

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM NGƯỜI BỆNH COPD ĐỢT CẤP ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2022

NGUYỄN BÍCH NGỌC¹, NGUYỄN THỊ HOA HUYỀN², LÊ THỊ MỸ¹

¹ Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn; Số 12, Phố Chu Văn An, Phường Biện Biên, Quận Ba Đình, Hà Nội

² Trường Đại học VinUni; Khu vực 3, Đường Xá và Đa Tốn, Xã Kiều Kỵ, Huyện Gia Lâm, Hà Nội

Tác giả liên hệ: **Lê Thị Mỹ**

Email: lemysaintpaul@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 8/11/2023

Ngày nhận phản biện: 14/12/2023

Ngày duyệt đăng: 22/12/2023

INVESTIGATING CHARACTERISTICS OF ACUTE COPD INPATIENTS TREATED AT XANH PON GENERAL HOSPITAL IN 2022

Abstract:

Objective: To describe the characteristics of inpatient treatment for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients at Xanh Pon General Hospital in 2022, in order to better manage, timely, effectively emergency treatment.

Methods: 95 COPD patients were examined, monitored, and evaluated for pre-existing characteristics, clinical and paraclinical features, risk classification on admission, on the 5th day, 12th day, or at discharge. **Results:** The incidence rate of acute COPD exacerbations over the past 12 months ranged from 5.4% to 26.3%, mostly with 2-3 episodes. The majority of acute COPD exacerbations were due to respiratory tract infections. Most patients had concomitant diseases such as hypertension, diabetes, gastritis, and heart failure. Common symptoms included dyspnea, cough, and fatigue. The GOLD classification showed that most patients were in groups D and C. The high incidence rate on admission had fever, THA, SpO₂ below 95%, and rapid breathing; symptoms significantly improved after 5 days of treatment. The proportion of patients with few symptoms (CAT <10) increased after treatment. The average length of hospital stay was 14.6 days, and most patients were discharged within 8-14 days. **Conclusion:** The incidence rate of acute COPD exacerbations was high, mainly due to respiratory tract infections and concomitant diseases. Common symptoms were dyspnea, cough, and fatigue. Treatment was effective, symptoms improved after 5 days, and the average length of hospital stay was 14.6 days.

Keywords: Exacerbation, COPD, Clinical features, Concomitant diseases

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2022, nhằm phục vụ quản lý, cấp cứu kịp thời và điều trị tốt hơn.

Phương pháp: 95 bệnh nhân COPD được khám, theo dõi, đánh giá đặc điểm tiền sử, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phân loại nguy cơ lúc nhập viện, ngày thứ 5, ngày thứ 12 hoặc khi ra viện.

Kết quả: Tỷ lệ mắc COPD cấp trong 12 tháng qua từ 5,4% đến 26,3%, đa số mắc 2-3 đợt. Phần lớn mắc COPD cấp do nhiễm trùng đường hô hấp. Đa số bệnh nhân có các bệnh đồng mắc như tăng huyết áp, đái tháo đường, viêm dạ dày, suy tim. Triệu chứng phổ biến bao gồm khó thở, ho đờm và mệt mỏi. Phân loại GOLD cho thấy phần lớn bệnh nhân nằm ở nhóm D và C. Tỷ lệ cao khi vào viện có sốt, THA, SpO₂ dưới 95% và thở nhanh; các triệu chứng giảm đáng kể sau 5 ngày điều trị. Tỷ lệ người bệnh có ít các triệu chứng bệnh (CAT < 10) tăng lên sau điều trị. Tỷ lệ nằm viện trung bình là 14,6 ngày và đa số xuất viện sau 8-14 ngày.

Kết luận: Tỷ lệ mắc COPD cấp rất cao, chủ yếu do nhiễm trùng đường hô hấp và các bệnh đồng mắc. Triệu chứng thường gặp là khó thở, ho đờm và mệt mỏi. Bệnh điều trị hiệu quả, các triệu chứng giảm sau 5 ngày; nằm viện trung bình 14,6 ngày.

