

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ≥ 40 TUỔI TẠI TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

Hoàng Thị Lan Hương¹, Trần Thừa Nguyên², Trần Duy Vinh³, Phạm Trung Hiếu⁴, Hoàng Vinh Trung Hiếu¹, Trần Quang Nhật², Nguyễn Thị Thu Hương¹

¹Khoa Thần kinh - Nội tiết, Bệnh viện Trung ương Huế

²Khoa Nội Tổng hợp - Lão khoa, Bệnh viện Trung ương Huế

³Phòng Chỉ đạo tuyến, TTĐT, Bệnh viện Trung ương Huế

⁴Khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ≥ 40 tuổi tại tỉnh Thừa Thiên Huế.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1600 người dân từ 40 tuổi trở lên, chọn ngẫu nhiên trong quần thể đưa vào nghiên cứu khi người dân đồng ý tham gia. Chọn mẫu phân tầng không theo tỷ lệ, đại diện theo các vùng của tỉnh Thừa Thiên Huế. Các đối tượng tham gia nghiên cứu được phỏng vấn theo bộ câu hỏi, khám lâm sàng và đo chức năng thông khí để phát hiện các đối tượng mắc BPTNMT. Thu thập các số liệu liên quan đến lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ nặng của bệnh. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: Triệu chứng thường gặp nhất là ho mạn tính (80,2%), khạc đờm (74,3%), khó thở (69,3%). Tỷ lệ hiện đang hút thuốc là 61,4%. Tỷ lệ ho mạn tính, khạc đờm mạn tính, khó thở lần lượt là 80,2%, 74,3%, 69,3%. Có 53,5% bệnh nhân có cả 3 triệu chứng trên. Tỷ lệ FEV1/FVC $< 30\%$ rất ít gặp (2,0%). Tỷ lệ FEV1/FVC từ 50% - 80% chiếm tỷ lệ cao nhất (45,5%), tiếp đến là nhóm 30% - 50% (27,7%). Triệu chứng Xquang ở các bệnh nhân rất ít 1%.

Kết luận: Cần quan tâm đến các người có xuất hiện các triệu chứng: ho mạn tính, khạc đờm mạn tính và khó thở. Đặc biệt trên đối tượng có hút thuốc lá.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, lâm sàng, cận lâm sàng, Thừa Thiên Huế.

ABSTRACT

SURVEY ON CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS ≥ 40 YEARS OLD IN THUA THIEN HUE PROVINCE

Hoang Thi Lan Huong¹, Tran Thua Nguyen², Tran Duy Vinh³, Pham Trung Hieu⁴, Hoang Vinh Trung Hieu¹, Tran Quang Nhat², Nguyen Thi Thu Huong¹

Objectives: Survey on clinical, subclinical in chronic obstructive pulmonary disease patients ≥ 40 years old in Thua Thien Hue province.

Methods: A cross - sectional descriptive study on 1600 people aged 40 years and over, randomly selected from the population to be included in the study when people agreed to participate. Non-proportional stratified sampling, representative of the regions of Thua Thien Hue province. The study participants were interviewed according to a set of questionnaires,

Ngày nhận bài: 22/5/2023. Ngày chỉnh sửa: 10/6/2023. Chấp thuận đăng: 25/6/2023

Tác giả liên hệ: Trần Thừa Nguyên. Email: tranthuanguyen23@gmail.com. SĐT: 0903597695

Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi...

clinical examination and measurement of ventilation function to detect subjects patients with chronic obstructive pulmonary disease and obtain personal information related to the disease. Data processing using SPSS 20.0 software.

Results: The most common symptoms were chronic cough (80,2%), sputum production (74,3%), shortness of breath (69,3%). The current smoking rate was 61,4%. The rates of chronic cough, chronic sputum production, and shortness of breath were 80,2%, 74,3%, and 69,3%, respectively. There were 53,5% of patients with all 3 symptoms. FEV1/FVC ratio < 30% was very rare (2,0%). The ratio of FEV1/FVC from 50% - 80% accounted for the highest rate (45,5%), followed by the group of 30% - 50% (27,7%). X-ray symptoms in patients were less than 1%.

