

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH Ở NGƯỜI ≥ 40 TUỔI TẠI TỈNH THỪA THIÊN HUẾ

Trần Thừa Nguyên¹, Hoàng Thị Lan Hương², Nguyễn Thị Bạch Oanh², Phan Thị Phương², Trần Thị Thanh Nhân³, Nguyễn Thị Diệu Đoan², Nguyễn Thị Thu Hương²

¹Khoa Nội Tổng hợp Lão khoa, Bệnh viện Trung ương Huế

²Khoa Nội tiết - Thần kinh - hô hấp, Bệnh viện Trung ương Huế

³Trường Đại học Y Dược Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố liên quan bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở người ≥ 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 và tìm hiểu các thông tin cá nhân liên quan đến bệnh. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: Tỷ lệ BPTNMT ở dân tộc Kinh nói chung là 5,2% thấp hơn ở dân tộc thiểu số là 10,5% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm mù chữ là 10,3%, biết đọc, biết viết là 10,0%, tiểu học là 5,8%, THCS là 6,1, THPT là 2,8% và trung cấp trở lên là 1,4%. Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm nông dân là 6,2%, công nhân là 4,2%, buôn bán là 0%, CBCNV là 11,1%, nội trợ là 4,2%, hưu trí/già là 9,4%, lao động tự do là 5,5% và ngư dân là 8,3%. Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm đang hút thuốc là 11,2%, đã bỏ thuốc lá là 11,5%, hút thuốc lá thụ động là 1,9%, không hút thuốc là 1,6%. Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm có tiền sử hen là 25,5%, cao hơn nhóm không có tiền sử hen là 5,6% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nhóm có tiền sử viêm phế quản là 37,0%, cao hơn nhóm không có tiền sử viêm phế quản là 5,8% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm sử dụng bếp rơm, than củi là 9,4%, cao hơn nhóm không sử dụng là 4,3% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nhóm sử dụng bếp ga là 5,0%, thấp hơn nhóm không sử dụng bếp ga là 11,6% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Học vấn mù chữ hoặc chỉ biết đọc biết viết, mắc hen và viêm phế quản mạn tính, dùng bếp rơm, củi hoặc than, hút thuốc lá hoặc đã bỏ thuốc lá là các yếu tố liên quan độc lập với BPTNMT.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tỷ lệ, yếu tố liên quan, Thừa Thiên Huế.

Ngày nhận bài:

01/6/2023

Ngày chỉnh sửa:

15/6/2023

Chấp thuận đăng:

10/7/2023

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Tá Đông

Email:

tranthuanguyen23@gmail.com

SĐT: 0903597695

ABSTRACT

SURVEY ON FACTORS RELATED TO CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PEOPLE ≥ 40 YEARS OLD IN THUA THIEN HUE PROVINCE

Tran Thua Nguyen¹, Hoang Thi Lan Huong², Nguyen Thi Bach Oanh², Phan Thi Phuong², Tran Thi Thanh Nhan³, Nguyen Thi Dieu Doan², Nguyen Thi Thu Huong²

Objectives: To survey on some factors related to chronic obstructive pulmonary disease in people ≥ 40 years old in Thua Thien Hue province.

Khảo sát một số yếu tố liên quan bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

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, 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 prevalence of COPD in the Kinh ethnic group in general was 5,2% lower than that of the ethnic minority group at 10,5%, which was statistically significant ($p < 0,001$). The prevalence of COPD in the illiterate group was 10,3%, group with the ability to read and write was 10,0%, 5,8% in primary school group, 6,1% in lower secondary school, 2,8% in high school and higher in intermediate school was 1,4%. The prevalence of COPD among farmers was 6,2%, workers was 4,2%, traders were 0%, employees were 11,1%, housewives were 4,2%, pensioners/old people were 9,4%, self - employed was 5,5% and fisherman was 8,3%. The rate of COPD in the current smoking group was 11,2%, 11,5% quit, 1,9% passive smoker, 1,6% non - smoker. The rate of COPD in the group with a history of asthma was 25,5%, higher than the group without a history of asthma was 5,6%, statistically significant ($p < 0,001$), the group with a history of bronchitis was 37,0%, higher than the group without a history of bronchitis was 5,8%, with statistical significance ($p < 0,001$). The prevalence of COPD in the group using straw and charcoal stoves was 9,4%, higher than the group without using was 4,3% with statistical significance ($p < 0,001$), 5,0% in the group using gas stoves was lower than the group that does not use gas stoves was 11,6%, which is statistically significant ($p < 0,001$). Illiteracy or only literacy, asthma and chronic bronchitis, use of straw, wood or charcoal stoves, smoking or having quit are independent factors associated with COPD.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, prevalence, related factors, 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].