Từ khóa: Đợt cấp, COPD, lâm sàng, bệnh đồng mắc

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COPD - Chronic Obstructive Pulmonary Disease, là bệnh lý hô hấp mạn tính đặc trưng bởi sự tắc nghẽn luồng khí thở ra không có khả năng hồi phục hoàn toàn [1]. Bệnh đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp dai dẳng và giới hạn luồng không khí, là hậu quả của phản ứng viêm bất thường của đường thở và/ hoặc phế nang do phơi nhiễm với các hạt hoặc khí độc hại trong khói thuốc lá, thuốc lào là yếu tố nguy cơ chính, tuy nhiên ô nhiễm không khí và khói chất đốt cũng là yếu tố nguy cơ gây COPD quan trọng. Đây là bệnh lý cần có sự tiếp cận toàn diện trong việc điều trị và chăm sóc, bao gồm (1) giảm mức độ khó thở, (2) tăng khả năng gắng sức, (3) tăng chất lượng cuộc sống (CLCS), (4) chậm suy giảm chức năng hô hấp, (5) ngăn ngừa đợt cấp, (6) giảm tử vong của bệnh (GOLD 2014) [2].

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) thường kéo dài và có sự xen kẽ giữa những giai đoạn ổn định và đợt cấp, trong đó những đợt cấp có thể gây đe dọa tính mạng người bệnh. Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là tình trạng thay đổi cấp tính các biểu hiện lâm sàng, làm tăng các triệu chứng như khó thở, tăng khạc đờm, cũng như màu sắc của đờm thay đổi. Các triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng cần được lưu tâm ngay từ khi mới được chẩn đoán, lúc vào viện, trong quá trình điều trị nhằm đảm bảo người bệnh điều trị đủ phác đồ, phòng ngừa các biến chứng và giảm nhẹ các tác dụng phụ của quá trình điều trị, giảm chi phí và thời gian nằm viện và nâng cao chất lượng điều trị [8], [9].

Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn là bệnh viện hạng 1 của thành phố Hà Nội. Với hơn 1000 giường bệnh, hiện đang quản lý khoảng 700 người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Khoa Nội tổng hợp 1 là đơn vị điều trị bệnh phổi tắc nghẽn tính, hiện quản lý hơn 700 bệnh nhân COPD; hàng năm tiếp nhận khoảng 300 lượt bệnh nhân COPD vào điều trị nội trú. Nhưng số lượt người bệnh COPD trên trong số đó có bao nhiêu bệnh nhân nhập viện nhiều lần, bao nhiêu bệnh nhân tự quản lý bệnh tốt tại nhà? Ở nhóm nào của bệnh?

yếu tố nào liên quan đến nguy cơ? cho đến nay chưa có báo cáo, nghiên cứu đánh giá. Do vậy, mục tiêu của nghiên cứu là “Mô tả đặc điểm người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2022”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian và đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Nội tổng hợp 1 Bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 08/2022 đến tháng 01/2023.

Đối tượng nghiên cứu: 95 người bệnh được chẩn đoán xác định COPD đợt cấp (theo tiêu chuẩn GOLD 2021); từ 18 tuổi trở lên; đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các đối tượng mắc: ung thư phổi, lao phổi, nấm phổi, bụi phổi; có dị tật về lồng ngực: gù, vẹo cột sống; mắc bệnh nhồi máu cơ tim, tắc mạch phổi; không thể hoàn thành được bộ câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu. Tất cả các thông tin được thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, thông tin trích từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn người bệnh. Cách chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Tuổi, giới tính, dân tộc, học vấn, tính BMI, các yếu tố nguy cơ, tiền sử, triệu chứng lâm sàng, các dấu hiệu: co thắt cơ hô hấp, lồng ngực, tình trạng ho khạc đờm, đếm nhịp thở, đo nhiệt độ, đo mạch, đo huyết áp. Đánh giá tác động của bệnh COPD ảnh hưởng lên sức khỏe và cuộc sống hàng ngày của người bệnh tại thời điểm người bệnh mới vào viện, sau 5 ngày nằm viện và khi người bệnh chuẩn bị ra viện. Phân nhóm bệnh COPD theo GOLD 2021. Đánh giá nguy cơ theo thang điểm CAT và mMRC. Triệu chứng cận lâm sàng; đo chức năng hô hấp và đo SpO₂. Các số liệu thu thập tại thời điểm mới vào viện, sau 5 ngày và khi chuẩn bị ra viện.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Mô tả biến rời rạc theo tỉ lệ %, độ tin cậy > 95%. Biến

liên tục theo trị số trung bình và độ lệch chuẩn.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng chăm đề cương Trường Đại học Thăng Long thông qua và được sự đồng ý của Bệnh viện Xanh Pôn. Người bệnh được cung cấp thông tin, tự nguyện tham gia và có quyền từ chối tham gia. Các thông tin về người bệnh được giữ bí mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

