

Nghiên cứu gốc

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ THỨC ĐẨY BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH VÀO ĐỢT CẤP TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Lê Bảo Huy^{1,*}, Vũ Đình Chánh²

1. Phòng Đào tạo, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

2. Bệnh viện Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh

* Tác giả liên hệ: ThS.BS.Lê Bảo Huy; ✉ huylebao2005@gmail.com ☎ 0917988655

TÓM TẮT: Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) làm suy giảm chức năng phổi, chất lượng sống, tăng chi phí và tử vong. Xác định yếu tố thúc đẩy đợt cấp, nhất là ở người cao tuổi có bệnh đồng mắc, rất quan trọng do nghiên cứu tại Việt Nam còn ít. Khảo sát yếu tố thúc đẩy bệnh nhân BPTNMT vào đợt cấp tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Thống Nhất, TP.HCM. Mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 95 bệnh nhân nhập Khoa Cấp cứu BV. Thống Nhất vì đợt cấp BPTNMT từ tháng 1/2020 -7/2020. Tuổi trung bình 75,39; 91,6% nam, 60% bệnh nhân có ≥ 2 đợt cấp/năm. Bệnh tim mạch đồng mắc thường gặp (tăng huyết áp 85,3%, bệnh mạch vành 41,1%). Nhiều yếu tố (bệnh tim mạch, giãn phế quản, ACO, hút thuốc lá, không tuân thủ điều trị) liên quan đến đợt cấp thường xuyên và nặng hơn. Quan trọng, nhiễm trùng và tăng bạch cầu ái toan (eosinophil $\geq 300/\mu\text{L}$ hoặc $\geq 2\%$) liên quan có ý nghĩa thống kê với đợt cấp ($p < 0,05$). Bệnh nhân đợt cấp BPTNMT chủ yếu là nam, cao tuổi, thường kèm bệnh tim mạch. Nhiễm trùng và tăng bạch cầu ái toan là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với đợt cấp.

Từ khóa: Khó thở cấp, đợt cấp COPD, suy tim cấp, bệnh tim mạch đồng mắc, NT-proBNP, Khoa Cấp cứu.

EVALUATION TRIGGERS FOR EXACERBATION ACUTE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS ADMITTED DEPARTMENT OF EMERGENCY MEDICINE THONG NHAT HOSPITAL

Le Bao Huy, Vu Dinh Chanh

ABSTRACT: Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) lead to decline in lung function, quality of life, and increased costs and mortality. Identifying trigger factors for exacerbations, especially in elderly patients with comorbidities, is crucial due to limited research in Vietnam. To investigate trigger factors for COPD exacerbations in patients admitted to the Emergency Department of Thong Nhat Hospital, HCMC. A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 95 patients admitted to the Emergency Department of Thong Nhat Hospital for COPD exacerbation from January 2020 to July 2020. The mean age was 75.39 years; 91.6% were male, and 60% of patients had ≥ 2 exacerbations per year. Common cardiovascular comorbidities included hypertension (85.3%) and coronary artery disease (41.1%). Multiple factors (cardiovascular disease, bronchiectasis, Asthma-COPD Overlap (ACO), smoking, non-compliance with treatment) were associated with more frequent and severe exacerbations. Importantly, infection and eosinophilia (≥ 300 cells/ μL or $\geq 2\%$) were statistically significantly associated with exacerbations ($p < 0.05$). Patients with COPD exacerbation were predominantly elderly males, often with cardiovascular comorbidities. Infection and eosinophilia were factors statistically significantly associated with exacerbations.

Keywords: Acute dyspnea patients, EACOPD, Department of Emergency Medicine.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng, là nguyên nhân tử vong thứ tư trên thế giới, với hơn 3 triệu người tử vong vào năm 2012 [1]. Đợt cấp BPTNMT được định nghĩa là sự nặng lên của các triệu chứng hô hấp, đòi hỏi phải thay đổi điều trị [2]. Đây là những sự kiện lâm sàng quan trọng vì chúng ảnh hưởng tiêu cực đến tình trạng sức khỏe, tăng tỷ lệ nhập viện và tái nhập viện, cũng như đẩy nhanh sự tiến triển của bệnh.