Có khoảng 90% số ca tử vong do BPTNMT nằm ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Việt Nam là quốc gia có tỷ lệ mắc COPD đứng hàng đầu trong khu vực Châu Á Thái Bình Dương. Đây là bệnh tiến triển nặng dần, không hồi phục do có những đợt cấp và xuất hiện các biến chứng trầm trọng gây tàn phế và đưa đến tử vong như suy hô hấp mạn tính, suy tim phải [3 - 5].

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. Để có thể ngăn chặn sự diễn tiến của bệnh chúng ta cần phải nhận thức rõ về gánh nặng bệnh tật, các yếu tố nguy cơ gây bệnh và trên cơ sở này đề xuất những giải pháp phòng ngừa, quản lý và điều trị BPTNMT.

Khảo sát một số yếu tố liên quan bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

Vì vậy cần đặc biệt đánh giá vai trò của các yếu tố nguy cơ lên tỉ lệ mắc BPTNMT góp phần can thiệp kịp thời để giảm tỷ lệ khuyết tật, giảm tử vong, tăng chất lượng sống và tăng tuổi thọ. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu khảo sát một số yếu tố liên quan bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở người ≥ 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%) [6]. d là mức sai số tuyệt đối chấp nhận. Chọn giá trị $d = 0,01$.

Như vậy cỡ mẫu cần nghiên cứu là:

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

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và dân tộc ở đối tượng nghiên cứu

Địa dư		Thành phố		Nông thôn		Miền biển		Miền núi		Tổng cộng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kinh	Có	15	3,8	25	6,3	25	6,3	1	1,5	66	5,2
	Không	385	96,3	375	93,8	374	93,7	66	98,5	1200	94,8
Dân tộc thiểu số	Có	0	0	0	0	1	100,0	34	10,2	35	10,5
	Không	0	0	0	0	0	0	299	89,8	299	89,5
p		-		-		-		< 0,05		< 0,001	

Tỷ lệ BPTNMT ở dân tộc Kinh là 5,2%, dân tộc thiểu số là 10,5%.

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 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 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 nghẽn phế quản và hoặc GPN: phổi gõ vang, rì rào phế nang giảm, ran rít ran ngáy. 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 [7].

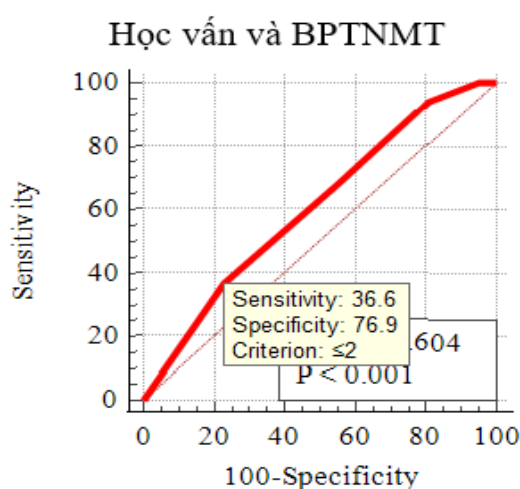
Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và Medcalc

Khảo sát một số yếu tố liên quan bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

Bảng 2: Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo học vấn ở đối tượng nghiên cứu

Địa dư BPTNMT		Thành phố		Nông thôn		Miền biển		Miền núi		Tổng cộng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mù chữ	Có	2	15,4	2	6,3	7	8,8	13	12	24	10,3
	Không	11	84,6	30	93,7	73	91,2	95	88	209	89,7
Biết đọc, biết viết	Có	5	19,2	1	2,4	5	8,5	4	16,7	15	10,0
	Không	21	80,8	40	97,6	54	91,5	20	83,3	135	93,1
Tiểu học	Có	1	1,4	12	10,0	8	5,4	8	4,9	29	5,8
	Không	73	98,6	108	90,0	139	94,6	155	95,1	475	94,2
THCS	Có	5	4,4	9	5,9	5	5,6	7	10,0	26	6,1
	Không	109	95,6	143	94,1	84	94,4	63	90,0	399	93,9
THPT	Có	2	1,6	1	2	1	5,9	2	7,4	6	2,8
	Không	123	96,9	48	98	16	94,1	25	92,6	212	97,2
Trung cấp trở lên	Có	0	0	0	0	0	0	1	12,5	1	1,4
	Không	48	98,0	6	100	8	100	7	87,5	69	98,6

Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm mù chữ là 10,3%, biết đọc, biết viết là 10,0%, tiểu học là 5,8%, THCS là 6,1, THPT là 2,8% và trung cấp trở lên là 1,4%.



