



Phần 2.

CÁC KỸ NĂNG CƠ BẢN TRONG CHĂM SÓC BỆNH HÔ HẤP

Trích: “THỰC HÀNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE HÔ HẤP TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ - Tiếp cận theo triệu chứng, xử trí ban đầu và quản lý ở cộng đồng” (RESPRI 2026)

Chương 3. ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG VÀ NHẬN DIỆN TÌNH TRẠNG NGUY KỊCH HÔ HẤP TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

1. NGUYÊN TẮC CHUNG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẶNG VÀ NHẬN DIỆN TÌNH TRẠNG NGUY KỊCH HÔ HẤP TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

Tại tuyến y tế cơ sở, đánh giá mức độ nặng và nhận diện tình trạng nguy kịch hô hấp không nhằm cố gắng xác định chẩn đoán mà nhằm phát hiện sớm người bệnh có nguy cơ suy hô hấp hoặc diễn biến xấu nhanh, để xử trí kịp thời và không trì hoãn chuyển tuyến. Nguyên tắc là ưu tiên an toàn người bệnh hơn là chẩn đoán chính xác.

Đánh giá phải dựa vào lâm sàng là chính, trong đó quan sát nhịp thở, sử dụng cơ hô hấp để thở, mức độ tỉnh táo và khả năng nói chuyện của người bệnh là các dấu hiệu có giá trị quyết định. SpO_2 là dấu hiệu sinh tồn quan trọng nhưng chỉ mang tính hỗ trợ, cần được diễn giải trong bối cảnh lâm sàng; SpO_2 bình thường không loại trừ suy hô hấp ở giai đoạn sớm và SpO_2 giảm là dấu hiệu muộn nhưng nguy hiểm.

Chỉ cần một dấu hiệu suy hô hấp nặng hoặc diễn biến xấu nhanh, người bệnh phải được xem là nguy kịch cho đến khi chứng minh được ngược lại. Trong những tình huống không chắc chắn, xử trí theo hướng nặng hơn và chuyển tuyến sớm luôn an toàn hơn so với theo dõi chờ đợi.

Đánh giá mức độ nặng là một quá trình liên tục, không phải một lần duy nhất. Người bệnh có thể ổn định lúc tới khám nhưng nhanh chóng xấu đi do đó cần đánh giá lại định kỳ, đặc biệt sau xử trí ban đầu. Nguyên tắc xuyên suốt là: phát hiện sớm - không chần chừ - không bỏ sót người bệnh nguy kịch [20,21].

2. SpO_2 : CÁCH ĐO VÀ CÁCH HIỂU TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

2.1. SpO_2 là gì và vai trò tại tuyến cơ sở

SpO_2 phản ánh mức độ bão hòa oxy của hemoglobin trong máu mao mạch ngoại vi và là một dấu hiệu sinh tồn quan trọng giúp phát hiện giảm oxy máu. Tại tuyến y tế cơ sở, SpO_2 không dùng để chẩn đoán nguyên nhân, mà để:



- Phát hiện giảm oxy máu.
- Theo dõi diễn biến hô hấp theo thời gian.
- Hỗ trợ quyết định xử trí tức thì và chuyển tuyến.

☞ SpO₂ không thay thế đánh giá lâm sàng.

2.2. Cách đo SpO₂

Để tránh kết quả sai lệch, cần lưu ý:

- Người bệnh ngồi hoặc nằm yên, không đo khi đang gắng sức.
- Ngón tay khô, không sơn móng.
- Ngón tay không lạnh, không tái nhợt hoặc tím (tránh đo khi tưới máu ngoại vi kém).
- Đặt cảm biến đúng vị trí, đợi chỉ số ổn định ít nhất 30-60 giây.
- Ghi nhận SpO₂ kèm nhịp mạch hiển thị trên máy.

☞ Nếu nghi ngờ kết quả không phù hợp lâm sàng → đo lại hoặc đổi vị trí. Không diễn giải SpO₂ khi tín hiệu không ổn định hoặc nhịp mạch hiển thị trên máy SpO₂ không tương ứng với nhịp mạch bắt được trên lâm sàng (chênh lệch rõ hoặc không đều).

