



Ca lâm sàng

ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NẶNG NHẬP VIỆN

Nguyễn Thị Kiều Trang¹

¹Khoa Nội Hô Hấp-Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

1. GIỚI THIỆU

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới. Dự báo đến năm 2030, COPD gây tử vong đứng hàng thứ 3 sau bệnh tim thiếu máu cục bộ và đột quỵ [1]. Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được định nghĩa là sự gia tăng đột ngột các triệu chứng hô hấp như khó thở, ho, khạc đàm trong vòng 14 ngày. Thường kết hợp với gia tăng phản ứng viêm tại chỗ và toàn thân do nhiễm trùng đường dẫn khí, ô nhiễm hoặc các yếu tố khác gây tổn thương phổi [2].

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam giới, 64 tuổi, làm vườn, vào viện ngày 7/7/2025

- **Lý do vào viện:** Khó thở

- **Bệnh sử:** Trước nhập viện 2 ngày, bệnh nhân ho đàm trắng đục, khó thở thì thở ra. Tại nhà bệnh nhân xịt Berodual khoảng 10 lần/ngày (mỗi lần 2 nhát), tình trạng khó thở có giảm, không điều trị gì thêm. Cách nhập viện 1 ngày, bệnh còn ho đàm đục, không sốt, cơn khó thở tăng kèm vã mồ hôi, khó thở phải ngồi, nói ngắt quãng, bệnh nhân xịt Berodual liên tục không giảm khó thở, lờ mờ nên nhập viện Bệnh viện Đa khoa TP. Cần Thơ, được đặt nội khí quản cấp cứu, điều trị thuốc Methylprednisolon 40 mg, Tazopelin 4,5 g, Levofloxacin 0,75 g, khí dung và chuyển đến Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ.

- **Tiền sử:** Cách nhập viện 1 năm, được chẩn đoán COPD nhóm B, giai đoạn 3 tại BV ĐKTƯ Cần Thơ với hô hấp ký có hội chứng tắc nghẽn nặng (FEV_1/FVC : 0.43; FEV_1 : 47%), không đáp ứng test dẫn phế quản theo GOLD 2025. Với mMRC: 3 điểm, CAT: 15 điểm. Đã được tư vấn cai thuốc lá, điều trị bằng Berodual MDI và Seretide, bệnh nhân không tái khám định kỳ. Đợt cấp trong năm qua: Nhập viện 3 lần do đợt cấp COPD (2 lần tại tuyến trước). Lần gần nhất vào tháng 5/2024 tại BV ĐKTƯ Cần Thơ, được chỉ định Trelegy Ellipta sau xuất viện, bệnh nhân chỉ dùng Berodual khi khó thở. Hút thuốc lá: Khoảng 30 gói-năm; hiện vẫn hút khoảng 10 điếu/ngày. Chưa tiêm vắc xin cúm và phế cầu. Tăng huyết áp.

- **Khám lúc vào viện:** Bệnh mê/an thần, SpO₂: 89% (bóp bóng), huyết áp: 130/70 mmHg, mạch: 115 lần/phút, nhịp thở: 20 lần/phút; Tim nhịp đều; Phổi ran rít 2 bên; Co kéo cơ liên sườn 2 bên, Bụng mềm; Không phù; Thể trạng trung bình; CC: 170 cm; CN: 60 kg (BMI: 20,76 kg/m²).

- **Chẩn đoán lúc nhập cấp cứu:** Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính mức độ nặng theo Rome 2022/Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhóm E, GOLD 3, yếu tố thúc đẩy do nhiễm khuẩn, biến chứng suy hô hấp cấp, toan hô hấp; Tăng huyết áp.

- **Điều trị ban đầu:** Thở máy, kháng sinh phối hợp, kháng viêm, an thần. Sau 8h điều trị chuyển khoa Nội Hô Hấp điều trị tích cực, thở máy.

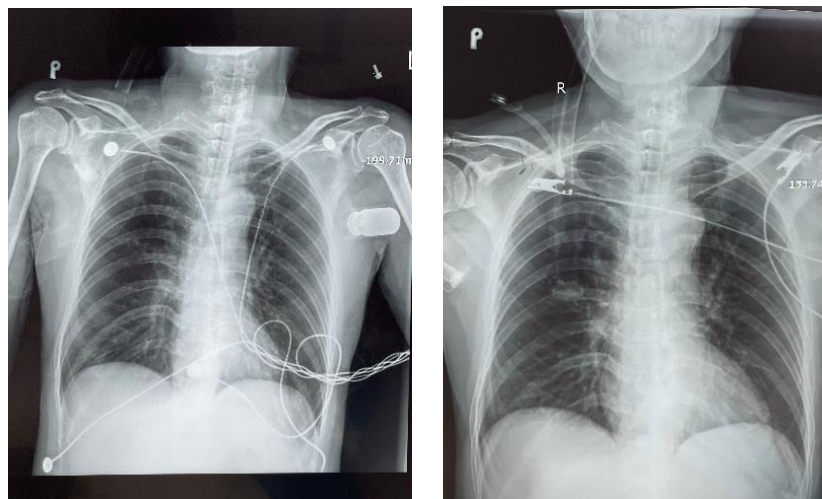
- **Ghi nhận chính từ các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng đã thực hiện**

