

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN MẮC HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP TIẾN TRIỂN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đào Xuân Cơ<sup>1,2</sup>, Trương Thị Hậu<sup>1</sup>, Khuất Hồng Nhung<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Sơn<sup>1</sup>, Bùi Thị Hương Giang<sup>1,2</sup>, Lương Quốc Chính<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết cục điều trị của bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 64 bệnh nhân được chẩn đoán ARDS theo tiêu chuẩn Berlin 2012, điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai. Các biến nghiên cứu bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, bệnh lý phổi hợp, nguồn gốc tổn thương gây ARDS, mức độ nặng của ARDS và kết cục điều trị. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 55±17 tuổi, nam giới chiếm 56,3%. Có 73,4% bệnh nhân có ít nhất một bệnh lý phổi hợp. Viêm phổi là nguồn gốc tổn thương chủ yếu gây ARDS, chiếm 89,1%. Theo phân loại Berlin 2012, ARDS mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất (59,4%), tiếp theo là ARDS mức độ vừa (37,5%). Tỷ lệ tử vong chung là 73,4%. Tuổi trung bình của nhóm tử vong cao hơn so với nhóm sống sót (58±16 so với 47±16 tuổi; p=0,022). Bệnh nhân ARDS mức độ vừa và nặng có tỷ lệ tử vong cao hơn so với ARDS nhẹ (p=0,045). Bệnh lý phổi hợp có xu hướng làm tăng nguy cơ tử vong nhưng chưa có ý nghĩa thống kê (OR=1,79; p=0,368). **Kết luận:** Bệnh nhân ARDS điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai chủ yếu ở độ tuổi trung niên, thường có bệnh lý phổi hợp và phần lớn khởi phát từ viêm phổi. Đa số bệnh nhân ở mức độ vừa và nặng khi nhập viện và có tỷ lệ tử vong cao. Tuổi cao và mức độ nặng của ARDS làm tăng nguy cơ tử vong. **Từ khóa:** ARDS, suy hô hấp cấp tiến triển, kết cục điều trị.

## ABSTRACT

### CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME AT BACH MAI HOSPITAL

**Objectives:** To describe the clinical characteristics and treatment outcomes of patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS) treated at Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 64 patients diagnosed with ARDS according to the Berlin 2012 criteria and treated at Bach Mai Hospital. The studied variables included demographic characteristics, comorbidities, etiologies of ARDS, severity of ARDS, and treatment outcomes.

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Khuất Hồng Nhung

Email: drnhungkhuat95@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2026

Ngày duyệt bài: 8.4.2026

**Results:** The mean age of the patients was 55±17 years, and males accounted for 56.3%. Comorbidities were present in 73.4% of patients. Pneumonia was the predominant cause of ARDS, accounting for 89.1%. According to the Berlin 2012 classification, severe ARDS was the most common (59.4%), followed by moderate ARDS (37.5%). The overall mortality rate was 73.4%. The mean age of the non-survivor group was significantly higher than that of the survivor group (58±16 vs. 47±16 years, p=0.022). Patients with moderate and severe ARDS had a higher mortality rate compared with those with mild ARDS (p=0.045). Comorbidities tended to increase the risk of mortality, although the difference was not statistically significant (OR=1.79; p=0.368).

**Conclusions:** ARDS patients treated at Bach Mai Hospital were predominantly middle-aged and frequently had underlying comorbidities. Pneumonia was the leading cause of ARDS. Most patients presented with moderate to severe ARDS at admission and had a high mortality rate. Older age and greater severity of ARDS were associated with an increased risk of mortality. **Keywords:** ARDS, acute respiratory distress syndrome, treatment outcomes.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (Acute Respiratory Distress Syndrome – ARDS) là một tình trạng suy hô hấp cấp tính, được đặc trưng bởi tổn thương lan tỏa của nhu mô phổi, dẫn đến phù phổi không do căn nguyên tim mạch hay quá tải dịch, và rối loạn trao đổi khí nặng nề, có tỷ lệ tử vong cao từ 40-65% trên toàn thế giới.<sup>1</sup> Bệnh tiến triển nhanh trong vòng một tuần sau các yếu tố khởi phát như viêm phổi, nhiễm trùng huyết, chấn thương hoặc hít sặc. ARDS vẫn là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong hồi sức tích cực.