Conclusion: Attention should be paid to those presenting with the following symptoms: chronic cough, chronic sputum production, and shortness of breath, especially in subjects who smoke.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, clinical, subclinical, Thua Thien Hue.

“Đây là kết quả của đề tài KHCN cấp Tỉnh được ngân sách nhà nước tỉnh Thừa Thiên Huế đầu tư”.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh hô hấp phổ biến có thể phòng và điều trị được. Bệnh đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp dai dẳng và giới hạn luồng thông khí, là hậu quả của những bất thường đường thở và/hoặc phế nang thường do phơi nhiễm với các phân tử hoặc khí độc hại [1].

Theo báo cáo của Tổ chức y tế thế giới năm 2017, BPTNMT là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 3 với khoảng 3,2 triệu người chết và 329 triệu người mắc trên toàn thế giới. Theo dự đoán, tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong sẽ còn tiếp tục gia tăng trong những thập kỷ tới do tăng tiếp xúc các yếu tố nguy cơ BPTNMT và tình trạng già đi của dân số [2].

Tại Việt Nam, nghiên cứu về dịch tễ học của COPD năm 2009 cho thấy tỷ lệ mắc ở người trên 40 tuổi là 4,2%. Bệnh nhân mắc đợt cấp COPD thường chiếm tỷ lệ cao trong các khoa hô hấp và đơn vị điều trị tích cực. Hiện nay chi phí điều trị cao và hậu quả gây tàn phế.

Với tính chất phổ biến, tiến triển kéo dài, chi phí điều trị lớn như vậy, BPTNMT đang trở thành một thách thức lớn đối với sức khỏe toàn cầu. Việc tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ nặng của bệnh có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán và phòng ngừa, quản lý và điều trị bệnh.

Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ≥ 40 tuổi tại tỉnh Thừa Thiên Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu : Độ tuổi

≥ 40 tuổi, chọn ngẫu nhiên trong quần thể. Đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được cung cấp thông tin.

Cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang, xác định một tỷ lệ. Công thức tính cỡ mẫu là:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu. $Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy. Lấy $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với mức ý nghĩa thống kê 5%. p: là tỷ lệ ước đoán. Chọn $p = 0,042$ (Theo kết quả “Nghiên cứu tình hình dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam”, tỷ lệ mắc COPD ở lứa tuổi ≥ 40 là 4,2%) [3]. d là mức sai số tuyệt đối chấp nhận. Chọn giá trị $d = 0,01$.

Như vậy cỡ mẫu cần nghiên cứu là:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,042 \times (1 - 0,042)}{(0,01)^2} \approx 1546$$

Chúng tôi dự kiến điều tra 1600 người dân từ 40 tuổi trở lên.

Chọn địa bàn và chọn mẫu: Áp dụng chọn mẫu phân tầng không theo tỷ lệ, đại diện theo các vùng của tỉnh Thừa Thiên Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đây là phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các đối tượng tham gia nghiên cứu được phỏng vấn theo bộ câu hỏi, khám lâm sàng và đo chức năng thông khí để phát hiện các đối tượng mắc BPTNMT và tìm hiểu các thông tin cá nhân liên quan đến bệnh.

Chẩn đoán xác định bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: Ho khạc đờm 3 tháng/năm và liên tiếp trong 2 năm trở lên. Khó thở: tiến triển liên tục, tăng lên

Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi...

khi gắng sức và nhiễm trùng đường hô hấp. Tiền sử tiếp xúc với yếu tố nguy cơ: hút thuốc, khói bụi nghề nghiệp, hoá chất, khói bếp và khói của nhiên liệu đốt.

Khám: Có thể thấy các dấu hiệu của co thắt, tắc

nghe phổi và hoặc GPN: phổi gõ vang, rì rào phế nang giảm, ran rít ran干湿. Giai đoạn muộn có thể thấy các dấu hiệu của suy tim phải.

Chẩn đoán xác định BPTNMT: khi chỉ số Gaensler ($FEV1/FVC < 70\%$ sau test HPPQ [4].

