hours of hospitalization. **Results:** The majority of patients

were male (88.4%) and aged ≥60 years (73.2%). Poor outcomes - defined as requiring mechanical ventilation or resulting in death - occurred in 7.1% of cases. Significant factors associated with poor outcomes included older age (75.6 ± 10.7 vs. 66.7 ± 9.8 years; $p = 0.015$), presence of respiratory failure ($OR = 32.2$; $p < 0.0001$), higher CAT scores (27.0 ± 8.9 ; $p = 0.036$), lower PaO₂, elevated PaCO₂, reduced HCO₃⁻ levels (all $p < 0.01$), and low FEV1 ($p < 0.05$). Patients requiring noninvasive and invasive mechanical ventilation interventions are strongly associated with poorer clinical outcomes ($p < 0.01$). No significant associations were observed between poor outcomes and gender, BMI, or mMRC score. **Conclusion:** Older age, respiratory failure, high symptom burden, and abnormal arterial blood gas parameters are significant predictors of poor outcomes in patients hospitalized with AECOPD. Early recognition of these factors is essential for effective risk stratification and optimization of clinical management.

Keywords: Acute exacerbations, COPD, clinical outcomes, respiratory failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ năm 2007 đến 2017, tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) tăng 15,6% và dự kiến đến 2030 sẽ trở thành nguyên nhân gây tàn tật hàng thứ 7 trên toàn cầu [6]. Đợt cấp COPD là một biến cố nghiêm trọng, đặc trưng bởi triệu chứng xấu đi, đòi hỏi điều trị thay đổi so với thường ngày.

Đợt cấp ảnh hưởng trực tiếp đến tiến triển lâm sàng, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và cũng là nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng nhập viện và/hoặc tử vong [3]. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu đã xác định các yếu tố tiên lượng điều trị đợt cấp COPD bao gồm: tuổi, bệnh đồng mắc, mức độ khó thở, tiền sử đợt cấp, thời gian thở ra gắng sức trong giây đầu tiên, tăng áp lực động mạch phổi, thở máy không xâm nhập.

Khu vực Quận 7 cũ, Thành phố Hồ Chí Minh là khu vực có mật độ dân cư tương đối đông đúc, với sự hoạt động của nhiều khu công nghiệp, mức độ ô nhiễm không khí cao là một trong những yếu tố thuận lợi làm gia tăng các bệnh lý hô hấp, đặc biệt là COPD. Bệnh viện Đa khoa Nguyễn Thị Thập là tuyến chăm sóc sức khỏe quan trọng cho khu vực, tuy nhiên nguồn lực y tế còn hạn chế, dẫn đến thách thức trong việc quản lý và điều trị bệnh nhân đợt cấp

¹Bệnh viện Đa khoa Nguyễn Thị Thập, TP.HCM

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Ngọc Trang

Email: huynhthingoctrang0506@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

COPD. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại đây nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục của bệnh nhân đợt cấp COPD, với các mục tiêu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ, không can thiệp.

Địa điểm và thời gian: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Nguyễn Thị Thập, thành phố Hồ Chí Minh từ ngày tháng 04/2023 đến tháng 08/2024.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nhập viện do đợt cấp COPD tại Bệnh viện Đa khoa Nguyễn Thị Thập trong thời gian nghiên cứu.

- Bệnh nhân được chẩn đoán COPD dựa vào lâm sàng và hô hấp ký ($FEV_1/FVC < 0,7$ sau test hồi phục phế quản trong vòng 12 tháng), có đợt cấp theo GOLD 2023, trong 14 ngày qua với các triệu chứng nặng lên như khó thở, tăng ho, thay đổi đàm, ran phổi, và đã đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ gồm: bệnh nhân có lao phổi tiến triển, ung thư phổi, tràn dịch màng phổi, hoặc xin về/chuyển viện không do đợt cấp COPD.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu được ước tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ. Theo Nguyễn Văn Thành và cs (2012) nghiên cứu trên bệnh nhân đợt cấp COPD nhập viện, tỷ lệ tử vong chiếm 6,6% [1]. Chúng tôi chọn $p=0,066$; $d=0,05$ và $\alpha=0,05$. Vậy cỡ mẫu tối thiểu là $n = 95$. Nghiên cứu này được tiến hành trên 112 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu và thu thập số liệu:

- Bước 1: Chọn bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn lấy mẫu.