2.3. Cách hiểu SpO₂: không đọc con số một cách máy móc

- Ngưỡng SpO₂ có ý nghĩa thực hành [8]:
 - SpO₂ ≥94% → Bình thường nếu không kèm dấu hiệu suy hô hấp.
 - SpO₂ 90-93% → Báo động: cần theo dõi sát, đánh giá lại và cân nhắc chuyển tuyến.
 - SpO₂ <90% → Nguy kịch: xử trí ngay và chuyển tuyến khẩn.
- Không chờ SpO₂ <90% mới coi người bệnh là nặng.

2.4. Diễn biến SpO₂ quan trọng hơn con số của một lần đo

SpO₂ cần được đánh giá theo diễn biến, tối thiểu ở 3 thời điểm:

- SpO₂ khi mới tới cơ sở y tế: phản ánh tình trạng hô hấp tại thời điểm tiếp xúc đầu tiên. SpO₂ thấp ngay từ đầu → nguy cơ cao. SpO₂ bình thường không loại trừ suy hô hấp ở giai đoạn sớm, đặc biệt nếu: thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, không nói được câu dài.



🔑 Ghi lại SpO_2 ban đầu là bắt buộc và làm mốc so sánh. Nhất là cần thể hiện trên hồ sơ khi chuyển tuyến.

- SpO_2 sau khi nghỉ ngơi tại chỗ (5-10 phút): giúp phân biệt tình trạng giảm oxy máu do gắng sức, do lo âu hay do bệnh lý hô hấp thực sự.

Diễn giải: SpO_2 tăng rõ và ổn định → có thể theo dõi thêm. SpO_2 không cải thiện hoặc giảm → báo động, cần đánh giá suy hô hấp.

🔑 Không cho người bệnh ra về chỉ vì SpO_2 “đã tăng”.

- SpO_2 sau khi thở oxy: dùng để đánh giá đáp ứng với oxy, không phải để trì hoãn chuyển tuyến.

Diễn giải: SpO_2 không tăng hoặc tăng rất ít sau thở oxy → nguy kịch → chuyển tuyến ngay. SpO_2 chỉ cải thiện khi thở oxy, nhưng giảm lại khi ngừng oxy → không ổn định → cần chuyển tuyến. SpO_2 tăng nhưng lâm sàng không cải thiện → Không an toàn để giữ lại.

🔑 Oxy là biện pháp tạm thời, không phải điều trị nguyên nhân.

3. DẤU HIỆU SUY HÔ HẤP

Dấu hiệu suy hô hấp (nhận diện bằng lâm sàng, không chờ SpO_2 giảm).

3.1. Nguyên tắc chung

Suy hô hấp là tình trạng hệ hô hấp không đáp ứng đủ nhu cầu oxy và/hoặc thải CO_2 của cơ thể. Tại tuyến y tế cơ sở, chẩn đoán suy hô hấp chủ yếu dựa vào lâm sàng, không phụ thuộc vào xét nghiệm khí máu.

SpO_2 có thể còn bình thường trong giai đoạn sớm vì vậy dấu hiệu lâm sàng thường xuất hiện sớm hơn và có giá trị quyết định trong nhận diện người bệnh nặng.

Chỉ cần phát hiện một dấu hiệu suy hô hấp nặng → xem người bệnh là nguy kịch cho đến khi có thể chứng minh được ngược lại.

3.2. Các nhóm dấu hiệu suy hô hấp (tiếp cận thực hành)

Để dễ áp dụng tại tuyến cơ sở, dấu hiệu suy hô hấp được chia thành 3 nhóm chính:

- Dấu hiệu tăng công thở biểu hiện lâm sàng bằng tình trạng thở gắng sức (xuất hiện sớm - cần chú ý): phản ánh cơ thể đang nỗ lực để duy trì thông khí bù trừ, biểu hiện bằng:
 - Thở nhanh, thở gấp, co kéo cơ hô hấp phụ (liên sườn, hõm ức, cơ cổ). Với trẻ em co lõm lồng ngực (liên sườn, dưới bờ sườn, hõm ức).



