

KẾT QUẢ ÁP DỤNG ĐÈN SOI THANH QUẢN CÓ VIDEO TRÊN BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP CÓ CHỈ ĐỊNH ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN CẤP CỨU TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Bùi Đức Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả áp dụng đèn soi thanh quản có video trên bệnh nhân suy hô hấp có chỉ định đặt nội khí quản tại Bệnh viện Quân y 175 và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu có phân tích, thực hiện trên 79 bệnh nhân suy hô hấp có chỉ định đặt nội khí quản cấp cứu. Tất cả bệnh nhân được đặt nội khí quản bằng đèn soi thanh quản có video tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2025. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 79 bệnh nhân, nam chiếm 60,8%, tuổi trung bình $58,6 \pm 15,2$. Nguyên nhân suy hô hấp chủ yếu là viêm phổi (43,0%). Tỷ lệ đặt nội khí quản thành công chung đạt 97,5%, trong đó thành công lần đầu là 83,5%. Phân độ Cormack–Lehane chủ yếu là độ I–II (94,9%). Thời gian đặt nội khí quản trung bình là $36,8 \pm 18,5$ giây. Tỷ lệ biến chứng là 25,3%, trong đó giảm SpO_2 chiếm 12,7%. Các yếu tố làm giảm khả năng thành công lần đầu gồm Mallampati III–IV, $SpO_2 < 90\%$ trước đặt, tình huống cấp cứu tối khẩn và có ≥ 2 yếu tố tiên lượng đường thở khó ($p < 0,05$). Thời gian ≤ 30 giây liên quan đến khả năng thành công cao hơn (OR = 5,12; $p = 0,016$). **Kết luận:** Đặt nội khí quản bằng đèn soi thanh quản có video đạt tỷ lệ thành công cao. Kết quả liên quan đến đặc điểm đường thở, tình trạng oxy hóa và điều kiện cấp cứu. Thời gian thực hiện ngắn liên quan đến khả năng thành công lần đầu.

Từ khóa: Đặt nội khí quản cấp cứu, đèn soi thanh quản có video, suy hô hấp.

SUMMARY

RESULTS OF VIDEO LARYNGOSCOPY IN EMERGENCY ENDOTRACHEAL INTUBATION FOR PATIENTS WITH RESPIRATORY FAILURE AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To evaluate the outcomes of video laryngoscopy for endotracheal intubation in patients with respiratory failure at Military Hospital 175 and to identify associated factors. **Subjects and Methods:** A prospective, descriptive, analytical study was conducted on 79 patients with respiratory failure requiring emergency endotracheal intubation. All

patients underwent endotracheal intubation using a video laryngoscope at Military Hospital 175 from October 2023 to October 2025. **Results:** Among 79 patients, 60.8% were male, with a mean age of 58.6 ± 15.2 years. The most common cause of respiratory failure was pneumonia (43.0%). The overall intubation success rate was 97.5%, with a first-pass success rate of 83.5%. Most patients had favorable laryngeal views, with Cormack–Lehane grades I–II accounting for 94.9%. The mean intubation time was 36.8 ± 18.5 seconds. The complication rate was 25.3%, with hypoxemia (SpO_2 decrease) being the most frequent (12.7%). Factors associated with reduced first-pass success included Mallampati class III–IV, pre-intubation $SpO_2 < 90\%$, crash emergency situations, and the presence of ≥ 2 predictors of difficult airway ($p < 0.05$). A duration of ≤ 30 seconds is associated with a higher likelihood of success (OR = 5.12; $p = 0.016$). **Conclusion:** Video laryngoscopy for endotracheal intubation demonstrated a high success rate. Outcomes were associated with airway characteristics, pre-intubation oxygenation status, and emergency conditions. A short execution time is associated with first-attempt success.

