

ĐÁNH GIÁ TỶ LỆ MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH Ở NGƯỜI ≥ 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

¹Khoa Nội tiết - Thần kinh, 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: Đánh giá tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở người ≥ 40 tuổi tại tỉnh Thừa Thiên Huế trong giai đoạn 2021 - 2022.

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 thành phố là 3,8%, ở nông thôn là 6,3%, ở miền biển là 6,5%, ở miền núi là 8,8%. Tỷ lệ trên toàn tỉnh là 6,3%. Tỷ lệ mới chẩn đoán BPTNMT là 63,0%, đã chẩn đoán trước đó là 37,0%. Tỷ lệ BPTNMT ở nam giới cao hơn nữ giới ở tất cả các miền. Tỷ lệ mắc BPTNMT ở nam giới nói chung là 10,3%, nữ giới là 2,8%. Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm 40 - 49 tuổi là 2,1%, 50 - 59 tuổi là 5,8%, 60 - 69 tuổi là 8,1%, 70 - 79 tuổi là 10,0%, ≥ 80 tuổi là 4,4%. Với điểm cắt tuổi > 63 , độ nhạy 62,4%, độ đặc hiệu 57,6%, tuổi có giá trị dự báo BPTNMT với $p = 0,001$. Tuổi > 63 , giới nam 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.

ABSTRACT

PREVALENCE OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN PEOPLE 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

Objectives: To evaluate the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in people ≥ 40 years old in Thua Thien Hue province in the period of 2021 - 2022.

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

Ngày nhận bài:

01/5/2023

Ngày chỉnh sửa:

03/6/2023

Chấp thuận đăng:

16/6/2023

Tác giả liên hệ:

Hoàng Thị Lan Hương

Email:

hglanhuong.hch@gmail.com

SĐT: 0914046058

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 was 3,8% in cities, 6,3% in rural areas, 6,5% in coastal areas, and 8,8% in mountainous areas. The rate of COPD at Thua Thien Hue province was 6,3%. The rate of newly diagnosed COPD was 63,0%, previously diagnosed was 37,0%. The prevalence of COPD in men is higher than in women in all regions. The prevalence of COPD in male was generally 10,3%, and for female was 2,8%. The prevalence of COPD in the 40 - 49 age group was 2,1%, the 50 - 59 age group was 5,8%, the 60 - 69 year old was 8,1%, the 70 - 79 year old was 10,0%, ≥ 80 years old was 4,4%. With the cut - off point of age > 63 , sensitivity 62,4%, specificity 57,6%, age has a predictive value of COPD with $p = 0,001$. Age > 63 , male gender were 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 (BPTNMT) là bệnh lý đường hô hấp có đặc tính chung là tắc nghẽn đường thở không hồi phục hoàn toàn, đây là một nhóm bệnh hô hấp thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTGG) đến năm 1997 trên toàn thế giới đã có khoảng 600 triệu người mắc BPTNMT, bệnh được xếp hàng thứ tư trong các nguyên nhân gây tử vong và là nguyên nhân gây tàn phế đứng hàng thứ mười hai. Dự đoán trong thập kỷ này số người mắc BPTNMT sẽ tăng gấp 3 - 4 lần và đến năm 2020 bệnh sẽ đứng hàng thứ ba trong các nguyên nhân gây tử vong và đứng hàng thứ năm trong gánh nặng bệnh tật toàn cầu.

Với tính chất phổ biến, tiến triển kéo dài, chi phí điều trị lớn như vậy, BPTNMT đang trở thành mối lo ngại về sức khỏe của nhiều quốc gia trên thế giới. 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.