Theo nghiên cứu LUNG SAFE, ARDS chiếm khoảng 10,4% tổng số bệnh nhân điều trị tại ICU và có tỷ lệ tử vong tại bệnh viện khoảng 40%.<sup>2</sup> Tại Việt Nam, một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân ARDS vẫn còn cao: tác giả Lương Quốc Chính và cộng sự (2019) ghi nhận tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân ARDS tại Bệnh viện Bạch Mai lên tới con số 57,1%.<sup>3</sup>

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân ARDS có thể thay đổi tùy theo căn nguyên gây bệnh, mức độ tổn thương phổi cũng như sự hiện diện của các bệnh lý nền. Việc nhận diện các đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết cục điều trị của nhóm

bệnh nhân này có ý nghĩa quan trọng trong thực hành hồi sức, góp phần định hướng chiến lược theo dõi và điều trị phù hợp.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng và kết cục điều trị của bệnh nhân mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển tại Bệnh viện Bạch Mai" nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết cục điều trị của bệnh nhân ARDS điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực, Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán mắc ARDS và điều trị tại Trung tâm Hồi sức tích cực và Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2023 đến tháng 5/2025.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán ARDS theo Tiêu chuẩn Toàn cầu về ARDS năm 2023:

- Thời gian: Triệu chứng khởi phát cấp tính trong vòng một tuần.
- Hình ảnh học: Tổn thương mờ lan tỏa hai trường phổi trên phim Xquang hoặc CT scan, hoặc hình ảnh B – line và/ hoặc đông đặc quan sát trên cả hai trường phổi bằng siêu âm.
- Căn nguyên: không do căn nguyên tim mạch hoặc quá tải thể tích.
- Giảm oxy hóa máu:  $P/F \leq 300$  mm Hg hoặc  $SpO_2:FiO_2 \leq 315$  ( $SpO_2 \leq 97\%$ ) khi thở oxy dòng cao qua mũi (HFNO) với tốc độ dòng  $\geq 30$  lít/ phút hay thông khí nhân tạo với mức áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP)  $\geq 5$  cm H<sub>2</sub>O.

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**2.2.2. Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Hồi sức tích cực và Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai

**2.2.3. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 6/2023 đến tháng 5/2025

**2.2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Nghiên cứu đưa vào tất cả bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Phương pháp chọn mẫu là hồi cứu hồ sơ bệnh án bệnh nhân vào viện trong khoảng thời gian nghiên cứu.

#### 2.2.5. Các biến số, chỉ số nghiên cứu

### Đặc điểm chung

• Tuổi: tính theo năm, được ghi nhận tại thời điểm nhập viện và biểu diễn dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn.

• Giới tính: nam hoặc nữ.

**Bệnh lý phổi hợp:** được xác định khi bệnh nhân có ít nhất một bệnh lý mạn tính được ghi nhận trong tiền sử bệnh án, ngoại trừ tăng huyết áp đơn thuần. Biến bệnh lý phổi hợp trong phân tích được phân loại thành:

- Có bệnh lý phổi hợp
- Không có bệnh lý phổi hợp hoặc chỉ tăng huyết áp đơn thuần.