(Nội dung là bảng 1, 2, 3, 4, 5)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của người tham gia là 71,9 ± 8,1 tuổi và đa số đã tốt nghiệp THPT (34,7%) hoặc chỉ học hết tiểu học (28,4%). Trình độ học vấn thấp khiến người bệnh COPD khó tiếp nhận thông tin và tuân thủ chế độ điều trị dự phòng, và tỷ lệ đợt cấp mắc phải trong năm tăng lên. Nghiên cứu cũng cho thấy thời gian mắc bệnh càng dài thì tổn thương tại phổi càng nặng, tần suất khởi phát các đợt cấp trong năm cũng gia tăng. Nguyễn Thị Xuân Thảo cho thấy, hầu hết người bệnh có học vấn chưa cao; 32,9% dưới tiểu học/ tiểu học; 64,5% có trình độ trung học phổ thông [6]. So với nghiên cứu của Lê Thị Kim Thoa, thời gian mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu này lâu hơn là 3,7 ± 2,4 năm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi về người bệnh COPD, tỷ lệ kiểm soát đợt cấp vẫn còn thấp. Trong vòng 12 tháng gần đây, tỷ lệ người bệnh mắc ≥ 4 đợt cấp chiếm 22,1%, mắc 4 đợt cấp chiếm 14,7%, mắc 3 đợt cấp chiếm 26,3%, mắc 2 đợt cấp chiếm 27,4%, và không mắc đợt cấp chiếm 5,4%. Thời gian xuất hiện triệu chứng trước khi nhập viện trung bình là 3,7 ± 4,3 ngày, và đa số người bệnh nhập viện ngay khi có triệu chứng như khó thở, ho có đờm, mệt mỏi, tức ngực. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tình hình kiểm soát bệnh chưa tốt, và so sánh với các tác giả khác. Nghiên cứu của Lương Thị Kiều Diễm cho thấy đa số người bệnh gặp phải ≥ 2 đợt cấp/ năm (96,3%), và nghiên cứu của Lê Thị Kim Thoa cho thấy số đợt cấp trung bình trong 1 năm là 2,7 ± 1,8 đợt. Do đó, việc kiểm soát dự phòng để giảm

Bảng 1. Đặc điểm chung và bệnh sử mắc COPD của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tổng số đối tượng		95	100
Tuổi trung bình (năm)		71,9 ± 8,1	
Nghề nghiệp	Nông dân	23	24,2
	Công nhân	17	17,9
	Công chức/ Viên chức	20	21,1
	Kinh doanh	8	8,4
	Hưu trí	27	28,4
Trình độ học vấn	Tiểu học	27	28,4
	Trung học cơ sở	19	20,0
	Trung học phổ thông	33	34,7
	Cao đẳng/ Đại học	16	16,8
Thời gian mắc bệnh	< 2 năm	3	3,2
	2 - 5 năm	53	56,4
	> 5 năm	38	40,4
Thời gian mắc bệnh trung bình		6,2 ± 4,0 năm Min – Max: 1 – 22 năm	
Số đợt cấp trong 12 tháng gần đây	Không mắc	5	5,4
	1 đợt	4	4,3
	2 đợt	26	27,1
	3 đợt	25	26,3
	4 đợt	14	14,7
	> 4 đợt	21	22,1
Thời gian xuất hiện triệu chứng trước khi vào viện	1 - 3 ngày	72	75,8
	4 - 7 ngày	20	21,1
	> 7 ngày	3	3,2
	Trung bình	3,7 ± 4,3 ngày	

Đa số người bệnh đã về hưu 28,4%; nông dân: 24,2%; công chức/viên chức: 21,1%; công nhân 17,9%. Đa số người bệnh đã tốt nghiệp THPT chiếm 34,7%; chỉ học hết tiểu học chiếm 28,4%; THCS: 20,0%; chỉ có 16,8% tốt nghiệp cao đẳng/đại học. Thời gian mắc bệnh trung bình là 6,2 ± 4,0 năm; Min – Max: 1 – 22 năm; đa số mắc bệnh từ 2 – 5 năm chiếm 56,4%; > 5 chiếm 40,4%, chỉ có 3,2% có thời gian mắc bệnh dưới 2 năm. Đa số người bệnh vào viện từ 1 – 3 sau khi khởi phát triệu chứng (75,8%); 21,1% vào viện sau 4 – 7 ngày; 3,2% vào viện sau 7 ngày.