Các yếu tố thúc đẩy đợt cấp BPTNMT rất đa dạng, chủ yếu là nhiễm siêu vi đường hô hấp, nhiễm khuẩn, và các yếu tố môi trường như ô nhiễm không khí [3]. Bên cạnh đó, phản ứng viêm bạch cầu ái toan [1], việc không tuân thủ điều trị, hoặc thậm chí không rõ nguyên nhân cũng có thể gây ra đợt cấp [3]. Bệnh nhân BPTNMT thường xuyên có đợt cấp có sự suy giảm chức năng phổi nhanh hơn, chất lượng cuộc sống thấp hơn, tăng chi phí điều trị và tỷ lệ tử vong cao hơn. Việc hiểu, đánh giá và điều trị các yếu tố thúc đẩy đợt cấp BPTNMT là vô cùng cần thiết, đặc biệt trên những bệnh nhân cao tuổi có tình trạng bệnh nặng lên. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về yếu tố thúc đẩy đợt cấp BPTNMT nhập cấp cứu còn hạn chế. Nhận thấy đây là một bệnh cảnh phổ biến tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát các yếu tố thúc đẩy bệnh nhân BPTNMT vào đợt cấp nhằm xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ các yếu tố thúc đẩy và mối liên quan của chúng với mức độ nặng của đợt cấp. Từ đó, chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu này để khảo sát các yếu tố thúc đẩy bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính vào đợt cấp tại khoa Cấp cứu bệnh viện Thống Nhất nhằm:

(1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính;

(2) Xác định tỷ lệ và sự kết hợp các yếu tố thúc đẩy ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính;

(3) Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố thúc đẩy với mức độ nặng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT vào khoa Cấp cứu bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/2020 – 7/2020.

Tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu:

- Khó thở cấp: Bệnh nhân có triệu chứng khó thở cấp (nhịp thở lớn hơn 20 lần hoặc nhỏ hơn 10 lần/phút, có kiểu thở bất thường, co kéo cơ hô hấp phụ, tím tái, vã mồ hôi, rối loạn tri giác, SpO₂ < 90%)

- Và có triệu chứng đợt cấp theo Anthonisen (Khó thở tăng, tăng lượng đàm, đàm mủ; có 1 trong 3 triệu chứng trên kèm 1 trong các dấu hiệu (nhiễm khuẩn đường hô hấp trong vòng 5 ngày trước, sốt không do nguyên nhân khác, tăng ho hay khô khè, tăng nhịp tim hay tăng thở 20% so với bình thường). Bệnh nhân được chia thành 3 nhóm (mức độ nhẹ, mức độ trung bình, mức độ nặng).

Tiêu chuẩn loại khỏi nghiên cứu: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc bệnh nhân không thỏa tiêu chí chọn mẫu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Cắt ngang mô tả, chọn mẫu thuận tiện. Các dữ liệu được thu thập theo bệnh án mẫu: tuổi, giới, tiền căn, triệu chứng ho, khó thở, đàm đổi màu, phù ngoại biên, ran nổ, rung nhĩ, đông đặc phổi, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi và các yếu tố thúc đẩy.