Bảng 2.1: Mức độ tắc nghẽn đường thở theo GOLD 2020 [4]

Giai đoạn GOLD	Giá trị FEV1 sau test hồi phục phế quản
Giai đoạn 1	$FEV1 \geq 80\%$ trị số lý thuyết
Giai đoạn 2	$50\% \leq FEV1 < 80\%$ trị số lý thuyết
Giai đoạn 3	$30\% \leq FEV1 < 50\%$ trị số lý thuyết
Giai đoạn 4	$FEV1 < 30\%$ trị số lý thuyết

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và Medcalc

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1: Đặc điểm tiền sử, hút thuốc lá bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Đặc điểm		n	%
Tiền sử	Mắc dị ứng	20	19,8
	Mắc TMH	19	18,8
	Hen phế quản	14	13,9
	Mắc trào ngược dạ dày thực quản	16	15,8
Hút thuốc lá	Hiện đang hút	62	61,4
	Đã bỏ thuốc lá	25	24,8
	Hút thuốc thụ động	5	5,0
	Không hút thuốc	9	8,9

Triệu chứng thường gặp nhất là ho mạn tính (80,2%), khạc đàm (74,3%), khó thở (69,3%). Có 53,5% bệnh nhân có cả 3 triệu chứng trên. Tỷ lệ hiện đang hút thuốc lá là 61,4%.

Bảng 3.2: Đặc điểm triệu chứng lâm sàng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Người mắc BPTNMT (n = 101)			
Đặc điểm		n	%
Lâm sàng	Ho mạn tính	81	80,2
	Khạc đờm mạn tính	75	74,3
	Khó thở	70	69,3
	Không triệu chứng	10	9,9
	Một triệu chứng	10	9,9
	Hai triệu chứng	27	26,7
	Có 3 triệu chứng	54	53,5

Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi...

Tỷ lệ ho mạn tính, khạc đờm mạn tính, khó thở lần lượt là 80,2%, 74,3%, 69,3%. Có 53,5% bệnh nhân có cả 3 triệu chứng trên.

Bảng 3.3: Đặc điểm cận lâm sàng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Người mắc BPTNMT (n =101)			
Đặc điểm		n	%
FEV1	$\geq 80\%$	23	22,8
	$50\% \leq \text{FEV1} < 80\%$	46	45,5
	$30\% \leq \text{FEV1} < 50\%$	28	27,7
	$\text{FEV1} < 30\%$	4	4,0
Tỷ FEV1/FVC	$0,5 \leq \text{FEV1/FVC} < 0,7$	81	80,2
	$0,3 \leq \text{FEV1/FVC} < 0,5$	18	17,8
	$\text{FEV1/FVC} < 0,3$	2	2,0

Tỷ lệ $\text{FEV1/FVC} < 30\%$ rất ít gặp (2,0%). Tỷ lệ FEV1/FVC từ 50% - 80% chiếm tỷ lệ cao nhất (45,5%), tiếp đến là nhóm 30% - 50% (27,7%).

Bảng 3.4: Đặc điểm Xquang phổi bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Người mắc BPTNMT (n =101)			
Đặc điểm		n	%
Xquang	Bình thường	99	98,0
	Triệu chứng ứ trệ ở phổi	1	1,0
	Viêm phế quản	1	1,0

Nhận xét: Triệu chứng Xquang ở các bệnh nhân rất ít 1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Tiền sử hen phế quản là 13,9%, mắc dị ứng là 19,8%, mắc bệnh TMH là 18,8%, trào ngược dạ dày - thực quản là 15,8%. Triệu chứng thường gặp nhất là ho mạn tính (80,2%), khạc đờm (74,3%), khó thở (69,3%). Có 53,5% bệnh nhân có cả 3 triệu chứng trên. Tỷ lệ hiện đang hút thuốc là 61,4%.