**Nguồn gốc tổn thương gây ARDS:** Nguồn gốc khởi phát ARDS được xác định dựa trên chẩn đoán lâm sàng và hồ sơ bệnh án, bao gồm:

- Viêm phổi
- Nhiễm trùng ngoài phổi
- Đuối nước
- Viêm mạch: Bệnh lý viêm mạch hệ thống

**Mức độ nặng của ARDS:** Mức độ nặng được phân loại theo tiêu chuẩn Berlin 2012, dựa trên tỷ lệ  $PaO_2/FiO_2$  với PEEP  $\geq 5$  cmH<sub>2</sub>O:

- ARDS nhẹ:  $200 \text{ mmHg} < PaO_2/FiO_2 \leq 300$  mmHg
- ARDS vừa:  $100 \text{ mmHg} < PaO_2/FiO_2 \leq 200$  mmHg
- ARDS nặng:  $PaO_2/FiO_2 \leq 100$  mmHg

**Kết cục điều trị:** Tử vong hoặc sống sót

### 2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được trình bày dưới dạng số và tỷ lệ phần trăm với các biến định tính hoặc dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn (SD), tỷ lệ phần trăm đối với các biến định lượng.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### 2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng thông qua đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai trước khi tiến hành thu thập số liệu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng

#### 3.1.1. Đặc điểm chung

Trong thời gian nghiên cứu có 64 bệnh nhân mắc Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào phân tích.

Tuổi trung bình của quần thể bệnh nhân nghiên cứu là  $55 \pm 17$  tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi,

lớn nhất là 88 tuổi. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu là 56,3%, tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1.

**3.1.2. Đặc điểm bệnh lý phổi hợp**

Có 47/64 bệnh nhân trong nghiên cứu có ít nhất 01 bệnh lý phổi hợp trước khi mắc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển, chiếm 73,4%. Trong khi có 17/64 bệnh nhân có tiền sử khỏe mạnh hoặc chỉ mắc tăng huyết áp đơn thuần trước đó, chiếm 26,6%.

**Bảng 1. Phân bố các bệnh lý phổi hợp của đối tượng nghiên cứu (N=47)**

Bệnh lý phổi hợp	Tần suất (N)	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường không biến chứng	11	24,4
Bệnh gan mạn tính mức độ nhẹ	11	24,4
Bệnh mô liên kết	7	15,6
Bệnh thận mạn mức độ vừa- nặng	7	15,6
Bệnh phổi mạn tính	6	13,3
Bệnh lý ác tính hệ huyết học	5	11,1
Đái tháo đường có biến chứng	3	6,7
Ung thư ( tại chỗ)	3	6,7
Bệnh Gan mạn tính mức độ vừa- nặng,	2	4,4
Liệt ½ người hoặc liệt 2 chi dưới	2	4,4
Nhồi máu cơ tim cấp	2	4,4
Suy tim	1	2,2
Loét dạ dày	1	2,2
Bệnh mạch máu não	1	2,2
Sa sút trí tuệ	1	2,2
Bệnh động mạch ngoại vi	0	0
Ung thư (di căn)	0	0
AIDS	0	0

Nhìn chung, các bệnh lý phổi hợp thường gặp nhất là đái tháo đường không biến chứng và bệnh gan mạn tính mức độ nhẹ (24,4%), tiếp theo là bệnh mô liên kết và bệnh thận mạn mức độ vừa – nặng (15,6%).

**3.1.3. Nguồn gốc tổn thương gây ARDS**

**Bảng 2. Nguồn gốc tổn thương gây ARDS**

Căn nguyên gây ARDS	Tần suất (N)	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi	57	89,1%
Nhiễm trùng ngoài phổi	3	4,7%
Đuối nước	3	4,7%
Viêm mạch	1	1,5%
Tổng	64	100%

Phần lớn các trường hợp ARDS trong nghiên cứu có nguồn gốc từ tổn thương phổi trực tiếp, trong đó viêm phổi đóng vai trò quan trọng nhất với 89,1%.

