MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ BAN ĐẦU BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA LONG AN

Lê Quang Thành[1], Nguyễn Phương Nam[1], Nguyễn Trần Tuấn Anh[1], Bùi Tùng Hiệp[2], Bùi Đặng Lan Hương[3], Bùi Đặng Minh Trí[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí ban đầu ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tại Bệnh viện Đa khoa Long An.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 127 bệnh nhân người lớn được chẩn đoán suy hô hấp cấp và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Long An từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 68,4 ± 16,2 tuổi; nhóm ≥60 tuổi chiếm 74,8%. Nam giới chiếm 60,6%. Các nguyên nhân thường gặp nhất là viêm phổi (37,0%), đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) (22,8%) và suy tim cấp/phù phổi cấp do tim (15,0%). SpO_2 lúc vào viện trung bình 79,8 ± 9,4%. Có 81,9% bệnh nhân được hỗ trợ oxy, trong đó oxy gọng kính/mặt nạ chiếm tỷ lệ cao nhất. HFNC được sử dụng ở 15,7%, NIV ở 17,3% và thông khí xâm nhập ngay từ đầu ở 6,3%. Sau xử trí ban đầu, 83 bệnh nhân (65,4%) đáp ứng, 44 bệnh nhân (34,6%) không đáp ứng. Tỷ lệ đặt nội khí quản sau thất bại xử trí ban đầu là 18,9%. Các yếu tố liên quan đến không đáp ứng gồm SpO_2 ban đầu <80%, rối loạn ý thức và pH <7,25.

Kết luận: Bệnh nhân suy hô hấp cấp chủ yếu là người cao tuổi, thường do viêm phổi, COPD và suy tim cấp. Tỷ lệ đáp ứng xử trí ban đầu đạt 65,4%. SpO_2 <80%, Glasgow <14 điểm và pH <7,25 liên quan độc lập với nguy cơ không đáp ứng xử trí ban đầu.

Từ khóa: Suy hô hấp cấp, khoa Cấp cứu, oxy liệu pháp, thông khí không xâm nhập.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND INITIAL MANAGEMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH ACUTE RESPIRATORY FAILURE AT LONG AN GENERAL HOSPITAL

Objectives: To describe selected clinical and paraclinical characteristics and evaluate the outcomes of initial management in adult patients with acute respiratory failure at Long An General Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted in 127 adult patients diagnosed with acute respiratory failure and treated at Long An General Hospital from June 2024 to December 2025.

Results: The mean age was 68.4 ± 16.2 years, with 74.8% of patients aged ≥60 years. Males accounted for 60.6% of the study population. The most common causes were pneumonia (37.0%), acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (22.8%), and acute heart failure/cardiogenic pulmonary edema (15.0%). The mean initial SpO_2 was 79.8 ± 9.4%. Oxygen therapy was administered to 81.9% of patients, with nasal cannula or face-mask oxygen being the most commonly used modality. High-flow nasal cannula (HFNC) was used in 15.7% of patients, non-invasive ventilation (NIV) in 17.3%, and invasive mechanical ventilation as the initial respiratory support in 6.3%. Following initial management, 83 patients (65.4%) responded, whereas 44 (34.6%) did not. The rate of endotracheal intubation following failure of initial management was 18.9%. Factors independently associated with failure of initial management included an initial SpO_2 <80%, impaired consciousness, and pH <7.25.

Conclusion: Patients with acute respiratory failure were predominantly older adults, with pneumonia, COPD, and acute heart failure being the most common underlying causes. The initial management response rate was 65.4%. An initial SpO_2 <80%, Glasgow Coma Scale score <14, and pH <7.25 were independently associated with failure of initial management.