- Cánh mũi phập phồng.
- Thở rên (ở trẻ em).
- Không nói được câu dài, nói ngắt quãng.

☞ Tăng công thở kéo dài là dấu hiệu báo động, kể cả khi SpO_2 còn bình thường.

- Dấu hiệu thông khí hoặc trao đổi khí không hiệu quả (suy hô hấp thực sự) cho thấy phổi không đảm bảo thông khí/oxy hóa, biểu hiện bằng:
 - SpO_2 giảm hoặc giảm dần theo thời gian.
 - Thở rít (đường thở trên).
 - Ran rít lan tỏa hoặc phổi im lặng.
 - Thở nông, nhịp thở không đều.
 - SpO_2 không cải thiện hoặc cải thiện kém sau thở oxy.

☞ Phổi im lặng hoặc SpO_2 không đáp ứng với oxy là dấu hiệu rất nguy hiểm.

- Dấu hiệu suy hô hấp nặng, nguy cơ suy kiệt cơ hô hấp và ngừng thở (dấu hiệu muộn - đe dọa tính mạng) phản ánh thất bại bù trừ hô hấp, biểu hiện bằng:
 - Lơ mơ, kích thích, rối loạn ý thức.
 - Mệt lả, giảm tần số thở sau giai đoạn thở nhanh.
 - Tím tái môi, đầu chi.
 - Vã mồ hôi, mạch nhanh hoặc yếu.
 - Tụt huyết áp (dấu hiệu muộn).

☞ Gặp bất kỳ dấu hiệu nào trong nhóm này cần xử trí cấp cứu và chuyển tuyến ngay.

3.3. Một số tình huống cần đặc biệt cảnh giác:

- Người bệnh COPD, hen, bệnh tim mạn.
- Người cao tuổi, trẻ nhỏ.
- Suy hô hấp diễn biến nhanh trong vài giờ.
- Lâm sàng biểu hiện nặng không tương xứng với SpO_2 .

☞ Ở các đối tượng này, ngưỡng quyết định chuyển tuyến phải thấp hơn.

4. THỰC HÀNH ĐÁNH GIÁ NHANH SUY HÔ HẤP TẠI TUYẾN CƠ SỞ

Khi tiếp nhận người bệnh nghi ngờ suy hô hấp, cần tự hỏi nhanh:



- Người bệnh có thở nhanh hoặc thở gắng sức không?
- Có nói trọn câu được không?
- Có dấu hiệu tím, lơ mơ, mệt là không?
- SpO_2 ổn định hay giảm dần, có đáp ứng oxy không?

☞ Nếu câu trả lời là “có” cho bất kỳ câu hỏi nào → cần xử trí cấp cứu và chuyển tuyến ngay.

5. THÔNGIỆP THỰC HÀNH CỐT LÕI

- Lâm sàng đi trước SpO_2 , tức là không loại trừ suy hô hấp chỉ vì SpO_2 còn bình thường và đánh giá lâm sàng luôn phải đi cùng SpO_2 .
- Tăng công thở, nhất là khi kéo dài, là dấu hiệu nguy hiểm.
- Phổi im lặng (phổi giảm hoặc mất thông khí) và không đáp ứng oxy là tình trạng đe dọa tính mạng.

☞ Khi nghi ngờ, xử trí theo hướng nặng và chuyển tuyến sớm.

6. CÓ CẦN XỬ TRÍ KHẨN HOẶC CHUYỂN TUYẾN NGAY KHÔNG HAY CÓ THỂ THEO DÕI/ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU?

Sau khi đánh giá SpO_2 (biết cách đo - cách hiểu) và nhận diện các dấu hiệu suy hô hấp, câu hỏi quan trọng nhất tại tuyến y tế cơ sở không phải là nguyên nhân là gì mà là người bệnh này có an toàn nếu tiếp tục theo dõi/điều trị tại chỗ hay không? Trong thực hành, tri hoãn quyết định thường nguy hiểm hơn chuyển tuyến sớm. Do đó, khi có nghi ngờ, cần ưu tiên an toàn, xử trí theo hướng nặng hơn và chuyển tuyến kịp thời.