Ở Việt Nam, cho đến thời điểm hiện tại đã có một vài nghiên cứu về dịch tễ học BPTNMT trong cộng đồng với kết quả cho thấy tiến triển của BPTNMT ở

Việt Nam cũng nằm trong xu hướng chung của thế giới [2]. Các nghiên cứu trước đây chủ yếu ở Việt Nam được tiến hành tại khu vực nội thành của các tỉnh và thành phố. Việc đánh giá tỷ lệ BPTNMT ở trên nhiều khu vực khác nhau như thành phố, nông thôn, miền núi, miền biển sẽ góp phần có hình ảnh toàn thể về tình hình mắc BPTNMT ở Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở người ≥ 40 tuổi tại tỉnh Thừa Thiên Huế trong giai đoạn 2021 - 2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn: 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

Đánh giá tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

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 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 [4].

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và Medcalc

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số trên 1600 người dân từ 40 tuổi trở lên, Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $61,25 \pm 12,35$ tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ 46,8%, nữ giới chiếm tỷ lệ 53,2%. Nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (33,4%). Tiếp đến là hưu trí (24,6%), nội trợ (13,4%). Trình độ tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất (31,5%). Tiếp đến là trung học cơ sở (26,6%). Có 14,6% người mù chữ. Tỷ lệ hiện hút thuốc ở miền núi chiếm tỷ lệ cao nhất (55,0%). Tỷ lệ bỏ thuốc lá ở vùng thành phố chiếm tỷ lệ cao nhất (18,5%). Tỷ lệ hút thuốc lá thụ động ở miền biển chiếm tỷ lệ cao nhất (22,0%). Tỷ lệ sử dụng bếp rom, củi, lá cây ở miền núi là 89,5%. Tỷ lệ dùng bếp ga là 79,5%. Tỷ lệ bệnh mạn tính thường gặp nhất là tim mạch (25,9%), tiếp đó là hô hấp (8,5%), nội tiết (6,8%), cơ xương khớp (5,6%).

Trong số các bệnh mạn tính đường hô hấp thường gặp, tỷ lệ mắc COPD ở miền núi chiếm tỷ lệ cao nhất (45,5%). Bệnh hen phế quản thường gặp nhất ở thành phố, nông thôn và miền biển. Triệu chứng cơ năng hô hấp ở thành phố có tỷ lệ thấp nhất, ở miền núi có tỷ lệ cao nhất.

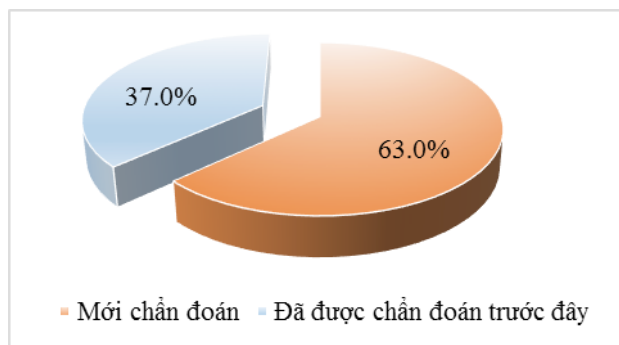
3.2. Tỷ lệ mắc và một số yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

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

Địa dư BPTNMT	Thành phố		Nông thôn		Miền biển		Miền núi		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Có	15	3,8	25	6,3	26	6,5	35	8,8	101	6,3
Không	385	96,2	375	93,8	374	93,5	365	91,3	1499	93,7
Tổng cộng	400	100,0	400	100,0	400	100,0	400	100,0	1600	100,0

Tỷ lệ BPTNMT ở thành phố là 3,8%, ở nông thôn là 6,3%, ở miền biển là 6,5%, ở miền núi là 8,8%. Tỷ lệ trên toàn tỉnh là 6,3%.

Đánh giá tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...



Biểu đồ 1: Đặc điểm chẩn đoán BPTNMT nhóm nghiên cứu

Tỷ lệ mới chẩn đoán BPTNMT là 63,0%, đã chẩn đoán trước đó là 37,0%.