Biểu đồ 1: Điểm cắt học vấn và BPTNMT nhóm nghiên cứu

Với điểm cắt học vấn $\leq$ mù chữ + biết đọc biết viết, độ nhạy 36,6%, độ đặc hiệu 76,9%, học vấn có giá trị dự báo BPTNMT với $p < 0,001$.

Khảo sát một số yếu tố liên quan bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

Bảng 3: Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo nghề nghiệp ở đối tượng nghiên cứu

Địa dư BPTNMT		Thành phố		Nông thôn		Miền biển		Miền núi		Tổng cộng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nông dân	Có	0	0	13	6,4	3	3,5	17	7,0	33	6,2
	Không	3	100,0	191	93,6	82	96,5	225	93,0	501	93,8
Công nhân	Có	0	0	1	4,2	2	16,7	0	0	3	4,4
	Không	32	100,0	23	95,8	10	83,3	0	0	65	95,6
Buôn bán	Có	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Không	50	100,0	27	100,0	38	100,0	5	100,0	120	100,0
CBCNV	Có	2	11,1	0	0	0	0	3	21,4	5	11,1
	Không	16	88,9	9	100,0	4	100,0	11	78,6	40	88,9
Nội trợ	Có	2	2,7	4	8,0	2	3,3	1	3,3	9	4,2
	Không	71	97,3	46	92,0	59	96,7	29	96,7	205	95,8
Hưu trí/Già	Có	8	5,3	6	13,0	13	12,6	10	10,6	37	9,4
	Không	143	94,7	40	87,0	90	87,4	84	89,4	357	90,6
Lao động tự do	Có	3	4,2	1	2,8	1	2,4	4	26,7	9	5,5
	Không	69	95,8	35	97,2	41	97,6	11	73,3	156	94,5
Ngư dân	Có	0	0	0	0	5	9,1	0	0	5	8,3
	Không	1	100,0	4	100,0	50	90,9	0	0	55	91,7

Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm nông dân là 6,2%, công nhân là 4,2%, buôn bán là 0%, CBCNV là 11,1%, nội trợ là 4,2%, hưu trí/già là 9,4%, lao động tự do là 5,5% và ngư dân là 8,3%.

Bảng 4: Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hút thuốc lá ở đối tượng nghiên cứu

Địa dư BPTNMT		Thành phố		Nông thôn		Miền biển		Miền núi		Tổng cộng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Đang hút	Có	10	10,5	11	8,9	14	11,8	27	12,5	62	11,2
	Không	85	89,5	113	91,1	105	88,2	189	87,5	492	88,8

Khảo sát một số yếu tố liên quan bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

Địa dư BPTNMT		Thành phố		Nông thôn		Miền biển		Miền núi		Tổng cộng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Đã bỏ thuốc	Có	3	4,1	9	14,5	10	15,6	3	16,7	25	11,5
	Không	71	95,9	53	85,5	54	84,4	15	83,3	193	88,5
Hút thụ động	Có	0	0	1	1,4	1	1,1	3	9,1	5	1,9
	Không	70	100,0	68	98,6	87	98,9	30	90,9	255	98,1
Không hút	Có	2	1,2	4	2,8	1	0,8	2	1,5	9	1,6
	Không	159	98,8	141	97,2	128	99,2	131	98,5	559	98,4

Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm đang hút thuốc là 11,2%, đã bỏ thuốc lá là 11,5%, hút thuốc lá thụ động là 1,9%, không hút thuốc là 1,6%.

Bảng 5: Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và tiền sử bệnh hô hấp ở đối tượng nghiên cứu

Bệnh hô hấp	Địa dư BPTNMT		Thành phố		Nông thôn		Miền biển		Miền núi		Tổng cộng	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lao	Có	Có	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Không	4	100,0	4	100,0	5	100,0	0	0	13	100,0
	Không	Có	15	3,8	25	6,3	26	6,6	35	8,8	101	6,4
		Không	381	96,2	371	93,7	369	93,4	365	91,3	1486	93,6
	p		-		-		-		-		-	
Hen	Có	Có	1	7,7	6	28,6	6	31,6	1	50,0	14	25,5
		Không	12	92,3	15	71,4	13	68,4	1	50,0	41	74,5
	Không	Có	14	3,6	19	5,0	20	5,2	34	8,5	87	5,6
		Không	373	96,4	360	95,0	361	94,8	364	91,5	1458	94,4
	p		> 0,05		< 0,001		< 0,001		< 0,05		< 0,001	
Viêm phế quản	Có	Có	2	50,0	4	33,3	3	42,9	1	25,0	10	37,0
		Không	2	50,0	8	66,7	4	57,1	3	75,0	17	63,0
	Không	Có	13	3,3	21	5,4	23	5,9	34	8,6	91	5,8
		Không	383	96,7	367	94,6	370	94,1	362	91,4	1482	94,2
	p		< 0,001		< 0,001		< 0,001		> 0,05		< 0,001	

Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm có tiền sử hen là 25,5%, cao hơn nhóm không có tiền sử hen là 5,6% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nhóm có tiền sử viêm phế quản là 37,0%, cao hơn nhóm không có tiền sử viêm phế quản là 5,8% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Khảo sát một số yếu tố liên quan bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

Bảng 6: Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và sử dụng bếp ở đối tượng nghiên cứu

Bệnh hô hấp	Địa dư BPTNMT		Thành phố		Nông thôn		Miền biển		Miền núi		Tổng cộng	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bếp rom, củi, than	Có	Có	5	17,2	16	11,3	12	10,8	34	9,5	60	9,4
		Không	24	82,8	126	88,7	99	89,2	324	90,5	579	90,6
	Không	Có	10	2,7	9	3,5	14	4,8	1	2,4	41	4,3
		Không	361	97,3	249	96,5	275	95,2	41	97,6	920	95,7
	p		< 0,001		< 0,01		< 0,05		> 0,05		< 0,001	
Bếp ga	Có	Có	12	3,2	23	6,1	21	5,7	7	4,5	63	5,0
		Không	360	96,8	356	93,9	346	94,3	147	95,5	1209	95,0
	Không	Có	3	10,7	2	9,5	5	15,2	28	11,4	38	11,6
		Không	25	89,3	19	90,5	28	84,8	218	88,6	290	88,4
	p		< 0,05		> 0,05		< 0,05		< 0,05		< 0,001	
Bếp điện	Có	Có	1	2,9	3	11,5	0	0	1	12,5	5	6,8
		Không	34	97,1	23	88,5	5	100,0	7	87,5	69	93,2
	Không	Có	14	3,8	22	5,9	26	6,6	34	8,7	96	6,3
		Không	351	96,2	352	94,1	369	93,4	358	91,3	1430	93,7
	p		> 0,05		> 0,05		-		> 0,05		> 0,05	

Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm sử dụng bếp rom, than củi là 9,4%, cao hơn nhóm không sử dụng là 4,3% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nhóm sử dụng bếp ga là 5,0%, thấp hơn nhóm không sử dụng bếp ga là 11,6% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 7: Hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	B	p	OR	KTC 95%
Dân tộc thiểu số	0,24	> 0,05	1,28	0,73 - 2,21
Học văn mù chữ + biết đọc, biết viết	0,94	< 0,001	2,56	1,57 - 4,17
Mắc hen	2,05	< 0,001	7,73	3,65 - 16,36
Viêm phế quản mạn tính	2,27	< 0,001	9,68	3,86 - 24,28
Dùng bếp rom, củi, than	1,30	< 0,001	3,68	1,90 - 7,11
Hiện đang hút thuốc lá hoặc đã bỏ thuốc	1,05	< 0,001	2,86	1,68 - 4,88

Học văn mù chữ hoặc chỉ biết đọc biết viết, mắc hen và viêm phế quản mạn tính, dùng bếp rom, củi hoặc than, hút thuốc lá hoặc đã bỏ thuốc lá là các yếu tố liên quan độc lập với BPTNMT.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và dân tộc

Tỷ lệ BPTNMT ở dân tộc Kinh nói chung là 5,2% thấp hơn ở dân tộc thiểu số là 10,5% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

4.2. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo học vấn

Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm mù chữ là 10,3%, biết đọc, biết viết là 10,0%, tiểu học là 5,8%, THCS là 6,1, THPT là 2,8% và trung cấp trở lên là 1,4%.

Với điểm cắt học vấn $\leq$ mù chữ + biết đọc biết viết, độ nhạy 36,6%, độ đặc hiệu 76,9%, học vấn có giá trị dự báo BPTNMT với $p < 0,001$.

4.3. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo nghề nghiệp

Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm nông dân là 6,2%, công nhân là 4,2%, buôn bán là 0%, CBCNV là 11,1%, nội trợ là 4,2%, hưu trí/già là 9,4%, lao động tự do là 5,5% và ngư dân là 8,3%.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới chứng tỏ được rằng phơi nhiễm bụi nghề nghiệp cũng là một yếu tố nguy cơ của BPTNMT.