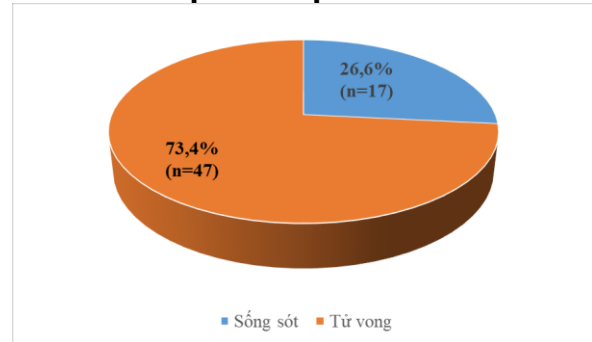
**3.1.4. Mức độ nặng của ARDS**

**Bảng 3. Mức độ nặng của bệnh nhân ARDS**

Mức độ	Tần suất (N)	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	2	3,1%
Vừa	24	37,5%
Nặng	38	59,4%
Tổng	64	100%

Bệnh nhân ARDS điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian nghiên cứu chủ yếu ở mức độ vừa đến nặng (tổng 96,9%) phân loại theo tiêu chuẩn Berlin 2012.

**3.2. Kết cục điều trị**



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ tử vong chung**

Tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu là 73,4%.

**Bảng 4. Đặc điểm tử vong theo tuổi**

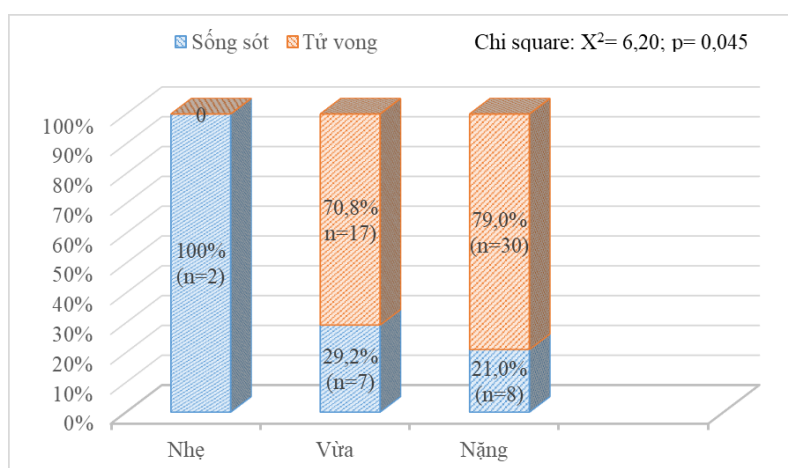
	Tần suất (N)	Tuổi (X±SD)	p-value	Hệ số tương quan (r)
Tử vong	47	58±16	0,022	0,288
Sống sót	17	47±16		

Tuổi trung bình của nhóm tử vong cao hơn (58 tuổi) có ý nghĩa so với nhóm sống sót (47 tuổi) với p=0,022, hệ số tương quan r=0,288.

**Bảng 5. Đặc điểm tử vong và bệnh lý phổi hợp**

	Tử vong N (%)	Sống sót N (%)	OR	p-value
Có bệnh lý phổi hợp (n=47)	36 (76,6)	11 (23,4)	1,79	0,368
Không có/ Tăng huyết áp đơn thuần (n=17)	11 (64,7)	6 (35,3)		

Bệnh lý phổi hợp làm tăng nguy cơ tử vong cho nhóm bệnh nhân nghiên cứu lên 1,79 lần so với bệnh nhân không có hoặc chỉ mắc tăng huyết áp đơn thuần. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,368.



**Biểu đồ 2. Tỷ lệ tử vong theo mức độ nặng của bệnh**

Đa phần các bệnh nhân ARDS mức độ vừa và nặng đều có tỉ lệ tử vong cao hơn nhiều lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p=0,045$

#### IV. BÀN LUẬN

##### Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân ARDS là  $55 \pm 17$  tuổi, dao động từ 18 đến 88 tuổi. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy ARDS thường gặp ở nhóm bệnh nhân trung niên và cao tuổi, là nhóm có nhiều bệnh lý nền và nguy cơ nhiễm trùng cao hơn do sự suy giảm dự trữ sinh lý.<sup>2,4</sup>

Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu chiếm 56,3%, cao hơn nữ giới với tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1. Xu hướng này cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây, ví dụ LUNG SAFE khi nam giới chiếm khoảng 60%, nguyên nhân có thể liên quan đến sự khác biệt về yếu tố nguy cơ nhiễm trùng, hút thuốc và bệnh phổi mạn tính giữa hai giới.<sup>4,5</sup>