3.2.2. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo giới

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

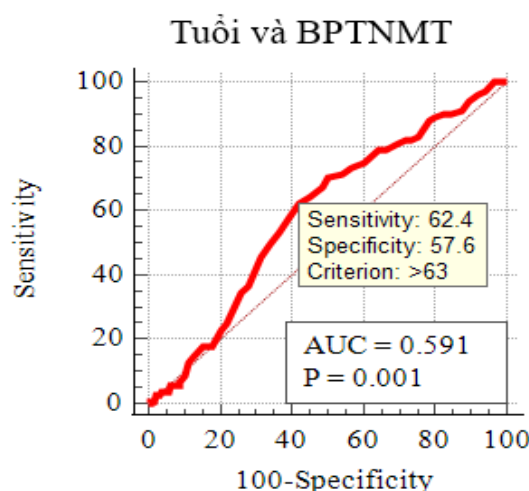
Địa dư BPTNMT		Thành phố		Nông thôn		Miền biển		Miền núi		Tổng cộng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nam	Có	12	6,6	17	8,9	24	12,4	24	13,3	77	10,3
	Không	170	93,4	175	91,1	169	87,6	157	86,7	671	89,7
Nữ	Có	3	1,4	8	3,8	2	1,0	11	5,0	24	2,8
	Không	215	98,6	200	96,2	205	99,0	208	95,0	829	97,2
p		< 0,01		< 0,05		< 0,001		< 0,01		< 0,001	

Tỷ lệ BPTNMT ở nam giới cao hơn nữ giới ở tất cả các miền.

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

Địa dư BPTNMT		Thành phố		Nông thôn		Miền biển		Miền núi		Tổng cộng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
40 - 49 tuổi	Có	0	0	1	1,1	1	1,6	5	3,7	7	2,1
	Không	49	100,0	91	98,9	61	98,4	129	96,3	330	97,9
50 - 59 tuổi	Có	3	3,3	2	1,9	8	7,5	9	12,0	22	5,8
	Không	88	96,7	105	98,1	99	92,5	66	88,0	358	94,2
60 - 69 tuổi	Có	6	4,3	11	9,2	7	6,4	13	14,6	37	8,1
	Không	135	95,7	109	90,8	102	93,6	76	85,4	422	91,9
70 - 79 tuổi	Có	5	6,0	8	12,9	9	11,7	7	10,6	29	10,0
	Không	79	94,0	54	87,1	68	88,3	59	89,4	260	90,0
≥ 80 tuổi	Có	1	2,9	3	15,8	1	2,2	1	2,8	6	4,4
	Không	34	97,1	16	84,2	44	97,8	35	97,2	129	95,6

Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm 40 - 49 tuổi là 2,1%, 50 - 59 tuổi là 5,8%, 60 - 69 tuổi là 8,1%, 70 - 79 tuổi là 10,0%, ≥ 80 tuổi là 4,4%.



Biểu đồ 2: Điểm cắt độ tuổi và BPTNMT nhóm nghiên cứu

Với điểm cắt tuổi > 63, độ nhạy 62,4%, độ đặc hiệu 57,6%, tuổi có giá trị dự báo BPTNMT với $p = 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỷ lệ BPTNMT ở thành phố là 3,8%, ở nông thôn là 6,3%, ở miền biển là 6,5%, ở miền núi là 8,8%. Tỷ lệ trên toàn tỉnh là 6,3%. Tỷ lệ mới chẩn đoán BPTNMT là 63,0%, đã chẩn đoán trước đó là 37,0%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả Phan Thu Phương khi tầm soát BPTNMT ở khu vực ngoại thành của thành phố Hà Nội (huyện Sóc Sơn) cho thấy tỉ lệ mắc bệnh chung cho hai giới là 3,32% trong đó tỉ lệ mắc bệnh ở nam là 6,1% và ở nữ là 0,9%, tỉ lệ mắc VPMT đơn thuần là 10,5% [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khi so sánh với nghiên cứu của khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai (2005) với tỉ lệ mắc BPTNMT trong cộng đồng dân cư có tuổi từ 40 trở lên tại khu vực nội thành của thành phố Hà Nội là 2%, tỉ lệ mắc bệnh ở nam là 3,4% và ở nữ là 0,7%, tỉ lệ mắc VPQMT đơn thuần là 4,8% [6].