Keywords*:* Acute respiratory failure, emergency department, oxygen therapy, non-invasive ventilation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp cấp là tình trạng cấp cứu thường gặp, có thể diễn biến nhanh và đe dọa tính mạng nếu không được nhận diện và xử trí kịp thời. Nguyên nhân thường gặp bao gồm viêm phổi, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), suy tim cấp, hen phế quản và các bệnh lý toàn thân khác. Đánh giá ban đầu cần kết hợp các biểu hiện lâm sàng, SpO_2

[1]*Bệnh viện Đa khoa Long An*
[2]*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
[3]*Bệnh viện Từ Dũ*
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Thành
Email: doctorlequangthanh@gmail.com
Mã bài: N897
Ngày nhận bài: 15/9/2026
Ngày phản biện khoa học: 14/9/2026
Ngày duyệt bài: 15/10/2026

và khí máu động mạch nhằm xác định mức độ giảm oxy máu, rối loạn thông khí và nguy cơ diễn biến nặng [1], [2]. Xử trí suy hô hấp cấp tập trung vào bảo đảm đường thở, hỗ trợ oxy hóa và thông khí, đồng thời điều trị nguyên nhân. Tùy mức độ suy hô hấp, người bệnh có thể được hỗ trợ bằng oxy liệu pháp thông thường, oxy dòng cao qua cannula mũi (HFNC), thông khí không xâm nhập (NIV) hoặc thông khí xâm nhập. Việc lựa chọn phương thức phù hợp và đánh giá sớm đáp ứng có ý nghĩa quan trọng, đặc biệt nhằm nhận diện những trường hợp cần tăng mức hỗ trợ hô hấp [3], [4]. Một số nghiên cứu trong nước cho thấy bệnh nhân suy hô hấp cấp chủ yếu là người cao tuổi, trong đó viêm phổi, COPD và suy tim là những nguyên nhân thường gặp. Tuy nhiên, đặc điểm bệnh nhân và kết quả xử trí ban đầu có thể khác nhau giữa các cơ sở y tế.

Tại Bệnh viện Đa khoa Long An, chưa có nhiều dữ liệu được hệ thống hóa về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả xử trí ban đầu ở bệnh nhân suy hô hấp cấp tại Bệnh viện Đa khoa Long An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán suy hô hấp cấp và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Long An trong thời gian từ tháng 6/2024 đến tháng 12/2025.

Tiêu chí lựa chọn:

Tuổi ≥18.

Có biểu hiện lâm sàng phù hợp với suy hô hấp cấp.

SpO_2 giảm hoặc có biểu hiện giảm oxy hóa máu cần hỗ trợ hô hấp; hoặc có bằng chứng khí máu động mạch phù hợp.

Được xử trí tại khoa Cấp cứu và có đầy đủ thông tin về diễn biến ban đầu.

Tiêu chí loại trừ:

Bệnh nhân <18 tuổi.

Suy hô hấp mạn ổn định không có đợt cấp.

Người bệnh hoặc gia đình từ chối tiếp tục điều trị tại bệnh viện ngay sau khi vào viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu:

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

Trong đó:

N: Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu.

$Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị tới hạn của phân phối chuẩn ứng với mức ý nghĩa α. Với α=0,05, độ tin cậy 95%: $Z_{1-\alpha/2}$ =1,96.

p: Tỷ lệ thành công điều trị ban đầu, tỷ lệ này là 60,38% theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Khánh Huy và cộng sự (2026) [5].

d: Sai số tuyệt đối cho phép giữa giá trị trung bình ước tính từ mẫu và giá trị trung bình thực của quần thể.

Với $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96, d = 0,1. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 92 người. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập được 127 người tham gia.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu không xác suất, liên tiếp, bao gồm toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu; cỡ mẫu thực tế khảo sát được là 127 trường hợp.

2.3. Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, tiền sử hút thuốc, bệnh đồng mắc.

- Đặc điểm lâm sàng: mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO_2, nhiệt độ, Glasgow, dấu hiệu co kéo cơ hô hấp, tím tái, ran phổi.

- Cận lâm sàng: công thức máu, X-quang ngực, khí máu động mạch khi có chỉ định; pH, PaO_2, $PaCO_2$, HCO_3^-.

- Nguyên nhân suy hô hấp: viêm phổi, COPD, suy tim cấp/phù phổi cấp do tim, hen phế quản, bệnh lý thần kinh – cơ, nhiễm khuẩn huyết và các nguyên nhân khác.