Kết quả của chúng tôi tương tự với báo cáo của Ngô Thị Thu Hương và cộng sự (2006), triệu chứng ran rít chiếm 70,9%, ran ngáy là 61,6% và ran nổ là 16,6% [5]. Của Đoàn Chí Thắng và cộng sự (2018), tỷ lệ ran ngáy là 63,1% và ran rít kèm ran nổ là 36,9% [6]. Các triệu chứng ran phổi bao gồm ran ngáy, ran rít và ran nổ là những triệu chứng thường gặp ở những bệnh nhân đợt cấp BPTNMT.

Một số nghiên cứu trên thế giới có kết quả tương tự như nghiên cứu của tác giả Stockley và cộng sự

quan sát trên 87 BN có 100% BN có triệu chứng ran ngáy mà không có triệu chứng ran rít hay ran nổ [7].

Nghiên cứu Nguyễn Thị Hoài Phương (2016) đã báo cáo tỷ lệ khó thở xấu hơn là 98,4%, tăng ho là 91,2% và tăng thể tích đàm là 81,6% [8]. Nghiên cứu của Soler N. và cs (2012) cho thấy có 39/73 (53,4%) bệnh nhân vào đợt cấp có triệu chứng đờm mủ, 36/39 (90%) bệnh nhân khó thở xấu hơn trong 48 - 72 giờ trước nhập viện, 32/39 (80%) bệnh nhân tăng lượng đờm [9]. Tần suất đợt cấp trung bình và nặng theo Anthonisen ở nhóm có triệu chứng đờm mủ lần lượt là 82% và 18% [9]. Tương tự, Llor C. và cs (2013) ghi nhận tần suất triệu chứng trong đợt cấp lần lượt là tăng ho 75,9%, tăng lượng đờm 69,9%, khó thở xấu hơn 62,4%, đờm mủ 50,9% và sốt 28,6% [10]. Tuy nhiên, theo Monso E. và cs (2003), 34% đợt cấp có các triệu chứng theo Anthonisen, trong đó tăng lượng đờm thường gặp hơn so với thay đổi màu sắc đờm (88,9% so với 75,6%). Triệu

Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi...

chứng khó thở xấu hơn chiếm tỉ lệ thấp hơn so với tăng lượng đờm và đờm mủ (45%, 77%, 66%) [11]. Các triệu chứng thực thể hô hấp thường gặp như ran phế quản là 76,7%, rì rào phế nang giảm chiếm 19,2%, phù hợp với nhiều nghiên cứu [12].

Triệu chứng lâm sàng thường gặp của BPTNMT là ho và khạc đờm mạn tính, ở giai đoạn muộn các bệnh nhân thường kèm theo triệu chứng khó thở. Trong nghiên cứu của chúng tôi qua bảng câu hỏi phỏng vấn đã tiến hành khảo sát một số triệu chứng hô hấp chỉ điểm cho BPTNMT đó là ho, khạc đờm, khó thở và tức ngực.

Kết quả nghiên cứu của Phan Thu Phương cho thấy: ở nhóm BPTNMT có tới 72,2% số bệnh nhân có biểu hiện của triệu chứng ho, 70,8% số bệnh nhân có biểu hiện của khạc đờm, triệu chứng khó thở gặp ở 52,8% số bệnh nhân. Đặc biệt có 10 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 13,9% không có bất kỳ 1 triệu chứng lâm sàng nào, như vậy nếu không được thăm khám và đo CNHH thì sẽ có 13,9% số bệnh nhân không được phát hiện bệnh [13]. Chính vì vậy, việc phối hợp các phương pháp để chẩn đoán là rất quan trọng, tránh bỏ sót một số lượng tương đối nhiều bệnh nhân mắc BPTNMT không được phát hiện.

Nghiên cứu của Sobradillo V và cộng sự (2000) cho thấy trong số các đối tượng có tắc nghẽn đường thở chỉ có 32,4% là có triệu chứng trên lâm sàng [14].

Một nghiên cứu đa trung tâm ở châu Âu, được thực hiện trên 1.277 đối tượng có tuổi trung bình là 52 tuổi và nam giới chiếm 74% cho kết quả là hơn 3/4 (78%) số đối tượng có biểu hiện của triệu chứng ho và khạc đờm, trên 90% đối tượng có ít nhất một triệu chứng hô hấp [15].