Keywords: Emergency endotracheal intubation; video laryngoscopy; respiratory failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt nội khí quản là thủ thuật quan trọng trong xử trí suy hô hấp cấp, nhằm đảm bảo thông khí và bảo vệ đường thở. Tuy nhiên, trong môi trường hồi sức và cấp cứu, thủ thuật này vẫn tiềm ẩn nguy cơ thất bại và biến chứng, đặc biệt ở bệnh nhân có tình trạng thiếu oxy hoặc đường thở khó [1]. Tỷ lệ thành công ngay lần đầu được xem là chỉ số then chốt, do liên quan đến giảm biến cố như giảm SpO_2 , hít sặc và rối loạn huyết động [2]. Đèn soi thanh quản có video (video laryngoscopy) được ứng dụng nhằm cải thiện khả năng quan sát thanh môn và hỗ trợ đặt nội khí quản. Một số nghiên cứu cho thấy cải thiện kết quả, tuy nhiên các thử nghiệm ngẫu nhiên cho kết quả chưa nhất quán [3]. Bên cạnh đó, kết quả về cải thiện thành công lần đầu còn chưa thống nhất giữa các nghiên cứu, có thể phụ thuộc vào đặc điểm bệnh nhân và kinh nghiệm người thực hiện [4]. Tại Việt Nam, ứng dụng đèn soi thanh quản có video trong xử trí cấp cứu do suy hô hấp đã được thực hiện tại một số bệnh

¹ Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanhbd175@gmail.com

Mã bài: N714

Ngày nhận bài: 26.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 31.3.2026

Ngày duyệt bài: 8.5.2026

viện lớn, tuy nhiên, vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả tại Bệnh viện Quân y 175. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả áp dụng đèn soi thanh quản có video trên bệnh nhân suy hô hấp có chỉ định đặt nội khí quản tại Bệnh viện Quân y 175 và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 79 bệnh nhân suy hô hấp có chỉ định đặt nội khí quản cấp cứu, được điều trị tại Bệnh viện Quân y 175 trong thời gian từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2025.

* Tiêu chí lựa chọn:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán suy hô hấp và có chỉ định đặt nội khí quản cấp cứu bằng đèn soi thanh quản có video.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chí loại trừ:

- Bệnh nhân có chống chỉ định đặt nội khí quản, hoặc thiếu dữ liệu nghiên cứu cần thiết.

- Người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu có phân tích các yếu tố liên quan.

Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần đạt

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95%; α mức ý nghĩa, với $\alpha = 0,05$, có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

p: ước lượng tỷ lệ đạt thành công trong lần đầu thực hiện, ước tính $p = 80,4\%$ (theo nghiên cứu của Hypes C. và cộng sự) [5], chọn $p = 0,804$; d: sai số chấp nhận được của ước lượng, lấy $d = 0,1$. Thay các chỉ số vào công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là $n = 61$.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân được chẩn đoán suy hô hấp có chỉ định đặt nội khí quản áp dụng đèn soi thanh quản có video tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2025; thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thực tế khảo sát được 79 bệnh nhân.

Quy trình thực hiện:

Đánh giá ban đầu và chuẩn bị

Bệnh nhân được theo dõi liên tục các chỉ số sinh tồn (mạch, huyết áp, tần số thở, SpO_2).

Đánh giá nguy cơ đường thở khó dựa trên các tiêu chí lâm sàng (Mallampati, khoảng cách cằm-giáp, độ há miệng, vận động cổ) [6] và ghi nhận số yếu tố tiên lượng khó.

Thiết lập đường truyền tĩnh mạch ngoại vi. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ đặt nội khí quản, phương tiện hỗ trợ đường thở khó và thuốc cấp cứu.

Tối ưu hóa trước đặt nội khí quản

Bệnh nhân được hỗ trợ hô hấp phù hợp (gong mũi, mask, bóp bóng hoặc thở máy không xâm nhập) nhằm đảm bảo SpO_2 tối ưu trước thủ thuật. Tiến hành tiền oxy hóa trong ít nhất 3-5 phút nếu điều kiện cho phép.