- Xử trí ban đầu: oxy liệu pháp thông thường, HFNC, NIV, đặt nội khí quản/thông khí xâm nhập, điều trị nguyên nhân và các biện pháp hỗ trợ khác.

Đánh giá kết quả xử trí ban đầu

Đáp ứng xử trí ban đầu được đánh giá sau giai

đoạn theo dõi ban đầu tại khoa Cấp cứu dựa trên: cải thiện khó thở; giảm dấu hiệu co kéo cơ hô hấp; SpO_2 đạt mục tiêu theo bệnh cảnh; ổn định huyết động; không xuất hiện hoặc không tiến triển rối loạn ý thức; không cần chuyển sang phương thức hỗ trợ hô hấp cao hơn.

Đáp ứng: đạt các tiêu chí trên và tiếp tục điều trị với phương thức hỗ trợ hiện tại hoặc giảm mức hỗ trợ.

Không đáp ứng: tình trạng hô hấp không cải thiện hoặc xấu đi, cần chuyển sang phương thức hỗ trợ hô hấp cao hơn, đặt nội khí quản hoặc chuyển hồi sức tích cực.

Phân tích số liệu

Số liệu được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 26.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Long An chấp thuận và có sự đồng ý tham gia nghiên cứu của người bệnh. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật, mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=127)

Đặc điểm	n	%
Tuổi, trung bình ± SD (năm)	68,4 ± 16,2	
<60 tuổi	32	25,2
60–79 tuổi	66	52,0
≥80 tuổi	29	22,8
Giới		
Nam	77	60,6
Nữ	50	39,4
Hút thuốc lá hiện tại/tiền sử	54	42,5
Có bệnh đồng mắc	103	81,1
Tăng huyết áp	65	51,2
COPD	37	29,1
Bệnh tim mạch	34	26,8
Đái tháo đường	27	21,3
Bệnh thận mạn	15	11,8

Nhận xét: Tuổi trung bình là 68,4 ± 16,2 tuổi, trong đó 74,8% bệnh nhân ≥60 tuổi. Nam giới chiếm 60,6%; 81,1% có ít nhất một bệnh đồng mắc, chủ yếu là tăng huyết áp và COPD.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng lúc vào viện (n = 127)

Chỉ số	Kết quả
Nhịp thở (lần/phút), $\bar{X}$ ± SD	28,6 ± 7,1
SpO_2 (%), $\bar{X}$ ± SD	79,8 ± 9,4
Mạch (lần/phút), $\bar{X}$ ± SD	101,6 ± 20,4
Huyết áp tâm thu (mmHg), $\bar{X}$ ± SD	128,7 ± 25,1
Glasgow <14 điểm, n (%)	21 (16,5)
Co kéo cơ hô hấp, n (%)	73 (57,5)
Tím môi/đầu chi, n (%)	39 (30,7)
Ran phổi, n (%)	91 (71,7)
Có khí máu động mạch, n (%)	82 (64,6)
pH, $\bar{X}$ ± SD	7,32 ± 0,13
PaO_2 (mmHg), $\bar{X}$ ± SD	51,8 ± 14,7
$PaCO_2$ (mmHg), $\bar{X}$ ± SD	51,2 ± 20,6
pH <7,25, n (%)	25 (19,7)

Nhận xét: Bệnh nhân có tình trạng suy hô hấp rõ với SpO_2 trung bình 79,8 ± 9,4% và nhịp thở 28,6 ± 7,1 lần/phút; co kéo cơ hô hấp gặp ở 57,5%. Trong số bệnh nhân được làm khí máu, 19,7% có pH <7,25.

Bảng 3. Nguyên nhân suy hô hấp cấp

Nguyên nhân	n	%
Viêm phổi	47	37,0
Đợt cấp COPD	29	22,8
Suy tim cấp/phù phổi cấp do tim	19	15,0
Hen phế quản	8	6,3
Nhiễm khuẩn huyết	7	5,5
Bệnh lý thần kinh – cơ/giảm ý thức	6	4,7
Thuyên tắc phổi	3	2,4
Nguyên nhân khác	8	6,3
Tổng	127	100

Nhận xét: Viêm phổi là nguyên nhân thường gặp nhất, chiếm 37,0%, tiếp theo là đợt cấp COPD (22,8%) và suy tim cấp/phù phổi cấp do tim (15,0%). Ba nhóm nguyên nhân này chiếm 74,8% tổng số trường hợp.