Một nghiên cứu ở Ba Lan của Zielinski J và cộng sự (2006) tiến hành đo chức năng thông khí trên 110.355 đối tượng có tuổi trung bình là $53,5 \pm 11,5$, kết quả là có 20,3% đối tượng có RLTKTN trong đó 7,6% mức độ nhẹ, 6,7% mức độ trung bình và mức độ nặng là 5,9%. Triệu chứng ho, khạc đờm mạn tính xuất hiện ở 52,53% các đối tượng có kết quả chức năng thông khí bình thường và ngược lại có 33,48% các đối tượng có RLTKTN nhưng không có triệu chứng về hô hấp [16].

Lindstrom và cộng sự khi nghiên cứu về mối liên quan giữa hút thuốc và các triệu chứng hô hấp ở phía bắc Thụy Điển và Phần Lan nhận thấy các triệu chứng ho, khạc đờm là hai triệu chứng gặp

nhiều nhất. Tỉ lệ mắc các triệu chứng này ở nam giới cao hơn so với nữ giới [17].

Nghiên cứu của Kornmann O và cộng sự (2003) tiến hành trên 210 bệnh nhân BPTNMT thấy các triệu chứng cơ năng làm cho bệnh nhân đến khám để xác định bệnh là ho (84%), khó thở khi gắng sức (70%), khạc đờm (45%) và các triệu chứng kéo dài trung bình khoảng 12 tháng (từ 1 - 24 tháng) [18].

Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch mai (2005) khi nghiên cứu BPTNMT ở thành phố Hà Nội thấy có tới 29,7% số đối tượng bệnh nhân mắc BPTNMT không có bất kỳ một biểu hiện nào về triệu chứng hô hấp. Các triệu chứng ho và khạc đờm cũng là 2 triệu chứng gặp nhiều nhất [19].

Lê Văn Anh (2006) khi nghiên cứu BPTNMT ở thành phố Bắc Giang thấy 29,4% số đối tượng mắc BPTNMT không có bất kỳ một biểu hiện nào về triệu chứng hô hấp [20].

Chính vì sự tiến triển âm thầm của bệnh theo thời gian, không có triệu chứng hoặc có các triệu chứng lâm sàng nghèo nàn như vậy thì sẽ có rất nhiều bệnh nhân bị bỏ sót không được chẩn đoán, nên nghiên cứu của chúng tôi cũng góp phần khẳng định vai trò của việc sử dụng đo CNHH đối với các đối tượng có nguy cơ mắc BPTNMT trên diện rộng để phát hiện sớm, điều trị và phòng bệnh kịp thời.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Triệu chứng Xquang ở các bệnh nhân rất ít. Tỷ lệ FEV1/FVC < 30% rất ít gặp (2,0%). Tỷ lệ FEV1/FVC từ 50% - 80% chiếm tỷ lệ cao nhất (45,5%), tiếp đến là nhóm 30% - 50% (27,7%).

Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Phạm Minh Thư (2016) cũng cho kết quả FEV1 % trung bình tương tự chúng tôi là $50,35 \pm 19,8\%$; trong đó những BN có tần suất đợt cấp ≥ 2 thì có mức độ nghẽn đường khí nặng hơn. 75% BN có tần suất đợt cấp ≥ 2 có mức độ nghẽn đường khí nặng (GOLD 3), tỷ lệ này ở nhóm có tần số đợt cấp < 2 là 29,7%; có 7,1% BN có tần suất đợt cấp ≥ 2 có mức độ nghẽn đường khí rất nặng (GOLD 4), tỷ lệ này ở nhóm có tần số đợt cấp < 2 là 1,6% .

Kết quả mức độ nghẽn đường khí trung bình của chúng tôi cho thấy BN tham gia nghiên cứu phần nhiều là BN có mức độ nghẽn đường khí trung bình. Đáng chú ý có đến 27,7% BN có mức độ nghẽn đường khí nặng và 2,0% ở mức rất nặng.

Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi...