Khởi mê nhanh có kiểm soát (Rapid Sequence Intubation – RSI)

Thực hiện theo nguyên tắc của Rapid Sequence Intubation [6]:

Sử dụng phối hợp thuốc an thần, giảm đau và giãn cơ

Chỉ dùng thuốc giãn cơ khi đã kiểm tra đảm bảo thông khí mask hiệu quả

Hạn chế bóp bóng sau dùng giãn cơ nếu không cần thiết để giảm nguy cơ hít sặc

Bệnh nhân được đặt tư thế đầu cao 5–7 cm, cổ ngửa (tư thế sniffing) để tối ưu hóa quan sát thanh môn.

Thực hiện đặt nội khí quản

Đặt nội khí quản bằng đèn soi thanh quản có video bởi bác sĩ được đào tạo. Ghi nhận:

Số lần đặt

Thời gian đặt

Phân loại hình ảnh thanh môn theo Cormack–Lehane classification gồm 4 mức [7]:

Độ I: nhìn rõ thanh môn, đặt dễ

Độ II: thấy một phần thanh môn, có thể khó nhẹ

Độ III: chỉ thấy nắp thanh môn, đặt khó

Độ IV: không thấy nắp thanh môn, đặt rất khó hoặc không thể bằng phương pháp thông thường

Xác nhận và theo dõi sau đặt

Vị trí ống nội khí quản được xác nhận bằng lâm sàng (di động lồng ngực, nghe phổi) và theo dõi SpO_2 . Sau thủ thuật, tiếp tục theo dõi huyết động, hô hấp và ghi nhận các biến cố như tụt SpO_2 , tụt huyết áp, loạn nhịp hoặc chấn thương đường thở.

Phân tích số liệu

Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS statistic 22.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm; các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị

(khoảng tứ phân vị). Sử dụng hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố liên quan đến thành công đặt nội khí quản lần đầu (các biến có $p < 0,2$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình đa biến); giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo các nguyên tắc của Tuyên bố Helsinki. Người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung ($n = 79$)

Đặc điểm		Số lượng n	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	48	60,8
	Nữ	31	39,2
Tuổi trung bình (Trung bình $\pm$ SD) năm		58,6 $\pm$ 15,2	
Nguyên nhân suy hô hấp	Viêm phổi	34	43,0
	COPD	18	22,8
	Đột quỵ	15	19,0
	Khác	12	15,2

Nhận xét: Trong 79 bệnh nhân, nam chiếm 60,8% và nữ chiếm 39,2%. Tuổi trung bình là 58,6 $\pm$ 15,2. Nguyên nhân suy hô hấp gặp nhiều nhất là viêm phổi (43,0%), tiếp theo là COPD (22,8%), đột quỵ (19,0%) và các nguyên nhân khác (15,2%).

Bảng 2. Kết quả đặt nội khí quản ($n=79$)

Chỉ số	Số lượng n	Tỷ lệ %
Thành công chung	77	97,5
Thất bại	2	2,5
Thành công lần 1	66	83,5
Lần 2	11	13,9
Lần 3	2	2,6

Nhận xét: Tỷ lệ thành công chung là 97,5%, thất bại chiếm 2,5%. Thành công ngay lần đầu đạt 83,5%; thành công ở lần thứ hai là 13,9% và lần thứ ba là 2,6%.

Bảng 3. Phân độ Cormack–Lehane ($n=79$)

Độ	Số lượng n	Tỷ lệ %
I	58	73,4
II	17	21,5
III	3	3,8
IV	1	1,3

Nhận xét: Phân độ theo Cormack–Lehane classification chủ yếu là độ I chiếm 73,4%, tiếp theo độ II chiếm 21,5%, độ III chiếm 3,8% và độ IV chiếm 1,3%.