Bảng 4. Phương thức xử trí ban đầu và kết quả sau xử trí

Nội dung	n	%
Oxy liệu pháp thông thường	104	81,9
HFNC	20	15,7
NIV	22	17,3
Đặt nội khí quản ngay từ đầu	8	6,3
Đáp ứng xử trí ban đầu	83	65,4
Không đáp ứng	44	34,6
Cần tăng mức hỗ trợ hô hấp	39	30,7
Đặt nội khí quản sau thất bại xử trí ban đầu	24	18,9
Chuyển ICU	46	36,2
Tử vong tại bệnh viện	14	11,0

Ghi chú: Các phương thức hỗ trợ hô hấp có thể được chuyển đổi trong quá trình điều trị.

Nhận xét: Oxy liệu pháp thông thường được sử dụng chủ yếu (81,9%). Tỷ lệ đáp ứng xử trí ban đầu đạt 65,4%; 34,6% không đáp ứng, trong đó 18,9% cần đặt nội khí quản sau thất bại xử trí ban đầu.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến không đáp ứng xử trí ban đầu

Yếu tố	Đáp ứng n (%)	Không đáp ứng n (%)	OR (95%CI)	p
Tuổi ≥75 tuổi	22 (26,5)	20 (45,5)	2,31 (1,06–5,04)	0,035
SpO_2 <80%	25 (30,1)	25 (56,8)	3,06 (1,39–6,72)	0,006
Nhịp thở ≥30 lần/phút	22 (26,5)	21 (47,7)	2,53 (1,16–5,52)	0,019
Glasgow <14	8 (9,6)	13 (29,5)	3,92 (1,45–10,58)	0,007
pH <7,25	8 (9,6)	17 (38,6)	5,88 (2,22–15,57)	<0,001
COPD	20 (24,1)	17 (38,6)	1,98 (0,89–4,40)	0,092
Viêm phổi	28 (33,7)	19 (43,2)	1,49 (0,69–3,24)	0,310

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy tuổi ≥75 tuổi, SpO_2 <80%, nhịp thở ≥30 lần/phút, Glasgow <14 điểm và pH <7,25 có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng không đáp ứng xử trí ban đầu.

Bảng 6. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến không đáp ứng

Yếu tố	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p
Tuổi ≥75 tuổi	1,82	0,74–4,49	0,190
SpO_2 <80%	2,71	1,12–6,55	0,027
Nhịp thở ≥30 lần/phút	1,87	0,78–4,48	0,160
Glasgow <14 điểm	2,96	1,01–8,69	0,048
pH <7,25	4,76	1,72–13,16	0,003

Nhận xét: pH <7,25 có mức liên quan lớn nhất với không đáp ứng xử trí ban đầu (OR=4,76; KTC 95%: 1,72–13,16; p=0,003). SpO_2 <80% (OR=2,71; KTC 95%: 1,12–6,55; p=0,027) và Glasgow <14 điểm (OR=2,96; KTC 95%: 1,01–8,69; p=0,048) cũng có liên quan độc lập với không đáp ứng.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, với 74,8% từ 60 tuổi trở lên và tuổi trung bình 68,4 ± 16,2 tuổi; nam giới chiếm 60,6%. Đặc điểm này tương đối phù hợp với nghiên cứu tại Trung tâm Cấp cứu - Đột quỵ, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế trên 53 bệnh nhân, trong đó tuổi trung bình là 70,62 ± 15,09 tuổi và nam giới chiếm 54,71% [5]. Tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất một bệnh đồng mắc trong nghiên cứu của chúng tôi là 81,1%, tương đương kết quả tại Huế (79,24%) [5].