2.3. Xử lý số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (TB $\pm$ ĐLC), biến định tính dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Phép kiểm Chi bình phương (*) và T-test (#) được sử dụng để so sánh các đặc điểm giữa các nhóm, với P < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2020 – 7/2020 có 95 bệnh nhân COPD nhập viện vì đợt cấp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Chung N = 95 (%) (TB ± ĐLC)	Nhóm 1 N = 21 (%) (TB ± ĐLC)	Nhóm 2 N = 65 (%) (TB ± ĐLC)	Nhóm 3 N = 9 (%) (TB ± ĐLC)	P
Tuổi	75,39 ± 10,76	76,43 ± 12,75	75,43 ± 10,64	72,67 ± 6,08	0,684#
Giới, n (%)					
Nam	87 (91,6)	19 (21,8)	61 (70,2)	7 (8,0)	0,261*
Nữ	8 (8,4)	2 (25,0)	4 (50,0)	2 (25,0)	
Số đợt cấp/năm, n (%)					
0 – 1	38 (40,0)	10 (26,3)	26 (68,4)	2 (5,3)	0,429*
≥ 2	57 (60,0)	11 (19,3)	39 (68,4)	7 (12,3)	
Tiền căn bệnh đồng mắc, n (%)					
Tăng huyết áp	81 (85,3)	18 (22,2)	57 (70,4)	6 (7,4)	0,248
Suy tim	15 (15,8)	3 (20,0)	10 (66,7)	2 (13,3)	0,851
Bệnh mạch vành	39 (41,1)	10 (25,6)	25 (64,1)	4 (10,3)	0,742
Đái tháo đường	20 (21,1)	3 (15,0)	15 (75,0)	2 (10,0)	0,689
Bệnh thận mạn	4 (4,2)	2 (50,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	0,355
Rối loạn lipid máu	12 (12,6)	2 (16,7)	9 (75,0)	1 (8,3)	0,865
Loãng xương	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	0,792
Nghiện rượu	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	0,008
Xơ gan	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	0,792
Lao phổi cũ	12 (12,6)	2 (16,7)	6 (50,0)	4 (33,3)	0,01
Kháng sinh tĩnh mạch trong 90 ngày	13 (13,7)	1 (7,7)	9 (69,2)	3 (23,1)	0,113

* Phép kiểm chi bình phương, #T-test

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 75,39 ± 10,76 năm. Tỷ lệ nam giới chiếm đa số với 87 bệnh nhân (91,6%), trong khi nữ giới chỉ có 8 bệnh nhân (8,4%). Phần lớn bệnh nhân (60%) có tiền căn từ 2 đợt cấp/năm trở lên. Tăng huyết áp là bệnh đồng mắc phổ biến nhất (85,3%), tiếp theo là bệnh mạch vành (41,1%) và suy tim (15,8%). Tiền căn lao phổi cũ (12,6%) và nghiện rượu (1,1%) cũng được ghi nhận, với nghiện rượu có ý nghĩa thống kê ($p = 0,008$) liên quan đến mức độ nặng của đợt cấp.

3.2. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tất cả 95 bệnh nhân đều có triệu chứng khó thở cấp (100%). Tăng lượng đàm được ghi nhận ở 75 bệnh nhân (78,9%), và đàm đổi màu ở 35 bệnh nhân (36,8%). Các thông số sinh hiệu như nhiệt độ, nhịp tim, nhịp thở và SpO₂ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm mức độ nặng. Cụ thể, nhóm đợt cấp nặng có nhiệt độ ($37,40 \pm 0,67$ °C), nhịp tim ($115,44 \pm$

18,58 lần/phút) và nhịp thở ($30,00 \pm 7,46$ lần/phút) cao hơn đáng kể, trong khi SpO₂ ($83,44 \pm 9,41\%$) thấp hơn so với các nhóm khác ($p < 0,05$) [Bảng 2].

Về cận lâm sàng, bạch cầu máu và CRP trung bình tăng cao ở nhóm đợt cấp nặng (Bạch cầu: $13,31$ K/ μ L, CRP: $46,15$ mg/L), với ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tình trạng tăng bạch cầu eosin ($\geq 2\%$) được ghi nhận ở 40% tổng số bệnh nhân, và chủ yếu tập trung ở nhóm đợt cấp trung bình (71,1%), có ý nghĩa thống kê ($p = 0,025$). PaO₂/FiO₂ cũng cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm ($p = 0,014$), phản ánh mức độ suy hô hấp nặng hơn ở nhóm đợt cấp nặng [Bảng 3].