- Bước 2: Thăm khám, đánh giá lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện và ghi nhận các thông số cận lâm sàng trong vòng 24 giờ từ hồ sơ bệnh án.

- Bước 3: Theo dõi tình trạng từ lúc nhập viện đến lúc có kết cục và ghi nhận kết cục lâm sàng (ổn định đợt cấp, thở máy hoặc tử vong) sau khi hoàn tất điều trị đợt cấp COPD.

- Bước 4: Phân tích dữ liệu đã thu thập.

Biến số nghiên cứu: Bảng thu thập thông tin theo mẫu.

- Biến số lâm sàng: Gồm đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới), BMI, thang điểm mMRC, điểm CAT, suy hô hấp, phương pháp hỗ trợ hô hấp

- Biến số cận lâm sàng: Bao gồm chức năng hô hấp (FEV_1 , FEV_1/FVC), phân nhóm GOLD, khí máu (PaO_2 , $PaCO_2$, HCO_3^- , pH), công thức máu và điện giải (Na^+ , K^+).

- Kết cục lâm sàng được chia làm 2 nhóm: (1) Kết cục tốt (ổn định đợt cấp) và (2) Kết cục xấu (thở máy và tử vong do COPD).

Phân tích số liệu: Số liệu thu thập về sẽ được làm sạch, nhập liệu, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS26. Kiểm định sự liên quan giữa các biến định tính bằng phép kiểm chi bình phương (có hiệu chỉnh theo Exact's Fisher trong trường hợp bảng 2x2 có ít nhất một ô có giá trị kỳ vọng < 5).

Nếu phân phối chuẩn: kiểm định 2 số trung bình bằng Independent Samples t-test, kiểm định nhiều số trung bình bằng ANOVA. Nếu phân phối không chuẩn: kiểm định 2 số trung bình bằng phép kiểm Mann-Whitney, kiểm định nhiều số trung bình bằng phép kiểm Kruskal-Wallis.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch số 845/ĐHYKPN-T-HĐĐĐ ngày 28/02/2023 và Hội đồng Khoa học Công nghệ tại Bệnh viện Đa khoa Nguyễn Thị Thập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=112)

Đặc điểm		n	%
Giới	Nam	99	88,4
	Nữ	13	11,6
Tuổi	Trên 60	82	73,2
	Dưới 60	30	26,8
Phân loại BMI	Thiếu cân	18	16,1
	Bình thường	72	64,9
	Thừa cân	17	15,2
	Béo phì	5	4,5
Viêm phổi kèm theo	Không kèm viêm phổi	44	39,3
	Có kèm viêm phổi	68	60,7
Suy hô hấp	Không suy hô hấp	95	84,8
	Suy hô hấp nhưng không đe dọa tính mạng	14	12,5
	Suy hô hấp đe dọa tính mạng	3	2,7
Kết cục lâm sàng	Tốt (ổn định đợt cấp)	104	92,9
	Xấu (thở máy và tử vong)	8	7,1
Đặc điểm		TB±ĐLC	Min-Max
Tuổi		67,3±10,1	40-95

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm đa số với 88,4%, trong khi nữ giới chỉ chiếm 11,6%. Về nhóm tuổi, đa phần đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm trên 60 tuổi với 73,2%, với tuổi trung bình là $67,3 \pm 10,1$ tuổi và trải dài từ 40 đến 95 tuổi.

Đa số bệnh nhân có BMI bình thường

(64,9%), trong khi tỷ lệ thừa cân, béo phì và thiếu cân chiếm lần lượt 15,2%, 4,5% và 16,1%. Phần lớn không suy hô hấp (84,8%), chỉ 15,2% có suy hô hấp, trong đó 2,7% ở mức đe dọa tính mạng.

Số bệnh nhân kết cục tốt (ổn định đợt cấp) là 104 (chiếm tỷ lệ 92,9%) và số bệnh nhân có kết cục xấu trở nặng (thở máy và/hoặc tử vong) là 8 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 7,1%).