+ **Xét nghiệm máu:** Bạch cầu 10.500/mm³, neutrophil 96%, CRP: 0,6 mg/dl, chức năng thận, gan, D-dimer, NT-ProBNP, Troponin Ths nằm trong giới hạn bình thường. **Khí máu động mạch:** lúc nhập viện (thở máy) pH 7,303; PCO₂ 49,7 mmHg; PO₂ 81 mmHg; HCO₃⁻ 24,1 mmol/l; Kiềm dư - 2,3; Lúc đã cai máy thở: pH 7,407; PCO₂ 39,2 mmHg; PO₂ 94,5 mmHg; HCO₃⁻ 24,2 mmol/l.

+ **ECG:** Trục trung gian, nhịp nhanh xoang 106 lần/phút.

+ **Siêu âm tim:** Buồng tim không dẫn, co bóp đồng bộ; EF: 59%; PAPs = 19 mmHg; Hở van 2 lá 1/4; Hở van 3 lá: 1.5/4.

+ **Xquang ngực:** Tư thế trước-sau. Hình ảnh khí phế thũng: tăng sáng hai phế trường, vòm hoành 2 bên hạ thấp.



Hình 1. (Trái) Lúc nhập viện (7/7/2025), (Phải) Ngày 9/7/2025

+ **Nhuộm Gram và nuôi cấy đờm (lần 1):** Cầu khuẩn Gram dương và trực khuẩn Gram âm; Nuôi cấy đờm: âm tính.

+ **Nuôi cấy đờm (lần 2):** Âm tính



- **Chẩn đoán sau cùng:** Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính mức độ nặng theo Rome 2022/ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhóm E, GOLD 3, yếu tố thúc đẩy do nhiễm khuẩn phổi hợp kém tuân thủ điều trị, biến chứng suy hô hấp cấp, toan hô hấp; Tăng huyết áp.

- **Điều trị:** Thở máy xâm nhập, kháng sinh phổi hợp (Piperacillin/Tazobactam 4.5 g x 4 lần/ ngày + Levofloxacin 0.75 g/ngày), kháng viêm, dẫn phế quản, loãng đàm N-acetylcystein, kiểm soát huyết áp. An thần, tập phục hồi chức năng hô hấp.

- **Kết quả:** Bệnh nhân ổn định, rút nội khí quản ở ngày điều trị thứ 4 và xuất viện sau 8 ngày điều trị được chỉ định Trelegy ellipta 1 hít/ngày và Berodual MDI cắt cơn 2 nhát khi khó thở.

- Theo dõi sau xuất viện

+ **Bệnh tái khám sau 7 ngày xuất viện:** Bệnh tình táo, sinh hiệu ổn, thở đều không có kéo cơ hô hấp phụ, ho ít đàm trong, phổi không ran. mMRC 3 điểm. Bệnh đã ngưng hút thuốc lá. Duy trì Trelegy ellipta 1 hít/ngày và Berodual MDI cắt cơn.

+ **Bệnh tái khám sau 1 tháng xuất viện:** Lâm sàng bệnh ổn định, mMRC 3 điểm. Hô hấp ký có hội chứng tắc nghẽn nặng ($FEV_1/FVC = 0,34$; $FEV_1 = 32\%$), không đáp ứng test dẫn phế quản theo phân loại GOLD 2025.

+ **Tái khám sau 2 tháng xuất viện:** Lâm sàng bệnh ổn định. tiếp tục duy trì Trelegy và Berodual, chưa ghi nhận tái nhập viện trong 2 tháng sau xuất viện.

+ **Sau 4 tháng xuất viện:** Bệnh chưa ghi nhận tái nhập viện vì đợt cấp COPD.