Cũng như vậy kết quả nghiên cứu tại khu vực ngoại thành của tỉnh Bắc Giang (huyện Lạng Giang) cho thấy tỉ lệ mắc bệnh chung cho hai giới là 3,85% trong đó tỉ lệ mắc bệnh ở nam là 6,92% và ở nữ là 1,42% tỉ lệ mắc VPQMT đơn thuần là 10,5%. Tỉ lệ mắc bệnh này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Văn Anh (2006) trong cộng đồng dân cư có tuổi từ 40 trở lên của thành phố Bắc Giang là 2,3% trong đó tỉ lệ mắc bệnh ở nam là 3% và ở nữ là 1,7%, tỉ lệ mắc VPQMT đơn thuần là 6,4% [7].

Như vậy cùng tiêu chuẩn chẩn đoán xác định bệnh, các đối tượng tham gia nghiên cứu đều từ 40 tuổi trở lên thì tỉ lệ mắc BPTNMT tại khu vực miền núi cao hơn so với miền biển, cao hơn nông thôn và vùng thành thị thấp nhất. Sự khác biệt này phải chăng xuất phát từ sự khác nhau về trình độ văn hoá, thói quen hút thuốc, tiếp xúc với khói bếp... Nhận xét này của chúng tôi cũng tương tự như nhận xét của Đinh Ngọc Sỹ và CS (2009) nhận thấy tỉ lệ mắc BPTNMT ở nông thôn cao hơn thành thị [8]. Nghiên cứu của Zhong và CS (2007) tiến hành trên 20.245 đối tượng từ 40 tuổi trở lên sống ở 7 tỉnh và thành phố của Trung Quốc nhận thấy tỉ lệ mắc BPTNMT là 8,2% (trong đó ở nam là 12,4% và nữ là 5,1%). Bệnh nhân mắc BPTNMT gặp nhiều ở nông thôn, có tiền sử hút thuốc, tuổi cao và trình độ văn hóa thấp. BPTNMT là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư ở thành phố lớn và đứng hàng đầu ở nông thôn với trên 50% nam giới hút thuốc [9].

Khi so sánh kết quả của chúng tôi với kết quả nghiên cứu trên 2.976 đối tượng dân cư tuổi từ 40 trở lên thuộc 10 xã trong 13 quận huyện ngoại thành của thành phố Hải Phòng, thì kết quả của chúng tôi cao hơn. Trong nghiên cứu này, các tác giả nhận thấy tỉ lệ mắc BPTNMT chung cho 2 giới là 5,65%, trong đó tỉ lệ mắc bệnh ở nam là 7,91% và ở nữ là 3,63%, tỉ lệ mắc VPQMT là 14,4% [10].

Các nghiên cứu về tỉ lệ mắc BPTNMT trên thế giới với tiêu chuẩn định bệnh bằng kết quả đo CNTK cũng cho thấy các tỉ lệ bệnh khác nhau.

Đánh giá tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

Sobradillo V và CS (2000) đã áp dụng bộ câu hỏi của Cộng đồng Than Thép châu Âu, kết hợp đo CNTK với test HPPQ trên 4.035 đối tượng. Kết quả cho thấy tỉ lệ mắc BPTNMT ở Tây Ban Nha là 9,1% [11].

Tzanakis N (2004) nghiên cứu trên 888 đối tượng từ 35 tuổi trở lên nhận thấy tỉ lệ lưu hành của BPTNMT ở Hy Lạp là 8,4%, trong đó tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới là 11,6% và ở nữ giới là 4,8% (với $p = 0,006$) [12].

Takemura và CS (2005) đã tiến hành nghiên cứu về BPTNMT tại Nhật Bản trên 12.760 đối tượng cho kết quả tỉ lệ mắc BPTNMT là 3,6% trong đó nam chiếm 4,5% và nữ chiếm 1,8%, lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất ở nam là 50 - 60 tuổi và lứa tuổi gặp nhiều nhất ở nữ là trên 60 tuổi [13].