Bảng 2. Các yếu tố liên quan giữa với kết cục lâm sàng đợt cấp COPD

Đặc điểm	Nhóm kết cục tốt	Nhóm kết cục xấu	OR (KTC 95%)	Giá trị p
Giới tính				
Nam	91(91,9)	8(8,1)	1	0,791
Nữ	13(100,0)	0(0,00)	0,9 (0,5-1,6)	
Phân nhóm BMI				
Bình thường	68(94,4)	4(5,6)	1	0,115
Thiếu cân	15(83,3)	3(16,7)	0,9 (0,6-1,5)	
Thừa cân	16(94,1)	1(5,9)	0,9 (0,5-1,7)	
Béo phì	5(100)	0(0,0)	1,1 (0,8-1,2)	
Suy hô hấp				
Không	91(98,9)	1(1,1)	1	<0,0001
Có	13(65,0)	7(35,0)	32,2 (4,2-247,3)	

Bảng 5. Môi liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng với kết cục lâm sàng đợt cấp COPD

Đặc điểm	Toàn bộ bệnh nhân	Nhóm kết cục tốt	Nhóm kết cục xấu	Giá trị p (*)
Số lượng hồng cầu (M/ μ l)	4,7 \pm 0,6	4,7 \pm 0,6	4,2 \pm 0,4	0,014
Hemoglobin (g/dl)	13,4 \pm 1,6	13,5 \pm 1,6	12,1 \pm 2,2	0,017
HCT (%)	42,4 \pm 5,0	42,7 \pm 4,9	38,4 \pm 5,1	0,020
Số lượng bạch cầu trung tính (K/ μ l)	9,2 \pm 3,9	8,7 \pm 3,2	16,5 \pm 5,5	<0,0001
Số lượng bạch cầu ái toan (K/ μ l)	0,4 \pm 0,5	0,4 \pm 0,5	0,5 \pm 0,4	0,641
PaO ₂ (mmHg)	72,0 \pm 7,9	72,9 \pm 7,0	60,6 \pm 10,4	<0,0001
PaCO ₂ (mmHg)	46,0 \pm 5,8	45,2 \pm 5,2	55,6 \pm 4,7	<0,0001
HCO ₃ ⁻ (mmol/l)	24,5 \pm 2,3	24,7 \pm 2,2	22,5 \pm 3,2	0,0088
Kali máu (mmol/l)	3,9 \pm 0,5	3,9 \pm 0,5	3,9 \pm 0,6	0,940
Natri máu (mmol/l)	136,8 \pm 4,1	136,7 \pm 4,1	137,4 \pm 4,8	0,678

Ghi chú: (*) kiểm định T

Nhóm kết cục xấu có số lượng hồng cầu, Hemoglobin và HCT thấp hơn rõ rệt so với nhóm kết cục tốt (p < 0,05), phản ánh tình trạng thiếu máu liên quan tiên lượng nặng. Đồng thời, nhóm này cũng có số lượng bạch cầu trung tính cao hơn đáng kể (16,5 \pm 5,5 K/ μ l so với 8,7 \pm 3,2; p < 0,0001).

Các chỉ số khí máu (PaO₂ thấp, PaCO₂ cao, HCO₃⁻) đều liên quan đến kết cục xấu. Ngược lại, bạch cầu ái toan, natri và kali máu không có

liên quan thống kê với kết cục lâm sàng.

Kết quả không tìm thấy mối liên quan giữa giới tính, BMI của bệnh nhân và kết cục lâm sàng đợt cấp COPD (p > 0,05).
Tình trạng suy hô hấp có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kết cục lâm sàng đợt cấp ở bệnh nhân COPD, với nguy cơ xấu cao hơn gấp 32 lần ở nhóm không có suy hô hấp (p < 0,0001).

Bảng 3. Môi liên quan giữa tuổi với kết cục lâm sàng đợt cấp COPD

Tuổi	TB \pm ĐLC	Giá trị p (*)
Nhóm kết cục tốt	66,7 \pm 9,8	0,015
Nhóm kết cục xấu	75,6 \pm 10,7	

Ghi chú: (*) kiểm định T

Tuổi trung bình của nhóm kết cục xấu cao hơn nhóm kết cục tốt một cách có ý nghĩa thống kê (75,6 \pm 10,7 so với 66,7 \pm 9,8; p = 0,015).