##### Đặc điểm bệnh lý phổi hợp

73,4% bệnh nhân có ít nhất một bệnh lý phổi hợp trước khi mắc ARDS. Các bệnh lý phổi hợp thường gặp nhất trong nghiên cứu bao gồm đái tháo đường không biến chứng và bệnh gan mạn tính mức độ nhẹ (24,4%), tiếp theo là bệnh mô liên kết và bệnh thận mạn mức độ vừa – nặng (15,6%). Sự hiện diện của các bệnh lý nền có thể làm suy giảm khả năng đáp ứng miễn dịch của cơ thể, đồng thời làm tăng nguy cơ nhiễm trùng nặng và suy đa cơ quan, từ đó góp phần thúc đẩy sự phát triển của ARDS.<sup>2,4</sup>

##### Nguồn gốc tổn thương gây ARDS

Về nguồn gốc tổn thương, viêm phổi là nguyên nhân chiếm ưu thế (89,1%). Tỷ lệ này cao hơn so với một số báo cáo quốc tế, nơi viêm

phổi thường chiếm khoảng 60–80% các trường hợp ARDS.<sup>2,4,6</sup> Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm quần thể bệnh nhân nghiên cứu, nơi nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai – một bệnh viện tuyến cuối, nơi tập trung nhiều trường hợp viêm phổi nặng và nhiễm trùng nặng chuyển tuyến.

##### Mức độ nặng của ARDS

Một điểm đáng chú ý trong nghiên cứu là tỷ lệ ARDS mức độ vừa và nặng chiếm 96,9%, trong đó mức độ nặng lên đến gần 60%. Điều này phản ánh thực tế rằng phần lớn bệnh nhân được chuyển đến Bệnh viện Bạch Mai trong tình trạng bệnh nặng, đòi hỏi các biện pháp hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn tích cực.

##### Kết cục điều trị và các yếu tố liên quan đến tử vong

Tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu là 73,4%, cao hơn so với nghiên cứu LUNG SAFE khi tỷ lệ tử vong dao động từ 35 đến 46%,<sup>7</sup> hay của Luong Quoc Chinh và cộng sự (2019) với 57,1%.<sup>3</sup> Kết quả này có thể liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu, khi phần lớn bệnh nhân mắc ARDS mức độ vừa và nặng, đồng thời nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai, nơi tiếp nhận nhiều trường hợp bệnh nặng và có nguy cơ tử vong cao.

Khi phân tích theo tuổi, tuổi trung bình của nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa so với nhóm sống sót ( $58 \pm 16$  so với  $47 \pm 16$  tuổi;  $p = 0,022$ ). Hệ số tương quan  $r = 0,288$  cho thấy tuổi có mối liên quan thuận nhưng mức độ tương quan còn yếu với nguy cơ tử vong. Điều này gợi ý rằng tuổi cao có thể là một yếu tố góp phần làm tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân ARDS, có thể do sự suy giảm chức năng dự trữ của các cơ quan và khả năng đáp ứng miễn dịch kém hơn ở người lớn tuổi.<sup>2</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh lý phổi hợp có xu hướng làm tăng nguy cơ tử vong, với tỷ lệ tử vong ở nhóm có bệnh lý nền là 76,6%, cao hơn so với nhóm không có bệnh lý nền hoặc chỉ mắc tăng huyết áp đơn thuần (64,7%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (OR = 1,79; p = 0,368). Điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế, chưa đủ để xác định rõ vai trò của bệnh lý phổi hợp như một yếu tố tiên lượng độc lập.