Xu Fei và CS (2005) nghiên cứu trên 29.319 người sinh sống ở 3 thành phố và 2 vùng nông thôn khác nhau thuộc tỉnh Jiangsu của Trung quốc nhận thấy tỉ lệ mắc BPTNMT là 5,9% [14].

4.2. Phân bố tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với tuổi và giới tính

4.2.2. Phân bố tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo giới

Tỷ lệ BPTNMT ở nam giới cao hơn nữ giới ở tất cả các vùng, miền. Tỷ lệ mắc BPTNMT ở nam giới nói chung là 10,3%, nữ giới là 2,8%.

Trước đây, các nghiên cứu nhận thấy rằng tỉ lệ mắc BPTNMT ở nam giới cao hơn so với nữ giới, tuy nhiên khoảng 15 năm trở lại đây thì tỉ lệ mắc tăng ở nữ giới. Kèm theo là tỉ lệ tử vong do BPTNMT ở bệnh nhân nữ tăng nhanh hơn so với nam giới.

Nghiên cứu về ảnh hưởng của giới tính lên tỉ lệ mắc BPTNMT, các nghiên cứu về dịch tễ học BPTNMT trên thế giới cho thấy tỉ lệ mắc BPTNMT ở nam giới cao hơn so với nữ giới. Tỉ lệ mắc BPTNMT giữa hai giới có sự khác biệt có thể do bị tác động bởi tiền sử tiếp xúc và tình trạng đáp ứng của cơ thể nam và nữ là khác nhau đối với các yếu tố nguy cơ (đặc biệt là hút thuốc).

Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai (2005) khi nghiên cứu dịch tễ học BPTNMT tại Hà Nội cũng có kết quả tỉ lệ mắc bệnh của nam cao hơn nữ, tỉ lệ mắc giữa nam/nữ là 3,1/1 [6].

Tình trạng tỉ lệ mắc BPTNMT tăng ở nữ được giải thích là do tỉ lệ hút thuốc ở nữ giới hiện nay đang gia tăng và có lẽ đường hô hấp của phụ nữ nhạy cảm với khói thuốc hơn so với nam giới [15].

Chính vì lẽ đó nên những nhận xét trái ngược nhau của những nghiên cứu về tỉ lệ mắc BPTNMT giữa nam và nữ ở các khu vực khác nhau là do phụ thuộc vào điều này.

Nghiên cứu của Buist và cộng sự (2007) tiến hành ở áo trên 1.258 đối tượng từ 40 tuổi trở lên cho kết quả tỉ lệ mắc BPTNMT là tương đương nhau ở cả nam và nữ và các đối tượng nghiên cứu đều có tiền sử hút thuốc là tương đương nhau ở cả hai giới [16].

Nghiên cứu của Xu Fei và cộng sự (2005) tại Trung Quốc cho thấy tỉ lệ mắc BPTNMT ở nam giới (7,2%) cao hơn so với nữ giới (4,7%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [14].

Tại một nghiên cứu ở Nhật Bản, nghiên cứu của Takemura trên 12.760 đối tượng có độ tuổi trên 30 cho thấy tỉ lệ mắc ở nam giới (4,5%) cao hơn ở nữ giới (1,8%) [13].

Tzanakis N và cộng sự (2004) nhận xét tỉ lệ mắc BPTNMT ở nam giới Hy Lạp (11,6%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỉ lệ mắc ở nữ giới (4,8%) với $p = 0,006$ [12]. Sự khác biệt này theo nhận định của các tác giả thì có thể là do nam giới hút thuốc nhiều hơn nữ.