Chu Thị Hạnh (2007) tiến hành nghiên cứu về BPTNMT trên các đối tượng là công nhân của 5 nhà máy công nghiệp ở Hà Nội nhận thấy những công nhân công tác tại các phân xưởng sản xuất có tiếp xúc với bụi có biểu hiện các triệu chứng hô hấp tăng nhiều hơn ở nhóm công nhân không tiếp xúc với bụi [8].

Theo Niven M và cộng sự (1997), những công nhân dệt tuổi trên 45 tiếp xúc với bụi bông có nguy cơ mắc VPQMT cao gấp 2,51 lần so với nhóm công nhân khác với 95% CI [1,3 - 4,9]), sau khi đã hiệu chỉnh đối với các yếu tố nguy cơ khác như tuổi, giới tính, hút thuốc và quê quán [9].

Ulvestad và cộng sự (2001) nhận thấy công nhân đào đường hầm tiếp xúc thường xuyên với bụi thì mức độ giảm FEV1 nhanh hơn so với những người không tiếp xúc [10].

Laraqui Hossini và cộng sự (2001) nhận thấy 55,6% công nhân sản xuất xi măng tiếp xúc với bụi (với nồng độ bụi vượt quá tiêu chuẩn cho phép 4 lần), có biểu hiện của các triệu chứng ho, khạc đờm. Còn nhóm không tiếp xúc thì chỉ có 13,3%. Tỷ lệ mắc VPQMT ở nhóm tiếp xúc là 29,3% còn ở nhóm không tiếp xúc là 9,6% ($p < 0,001$) [11].

Matheson M và cộng sự (2005) đã nghiên cứu trên 1.232 đối tượng và nhận thấy những người tiếp xúc thường xuyên với bụi sinh học có nguy cơ mắc viêm phế quản mạn (OR 3,19; 95%CI [1,27 - 7,97]); giãn phế nang (OR 3,18; 95%CI [1,41 - 7,1]) và BPTNMT (OR 2,70, 95%CI [1,39 - 5,23]) cao hơn các đối tượng không tiếp xúc. Ngược lại các tác giả không thấy có sự liên quan giữa tiếp xúc bụi vô cơ (OR 1,13; 95%CI [0,57 - 2,27]) và tiếp xúc khói/khí (OR 1,63; 95%CI [0,83 - 3,22]) với tỷ lệ mắc BPTNMT [12].

4.4. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hút thuốc lá

Theo GOLD (2003), thuốc lá là nguyên nhân chủ yếu của BPTNMT, là yếu tố quyết định quan trọng nhất của mức độ lưu hành của bệnh ở từng quốc gia, mức độ lưu hành của BPTNMT cao ở những quốc gia mà hút thuốc phổ biến và thấp ở những quốc gia hút thuốc không phải là phổ biến hoặc tổng lượng thuốc lá tiêu thụ thấp. Mức độ lưu hành bệnh thấp nhất ở nam giới là 2,69/1.000 dân (1 nhóm 36 nước Bắc Phi và Trung Đông) và thấp nhất ở nữ là 1,79/1.000 dân (1 nhóm 49 nước và các đảo, trong đó có Việt Nam) [13].

Hút thuốc là yếu tố nguy cơ của BPTNMT đã được đề cập đến trong nhiều nghiên cứu từ trước tới nay. Hút thuốc là nguyên nhân hàng đầu gặp ở 85 - 90% bệnh nhân mắc BPTNMT. Tuy nhiên không phải tất cả những đối tượng hút thuốc đều mắc BPTNMT, các nghiên cứu nhận thấy có khoảng 15 - 20% số người hút thuốc mắc BPTNMT. Một số tác giả nhận xét rằng nếu nữ giới hút thuốc thì có nguy cơ mắc BPTNMT cao hơn so với nam giới hút thuốc. Điều này cho thấy có sự tương tác thuận giữa yếu tố cơ địa với các yếu tố môi trường mà cho đến nay chưa được biết rõ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỷ lệ BPTNMT ở nhóm đang hút thuốc là 11,2%, đã bỏ thuốc lá là 11,5%, hút thuốc lá thụ động là 1,9%, không hút thuốc là 1,6%. Khi phân tích trên mô hình đa biến Logistic về ảnh hưởng của hút thuốc đến mắc BPTNMT sau khi đã khống chế các yếu tố gây nhiễu khác chúng tôi nhận thấy mối quan hệ này càng chặt chẽ, những người hiện hút thuốc và đã bỏ thuốc có nguy cơ mắc BPTNMT gấp 2,86 lần so với các đối tượng không hút thuốc hoặc hút thuốc thụ động.