Bảng 4. Môi liên quan giữa điểm CAT và điểm mMRC với kết cục lâm sàng đợt cấp COPD

Thang điểm	Nhóm kết cục tốt	Nhóm kết cục xấu	Giá trị p (*)
	TB \pm ĐLC		
Điểm CAT	20,9 \pm 7,7	27,0 \pm 8,9	0,036
Điểm mMRC	2,0 \pm 1,0	2,6 \pm 1,1	0,07

Ghi chú: (*) kiểm định T

Nhóm kết cục xấu có điểm CAT trung bình cao hơn đáng kể so với nhóm kết cục tốt (27,0 \pm 8,9 so với 20,9 \pm 7,7; p = 0,036), trong khi điểm mMRC cũng cao hơn (2,6 \pm 1,1 so với 2,0 \pm 1,0) nhưng không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

liên quan thống kê với kết cục lâm sàng.

Bảng 6. Môi liên quan giữa FEV1/FVC và FEV1 với kết cục lâm sàng đợt cấp ở bệnh nhân COPD

Chỉ số	Nhóm kết cục tốt (ổn định đợt cấp)	Nhóm kết cục xấu (thở máy hoặc tử vong)	Giá trị p (*)
FEV1/FVC	0,6 \pm 0,5	0,5 \pm 0,04	0,510
FEV1 (%)	46,9 \pm 12,5	37,1 \pm 6,3	0,031

Ghi chú: (*) kiểm định T

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

về tỷ số FEV1/FVC giữa nhóm kết cục xấu và kết cục tốt ($p = 0,510$).

Nhóm kết cục xấu có chỉ số FEV1 thấp hơn đáng kể so với nhóm có kết cục tốt ($p = 0,031$).

Bảng 7. Mối liên quan giữa phương pháp hỗ trợ hô hấp với kết cục lâm sàng đợt cấp ở bệnh nhân COPD

Phương pháp hỗ trợ hô hấp	Nhóm kết cục tốt (ổn định đợt cấp)	Nhóm kết cục xấu (thở máy hoặc tử vong)	OR (KTC 95%)	Giá trị p (*)
Không	40 (97,6)	1 (2,4)	1	
Oxy mũi	63 (95,5)	3 (4,5)	1,9 (0,2-17,3)	0,576
Thông khí không xâm lấn	1 (33,3)	2 (66,7)	27,3 (3,4-222,0)	0,0001
Thông khí xâm lấn	0 (0,0)	2 (100,0)	41,0 (5,9-284,1)	0,0001

Ghi chú: (*) kiểm định Fisher

Thông khí không xâm lấn và thông khí xâm lấn đều có mối liên quan đáng kể với nguy cơ cho kết cục xấu, với OR lần lượt là 27,3 (KTC 95%: 3,4 – 222,0; $p = 0,0001$) và 41,0 (KTC 95%: 5,9 – 284,1; $p = 0,0001$). Điều này chỉ ra rằng những bệnh nhân cần can thiệp phương pháp hỗ trợ hô hấp: thở máy không xâm lấn và xâm lấn có liên quan chặt chẽ với kết cục lâm sàng xấu hơn, đặc biệt là ở nhóm sử dụng các biện pháp thông khí xâm lấn.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, nam giới chiếm đa số (88,4%), phù hợp với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam và quốc tế, vốn ghi nhận tỷ lệ mắc COPD cao hơn ở nam do tần suất hút thuốc lá và phơi nhiễm nghề nghiệp cao hơn. Độ tuổi trung bình của mẫu là $67,3 \pm 10,1$, với 73,2% bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, phản ánh bản chất mạn tính và tiến triển chậm của bệnh lý này, vốn thường biểu hiện rõ khi đã bước sang tuổi già [2]. Đáng chú ý, nhóm có kết cục xấu có tuổi trung bình cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê ($75,6 \pm 10,7$ so với $66,7 \pm 9,8$; $p = 0,015$), cũng cố nhận định rằng tuổi là yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng tính dễ tổn thương và giảm khả năng hồi phục trong các đợt cấp COPD [8].

Chỉ số BMI dù có vai trò được đề cập trong một số nghiên cứu về tiên lượng COPD, nhưng trong nghiên cứu này, không ghi nhận mối liên quan giữa tình trạng thiếu cân (chiếm 16,1% mẫu) và kết cục xấu. Điều này có thể được giải thích bởi cỡ mẫu giới hạn trong nhóm kết cục xấu hoặc do các chiến lược can thiệp sớm đã làm giảm thiểu tác động tiêu cực của suy dinh dưỡng.