Chúng tôi thấy rằng, trong đánh giá ảnh hưởng của giới tính đến tỉ lệ mắc BPTNMT có lẽ tiền sử hút thuốc là một yếu tố gây nhiễu nên cần phải tiến hành phân tích kết quả nghiên cứu theo mô hình đa biến, để có được kết luận chính xác về mối liên quan giữa BPTNMT với giới tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 59 nam (81,9%) và 13 nữ (18,1%) mắc BPTNMT, tỉ lệ mắc giữa nam và nữ là 4,5/1, nhưng trong tổng số 682 đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi có hút thuốc thì chỉ có 17 đối tượng là nữ hút thuốc. Khi tiến hành phân tích giữa 2 biến (BPTNMT và giới tính), chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt rõ rệt về tỉ lệ mắc BPTNMT giữa nam và nữ ($OR = 5,7$), 95%CI [3,1 - 11,5]. Nếu với những nhận xét như vậy thì giới tính có mối liên quan chặt chẽ với BPTNMT.

Nhiều nghiên cứu nhận thấy nữ giới hút thuốc có sự suy giảm % FEV1 nhanh hơn so với nam giới hút thuốc và điều này càng rõ rệt hơn sau tuổi 50 [17].

4.2.2. Phân bố tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo tuổi

Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm 40 - 49 tuổi là 2,1%, 50 - 59 tuổi là 5,8%, 60 - 69 tuổi là 8,1%, 70 - 79 tuổi là 10,0%, ≥ 80 tuổi là 4,4%.

Đánh giá tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

Với điểm cắt tuổi > 63, độ nhạy 62,4%, độ đặc hiệu 57,6%, tuổi có giá trị dự báo BPTNMT với $p = 0,001$. BPTNMT có đặc điểm là bệnh tiến triển từ từ và liên quan đến tình trạng viêm mạn tính ở phế quản và phổi. Quá trình viêm này được bắt đầu ngay khi tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ gây bệnh, tiến triển kéo dài trong nhiều năm cho đến khi xuất hiện tắc nghẽn đường thở và rối loạn này thường gặp ở những đối tượng trên 40 tuổi, thậm chí quá trình viêm này vẫn còn tiếp tục sau khi bệnh nhân không còn tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ, tuổi càng cao thì nguy cơ mắc BPTNMT càng tăng [18].

Nghiên cứu của chúng tôi đã phát hiện được 72 bệnh nhân mắc BPTNMT với độ tuổi trung bình là 66,7 với 95% CI [64.2 - 69.2], tuổi thấp nhất là 40 và tuổi cao nhất là 94 (bảng 3.8), tỉ lệ mắc BPTNMT là 8,3% ở lứa tuổi 40 - 49 tuổi, ở lứa tuổi 50 - 59 tuổi là 16,7%, nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 60 tuổi trở nên chiếm tỉ lệ 75%. Chúng tôi nhận thấy, tuổi càng cao thì nguy cơ mắc BPTNMT càng tăng. ở độ tuổi 50 - 59 nguy cơ mắc cao gấp xấp xỉ gần 4,9 lần ($p < 0,001$) so với độ tuổi trẻ hơn, còn ở độ tuổi trên 60 thì nguy cơ mắc cao hơn nữa tới xấp xỉ 13 lần ($p < 0,001$).

Khi so sánh với kết quả của các nghiên cứu trong nước, nhận xét của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai khi nghiên cứu dịch tễ học BPNMT trong dân cư nội thành thành phố Hà Nội, nghiên cứu nhận thấy BPTNMT gặp nhiều nhất ở nhóm đối tượng trên 60 tuổi (chiếm 75,7%) [19].

Theo Đinh Ngọc Sỹ và CS (2009) tỉ lệ mắc BPTNMT tăng theo lứa tuổi một cách rõ rệt từ 0,4% ở nhóm tuổi từ 15 - 40 tuổi, 4,1% ở lứa tuổi từ 40 trở lên và 9,3% ở nhóm từ 65 tuổi trở lên [8].

Zielinski J và CS nghiên cứu trên 11.027 người từ 39 tuổi trở lên ở 12 thành phố của Ba Lan nhận thấy những người từ 40 tuổi trở lên và hút thuốc trên 10 bao/năm có tỉ lệ tắc nghẽn đường thở là 30,6% trong khi đó chỉ có 8,3% đối tượng dưới 40 tuổi và hút thuốc dưới 10 bao/năm có biểu hiện tắc nghẽn đường thở [20].