3.3. Mối liên quan giữa các yếu tố thúc đẩy với mức độ nặng ở bệnh nhân đợt cấp COPD.

Nghiên cứu chỉ ra rằng nhiễm khuẩn và tình trạng tăng bạch cầu eosin ($\geq 300/\mu$ L hoặc $\geq 2\%$) có liên quan có ý nghĩa thống kê với đợt cấp BPTNMT ($p < 0,05$). Nhiễm

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Lâm sàng	Chung N = 95 (%) (TB ± ĐLC)	Nhóm 1 N = 21 (%) (TB ± ĐLC)	Nhóm 2 N = 65 (%) (TB ± ĐLC)	Nhóm 3 n = 9 (%) (TB ± ĐLC)	P
Nhiệt độ (°C)	36,97±0,55	36,82±0,49	36,96±0,53	37,40±0,67	0,031
Nhịp tim (lần/phút)	100,25±18,92	96,67±16,56	99,31±18,96	115,44±18,58	0,033
Nhịp thở (lần/phút)	26,19±5,69	23,76±5,38	26,45±5,24	30,00±7,46	0,017
HA tâm thu (mmHg)	133,05±24,30	130,0±24,49	131,62±22,43	150,56±32,06	0,072
HA tâm trương (mmHg)	78,11±12,14	76,19±9,73	77,00±11,71	90,56±14,24	0,004
SpO2 (%)	89,85±6,79	93,38±2,80	89,60±6,66	83,44±9,41	0,001
Ho, n (%)	86 (90,5)	19 (22,1)	60 (69,8)	7 (8,1)	0,378
Khạc đàm tăng n (%)	75 (78,9)	16 (21,3)	53 (70,7)	6 (8,0)	0,556
Đám đổi màu n (%)	35 (36,8)	7 (20,0)	24 (68,6)	4 (11,4)	0,952
Khó thở, n (%)	95 (100,0)	21 (22,1)	65 (68,4)	9 (9,5)	0,367
Đau ngực, n (%)	15 (15,8)	2 (13,3)	10 (66,7)	3 (20,0)	0,258
Ran nổ, n (%)	30 (31,6)	4 (13,3)	22 (73,3)	4 (13,3)	0,306

Phép kiểm T-test, * Phép kiểm chi bình phương

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Cận lâm sàng	Chung N = 95 (%) (TB ± ĐLC)	Nhóm 1 N = 21 (%) (TB ± ĐLC)	Nhóm 2 N = 65 (%) (TB ± ĐLC)	Nhóm 3 n = 9 (%) (TB ± ĐLC)	P
XQ ngực, n(%)					
Thâm nhiễm phổi	36 (37,9)	4 (11,1)	27 (75,0)	5 (13,9)	0,094
Tràn khí màng phổi	2 (2,1)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	0,129
Tràn dịch màng phổi	8 (8,4)	1 (12,5)	6 (75,0)	1 (12,5)	0,777
Xẹp phổi	3 (3,2)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	0,489
Công thức máu					
Bạch cầu (K/uL)	9,72±3,71	9,14±2,67	9,41±3,03	13,31±7,39	0,008
Eosinophil (K/uL)	0,69±1,37	0,95±1,63	0,66±1,37	0,39±0,45	0,542
EOS < 2%	57 (60%)	10 (17,5%)	38 (66,7%)	9 (15,8%)	0,025
EOS ≥ 2%	38 (40%)	11 (28,9%)	27 (71,1%)	0 (0%)	
Hồng cầu (M/uL)	4,39±0,63	4,20±0,45	4,42±0,64	4,62±0,78	0,201
HGB (g/dL)	14,10±8,60	12,83±1,12	14,62±10,36	13,26±1,23	0,678
Sinh hoá					
Glucose (mmol/L)	7,39±2,67	6,92±2,13	7,31±2,75	8,92±2,80	0,166
CRP (mg/dL)	19,57±30,91	15,80±25,31	16,96±29,63	46,15±41,54	0,035
Ure (mmol/L)	5,95±3,80	7,30±6,71	5,64±2,47	5,07±1,15	0,170
Creatinin (μmol/L)	94,80±40,5	101,10±73,8	92,22±24,71	98,79±25,29	0,656
Na+ (mmol/L)	136,22±4,15	135,81±4,47	136,29±3,82	136,67±5,94	0,851
K+ (mmol/L)	4,14±3,36	3,83±0,95	4,32±4,02	3,53±0,40	0,720
Khí máu động mạch					
PaO2 (mmHg)	123,43±61,4	130,14±85,69	117,71±56,50	148,82±51,57	0,346
PaCO2 (mmHg)	47,74±16,74	46,47±12,62	45,54±15,22	54,26±27,63	0,356
PaO2/FiO2	385,62±177,3	519,22±274,3	356,52±143,7	382,10±134,0	0,014