Bảng 4. Thời gian đặt nội khí quản ($n=79$)

Nhóm	Thời gian (giây)
Chung	36,8 $\pm$ 18,5
Lần 1	31,2 $\pm$ 9,4
Lần 2	65,7 $\pm$ 16,2
Lần 3	112,0 $\pm$ 20,5

Nhận xét: Thời gian đặt nội khí quản trung bình là 36,8 $\pm$ 18,5 giây. Thời gian trung bình ở lần đặt thứ nhất là 31,2 $\pm$ 9,4 giây; các lần đặt sau tăng lên lần lượt là 65,7 $\pm$ 16,2 giây ở lần thứ hai và 112,0 $\pm$ 20,5 giây ở lần thứ ba.

Bảng 5. Biến chứng do đặt nội khí quản ($n=79$)

Biến chứng	Số lượng n	Tỷ lệ %
Giảm SpO ₂	10	12,7
Tổn thương niêm mạc	6	7,6
Nhịp chậm	4	5,0
Tổng	20	25,3

Nhận xét: Có 20 trường hợp gặp biến chứng (25,3%). Trong đó, gặp nhiều nhất là tình trạng giảm SpO₂ chiếm 12,7%, tiếp đến tổn thương niêm mạc 7,6% và nhịp chậm chiếm 5,0%.

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến thành công đặt nội khí quản lần 1 khi sử dụng đèn soi thanh quản có video ($n = 79$)

Biến độc lập	Thành công lần 1 ($n=66$)	Không thành công lần 1 ($n=13$)	OR hiệu chỉnh (95% CI)	p
Phân loại Mallampati III–IV	15 (22,7%)	7 (53,8%)	0,25 (0,07 – 0,86)	0,028
Giảm SpO ₂ < 90% trước đặt NKQ	19 (28,8%)	8 (61,5%)	0,30 (0,09 – 0,98)	0,046
Tình huống cấp cứu tối khẩn	13 (19,7%)	6 (46,2%)	0,29 (0,08 – 0,99)	0,049
Có nhiều yếu tố tiên lượng đường thở khó (≥ 2 yếu tố)	11 (16,7%)	6 (46,2%)	0,24 (0,07 – 0,88)	0,031
Thời gian đặt NKQ ≤ 30 giây	46 (69,7%)	4 (30,8%)	5,12 (1,36 – 19,2)	0,016

Nhận xét: Tỷ lệ đặt nội khí quản thành công lần đầu với đèn soi thanh quản video là 83,5%. Các yếu tố làm giảm độc lập khả năng thành công lần đầu gồm: Mallampati III–IV (OR = 0,25), giảm SpO₂ < 90% trước đặt (OR = 0,30), cấp cứu tối khẩn (OR = 0,29) và có ≥ 2 yếu tố tiên lượng đường thở khó (OR = 0,24) (p < 0,05). Ngược lại, thời gian đặt nội khí quản ≤ 30 giây làm tăng gấp 5 lần khả năng thành công (OR = 5,12; p = 0,016).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thành công đặt nội khí quản chung đạt 97,5% và thành công lần đầu là 83,5%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trên bệnh nhân hồi sức sử dụng video laryngoscopy, trong đó tỷ lệ thành công lần đầu dao động khoảng 78–80%. Nghiên cứu của Mosier và cộng sự ghi nhận tỷ lệ thành công lần đầu là 78,6% và thành công chung 98,3% khi sử dụng đèn soi thanh quản có video trong ICU [3]. Tương tự, Hypes và cộng sự (2016) cũng ghi nhận tỷ lệ thành công ngay lần đầu tiên với nội soi thanh quản video là 80,4%

Về mức độ quan sát thanh môn theo Cormack–Lehane classification, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc độ I–II (94,9%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy video laryngoscopy cải thiện đáng kể khả năng quan sát thanh môn so với soi trực tiếp, với tỷ lệ Cormack–Lehane I–II đạt khoảng 85% [3]. Điều này cho thấy trong đa số trường hợp, hình ảnh thanh môn được bộc lộ rõ khi sử dụng đèn soi thanh quản có video. Khả năng quan sát tốt hơn có thể liên quan đến thiết kế lưỡi đèn và hệ thống camera cho phép điều chỉnh góc nhìn độc lập với trục miệng–hầu–thanh quản, từ đó giảm phụ thuộc vào thao tác căn chỉnh trục giải phẫu.