Khảo sát một số yếu tố liên quan bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả trong nước và trên thế giới. Nguyễn Bá Hùng và CS (2001) nhận thấy trong nhóm mắc BPTNMT thì tỉ lệ đối tượng hút thuốc chiếm tỉ lệ rất cao (97%) và tìm thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa thói quen hút thuốc và mức độ giảm của CNTK trong nhóm mắc BPTNMT.

Khi nghiên cứu dịch tễ học BPTNMT trên 2.976 dân cư ngoại thành thành phố Hải Phòng, Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai (2006) nhận thấy mối liên quan rõ rệt của khói thuốc lá, thuốc lào với BPTNMT (OR = 4,28; 95%CI [2,86 - 6,52]) [14].

Lê Văn Anh (2006) nghiên cứu dịch tễ học BPTNMT trong dân cư thành phố Bắc Giang thấy những đối tượng hút thuốc lá ≥ 15 bao/năm có nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 8,5 lần so với những đối tượng hút < 15 bao/năm và không hút ($p < 0,001$) [15].

Chu Thị Hạnh (2007) nhận thấy ở những đối tượng hút thuốc ≥ 15 bao/năm có nguy cơ mắc bệnh tăng gấp 6,7 lần (OR = 6,7, $p < 0,001$) so với những người hút < 15 bao/năm và không hút thuốc ($p < 0,001$) [8].

Theo Đinh Ngọc Sỹ và CS (2009) nhận thấy hút thuốc là nguyên nhân hàng đầu của BPTNMT với OR = 3,5 (95%CI [2,9 - 4,2]) [16].

Theo Sobradillo V và cộng sự (2000), tiến hành nghiên cứu trên 4.035 đối tượng tuổi từ 40 - 69 ở Tây Ban Nha thấy tỉ lệ mắc BPTNMT là 9,1%, trong đó tỉ lệ mắc BPTNMT ở những người hút thuốc là 15% (95%CI [12,8 - 17,1]), với những người hút thuốc thụ động là 12,8% (95%CI [10,7-14,8]) và với người hoàn toàn không hút thuốc là 4,1% (95%CI [3,3 - 5,1]). Đối với nam giới trên 60 tuổi và hút thuốc trên 30 bao/năm tỉ lệ mắc bệnh là 40,3% (95%CI [34,4 - 46,2]) và khi so sánh với nhóm cùng lứa tuổi không hút thuốc thì nguy cơ mắc BPTNMT tăng gấp 6 lần (95%CI [3,5 - 12,3]). Khi phân tích mô hình đa biến Logistic nghiên cứu cũng cho thấy so với người không hút thuốc nguy cơ mắc bệnh tăng từ 2 - 5 lần của người hút thuốc từ 15 bao/năm trở nên (95%CI [3,37 - 7,91]) [17].

Lindberg và cộng sự (2005) nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ của BPTNMT, kết quả nghiên cứu được phân tích theo mô hình đa biến để đánh giá ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ thấy ở những người hút thuốc có nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp

5 lần so với những người không hút thuốc (OR = 5,37 theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh của BTS, OR = 4,56 theo tiêu chuẩn GOLD) [18].

Xu Fei và cộng sự (2005) tiến hành nghiên cứu trên 29.319 đối tượng trên 35 tuổi tại cả khu vực thành thị và nông thôn nhận thấy tỉ lệ mắc BPTNMT ở những người hút thuốc cao hơn so với ở những người không hút thuốc sau khi đã loại trừ các yếu tố nhiễu khác như tuổi, giới, khối béo, bụi nghề nghiệp, uống rượu, trọng lượng cơ thể.... và nguy cơ mắc BPTNMT tăng lên theo mức độ hút thuốc với OR = 1,6; 95%CI [1,34 - 1,92] ở nhóm hút thuốc số lượng nhiều với OR = 1,39; 95%CI [1,13 - 1,70] ở nhóm hút thuốc số lượng vừa và OR = 1,24; 95%CI [1,01 - 1,52] ở những người hút thuốc số lượng ít [19].

Jimenez - Ruiz nghiên cứu trên 4.035 đối tượng tuổi từ 40 - 69 ở các các địa phương khác nhau của Tây Ban Nha cho thấy 15% người hút thuốc mắc BPTNMT. Những người hút thuốc thì nguy cơ mắc BPTNMT cao hơn so với không hút với OR = 2,18; 95%CI [2,42 - 5,65] [14].