Một trong những phát hiện đáng lưu ý nhất là vai trò của suy hô hấp trong dự báo kết cục. Bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp trong vòng 24 giờ đầu nhập viện có nguy cơ kết cục xấu cao gấp hơn 30 lần (OR = 32,2; $p < 0,0001$). Điều này phù hợp với thực tiễn lâm sàng và các nghiên cứu trước, trong đó suy hô hấp cấp

Kết quả này cho thấy FEV1 giảm có thể là yếu tố quan trọng dự đoán tình trạng nặng của bệnh nhân COPD trong đợt cấp.

thường là nguyên nhân chính dẫn đến thở máy, nằm hồi sức tích cực và tăng tỷ lệ tử vong [4],[7]. Do đó, đánh giá mức độ suy hô hấp ngay từ đầu, thông qua lâm sàng kết hợp khí máu động mạch, cần được xem là bước đánh giá bắt buộc trong phân tầng nguy cơ đợt cấp.

Các chỉ số cận lâm sàng khác như điểm CAT và mMRC cũng cung cấp thông tin giá trị. Điểm CAT cao hơn rõ rệt ở nhóm kết cục xấu ($27,0 \pm 8,9$ so với $20,9 \pm 7,7$; $p = 0,036$) cho thấy mức độ gánh nặng triệu chứng có liên quan đến khả năng diễn tiến nặng. Mặc dù điểm mMRC cũng cao hơn ($2,6 \pm 1,1$ so với $2,0 \pm 1,0$), nhưng chưa đạt mức ý nghĩa thống kê ($p = 0,07$), có thể do tính chủ quan và hạn chế trong phản ánh mức độ nặng cấp tính của thang đo này. Từ đây có thể đề xuất rằng bộ đôi chỉ số CAT – khí máu có thể là công cụ hữu ích hơn trong sàng lọc nguy cơ sớm.

Bên cạnh đó, các bất thường trong huyết học và khí máu tiếp tục đóng vai trò quan trọng trong việc tiên lượng. Nhóm kết cục xấu ghi nhận giảm nồng độ Hemoglobin, HCT và số lượng hồng cầu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), cho thấy thiếu máu có thể làm giảm khả năng vận chuyển oxy, ảnh hưởng đến hồi phục mô và tạo nên bất lợi trong tiến trình điều trị. Số lượng bạch cầu trung tính tăng cao ở nhóm kết cục xấu phản ánh đáp ứng viêm cấp nghiêm trọng – yếu tố đã được xác lập là liên quan chặt chẽ với các đợt cấp có biến chứng.

Đặc biệt, các chỉ số khí máu như PaO₂, PaCO₂ và HCO₃⁻ có sự khác biệt rõ ràng giữa hai nhóm, trong đó nhóm kết cục xấu có PaO₂ thấp, PaCO₂ cao và HCO₃⁻ giảm, phản ánh tình trạng toan hô hấp mất bù – một dấu hiệu sinh lý học cho thấy cơ chế bù trừ không còn hiệu quả. Điều này là cảnh báo sớm cho việc phải can thiệp hỗ trợ hô hấp tích cực, đồng thời nhấn mạnh vai trò không thể thiếu của đo khí máu động mạch trong chiến lược kiểm soát đợt cấp tại các bệnh viện tuyến cơ sở [5].

FEV1 là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại bệnh nhân COPD phổ biến, giúp xác định mức độ nghiêm trọng của bệnh dựa trên chức năng hô hấp, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan rõ rệt giữa FEV1 và kết cục lâm sàng trong đợt cấp COPD.

Thông khí không xâm lấn có thể làm giảm tỷ lệ tử vong và nhu cầu đặt nội khí quản ở bệnh nhân COPD. Tuy nhiên, khi bệnh nhân tiến triển đến mức cần thông khí không xâm lấn hoặc thông khí xâm lấn, điều này thường chỉ ra rằng tình trạng bệnh đã rất nghiêm trọng, có thể phản ánh một mức độ suy hô hấp cấp không thể cải thiện chỉ bằng các phương pháp hỗ trợ nhẹ hơn.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố như tuổi cao, tình trạng suy hô hấp, điểm CAT cao, FEV1 thấp và bất thường các chỉ số khí máu (PaO₂ giảm, PaCO₂ tăng, HCO₃⁻ giảm) có liên quan đến kết cục xấu ở bệnh nhân COPD nhập viện vì đợt cấp. Việc đánh giá sớm các yếu tố này có thể hỗ trợ phân tầng nguy cơ và cải thiện tiên lượng lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thành, Cao Thị Mỹ Thúy, Võ Phạm Minh Thư (2012). "Xây dựng mô hình hệ thống quản lý và điều trị hiệu quả bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản trong bệnh viện và ở cộng đồng". Tạp chí Y học Việt Nam, tr.115-125.
2. Hunter, L. C., Lee, R. J., Butcher, I., Weir, C. J., Fischbacher, C. M., McAllister, D., Wild, S. H., Hewitt, N., Hardie, R. M. (2016) "Patient characteristics associated with risk of first hospital