Thời gian đặt nội khí quản trung bình là 36,8 ± 18,5 giây và tăng theo số lần đặt. Sự gia tăng này phản ánh sự khác biệt giữa các trường hợp thuận lợi và các trường hợp khó, trong đó các yếu tố như hạn chế mở miệng, giảm oxy máu hoặc cần điều chỉnh nhiều lần có thể kéo dài thời gian thực hiện. Nghiên cứu của John C. Sakles cho thấy số lần đặt nội khí quản tăng có liên quan đến giảm tỷ lệ thành công và gia tăng biến cố [2]. Như vậy, thời gian thực hiện và số lần đặt có mối liên quan chặt chẽ với nhau và cùng phản ánh mức độ khó của thủ thuật.

Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu là 25,3%, trong đó giảm SpO₂ chiếm 12,7%. Đây là biến cố

thường gặp trong đặt nội khí quản cấp cứu, đặc biệt ở bệnh nhân suy hô hấp, khi dự trữ oxy thấp và dễ giảm nhanh trong quá trình thao tác. Kết quả này tương đồng với các báo cáo trước đây, trong đó giảm oxy máu là biến chứng thường gặp trong đặt nội khí quản ở bệnh nhân hồi sức với tỷ lệ 18,3% ngay lần đặt đầu tiên [5]. Sự xuất hiện của biến chứng này có thể liên quan đến thời gian thực hiện kéo dài, tình trạng oxy hóa trước thủ thuật hoặc mức độ nặng của bệnh lý nền. Ngoài ra, các yếu tố như cần đặt nhiều lần hoặc đường thở khó cũng có thể làm tăng nguy cơ giảm SpO₂ trong quá trình thủ thuật.

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy một số yếu tố có liên quan độc lập đến kết quả này, bao gồm đặc điểm đường thở, tình trạng oxy hóa trước thủ thuật, mức độ cấp cứu và thời gian thực hiện. Các yếu tố liên quan đến giảm khả năng thành công lần đầu chủ yếu thuộc nhóm đặc điểm giải phẫu và tiên lượng đường thở khó. Cụ thể, phân loại Mallampati III–IV (OR = 0,25; p = 0,028) và có trên 2 yếu tố tiên lượng đường thở khó (OR = 0,24; p = 0,031) đều có liên quan đến giảm khả năng thành công. Các yếu tố này phản ánh mức độ hạn chế trong việc bộc lộ thanh môn và thao tác đưa ống nội khí quản qua thanh môn, từ đó làm tăng khả năng phải thực hiện nhiều lần. Mối liên quan giữa các dấu hiệu dự báo đường thở khó và tỷ lệ thành công đặt nội khí quản đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây.

Bên cạnh đó, yếu tố sinh lý trước thủ thuật cũng có vai trò quan trọng. Tình trạng giảm SpO₂ < 90% trước đặt nội khí quản (OR = 0,30; p = 0,046) có liên quan đến giảm khả năng thành công lần đầu. Điều này có thể phản ánh mức độ suy hô hấp nặng, trong đó thời gian dự trữ oxy hạn chế làm thu hẹp “cửa sổ an toàn” cho thao tác đặt nội khí quản. Trong bối cảnh này, các trường hợp cần nhiều thời gian hoặc nhiều lần thử có thể bị gián đoạn do giảm oxy máu. Mức độ cấp cứu tối khẩn cũng được ghi nhận là yếu tố liên quan (OR = 0,29; p = 0,049). Trong các tình huống này, việc chuẩn bị trước thủ thuật có thể bị hạn chế, điều kiện thao tác chưa tối ưu và người thực hiện phải tiến hành thủ thuật trong thời gian ngắn, có thể ảnh hưởng đến kết quả ngay lần đầu. Ngược lại, thời gian đặt nội khí quản ≤ 30 giây có liên quan đến tăng khả năng thành công lần đầu (OR = 5,12; p = 0,016). Biến số này phản ánh đặc điểm của các trường hợp thuận lợi, trong đó việc bộc lộ thanh môn và đưa

ống nội khí quản được thực hiện nhanh chóng. Đồng thời, thời gian thực hiện ngắn cũng hạn chế nguy cơ giảm oxy máu trong quá trình thao tác.