6.1. Nguyên tắc ra quyết định

- Không cần đủ tất cả dấu hiệu để coi người bệnh là nguy kịch.
- Chỉ một dấu hiệu suy hô hấp nặng cũng đủ để xử trí khẩn.
- Không chờ diễn biến xấu rõ ràng mới chuyển tuyến.
- Oxy và xử trí ban đầu không thay thế chuyển tuyến.



6.2. Chuyển tuyến ngay/xử trí khẩn cấp

Người bệnh phải được xử trí cấp cứu và chuyển tuyến ngay khi có bất kỳ dấu hiệu sau:

- Lâm sàng:
 - Co kéo cơ hô hấp phụ rõ, thờ gồng sức liên tục.
 - Không nói được câu dài, thờ rên, thờ rít.
 - Phổi im lặng.
 - Lơ mơ, kích thích, rối loạn ý thức.
 - Tím môi, đầu chi, mệt lả.
- SpO₂:
 - SpO₂ <90% tại bất kỳ thời điểm nào.
 - SpO₂ giảm dần theo thời gian.
 - SpO₂ không cải thiện hoặc cải thiện kém sau thở oxy.
- Diễn biến: tình trạng hô hấp xấu đi nhanh trong vài giờ, không đáp ứng với xử trí ban đầu.

☞ Trong các tình huống này: cho thở oxy ngay (nếu có), không trì hoãn vì chờ xét nghiệm hay theo dõi thêm, chuẩn bị chuyển tuyến khẩn.

6.3. Theo dõi sát - cân nhắc chuyển tuyến sớm

Người bệnh chưa có dấu hiệu nguy kịch rõ, nhưng không an toàn nếu bỏ theo dõi, khi có:

- SpO₂ 90-93%.
- Thở nhanh, thờ co kéo (tăng công thờ) mức độ nhẹ - trung bình.
- Có cải thiện sau nghỉ ngơi hoặc oxy nhưng chưa ổn định.
- Có bệnh nền nặng (COPD, hen, tim mạch), người cao tuổi.

☞ Cách tiếp cận: theo dõi sát (SpO₂, nhịp thờ, lâm sàng), đánh giá lại sau xử trí ban đầu. Ngưỡng chuyển tuyến thấp hơn.

6.4. Có thể theo dõi hoặc điều trị ban đầu tại cơ sở

Chỉ áp dụng khi tất cả các điều kiện sau đều thỏa mãn:

- Không có dấu hiệu suy hô hấp.



- $SpO_2 \geq 94\%$ và ổn định.
- Không tăng công thở.
- Đáp ứng tốt với xử trí ban đầu.
- Có khả năng theo dõi và tái đánh giá.

☞ Phải dặn rõ dấu hiệu quay lại ngay, không cho về nếu chưa được hướng dẫn và hẹn theo dõi.

7. NHỮNG SAI LẦM THƯỜNG GẶP CẦN TRÁNH

- Chờ SpO_2 giảm mới chuyển tuyến.
- SpO_2 tăng sau thở oxy → giữ lại.
- Dựa vào một lần đánh giá.
- Trì hoãn chuyển tuyến vì “chưa rõ chẩn đoán”.

8. THÔNG ĐIỆP THỰC HÀNH CỐT LỖI

- Khi nghi ngờ, không chần chừ quyết định chuyển.
- Chuyển tuyến sớm an toàn hơn giữ lại theo dõi.
- Vai trò tuyến y tế cơ sở là phát hiện và chuyển tuyến kịp thời, không phải giữ người bệnh nặng.