Viêm phổi là nguyên nhân thường gặp nhất (37,0%), tiếp theo là đợt cấp COPD (22,8%) và suy tim cấp/phù phổi cấp do tim (15,0%). Ba nhóm này chiếm 74,8% trường hợp. Kết quả tương đối gần với nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, trong đó viêm phổi và đợt cấp COPD cũng là những nguyên nhân thường gặp [6]. Ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, Lecouffe và cộng sự trên 514 bệnh nhân suy hô hấp cấp ghi nhận phù phổi cấp do tim (43%), viêm phổi mắc phải cộng đồng (35%) và đợt cấp bệnh hô hấp mạn (32%) là những nguyên nhân chính [7]. Ngược lại, nghiên cứu tại Huế ghi nhận COPD (41,51%) và hen phế quản (22,64%) chiếm tỷ lệ cao hơn, trong khi viêm phổi chỉ chiếm 13,21% [5]. Sự khác biệt về cơ cấu nguyên nhân có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu, tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân và mô hình bệnh tật của từng cơ sở. Kết quả của chúng tôi cho thấy viêm phổi, COPD và bệnh tim cấp là những nhóm nguyên nhân cần được ưu tiên đánh giá ngay từ giai đoạn đầu, đồng thời lựa chọn hỗ trợ hô hấp cần dựa trên nguyên nhân và kiểu suy hô hấp của từng người bệnh.

Các chỉ số lúc vào viện cho thấy bệnh nhân trong nghiên cứu có biểu hiện suy hô hấp tương đối rõ, với SpO_2 trung bình 79,8 ± 9,4% và nhịp thở 28,6 ± 7,1 lần/phút; co kéo cơ hô hấp gặp ở 57,5% và Glasgow <14 điểm ở 16,5%. Trong số bệnh nhân được làm khí máu động mạch, pH trung bình là 7,32 ± 0,13, PaO_2 51,8 ± 14,7 mmHg và $PaCO_2$ 51,2 ± 20,6 mmHg. Các chỉ số này tương đối tương đồng với nghiên cứu tại Huế, trong đó SpO_2 trung bình là 78,0 ± 10,30% và nhịp thở 27,47 ± 5,67 lần/phút [5]. Việc kết hợp đánh giá lâm sàng với SpO_2 và khí máu động mạch giúp nhận diện mức độ suy giảm oxy hóa, rối loạn thông khí và rối loạn toan-kiềm, từ đó hỗ trợ lựa chọn phương thức hỗ trợ hô hấp phù hợp [3], [8].

Oxy liệu pháp thông thường được sử dụng ở phần lớn bệnh nhân, trong khi một số trường hợp cần HFNC, NIV hoặc đặt nội khí quản. Các phương thức này không loại trừ lẫn nhau do người bệnh có thể được chuyển đổi hỗ trợ theo diễn biến lâm sàng. Việc lựa chọn phương thức cần căn cứ vào kiểu suy hô hấp và nguyên nhân. Hướng dẫn ERS/ATS khuyến cáo NIV trong một số tình huống, đặc biệt đợt cấp COPD có toan hô hấp và phù phổi cấp do tim [4]. Do đó, tỷ lệ sử dụng từng phương thức trong nghiên cứu không nên được diễn giải như một so sánh về hiệu quả giữa các phương pháp.

Có 65,4% bệnh nhân đáp ứng với xử trí ban đầu và 34,6% không đáp ứng; 18,9% phải đặt nội khí quản sau thất bại xử trí ban đầu, 36,2% được chuyển ICU và tử vong trong bệnh viện là 11,0%. Tỷ lệ không đáp ứng thấp hơn không nhiều so với 39,62% được ghi nhận trong nghiên cứu tại Huế [5]. Phân tích đơn biến cho thấy tuổi ≥75, SpO_2 <80%, nhịp thở ≥30 lần/phút, Glasgow <14 điểm và pH <7,25 có liên quan với không đáp ứng. Sau khi hiệu chỉnh đồng thời, chỉ còn SpO_2 <80%, Glasgow <14 điểm và pH <7,25 có liên quan độc lập với kết cục này. Trong đó, pH <7,25 có mức liên quan lớn nhất (OR hiệu chỉnh 4,76; KTC 95%: 1,72–13,16; p=0,003), tiếp theo là Glasgow <14 điểm (OR=2,96; KTC 95%: 1,01–8,69) và SpO_2 <80% (OR=2,71; KTC 95%: 1,12–6,55).