Các kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, trong đó đặc điểm giải phẫu đường thở và kinh nghiệm người thực hiện là các yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả đặt nội khí quản [5]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu quan sát và phân tích ghép cặp cho thấy phương pháp này làm tăng khả năng thành công và cải thiện quan sát thanh môn [3].

V. KẾT LUẬN

Đặt nội khí quản bằng đèn soi thanh quản có video đạt tỷ lệ thành công cao, với phần lớn trường hợp thành công ngay lần đầu. Kết quả chịu ảnh hưởng bởi đặc điểm đường thở, tình trạng oxy hóa trước thủ thuật và mức độ cấp cứu. Thời gian thực hiện ngắn có liên quan đến khả năng thành công cao hơn. Những kết quả này cung cấp thêm dữ liệu về ứng dụng kỹ thuật trong thực hành cấp cứu lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jaber S, Amraoui J, Lefrant J-Y, Arich C, Cohendy R, Landreau L, et al. Clinical practice and risk factors for immediate complications of endotracheal intubation in the intensive care unit: a prospective, multiple-center study. *Crit Care Med*. 2006;34:2355–61. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000233879.58720.87>
2. Sakles JC, Chiu S, Mosier J, Walker C, Stolz U. The importance of first pass success when performing orotracheal intubation in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2013;20:71–8. <https://doi.org/10.1111/acem.12055>
3. Mosier JM, Whitmore SP, Bloom JW, Snyder LS, Graham LA, Carr GE, et al. Video laryngoscopy improves intubation success and reduces esophageal intubations compared to direct laryngoscopy in the medical intensive care unit. *Crit Care*. London, England; 2013;17:R237. <https://doi.org/10.1186/cc13061>
4. Lascarrou JB, Boisrame-Helms J, Bailly A, Le Thuaut A, Kamel T, Mercier E, et al. Video Laryngoscopy vs Direct Laryngoscopy on Successful First-Pass Orotracheal Intubation Among ICU Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2017;317:483–93. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.20603>
5. Hypes CD, Stolz U, Sakles JC, Joshi RR, Natt B, Malo J, et al. Video Laryngoscopy Improves Odds of First-Attempt Success at Intubation in the Intensive Care Unit. A Propensity-matched Analysis. *Ann Am Thorac Soc*. 2016;13:382–90. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201508-505OC>
6. Ruiz FMP, Cruz IA, Cruz DC, Pérez LL, Cruz AC. Rapid sequence intubation. *Emergencias*. 2012;24:397–409.
7. Cormack RS, Lehane J. Difficult tracheal intubation in obstetrics. *Anaesthesia*. 1984;39:1105–11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.1984.tb08932.x>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN SỐC PHẢN VỆ KHÔNG ĐÁP ỨNG VỚI THUỐC VẬN MẠCH - CƯỜNG TIM LIỀU CAO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Bùi Đức Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sốc phản vệ không đáp ứng với thuốc

vận mạch - cường tim liều cao điều trị tại Bệnh viện Quân y 175.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu có phân tích, thực hiện trên 54 bệnh nhân sốc phản vệ không đáp ứng với thuốc vận mạch - cường tim liều cao điều trị tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2025.

Kết quả: Nghiên cứu trên 54 bệnh nhân, nam chiếm 59,3%, tuổi trung bình $56,2 \pm 17,8$. Nguyên nhân chủ yếu là do thuốc (51,9%), với 55,6% trường hợp khởi phát trong bệnh viện. Tất cả bệnh nhân đều có tụt huyết áp, trong đó suy hô hấp gặp ở 75,9%.

¹ Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanb175@gmail.com

Mã bài: N715

Ngày nhận bài: 2.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2026

Ngày duyệt bài: 2.4.2026