Đo chức năng hô hấp được coi là phương tiện quan trọng trong chẩn đoán xác định BPTNMT và đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới khẳng định. Đo chức năng hô hấp nên được chỉ định cho tất cả các bệnh nhân có triệu chứng ho và khạc đờm mạn tính hoặc ngay cả khi không có triệu chứng, nhưng có tiền sử hút thuốc hoặc tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ khác. Đo chức năng hô hấp ở những đối tượng trên sẽ giúp phát hiện được bệnh sớm, kịp thời đưa ra các phương pháp điều trị và phòng ngừa sự xuất hiện của bệnh [21].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về CNTK của các đối tượng tham gia nghiên cứu nhận thấy tỉ lệ có rối loạn thông khí là 22,5% bao gồm cả RLTKTN, hướng tới RLTKHC và hướng tới RLTKHH. Trong đó tỉ lệ có RLTKTN và hỗn hợp chiếm 6,4%. Do chúng tôi không đo được thể tích khí cặn nên việc nhận định phân loại RLTKHC hay RLTKHH chỉ là tương đối hay nói cách khác là hướng tới có RLTKHC hay có RLTKHH mà thôi.

Chúng tôi nhận thấy, tỉ lệ (%) trung bình so với số lý thuyết của hầu hết các chỉ tiêu CNTK ở nhóm có rối loạn thông khí của nam giới cũng như của nữ giới, đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ so với nhóm có CNTK bình thường.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về CNTK ở nhóm BPTNMT cho thấy tất cả các chỉ tiêu thông khí đều giảm dưới mức bình thường (bảng 3.25). FEV1 giảm: 51% (95%CI [46,9 - 55,1]); FVC giảm nhiều: 46,7% (95%CI [42,9 - 50,6]) SLT; chỉ số Gaensler (FEV1/FVC) giảm $< 70\%$; FEF 25 - 75%: 32,9% (95%CI [42,9 - 50,6]); MEF75%: 34,1% (95%CI [42,9 - 50,6]); MEF50%: 25,2% (95%CI [42,9 - 50,6]); MEF25%: 35,3 % (95%CI [42,9 - 50,6]). Như vậy các chỉ tiêu đánh giá RLTKTN đường thở trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của các tác giả trong nước [22, 23].

Nhận xét về kiểu RLTK ở các đối tượng mắc BPTNMT trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có 28/72 trường hợp có RLTKTN và 44/72 trường hợp có RLTKHH. Có nhiều nghiên cứu nhận xét rằng bắt đầu từ giai đoạn II của bệnh, RLTK thường biểu hiện kiểu RLTKHH (vừa có tắc nghẽn vừa có hạn

chê). Nguyễn Đình Tiên nghiên cứu trên 90 bệnh nhân BPTNMT nhận thấy RLTKHH chiếm tỉ lệ cao (93,3%), RLTKTN chiếm tỉ lệ 6,7% [12].

Một số tác giả trên thế giới đã khuyến cáo, để phát hiện sớm RLTKTN đường thở nhỏ khi chưa có biểu hiện lâm sàng hoặc khi FEV1 và tỉ số FEV1/FVC vẫn bình thường, thì nên tham khảo các chỉ số như FEF25 - 75%, MEF75%, MEF50%, MEF25 [24].

Trong nước các công trình nghiên cứu sâu về ý nghĩa của các chỉ số chưa nhiều. Lê Bá Thúc (1996) nghiên cứu về thông khí phổi ở người bình thường và trong một số bệnh phổi có nhận xét là đối với trạng thái tắc nghẽn MMEF có giá trị phát hiện sớm hơn chỉ số FEV1 và tỉ số Tiffeneau [25]. Kết quả nghiên cứu của Chu Thị Hạnh (2007) nhận xét các lưu lượng ở từng thời điểm (PEF, MEF 75%, MEF 50%, MEF 25%) và FEF 25 - 75% đều giảm rõ rệt ở những bệnh nhân mắc BPTNMT [26].

Kết quả X-quang của BN BPTNMT cho thấy BN đợt cấp có lồng ngực mở rộng và có tình trạng phá hủy nhu mô phổi và đường dẫn khí dãn rộng, chủ yếu gặp ở BN viêm phế quản mạn tính hoặc đường dẫn khí dày, viêm và có sẹo chủ yếu gặp ở BN khí phế thũng.