Phép kiểm T-test, * Phép kiểm chi bình phương

Bảng 4. Mối liên quan giữa các yếu tố thúc đẩy với độ nặng ở bệnh nhân đợt cấp COPD

Yếu tố	Chung N = 95 (%) (TB ± ĐLC)	Nhóm 1 N = 21 (%) (TB ± ĐLC)	Nhóm 2 N = 65 (%) (TB ± ĐLC)	Nhóm 3 N = 9 (%) (TB ± ĐLC)	P
Hút thuốc lá, n (%)	48 (50,5)	12 (25,0)	30 (62,5)	6 (12,5)	0,406
Không tuân thủ điều trị, n (%)	1 (1,1)	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,169
Nhiễm khuẩn, n (%)	65 (68,4)	10 (15,4)	46 (70,8)	9 (13,8)	0,014
EOS ($\geq 300/\mu\text{L}$ hoặc $\geq 2\%$)	38 (40,0)	11 (28,9)	27 (71,1)	0 (0,0)	0,025
Bệnh đồng mắc, n (%)					
Tăng huyết áp	81 (85,3)	18 (22,2)	57 (70,4)	6 (7,4)	0,248
Suy tim	15 (15,8)	3 (20,0)	10 (66,7)	2 (13,3)	0,851
Bệnh mạch vành	39 (41,1)	10 (25,6)	25 (64,1)	4 (10,3)	0,742
Rối loạn nhịp (rung nhĩ)	7 (7,4)	1 (14,3)	4 (57,1)	2 (28,6)	0,196
Giãn phế quản	3 (3,2)	0 (0,0)	2 (66,7)	1 (33,3)	0,287
ACO	8 (8,4)	3 (37,5)	4 (50,0)	1 (12,5)	0,483

ACO: Asthma COPD Overlap; EOS: Eosinophil
khuẩn là yếu tố thúc đẩy phổ biến nhất, chiếm 68,4% các trường hợp đợt cấp. Tăng bạch cầu eosin được phát hiện ở 40% các ca đợt cấp. Các yếu tố khác như hút thuốc lá, không tuân thủ điều trị, các bệnh đồng mắc (tăng huyết áp, suy tim, bệnh mạch vành, giãn phế quản, ACO) không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ nặng của đợt cấp trong nghiên cứu này [Bảng 4].

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân đợt cấp COPD là 75,39 tuổi, cao hơn các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam và quốc tế như tác giả Nguyễn Thanh Hồi (2013) với tuổi trung bình là 68 và nghiên cứu của tác giả Alberto Papi với độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 70,6. Về tỷ lệ về giới, nam chiếm 91,6% nhiều hơn 11 lần so với nữ; tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Hồi, Alberto Papi[4,5], Về tiền căn, 60% bệnh nhân COPD có tiền căn ≥ 2 đợt cấp/năm, tương tự nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Đợi (53,3%).[6] Bệnh nhân đợt cấp BPTNMT có kèm bệnh tim mạch đồng mắc như tăng huyết áp 81 ca