Bên cạnh đó, mức độ nặng của ARDS cũng liên quan rõ rệt đến kết cục điều trị, khi bệnh nhân ARDS mức độ vừa và nặng có tỷ lệ tử vong cao hơn so với ARDS nhẹ (p = 0,045). Kết quả này phù hợp với đặc điểm sinh lý bệnh của ARDS, trong đó tình trạng giảm oxy máu càng nặng thường đi kèm với tiên lượng xấu hơn.<sup>4,8</sup>

## V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ARDS chủ yếu khởi phát từ viêm phổi và đa số bệnh nhân ở mức độ vừa đến nặng khi nhập viện. Tỷ lệ tử vong còn cao, phản ánh mức độ nặng của quần thể bệnh nhân điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực tuyến cuối. Tuổi cao và mức độ nặng của ARDS có liên quan đến nguy cơ tử vong, trong khi bệnh lý phổi hợp chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

Những kết quả này giúp cung cấp cái nhìn tổng quan về đặc điểm bệnh nhân ARDS tại một bệnh viện tuyến cuối, góp phần định hướng chiến lược chẩn đoán, xử trí và tiên lượng trong thực hành lâm sàng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vincent, Akça, de Mendonça, Haji-Michael, Et. A.** The Epidemiology of Acute Respiratory Failure in Critically Ill Patients. *Chest*. Published online 2002. doi:10.1378/chest.121.5.1602
2. **Bellani G, Laffey JG, Pham T, Fan E, Et. A.** Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. *JAMA*. Published online 2016. doi:10.1001/jama.2016.0291
3. **Chinh LQ, Manabe T, Son DN, et al.** Clinical epidemiology and mortality on patients with acute respiratory distress syndrome (ARDS) in Vietnam. *PLOS ONE*. 2019;14(8):e0221114. doi:10.1371/journal.pone.0221114
4. **Thompson BT, Chambers RC, Liu KD.** Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl J Med*. Published online 2017. doi:10.1056/NEJMra1608077
5. **Zhao H, Yang B, Dai H, Li C, Ruan H, Li Y.** SEX DIFFERENCES IN SEPSIS-RELATED ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME AND OTHER SHORT-TERM OUTCOMES AMONG CRITICALLY ILL PATIENTS WITH SEPSIS: A RETROSPECTIVE STUDY IN CHINA. *Shock*. 2025;63(5):733-742. doi:10.1097/SHK.0000000000002555
6. **Bos LDJ, Ware LB.** Acute respiratory distress syndrome: causes, pathophysiology, and phenotypes. *The Lancet*. 2022;400(10358):1145-1156. doi:10.1016/S0140-6736(22)01485-4
7. **Laffey, Bellani, Pham, Et. A.** Potentially modifiable factors contributing to outcome from acute respiratory distress syndrome: the LUNG SAFE study. *Intensive Care Med*. Published online 2016. doi:10.1007/s00134-016-4571-5
8. **The ARDS Definition Task Force\*.** Acute Respiratory Distress Syndrome: The Berlin Definition. *JAMA*. 2012;307(23):2526-2533. doi:10.1001/jama.2012.5669

## ĐẶC ĐIỂM ĐIỆN SINH LÝ Ở NGƯỜI BỆNH XƠ CỨNG CỘT BÊN TEO CƠ ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN THEO TIÊU CHUẨN GOLD COAST

Đào Xuân Cơ<sup>1,2</sup>, Lê Thị Liên<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Sơn<sup>1</sup>,  
Võ Thế Nhân<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>3</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>2,4</sup>, Hồ Văn Hùng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

<sup>4</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Văn Hùng

Email: hung10.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 12.3.2026

Ngày duyệt bài: 9.4.2026

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm điện sinh lý ở người bệnh xơ cứng cột bên teo cơ (ALS) được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Gold Coast. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân ALS tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2024 đến tháng 9/2025. Các xét nghiệm điện sinh lý bao gồm đo dẫn truyền thần kinh vận động, cảm giác, sóng F, phản xạ H và điện cơ kim tại bốn vùng: hành não, tủy cổ, tủy ngực, thắt lưng. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 50-69 (61,5%), nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Dẫn truyền thần kinh chi trên cho thấy biên độ CMAP thần kinh giữa và trụ giảm, trong khi thời gian tiềm và tốc độ dẫn truyền vẫn bình thường. Các chỉ số vận động chi dưới và cảm giác tứ chi đều trong giới hạn bình