Zielinski và cộng sự nghiên cứu về đặc điểm của kết quả đo chức năng thông khí ở những đối tượng hút thuốc và ở những đối tượng không hút thuốc cùng độ tuổi cho thấy tỉ lệ có tắc nghẽn đường thở gấp ở 24,3% trong nhóm đối tượng hút thuốc và 14,4% ở nhóm đối tượng không hút thuốc. Tỉ lệ đối tượng bị tắc nghẽn đường thở tỉ lệ thuận với mức độ hút thuốc của họ [20].

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự như các nghiên cứu về dịch tễ học BPTNMT trong nước và trên thế giới nhận thấy hút thuốc là yếu tố nguy cơ thực sự và hàng đầu gây BPTNMT.

4.5. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và tiền sử bệnh hô hấp

Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm có tiền sử hen là 25,5%, cao hơn nhóm không có tiền sử hen là 5,6% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nhóm có tiền sử viêm phế quản là 37,0%, cao hơn nhóm không có tiền sử viêm phế quản là 5,8% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

4.6. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và sử dụng bếp

Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm sử dụng bếp rơm, than củi là 9,4%, cao hơn nhóm không sử dụng là 4,3% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nhóm sử dụng bếp

ga là 5,0%, thấp hơn nhóm không sử dụng bếp ga là 11,6% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Các nghiên cứu về yếu tố nguy cơ của BPTNMT cũng đã nhận thấy vai trò của khói của các nhiên liệu đốt sử dụng đun nấu như bếp củi, than tổ ong, rơm rạ, khí sinh học... đối với sự xuất hiện của BPTNMT ở những nước phát triển [21]. Tuy nhiên kết quả của các nghiên cứu về ảnh hưởng của yếu tố nguy cơ này đến tỉ lệ mắc BPTNMT chưa có sự thống nhất giữa các nghiên cứu.

Sự ảnh hưởng của tiếp xúc với khói bếp đến BPTNMT còn phải tính đến tình trạng thông thoáng khí của khu vực nhà bếp. Vì vậy đánh giá mối liên quan giữa tiếp xúc với khói bếp và BPTNMT trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế và cần thiết phải tiến hành trên phạm vi rộng hơn.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho kết quả thấy tiếp xúc khói bếp là yếu tố nguy cơ của BPTNMT [22].

Nghiên cứu của Rodolfo và CS (1996) trên các bệnh nhân mắc BPTNMT là nữ nhận thấy ở những đối tượng nữ nhiều tuổi có điều kiện kinh tế xã hội thấp, có tiền sử tiếp xúc với khói bếp có tỉ lệ mắc BPTNMT cao hơn.

Một nghiên cứu dọc kéo dài trong 10 năm trên 481 phụ nữ ở Mexico cho kết quả là những phụ nữ tiếp xúc với khói bếp có nguy cơ mắc BPTNMT tương tự như những đối tượng hút thuốc [10].

Sự ảnh hưởng của tiếp xúc với khói bếp đến BPTNMT cũng đã được đặt ra ở các nước phát triển, nghiên cứu của Orozco - Levi và CS ở Barcelona (2003) về mối liên quan giữa khói bếp củi, bếp than với BPTNMT trên 120 phụ nữ điều trị nội trú tại bệnh viện vì đợt cấp BPTNMT theo phương pháp bệnh chứng, các tác giả nhận thấy có mối liên quan giữa tiếp xúc với khói bếp và BPTNMT (OR = 1,8 đối với khói bếp củi, OR = 1,5 đối với khói bếp than, OR = 4,5 đối với trường hợp tiếp xúc với cả 2 yếu tố), sau khi đã hiệu chỉnh với các yếu tố nguy cơ khác như tuổi và hút thuốc [12].

Với hoàn cảnh kinh tế ở đất nước ta hiện nay đặc biệt là ở khu vực nông thôn, nơi mà việc sử dụng đun bếp bằng củi, bằng than là hiện tượng phổ biến. Để giảm bớt ảnh hưởng của khói bếp đối với người sử dụng cần phải quan tâm đến yếu tố thoáng khí, trong khu vực bếp có ống khói hoặc có đường thoát khí.

4.7. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Học vắn mù chữ hoặc chỉ biết đọc biết viết, mắc hen và viêm phế quản mạn tính, dùng bếp rơm, củi hoặc than, hút thuốc lá hoặc đã bỏ thuốc lá là các yếu tố liên quan độc lập với BPTNMT.