(85,3%), bệnh mạch vành 39 ca (41,1%); suy tim 15 ca (15,8%) cao hơn nghiên cứu của tác giả Sumitra Shantakumar với tiền căn tăng huyết áp là 40,1% và nghiên cứu của tác giả Hasegawa với tiền căn bệnh mạch vành mạn là 16% [7,8]. Các sự khác biệt về đặc điểm chung nêu trên có thể do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại bệnh viện Thống Nhất, nơi tiếp nhận điều trị chủ yếu là người cao tuổi, nhiều bệnh lý tim mạch trong đó chủ yếu là tăng huyết áp, bệnh mạch vành mạn. Sự hiện diện của bệnh tim mạch đồng mắc ở bệnh nhân COPD có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong, kết cục xấu, tỷ lệ nhập viện cao hơn và chất lượng cuộc sống thấp hơn [9].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng khó thở cấp là dấu hiệu nổi bật nhất, xuất hiện ở 100% bệnh nhân. Tăng lượng đàm (78,9%) và đàm đổi màu (36,8%) cũng thường gặp, phù hợp với tam chứng Anthonisen. Ở nhóm đợt cấp nặng, các chỉ số sinh hiệu như nhiệt độ, nhịp tim, nhịp thở tăng cao và SpO₂ giảm đáng kể có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), phản ánh mức độ suy hô hấp nặng hơn. Theo tác giả Giang Cẩm Nhung, SpO₂ $< 88\%$ làm tăng nguy cơ bệnh nặng lên gấp 8,5 lần sau 72 giờ nhập viện.[10] Đau ngực

hay cảm giác nặng ngực là triệu chứng than phiền thường gặp ở người cao tuổi có bệnh tim hay bệnh phổi mạn, nhưng không đặc hiệu. Chúng tôi ghi nhận tần suất đau ngực/nặng ngực phân bố đều ở các nhóm bệnh nhân đợt cấp BPTNMT với số ca là 15 chiếm 15,8%.

Về cận lâm sàng, tăng bạch cầu máu và CRP trung bình ở nhóm đợt cấp nặng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), gợi ý tình trạng nhiễm trùng. Tình trạng tăng bạch cầu eosin ($\geq 2\%$) được ghi nhận ở 40% bệnh nhân, tương tự với nghiên cứu của Hasegawa K. [8] Mặc dù PaCO₂ trung bình cao nhất ở nhóm đợt cấp nặng (54,2 mmHg), nhưng không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm trong nghiên cứu này ($p = 0,356$). Tuy nhiên, PaO₂/FiO₂ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,014$), cho thấy tình trạng rối loạn trao đổi khí nghiêm trọng hơn ở nhóm nặng. XQ ngực thẳng có thâm nhiễm ở phổi là 36 ca (37,9%), tràn khí màng phổi 2 ca (2,1%) chủ yếu gặp ở nhóm ĐCBPTNMT trung bình là 1 ca và nặng là 1 ca, tràn dịch màng phổi chủ yếu gặp ở nhóm đợt cấp trung bình với 6 ca chiếm 75%, xẹp phổi có ca 3 ca chiếm 100% ở nhóm đợt cấp trung bình.

4.3. Các nguyên nhân khởi phát đợt cấp COPD

Nhiễm trùng là nguyên nhân khởi phát đợt cấp phổ biến nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (68,4%), tương tự với nghiên cứu của Alberto Papi (78% đợt cấp có phát hiện nhiễm vi rút và/hoặc vi khuẩn) và Nguyễn Quang Đợi (88,6% có nhiễm trùng) [5, 6]. Các tác giả này cũng chỉ ra rằng đợt cấp nhiễm trùng thường kéo dài thời gian nằm viện và suy giảm chức năng phổi nặng hơn.