Bảng 3.1. Đánh giá mức độ nặng và xử trí ban đầu người bệnh có triệu chứng hô hấp [13, 23-25]

Nội dung đánh giá	Dấu hiệu ghi nhận	Mức độ	Hành động cần làm
Lâm sàng	Co kéo cơ hô hấp phụ, thở gắng sức rõ	● Nguy kịch	Oxy (nếu có) + chuyển tuyến ngay
	Không nói được câu dài, thở rít, thở rên	● Nguy kịch	Chuyển tuyến ngay
	Phổi im lặng	● Nguy kịch	Chuyển tuyến ngay
	Lơ mơ, kích thích, mặt lã, tím tái	● Nguy kịch	Xử trí khẩn + chuyển tuyến
Lâm sàng trẻ em	Co lõm lồng ngực rõ	● Nguy kịch	Oxy + chuyển tuyến ngay



SpO ₂ ban đầu	<90%	● Nguy kịch	Oxy + chuyển tuyến ngay
	90-93%	● Báo động	Nghỉ ngơi, xử trí thuốc ± oxy → đo lại
	≥94%	● Chưa nguy kịch	Đánh giá tiếp lâm sàng
SpO ₂ sau nghỉ ngơi / oxy	Không cải thiện hoặc giảm	● Nguy kịch	Chuyển tuyến ngay
	Chỉ cải thiện khi thở oxy	● Không ổn định	Chuyển tuyến
	Cải thiện rõ và ổn định	● Ổn định	Có thể theo dõi tiếp
Diễn biến	Xấu đi nhanh trong vài giờ	● Nguy kịch	Không chần chừ - chuyển tuyến ngay
Bệnh nền	Có COPD, hen, tim mạch, người cao tuổi	● Nguy cơ cao	Ngưỡng chuyển tuyến thấp

☞ Chỉ cần 1 dòng thuộc mức đỏ ● → coi là người bệnh nặng. Không cần đủ nhiều tiêu chí. Lâm sàng có giá trị ngang hoặc cao hơn SpO₂. Chuyển tuyến sớm an toàn hơn trì hoãn theo dõi.

9. CÂU HỎI TỰ ĐÁNH GIÁ DƯỚI CHƯƠNG

Câu 1. Trong các nhận định sau về SpO₂ tại tuyến y tế cơ sở, nhận định nào đúng nhất?

- A. SpO₂ bình thường loại trừ suy hô hấp.
- B. SpO₂ là tiêu chí chính để quyết định chuyển tuyến.
- C. SpO₂ là dấu hiệu sinh tồn, cần được diễn giải cùng lâm sàng.
- D. Chỉ cần đo SpO₂ một lần khi người bệnh tới.

Đáp án: C.

Câu 2. Người bệnh khó thở, SpO₂ 95%, thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ và không nói được câu dài. Xử trí phù hợp nhất tại tuyến y tế cơ sở là:

- A. Theo dõi vì SpO₂ còn bình thường.
- B. Cho nghỉ ngơi, đo lại SpO₂ sau 30 phút.
- C. Cho thở oxy và giữ lại điều trị.
- D. Xem là nguy kịch và chuyển tuyến ngay.

Đáp án: D.



Câu 3. Chỉ một dấu hiệu nào sau đây đã đủ để coi người bệnh là nguy kịch hô hấp tại tuyến y tế cơ sở?

- A. Ran rít nhẹ hai phế trường.
- B. SpO_2 92% nhưng tỉnh táo.
- C. Phổi im lặng.
- D. Ho nhiều, không sốt.

Đáp án: C.

Câu 4. Ý nghĩa quan trọng nhất của việc theo dõi diễn biến SpO_2 (khi mới tới - sau nghỉ ngơi - sau thở oxy) là gì?

- A. Xác định nguyên nhân gây suy hô hấp.
- B. Quyết định dùng thuốc gì.
- C. Đánh giá mức độ nặng và đáp ứng, hỗ trợ quyết định chuyển tuyến.
- D. Thay thế đánh giá lâm sàng.

Đáp án: C.

Câu 5. Dấu hiệu nào sau đây ở trẻ em là dấu hiệu suy hô hấp nặng, cần chuyển tuyến ngay dù SpO_2 còn bình thường?

- A. Ho khan.
- B. Thở nhanh nhẹ.
- C. Co lõm lồng ngực rõ.
- D. Sốt cao.

Đáp án: C.