3. MỘT SỐ ĐIỂM BÀN LUẬN

- **Về chẩn đoán:** Chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định dựa trên một số đặc điểm (1) Bệnh nhân Nam, 64 tuổi, (2) tiền căn hút thuốc lá 30 gói-năm, hiện tại vẫn còn hút 10 điếu/ngày, (3) tình trạng khó thở dai dẳng, (4) hô hấp ký với hội chứng tắc nghẽn mức độ nặng, không đáp ứng với test dẫn phế quản, (5) tiền căn đã được chẩn đoán và điều trị COPD trước đó. Chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo hướng dẫn GOLD 2025 (1) các triệu chứng diễn biến nặng hơn trong vòng 14 ngày, trên ca lâm sàng khởi phát cấp tính 2 ngày với triệu chứng chính (2) khó thở tăng, (3) ho đàm đục và không đáp ứng với Berodual xịt thường ngày. Chẩn đoán mức độ nặng theo Rome 2022 với các đặc điểm (1) Bệnh thở máy xâm lấn, (2) toan hô hấp, (3) nhịp tim tăng 115 l/p và mức độ khó thở VAS >5. Chẩn đoán biến chứng suy hô hấp cấp: bệnh nhân có các dấu hiệu và triệu chứng như khó thở tăng dần, thở co kéo cơ liên sườn, vã mồ hôi, nói từng câu ngắt quãng, cho thấy mức độ gắng sức hô hấp nặng và giảm dự trữ thông khí, là các dấu hiệu điển hình của suy hô hấp cấp mất bù và được đặt nội khí quản và thở máy. Trên nền COPD, đợt cấp làm tăng kháng lực đường thở, bẫy khí và mỗi cơ hô hấp dẫn đến giảm thông khí phế nang, gây tăng CO_2 và giảm oxy hóa biểu hiện qua lâm sàng bệnh nhân lừ đừ, và xét nghiệm khí máu động mạch với tình trạng toan hô hấp [2-4].



- **Về đánh giá tuân thủ quản lý COPD:** Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định và quản lý COPD nhưng (1) việc sử dụng thuốc quản lý không theo hướng dẫn, (2) gián đoạn theo dõi tình trạng do không tái khám và (3) còn hút thuốc lá. Một tỷ lệ đáng kể những người mắc bệnh COPD vẫn tiếp tục hút thuốc, theo thống kê khoảng 40% bệnh nhân mắc COPD hiện đang hút thuốc lá, có tác động xấu đến tiên lượng và sự tiến triển của bệnh [3].

- **Về yếu tố thúc đẩy:** Có nhiều yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp COPD, nguyên nhân nhiễm trùng thường gặp nhất, chiếm 70%-80% nguyên nhân gây đợt cấp [4]. Trên ca lâm sàng, các yếu tố gợi ý nhiễm khuẩn bệnh nhân có nhập viện điều trị đợt cấp COPD trong 3 tháng gần đây, ho đàm đục, khó thở tăng, đợt cấp nặng cần thở máy xâm lấn. Ngoài ra, bệnh nhân còn phối hợp một số yếu tố thúc đẩy khác như thói quen hút thuốc lá 10 điếu/ngày và kém tuân thủ điều trị, tự ngưng các thuốc điều trị duy trì.

- **Về cận lâm sàng:** Trong một đợt cấp COPD nhập viện, ngoài những xét nghiệm cơ bản, cần tầm soát các bệnh lý có biểu hiện tương tự hoặc đóng vai trò là yếu tố thúc đẩy như nhồi máu cơ tim cấp, thuyên tắc phổi, suy tim mất bù, nhiễm trùng hô hấp, tràn khí màng phổi, rối loạn nhịp tim. Những bệnh lý này có thể biểu hiện tương tự các triệu chứng COPD và cũng nguyên nhân thường gặp khởi phát đợt cấp nặng, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi hoặc có nhiều bệnh đồng mắc. Sau khi đặt nội khí quản và thở máy, cần chụp lại Xquang ngực để đánh giá vị trí nội khí quản, tình trạng viêm phổi hít và phát hiện biến chứng tràn khí màng phổi. Trên bệnh nhân này, nhập viện vì đợt cấp COPD trong vòng 3 tháng, có ho đàm đục và đợt cấp nặng phải thở máy xâm lấn, có chỉ định nuôi cấy đàm tìm tác nhân gây bệnh. Bệnh nhân quản lý không tuân thủ, nhiều đợt cấp trong năm và đợt cấp nặng cần thở máy xâm lấn, là các yếu tố làm chức năng hô hấp sụt giảm, trên bệnh nhân này biểu hiện qua giảm đáng kể FEV₁ từ 47% còn 32% dự đoán [2].