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 [21].

Kết quả các nghiên cứu dịch tễ học đã cho thấy rằng BPTNMT thường được chẩn đoán muộn khi bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng, chính với sự phát triển âm thầm và dần dần BPTNMT đã không được để ý đến trong quá trình tiến triển tự nhiên của nó. Nếu không được phát hiện sớm bằng các nghiên cứu dịch tễ, cũng như qua khám sức khỏe định kỳ hàng năm hay đi khám vì một bệnh khác thì đa số các đối tượng vào viện khi bệnh đã tiến triển qua một thời gian dài, nên hầu hết bệnh nhân đều có tuổi cao hơn và biểu hiện của các dấu hiệu lâm sàng thường rõ rệt. Như vậy có thể thấy tuổi cao cũng là một yếu tố nguy cơ có liên quan đến tỉ lệ mắc BPTNMT.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ BPTNMT ở thành phố là 3,8%, ở nông thôn là 6,3%, ở miền biển là 6,5%, ở miền núi là 8,8%. Tỷ lệ trên toàn tỉnh Thừa Thiên Huế là 6,3%. Tỷ lệ mới chẩn đoán BPTNMT là 63,0%, đã chẩn đoán trước đó là 37,0%. Tỷ lệ mắc BPTNMT ở nam giới nói chung là 10,3%, nữ giới là 2,8%. Tỷ lệ BPTNMT ở nhóm 40 - 49 tuổi là 2,1%, 50 - 59 tuổi là 5,8%, 60 - 69 tuổi là 8,1%, 70 - 79 tuổi là 10,0%, ≥ 80 tuổi là 4,4%. Tuổi > 63, giới nam 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. p. 30-36.
2. Hạnh HĐH, Lê Thị Tuyết Lan. Mối liên quan giữa độ khó thở và các chỉ số hô hấp ký ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 12(1). 2008:96-99.
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 GIfCOL. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2020:1-122.
5. Phương PT. Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư ngoại thành thành phố Hà Nội và tỉnh Bắc Giang. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội. 2010.
6. Châu NQ. Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở một số tỉnh thành phố khu vực phía bắc Việt Nam. Tạp chí Y học lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai. 2006:59-64.
7. Anh LV, Ngô Quý Châu và cộng sự. Nghiên cứu dịch tễ học

Đánh giá tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

- bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư thành phố Bắc Giang. Tạp chí NCYH. 2006;87-93.
8. 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.
 9. Zhong N, Wang C, Yao Wea. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in China: a large, population - based survey. Am J Respir Crit Care Med. 2007;176(8):753-60.
 10. Châu NQ, Phương PT, Lê Văn Anh và cộng sự 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.
 11. 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.
 12. Nikolaos Tzanakis UA, et al. Prevalence of COPD in Greece. Chest. 2004:892-900.
 13. Takemura H, Hida Wea. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Japanese people on medical check-up. Tohoku J Exp Med. 2005;207(1):41-50.
 14. Xu F, Yin Xea. 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.
 15. Sørheim IC, Johannessen Aea. Gender differences in COPD: are women more susceptible to smoking effects than men? Thorax. 2010;65(6):480-5.
 16. Schirnhöfer L, Lamprecht Bea. COPD prevalence in Salzburg, Austria: results from the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) Study. Chest. 2007;131(1):29-36.
 17. Gan WQ, Man SFea. Female smokers beyond the perimenopausal period are at increased risk of chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta - analysis. Respir Res. 2006;7(1):52.
 18. Wang Y, Xu J, Meng Y, et al. Role of inflammatory cells in airway remodeling in COPD. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2001;13:3341-3348.
 19. Châu NQ. 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.
 20. Zieliński J, Bednarek M. Early detection of COPD in a high-risk population using spirometric screening. Chest. 2001;119(3):731-6.
 21. Lindberg A, Jonsson ACea. 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.