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

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ số BMI	< 18,5	27	28,4
	18,5 - 22,9	44	17,9
	≥ 23	24	25,3
Bệnh đồng mắc	THA	71	74,7
	ĐTĐ	17	17,9
	Viêm dạ dày	12	12,6
	Suy tim	5	5,2
Thời gian nằm viện	≤ 7 ngày	71	74,7
	8- 14 ngày	17	17,9
	> 14 ngày	12	12,6
	Trung bình	14,6 $\pm$ 5,3 ngày	
Dấu hiệu khởi phát	Khó thở	87	91,6
	Ho đờm	72	75,8
	Mệt mỏi	34	35,8
	Đau ngực	21	22,1
	Sốt	13	13,7
	Phù chi	2	2,1
Nguyên nhân gây đợt cấp	Nhiễm trùng hô hấp trên		
	Thay đổi thời tiết	72	75,8
	Tự ý bỏ thuốc	34	35,8
	Thở oxy liều cao	21	22,1
	Rối loạn nhịp tim, suy tim	13	13,7
Phân nhóm COPD theo GOLD 2018	Nhóm A, $FEV_1 \geq 80\%$	9	9,5
	Nhóm B, $50\% \leq FEV_1 < 80\%$	3	3,2
	Nhóm C, $30\% \leq FEV_1 < 50\%$	39	41,1
	Nhóm D, $FEV_1 < 30\%$	53	55,8

Trong 12 tháng qua, tỷ lệ mắc các đợt cấp khác nhau dao động từ 5,4% đến 26,3%, với đa số mắc 2-3 đợt cấp. Phần lớn bệnh nhân có các bệnh đồng mắc như tăng huyết áp, đái tháo đường, viêm dạ dày, suy tim. Thời gian nằm viện trung bình là 14,6 ngày và phần lớn được xuất viện sau 8-14 ngày. Đa số bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể bình thường hoặc nhẹ cân. Triệu chứng phổ biến bao gồm khó thở, ho đờm và mệt mỏi. Nhiều nguyên nhân gây ra đợt cấp, nhưng phần lớn do nhiễm trùng đường hô hấp. Phân loại GOLD cho thấy phần lớn bệnh nhân nằm ở nhóm D và C.

Bảng 3. Đặc điểm các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh COPD

Dấu hiệu sinh tồn		Vào viện		Sau 5 ngày		Ra viện	
		n	%	n	%	n	%
Nhiệt độ	Không sốt	83	87,4	93	97,9	95	100,0
	Sốt	12	12,6	2	2,1	0	0,0
Mạch	Bình thường	84	88,4	87	91,6	88	92,6
	Nhanh	11	11,6	8	8,4	7	7,4
	Trung bình	86,9 ± 9,8		84,9 ± 6,1		83,0 ± 4,6	
Huyết áp	Bình thường	78	82,1	92	96,8	94	98,9
	THA	17	17,9	3	3,2	1	1,1
SpO2	≥ 95%	81	85,3	92	96,8	94	98,9
	< 95%	14	14,7	3	3,2	1	1,1
	Trung bình	95,9 ± 2,3		97,2 ± 1,3		98,2 ± 1,1	
Tần số thở	Bình thường	32	33,7	41	43,2	75	78,9
	Thở nhanh	63	66,3	54	56,8	20	11,1
	Trung bình	22,1 ± 2,4		20,8 ± 1,4		19,8 ± 1,2	

Tỷ lệ người bệnh sốt khi vào viện chiếm 12,6% → sau 5 ngày 2,1% → ra viện 0%. Tỷ lệ người bệnh THA khi vào viện chiếm 17,9% → sau 5 ngày 3,2% → ra viện 1,1%. Tỷ lệ người bệnh SpO2 dưới 95% khi vào viện chiếm 14,7% → sau 5 ngày 3,2% → ra viện 1,1%. Tỷ lệ người bệnh thở nhanh khi vào viện chiếm 66,3% → sau 5 ngày 56,8% → ra viện 11,1%. Số nhịp thở được cải thiện 22,1 ± 2,4 → 20,8 ± 1,4 → 19,8 ± 1,2.