Hình ảnh X-quang phổi của các bệnh nhân mắc BPTNMT thường không có biến đổi ở giai đoạn sớm và X-quang phổi chủ yếu có giá trị ở giai đoạn muộn của bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi các đối tượng được chẩn đoán BPTNMT trên lâm sàng và kết quả đo chức năng thông khí sẽ được chụp X-quang phổi thẳng để giúp khẳng định thêm về chẩn đoán bệnh.

Hình ảnh X-quang mà chúng tôi gặp nhiều nhất đó là hình ảnh bình thường.

Theo Nguyễn Quỳnh Loan (2003), dấu hiệu dày thành phế quản là tổn thương X-quang thường gặp hơn cả với tỉ lệ là 64,7%, dấu hiệu giãn phổi (trên phim thẳng) gặp với tỉ lệ 58,8%, hình ảnh phổi bản gấp ít hơn 2 dấu hiệu trên với tỉ lệ là 17,6% [27].

Theo nghiên cứu của khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai (2005) cũng có nhận xét gần tương tự, trong số 37 bệnh nhân mắc BPTNMT có 26 bệnh nhân đã được chụp X quang phổi. Trong

Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi...

đó các dấu hiệu thường gặp bao gồm là xương sườn nằm ngang: 12/26 (46,2%), khoang liên sườn giãn rộng: 13/26 (50,0%), hình ảnh phổi bản: 7/26 (26,9%) [22].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với một số tác giả khác trong nước khi nghiên cứu về BPTNMT. Theo Đào Nam Lượng (1999) nghiên cứu 41 bệnh nhân BPTNMT ở bệnh viện thấy 2 triệu chứng Xquang hay gặp đó là hình ảnh căng giãn phổi (49%) và hội chứng phế quản (75%). Trong hội chứng phế quản có 56% có hình ảnh phổi bản, hội chứng mạch máu do TALĐMP gặp 15% [23]. Thực tế đối tượng nghiên cứu của các tác giả này là bệnh nhân BPTNMT phải nhập viện có nghĩa là bệnh đã ở giai đoạn nặng, do vậy tổn thương trên Xquang sẽ rõ rệt hơn.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng thường gặp nhất là ho mạn tính (80,2%), khạc đàm (74,3%), khó thở (69,3%). Tỷ lệ hiện đang hút thuốc là 61,4%. Tỷ lệ ho mạn tính, khạc đờm mạn tính, khó thở lần lượt là 80,2%, 74,3%, 69,3%. Có 53,5% bệnh nhân có cả 3 triệu chứng trên. Tỷ lệ FEV1/FVC < 30% rất ít gặp (2,0%). Tỷ lệ FEV1/FVC từ 50% - 80% chiếm tỷ lệ cao nhất (45,5%), tiếp đến là nhóm 30% - 50% (27,7%). Triệu chứng Xquang ở các bệnh nhân rất ít 1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế, Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. 2018, Nhà Xuất bản Y Học Hà Nội. p. 30-36.
2. Szalontai K, Gémes N, Furák J, Varga T, Neuperger P, Balog J, et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Epidemiology, Biomarkers, and Paving the Way to Lung Cancer. J Clin Med. 2021; 10(13).
3. Lan LTT. Tình hình bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) tại Việt Nam. Journal of French-Vietnamese Association of Pulmonology, 02(04). 2011: 46-48.
4. Disease GfCOL. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2020: 1-122.
5. Hương NTT, Châu NQ, Nguyễn Ngô Quang. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tạp chí Y học thực hành. 2006: 6-8.
6. Đoàn Chí Thắng TTNH, Trần Phước Minh Đăng, Trần