admission and readmission for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) following primary care COPD diagnosis: a cohort study using linked electronic patient records". BMJ Open, 6, (1), e009121.

3. Kaleem-Ullah, M., Parthasarathi, A., Biligere Siddaiah, J., Vishwanath, P., Upadhyay, S., Ganguly, K., Anand-Mahesh, P. (2022) "Impact of Acute Exacerbation and Its Phenotypes on the Clinical Outcomes of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Hospitalized Patients: A Cross-Sectional Study". Toxics, 10, (11).
4. Osadnik, C. R., Tee, V. S., Carson-Chahhoud, K. V., Picot, J., Wedzicha, J. A., Smith, B. J. (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.
5. Plant, P. K., Owen, J. L., Elliott, M. W. (2000) "Early use of non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease on general respiratory wards: a multicentre randomised controlled trial". Lancet, 355, (9219), 1931-5.
6. Rehman, A. U., Muhammad, S. A., Tasleem, Z., Alsaedi, A., Dar, M., Iqbal, M. O., Rasool, M. F., Shah, S., Abbas, G., Shakeel, S., Hayat, K. (2021) "Humanistic and socioeconomic burden of COPD patients and their caregivers in Malaysia". Sci Rep, 11, (1), 22598.
7. Wedzicha, J. A., Seemungal, T. A. (2007) "COPD exacerbations: defining their cause and prevention". Lancet, 370, (9589), 786-96.
8. Zhang, J., Yi, Q., Zhou, C., Luo, Y., Wei, H., Ge, H., Liu, H., Peng, L., Pu, J., Zhou, H. (2024) "A simple clinical risk score (ABCMP) for predicting mortality in patients with AECOPD and cardiovascular diseases". Respir Res, 25, (1), 89.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT THÙNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA DO DỊ VẬT TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Ngô Quang Duy¹, Trần Huỳnh Lộc², Nguyễn Trí Nhân¹,
Chung Hoàng Phương¹, Nguyễn Văn Sanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thủng đường tiêu hóa do dị vật là một tình trạng cấp cứu ngoại khoa, có thể dẫn đến viêm phúc mạc và thậm chí đe dọa tính mạng nếu không điều trị kịp thời. Nghiên cứu này nhằm mô tả kết quả điều trị phẫu thuật thủng đường tiêu hóa do dị vật và đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh có tình trạng này. **Phương pháp:** Báo

cáo hàng loạt ca. Chúng tôi hồi cứu từ hồ sơ bệnh án của các người bệnh thủng đường tiêu hóa do dị vật được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 1/2022 - 6/2024. Dữ liệu được thu thập tập trung vào đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật. **Kết quả:** Từ 01/2022 - 06/2024, có 30 người bệnh được chỉ định phẫu thuật thủng đường tiêu hóa (từ thực quản đến đại tràng) do dị vật. Tỷ lệ nam:nữ là 2:1, tuổi trung bình là 56,2 ± 18,4 tuổi. Phân bố vị trí của dị vật tại đường tiêu hóa: thực quản-da dày 3,3% (1/30), dạ dày 6,7% (2/30), tá tràng 6,7% (2/30), hồng-hồi tràng 53,3% (16/30), đại tràng 26,7% (8/30) và ruột thừa 3,3% (1/30). Hình ảnh học được sử dụng nhiều nhất để phát hiện thủng đường tiêu hóa do dị vật là chụp cắt lớp vi tính. Loại dị vật thường gặp nhất là xương chiếm 70% (21/30). Phương pháp phẫu thuật chủ yếu được lựa

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quang Duy

Email: ngoquangduy1602ykh@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025