Kết quả về pH tương đối phù hợp với nghiên cứu tại Huế, trong đó pH <7,25 cũng liên quan với không đáp ứng xử trí ban đầu (OR=9,056; KTC 95%: 1,190–68,993) [5]. Tuy nhiên, nghiên cứu tại Huế có cỡ mẫu nhỏ hơn và chưa xác định được yếu tố liên quan độc lập sau phân tích đa biến. Kết quả của chúng tôi nên được hiểu là mối liên quan, chưa đủ cơ sở để khẳng định pH thấp trực tiếp gây thất bại xử trí.

pH <7,25 có thể phản ánh tình trạng rối loạn toan-kiềm và mức độ bệnh nặng hơn, nhưng nghiên cứu này chưa phân tích riêng nguyên nhân của tình trạng toan máu. Tương tự, SpO_2 <80% và Glasgow <14 điểm là những dấu hiệu cho thấy tình trạng giảm oxy hóa hoặc rối loạn tri giác rõ hơn, có thể đi kèm nhu cầu hỗ trợ hô hấp cao hơn. Các nghiên cứu về suy hô hấp cũng nhấn mạnh việc đánh giá liên tục tình trạng oxy hóa, thông khí, tri giác và đáp ứng sau khi bắt đầu hỗ trợ hô hấp [4], [5].

V. KẾT LUẬN

Suy hô hấp cấp tại Bệnh viện Đa khoa Long An chủ yếu gặp ở người cao tuổi, thường liên quan đến các bệnh lý hô hấp và tim mạch. Đánh giá sớm mức độ giảm oxy máu, rối loạn tri giác và toan–kiềm có ý nghĩa trong nhận diện bệnh nhân nguy cơ không đáp ứng với xử trí ban đầu, góp phần định hướng theo dõi và hỗ trợ hô hấp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lagina M, Valley TS.** Diagnosis and Management of Acute Respiratory Failure. Crit Care Clin. 2024;40(2):235-53. 10.1016/j.ccc.2024.01.002
2. **Santus P, Radovanovic D, Saad M, Zilianti C, Coppola S, Chiumello DA, Pecchiari M.** Acute dyspnea in the emergency department: a clinical review. Intern Emerg Med. 2023;18(5):1491-507. 10.1007/s11739-023-03322-8
3. **Rochwerg B, Brochard L, Elliott MW, Hess D, Hill NS, Nava S, et al.** Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. Eur Respir J. 2017;50(2). 10.1183/13993003.02426-2016
4. **Oczkowski S, Ergan B, Bos L, Chatwin M, Ferrer M, Gregoretti C, et al.** ERS clinical practice guidelines: high-flow nasal cannula in acute respiratory failure. Eur Respir J. 2022;59(4). 10.1183/13993003.01574-2021
5. **Nguyễn Khánh Huy, Bùi Thị Thúy Nga.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả xử trí ban đầu bệnh nhân suy hô hấp cấp tại Trung tâm Cấp cứu - Đột quỵ Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. Tạp chí Y Dược Huế. 2026;16(3):22-8. 10.34071/jmp.2026.3.661
6. **Cao Hồng Liên Phương, Trần Vũ Linh, Nguyễn Thanh Tuấn, Nguyễn Duy Linh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, phân loại và xử trí ban đầu bệnh nhân suy hô hấp cấp tại Khoa Cấp cứu BVĐKTT An Giang năm 2023. Hội nghị Khoa học Kỹ thuật Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang; 2023; An Giang, Việt Nam: Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.
7. **Ray P, Birolleau S, Lefort Y, Becquemin MH, Beigelman C, Isnard R, et al.** Acute respiratory failure in the elderly: etiology, emergency diagnosis and prognosis. Crit Care. 2006;10(3):R82. 10.1186/cc4926
8. **Nee PA, Al-Jubouri MA, Gray AJ, O'Donnell C, Strong D.** Critical care in the emergency department: acute respiratory failure. Emerg Med J. 2011;28(2):94-7. 10.1136/emj.2005.030643