- Thị Phương Nhi,. Nghiên cứu nồng độ procalcitonin huyết thanh trên bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tạp Chí Y Học Lâm Sàng. 2018(49): 57-63.
7. Stockley RA. Neutrophils and protease/antiprotease imbalance. Am J Respir Crit Care Med. 1999; 160(5 Pt 2): S49-52.
8. Nguyễn Thị Hoài Phương. Nghiên cứu nồng độ PCT, CRP huyết thanh ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Khóa luận tốt nghiệp cử nhân Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội. 2016.
9. Soler N, Esperatti M, Ewig S, Huerta A, Agustí C, Torres A. Sputum purulence-guided antibiotic use in hospitalised patients with exacerbations of COPD. Eur Respir J. 2012; 40(6): 1344-53.
10. Llor C, Bjerrum L, Munck A, Hansen MP, Córdoba GC, Strandberg EL, et al. Predictors for antibiotic prescribing in patients with exacerbations of COPD in general practice. Ther Adv Respir Dis. 2013; 7(3): 131-7.
11. Monsó E, Garcia - Aymerich J, Soler N, Farrero E, Felez MA, Antó JM, et al. Bacterial infection in exacerbated COPD with changes in sputum characteristics. Epidemiol Infect. 2003; 131(1): 799-804.
12. Nguyễn Đình Tiến. Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và chức năng hô hấp trong các đợt bùng phát BPTNMT. Luận án Tiến sĩ Y học - Học viện Quân y Hà Nội. 1999.
13. Châu NQ, Phương PT, sự LVAv. Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư thành phố Hải Phòng. Tạp chí Y học thực hành. 2006: 44-48.
14. Peña VS, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez-Ruiz CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographic Variations in Prevalence and Underdiagnosis of COPD: Results of the IBERPOC Multicentre Epidemiological Study. Chest. 2000; 118(4): 981-989.
15. Pauwels R. COPD: the scope of the problem in Europe. Chest. 2000; 117(5 Suppl 2): 332s-5s.
16. Zieliński J, Bednarek M. Early detection of COPD in a high-risk population using spirometric screening. Chest. 2001; 119(3): 731-6.
17. Lindström M, Kotaniemi J, Jönsson E, Lundbäck B. Smoking, respiratory symptoms, and diseases : a comparative study between northern Sweden and northern Finland: report from the FinEsS study. Chest. 2001; 119(3): 852-61.
18. Kornmann O, Beeh KM, Beier J, Geis UP, Ksoll M, Buhl R. Newly diagnosed chronic obstructive pulmonary disease. Clinical features and distribution of the novel stages of the

Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi...

- Global Initiative for Obstructive Lung Disease. Respiration. 2003; 70(1): 67-75.
19. Châu NQ, Hạnh CT, và cộng sự. Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư thành phố Hà Nội. Báo cáo nghiệm thu đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ, Bộ Y tế. 2005.
20. Anh LV, Châu NQ, sự vc. Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư thành phố Bắc Giang. Tạp chí NCYH. 2006: 87-93.
21. Silverman EK, Palmer LJ, Mosley JD, Barth M, Senter JM, Brown A, et al. Genomewide linkage analysis of quantitative spirometric phenotypes in severe early - onset chronic obstructive pulmonary disease. Am J Hum Genet. 2002; 70(5): 1229-39.
22. Châu NQ, và cộng sự. Tình hình chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai trong 5 năm 1996 - 2000. Thông tin Y học lâm sàng. 2002: 50-58.
23. Lượng ĐN. Nghiên cứu lâm sàng, X - quang phổi, điện tim và chức năng hô hấp ở bệnh nhân mắc BPTNMT và hen phế quản. Luận văn Thạc sỹ y học, Học viện Quân y Hà Nội. 1999.
24. Weinberg S DJ. Disturbances of respiratory function. Harrison's principles of internal medicine. 1998; 3(2): 1152-1159.
25. Lê Bá Thúc. Nghiên cứu thông khí phổi người bình thường và bệnh nhân mắc một số bệnh phổi phế quản. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 1996.
26. Hạnh CT. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong công nhân một số nhà máy công nghiệp ở Hà Nội. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội. 2007.
27. Loan NQ. Nghiên cứu dịch tễ lâm sàng BPTNMT tại phường Khương Mai - Quận Thanh Xuân - Hà Nội. Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Quân Y Hà Nội. 2002.