- **Về điều trị:** Điều trị đợt cấp COPD nặng với thuốc dẫn phế quản tác dụng ngắn, Corticosteroid toàn thân, kháng sinh, thở máy không xâm lấn hoặc xâm lấn, loãng đàm N-acetylcystein [2]. Bệnh nhân được chỉ định thở máy xâm lấn do tình trạng suy hô hấp nặng, tri giác giảm lúc nhập viện, cần chú ý biến chứng tràn khí màng phổi khi thở máy. Chưa có nhiều bằng chứng về vai trò của N-Acetylcystein trong đợt cấp COPD, tuy nhiên một số nghiên cứu cho thấy dùng liều cao 600 mg x 2 lần/ngày trong đợt cấp giúp giảm các triệu chứng lâm sàng, cải thiện PaO₂, PaCO₂ nhưng không làm giảm tỷ lệ đợt kịch phát, không cải thiện chức năng phổi [5,6]. Việc chỉ định thuốc dẫn phế quản tác dụng dài nên được tiếp tục khi bệnh nhân COPD nhập viện do đợt cấp đã cải thiện và có khả năng hít thuốc [2]. Trên ca lâm sàng này, bệnh đã được chỉ định thuốc dẫn phế quản tác dụng ngắn (MDI) cắt cơn khi khó thở và khởi trị liệu pháp bộ ba (ICS+LABA+LAMA) trước xuất viện nhằm mục đích tránh bị gián đoạn điều trị duy trì, mặt khác giúp đánh giá kỹ thuật và mức độ tuân thủ của người bệnh. Nhiều nghiên cứu lâm sàng đã chứng minh rằng liệu pháp bộ ba mang lại nhiều lợi ích như cải thiện chức năng phổi, giảm đợt kịch phát và tỷ lệ tử vong [7-9]. Tuy nhiên, cần cân nhắc liệu pháp bộ ba cũng liên quan đến nguy cơ cao hơn viêm phổi so với LAMA/LABA đã được chứng minh. Việc ngưng hút thuốc lá cũng là một trong những yếu tố giảm tỷ lệ tử vong [9].

4. KẾT LUẬN



Từ ca lâm sàng nhập viện vì đợt cấp COPD nặng, cho thấy việc quản lý bệnh trước đó chưa tối ưu. Bệnh nhân không theo dõi định kỳ, hiểu biết về bệnh còn hạn chế và chưa nhận thức được tác hại của việc tiếp tục hút thuốc lá cũng như tầm quan trọng của điều trị duy trì, dẫn đến kiểm soát bệnh kém và xuất hiện đợt cấp nặng. Tuy nhiên, trong thời gian nằm viện, việc phối hợp điều trị kịp thời và hiệu quả đã giúp cải thiện rõ các triệu chứng. Khi xuất viện, bệnh nhân được chỉ định và hướng dẫn dùng thuốc duy trì, kế hoạch tái khám, được tư vấn bỏ thuốc lá. Qua 4 tháng theo dõi sau xuất viện, chưa ghi nhận tái nhập viện vì đợt cấp COPD.

Địa chỉ tác giả liên hệ: ntktrang.dr@gmail.com

Ngày nhận: 22/10/2025

Ngày chấp nhận: 14/11/2025

Phản biện: TS.BS. Cao Thị Mỹ Thúy, PGS.TS.BS. Đinh Ngọc Sỹ

Tài liệu tham khảo

1. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). WHO Eastern Mediterranean Region. <https://www.emro.who.int/health-topics/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd/>. Accessed November 14, 2025.
2. Halpin DMG, Singh D. What's new in the 2025 GOLD report. J Bras Pneumol. 2025;51(1):e20240412. Published 2025 Mar 31. doi:10.36416/1806-3756/e20240412
3. Montes de Oca M. Smoking Cessation/Vaccinations. Clin Chest Med. 2020;41(3):495-512. doi:10.1016/j.ccm.2020.06.013.
4. Hội Hô hấp Việt Nam. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Bản cập nhật năm 2025). Hà Nội, Việt Nam: Nhà Xuất bản Y học; 2025.
5. Zhou, Y., Wu, F., Shi, Z. et al. Effect of high-dose N-acetylcysteine on exacerbations and lung function in patients with mild-to-moderate COPD: a double-blind, parallel group, multicentre randomised clinical trial. Nat Commun 15, 8468 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41467-024-51079-1>
6. Kwok WC, Chan SKS, Chiang KY, Ho CMJ. A double-blind randomized controlled trial of N-acetylcysteine (NAC) for the treatment of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Respirol Case Rep. 2024;12(8):e01449. Published 2024 Aug 6. doi:10.1002/rcr2.1449
7. Rabe KF, Martinez FJ, Ferguson GT, et al. Triple Inhaled Therapy at Two Glucocorticoid Doses in Moderate-to-Very-Severe COPD. N Engl J Med. 2020;383(1):35-48. doi:10.1056/NEJMoa1916046.
8. Lipson DA, Crim C, Criner GJ, et al. Reduction in All-Cause Mortality with Fluticasone Furoate/Umeclidinium/Vilanterol in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J Respir Crit Care Med. 2020;201(12):1508-1516. doi:10.1164/rccm.201911-2207OC.
9. Koarai A, Yamada M, Ichikawa T, Fujino N, Kawayama T, Sugiura H. Triple versus LAMA/LABA combination therapy for patients with COPD: a systematic review and meta-analysis. Respir Res. 2021;22(1):183. Published 2021 Jun 22. doi:10.1186/s12931-021-01777-x.