Lindberg Anne (2005) dựa vào kết quả phân tích đa biến về ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ đối với BPTNMT đã nhận xét, tỉ lệ mắc BPTNMT tăng theo tuổi với OR = 3,49 đối với tuổi cao [18].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ BPTNMT ở dân tộc Kinh nói chung là 5,2% thấp hơn ở dân tộc thiểu số là 10,5% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm mù chữ là 10,3%, biết đọc, biết viết là 10,0%, tiểu học là 5,8%, THCS là 6,1, THPT là 2,8% và trung cấp trở lên là 1,4%. Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm nông dân là 6,2%, công nhân là 4,2%, buôn bán là 0%, CBCNV là 11,1%, nội trợ là 4,2%, hưu trí/già là 9,4%, lao động tự do là 5,5% và ngư dân là 8,3%. Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm đang hút thuốc là 11,2%, đã bỏ thuốc lá là 11,5%, hút thuốc lá thụ động là 1,9%, không hút thuốc là 1,6%. Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm có tiền sử hen là 25,5%, cao hơn nhóm không có tiền sử hen là 5,6% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nhóm có tiền sử viêm phế quản là 37,0%, cao hơn nhóm không có tiền sử viêm phế quản là 5,8% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm sử dụng bếp rơm, than củi là 9,4%, cao hơn nhóm không sử dụng là 4,3% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nhóm sử dụng bếp ga là 5,0%, thấp hơn nhóm không sử dụng bếp ga là 11,6% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Học vắn mù chữ hoặc chỉ biết đọc biết viết, mắc hen và viêm phế quản mạn tính, dùng bếp rơm, củi hoặc than, hút thuốc lá hoặc đã bỏ thuốc lá là các yếu tố liên quan độc lập với BPTNMT.

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. 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. Collaborators GBoDS-CoD. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis

Khảo sát một số yếu tố liên quan bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

- for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 392(10159). 2018: 1736-1788.
4. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997; 349(9064): 1498-504.
 5. Rabe KF, Watz H. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2017; 389(10082): 1931-1940.
 6. 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.
 7. Disease GIfCOL. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2020: 1-122.
 8. 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.
 9. Niven RM, Fletcher AM, Pickering CA, Fishwick D, Warburton CJ, Simpson JC, et al. Chronic bronchitis in textile workers. *Thorax*. 1997; 52(1): 22-7.
 10. Ulvestad B, Bakke B, Eduard W, Kongerud J, Lund MB. Cumulative exposure to dust causes accelerated decline in lung function in tunnel workers. *Occup Environ Med*. 2001; 58(10): 663-9.
 11. Laraqui Hossini OL, et al. Respiratory symptoms and ventilatory disorders among a group of cement workers in Morocco. *Revue des Maladies Respiratoires*. 2001: 183-189.
 12. Matheson MC, Benke G, Raven J, Sim MR, Kromhout H, Vermeulen R, et al. Biological dust exposure in the workplace is a risk factor for chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2005; 60(8): 645-51.
 13. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet*. 2018; 392(10159): 2052-2090.
 14. Jiménez-Ruiz C, Miravittles M, Sobradillo V, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. Can cumulative tobacco consumption, FTND score, and carbon monoxide concentration in expired air be predictors of chronic obstructive pulmonary disease? *Nicotine Tob Res*. 2004; 6(4): 649-653.
 15. Anh LV, Ngô Quý Châu và cộng sự. Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư thành phố Bắc Giang. *Tạp chí NCYH*. 2006: 87-93.
 16. Sỹ ĐN. Nghiên cứu tình hình dịch tễ bệnh phổi phế quản mạn tính ở Việt Nam. *Y học thực hành*, 704(2). 2009: 8-11.
 17. Peña VS, Miravittles Mea. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest*. 2000; 118(4): 981-9.
 18. Lindberg A, Jonsson AC, Ronmark E, Lundgren R, Larsson LG, Lundback B. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease according to BTS, ERS, GOLD and ATS criteria in relation to doctor's diagnosis, symptoms, age, gender, and smoking habits. *Respiration*. 2005; 72(5): 471-9.
 19. Xu F, Yin X, Zhang M, Shen H, Lu L, Xu Y. Prevalence of physician-diagnosed COPD and its association with smoking among urban and rural residents in regional mainland China. *Chest*. 2005; 128(4): 2818-23.
 20. Zieliński J, Bednarek M. Early detection of COPD in a high-risk population using spirometric screening. *Chest*. 2001; 119(3): 731-6.
 21. Aghaeimeybodi F, Samadzadeh G, Haji Safari Z, Nouri S, Talebi HR, Shahcheraghi SH. Comparison of Chronic Obstructive Pulmonary Diseases Induced by Wood Smoke and Tobacco Smoke. *Tanaffos*. 2021; 20(3): 268-276.
 22. Duan JX, Cheng W, Zeng YQ, Chen Y, Cai S, Li X, et al. Characteristics of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exposed to Different Environmental Risk Factors: A Large Cross-Sectional Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2020; 15: 2857-2867.