Hút thuốc lá là yếu tố thúc đẩy đợt cấp ở 50,5% bệnh nhân trong nghiên cứu. Đây là yếu tố nguy cơ chính đối với sự phát triển và tiến triển của COPD, gây suy giảm chức năng phổi nhanh hơn và tỷ lệ tử vong cao hơn. Các nghiên cứu khác cũng nhấn mạnh mối liên quan giữa hút thuốc lá và đợt cấp COPD [2].

Tình trạng tăng bạch cầu eosinophil ($\geq 300/\mu\text{L}$ hoặc $\geq 2\%$) được phát hiện trong 40% các ca đợt cấp COPD trong nghiên cứu. Điều này tương tự với phát hiện của Hasegawa K. và cộng sự cho bệnh nhân COPD với tăng bạch cầu ái toan trong máu có tần suất nhập viện cao hơn vì đợt cấp BPTNMT [8].

Việc không tuân thủ điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận 1,1%, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Đợi là 42,9%, tương tự tác giả Trần Văn Ngọc (5,95%) [6][11]. Tác dụng của thuốc hít bị ảnh hưởng bởi bệnh nhân có tuân thủ điều trị hay không. Tuân thủ điều trị tốt làm giảm nguy cơ nhập viện và tử vong vì AECOPD.[6] Tác giả Koehorst-ter Huurne cho thấy rằng bệnh nhân với việc sử dụng dưới mức tối ưu hoặc sử dụng quá mức tiotropium đã tăng nguy cơ mắc AECOPD nặng, viêm phổi và tỷ lệ tử vong cao hơn so với những bệnh nhân sử dụng tối ưu thuốc.[12] Tác giả Phùng Thị Thanh ghi nhận bệnh nhân không tuân thủ điều trị làm tăng nguy cơ đợt cấp gấp 3,3 lần [13].

Giãn phế quản trong nghiên cứu của chúng tôi được phát hiện ở 3,2% bệnh nhân có đợt cấp. Một số nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa giãn phế quản và COPD, ghi nhận các đợt cấp thường xuyên hơn và nghiêm trọng hơn, với thời gian nằm viện dài hơn, chất lượng cuộc sống bị suy giảm và giảm khả năng sống sót [14].

Trong nghiên cứu chúng tôi, số ca ACO là 8 ca chiếm 8,4% trong số các đợt cấp, chưa thấy có sự khác biệt với nhóm không ACO. Điều này có thể do nghiên cứu chúng tôi có số ca ACO rất ít. Tác giả Lê Thị Tuyết Lan nghiên cứu trên 300 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chồng lấp hen cho thấy có 82 (27,3%) bệnh nhân được chẩn đoán BPTNMT chồng lấp hen. Có 28,3% bệnh nhân ACO có tiền sử đợt kịch phát trong năm vừa qua với số đợt kịch phát trung bình là 2 đợt kịch phát/năm, số ngày nhập viện trung bình là 6,06 ngày/năm và nhập cấp cứu trung bình là 2,41 ngày/năm. Bệnh nhân nhóm ACO có triệu chứng nhiều (điểm CAT trung bình là 14,82; điểm mMRC trung bình là 2,09) và có số lượng bạch cầu ái toan trong máu trung bình là 462 tế bào/ μL [15].

Bệnh tim mạch đồng mắc thường gặp ở bệnh nhân COPD trong nghiên cứu của chúng tôi, trong đó tăng HA là 81 ca (85,3%), suy tim là 15 ca (15,8%), bệnh mạch vành là 39 ca (41,1%), rung nhĩ là 7 ca (7,4%). Theo y văn, bệnh tim mạch, đặc biệt là tăng huyết áp, là một bệnh đồng mắc thường gặp ở bệnh nhân COPD. Sự hiện diện của bệnh tim mạch đồng mắc ở bệnh nhân COPD có liên quan đến tăng khả năng tử vong, kết cục xấu, tỷ lệ nhập viện cao hơn và chất lượng cuộc sống thấp

hơn, tăng nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên [10] [13]. Suy tim mất bù cấp có thể chống lại đợt cấp COPD và sự hiện diện của bệnh đi kèm này là một yếu tố dự báo độc lập về tỷ lệ tử vong. Rung nhĩ có thể là hậu quả hoặc yếu tố thúc đẩy đợt cấp COPD [9].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 95 bệnh nhân tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Thống Nhất cho thấy bệnh nhân đợt cấp COPD chủ yếu là người cao tuổi (tuổi trung bình 75,39), nam giới chiếm tỷ lệ cao (91,6%). Các triệu chứng lâm sàng nổi bật là khó thở cấp (100%), tăng lượng đàm (78,9%) và đàm đổi màu (36,8%). Bệnh tim mạch đồng mắc rất phổ biến ở bệnh nhân COPD, đặc biệt là tăng huyết áp (85,3%), bệnh mạch vành (41,1%) và suy tim (15,8%).

Các yếu tố thúc đẩy chính có liên quan có ý nghĩa thống kê với đợt cấp COPD là nhiễm trùng và tình trạng tăng bạch cầu eosin ($\geq 300/\mu\text{L}$ hoặc $\geq 2\%$). Việc nhận diện và quản lý hiệu quả các yếu tố này là rất quan trọng để cải thiện tiên lượng và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân COPD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Vedel-Krogh S, Nielsen SF, Lange P, Vestbo J, Nordestgaard BG. Blood eosinophils and exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease: the Copenhagen general population study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016;193(9):965-974.
- [2] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2020 report. Available from: <https://goldcopd.org>
- [3] Sapey E, Stockley RA. COPD exacerbations. 2: Aetiology. *Thorax*. 2006;61(3):250-258.
- [4] Nguyễn TH, Phan TH. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang phổi và kết quả khí máu của bệnh nhân có đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Lao và Bệnh phổi*. 2013;(15).
- [5] Papi A, Bellettato CM, Braccioni F, et al. Infections and airway inflammation in chronic obstructive pulmonary disease severe exacerbations. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;173(10):1114-1121.
- [6] Nguyễn QĐ. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tắc động mạch phổi ở bệnh nhân đợt cấp

bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.

- [7] Shantakumar S, Pwu RF, D'Silva L, et al. Burden of asthma and COPD overlap (ACO) in Taiwan: a nationwide population-based study. *BMC Pulm Med*. 2018;18(1):1-12.
- [8] Hasegawa K, Camargo CA Jr. Prevalence of blood eosinophilia in hospitalized patients with acute exacerbation of COPD. *Respirology*. 2016;21(4):761-764.
- [9] Müllerová H, Shukla A, Hawkins A, Quint J. Risk factors for acute exacerbations of COPD in a primary care population: a retrospective observational cohort study. *BMJ Open*. 2014;4(12):e006171.
- [10] Giang CN, Cao TMTh. Khảo sát một số yếu tố tiên lượng đợt cấp COPD tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023;56:94-100.
- [11] Trần VN, Mã VĐ. Đặc điểm lâm sàng và yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện thường xuyên ở nhóm nguy cơ cao. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2018;22(2):186-193.
- [12] Koehorst-ter Huurne K, Groothuis-Oudshoorn CGM, Vandervalk PDLPM, Movig KLL, van der Palen J, Brusse-Keizer M. Association between poor therapy adherence to inhaled corticosteroids and tiotropium and morbidity and mortality in patients with COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018;13:1683-1690.
- [13] Phùng TT. Yếu tố nguy cơ gây đợt cấp COPD ở Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;(1):100-104.
- [14] Martinez-Garcia MA, Miravittles M. Bronchiectasis in COPD patients: more than a comorbidity? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017;12:1401-1411.
- [15] Lê TTL, Ngô QC. Nghiên cứu về thực trạng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chồng lấp hen tại Việt Nam. *Tạp chí Y học Lâm sàng*. 2017;(99):253-260.