Bảng 4. Triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu

Dấu hiệu sinh tồn		Vào viện		Sau 5 ngày		Ra viện	
		n	%	n	%	n	%
Triệu chứng cơ năng	Ho khan	8	8,4	18	18,9	38	40,0
	Ho đờm trong	37	38,9	42	44,2	26	27,4
	Ho đờm đục	24	25,3	12	12,6	2	2,1
	Ho đờm xanh vàng	17	17,9	12	12,6	1	1,1
	Đau ngực	32	33,7	11	11,6	0	0,0
	Mệt mỏi	41	43,2	32	33,7	13	13,7
	Khó thở khi nghỉ	32	33,7	13	13,7	3	3,2
	Khó thở khi gắng sức	58	61,1	58	61,1	49	51,6
Triệu chứng thực thể	RRPN giảm	39	41,1	15	15,8	17	17,9
	Rales ẩm	20	21,1	15	15,8	18	18,9
	Rales nổ	36	37,9	22	23,2	12	12,6
	Rales rít	74	77,9	56	58,9	32	33,7
	Rales ngáy	39	41,1	35	36,8	24	25,3
	Co kéo cơ hô hấp phụ	23	24,2	10	10,5	6	6,3

Khi vào viện, đa số người bệnh ho có đờm trong (39,9%); ho có đờm đục (25,3%); ho có đờm xanh, vàng (17,9%). Tỷ lệ ho đờm cải thiện rõ rệt sau 5 ngày điều trị và khi ra viện.

Bảng 5. Phân loại mức độ khó thở theo điểm mMRC và điểm nguy cơ CAT

Phân loại điểm		Vào viện		Sau 5 ngày		Ra viện	
		n	%	n	%	n	%
Phân loại mức độ khó thở theo điểm mMRC	Độ 0	8	8,4	39	41,1	90	94,7
	Độ 1	24	25,3	37	38,9	5	5,3
	Độ 2	38	40,0	15	15,8	0	0
	Độ 3	17	17,9	4	4,2	0	0
	Độ 4	8	8,4	0	0,0	0	0
Điểm CAT của người bệnh trong nghiên cứu	< 10 điểm	0	0	9	9,5	33	34,7
	10 - 20 điểm	42	25,3	71	74,7	62	65,3
	21 - 30 điểm	50	52,6	15	15,8	0	0
	31 - 40 điểm	3	3,2	0	0	0	0

Có sự cải thiện rõ rệt mức độ khó thở sau khi điều trị tại bệnh viện. Tỷ lệ người bệnh không còn khó thở đã tăng lên sau điều trị (8,4% → 41,1% → 94,7%). Mức độ khó thở của người bệnh sau điều trị cũng đã hạ bậc, khi ra viện, đa số người bệnh không khó thở (94,7%) hoặc khó thở mức độ 1 (5,3%). Tỷ lệ người bệnh có ít các triệu chứng bệnh (CAT < 10) cải thiện sau khi điều trị, tỷ lệ người bệnh CAT < 10: 0% → 9,5% → 34,7%.

số đợt cấp mới là điều cần thiết được nhấn mạnh trong việc giáo dục sức khỏe cho người bệnh COPD và gia đình [7].

Đa số người bệnh COPD có chỉ số BMI ở mức bình thường (46,9%), trong khi đó tỷ lệ người bệnh nhẹ cân (BMI < 18,5) chiếm 28,1%, và thừa cân (BMI ≥ 23) chiếm 25%. Tình trạng sút cân là tình trạng phổ biến ở người bệnh COPD, có nhiều nguyên nhân gây ra như thay đổi lượng calo tiêu thụ, tình trạng khó thở, toan chuyển hóa gây nên tình trạng kém ăn và chán ăn. Do đó, cần kiểm soát và duy trì thể trạng ổn định cho người bệnh COPD, và hạn chế đợt cấp của bệnh.

Nhiều nghiên cứu cho thấy dấu hiệu sinh tồn của người bệnh COPD trước và sau khi điều trị nội trú đều cải thiện rất tốt, chứng tỏ người bệnh giảm được triệu chứng khó thở và mệt mỏi. Nghiên cứu của Lê Thị Kim Thoa và Phan Đức Tài cũng đưa ra kết quả tương tự [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khó thở và ho đờm là những

triệu chứng phổ biến nhất của người bệnh COPD. Khi thăm khám chúng tôi đối tượng có RRPN giảm chiếm: 41,1%, ran rít: 77,9%, ran ngáy: 41,1%, ran ẩm 21,1% và ran nổ 37,9%. Đặc trưng của BPTNMT chính là 2 ran ẩm và nổ thể hiện biểu hiện triệu chứng viêm cấp, xuất tiết dịch trong lòng phế nang. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với kết quả của nhóm người bệnh hen phế quản ổn định, chưa có triệu chứng viêm, xuất tiết dịch của tác giả Đào Ngọc Phú (2017) [4] với tỷ lệ ran ẩm và nổ là 13,6% và 11,4%. Tím môi, đầu chi, co kéo cơ hô hấp phụ, di động lồng ngực nghịch thường thể hiện tình trạng khó thở, thở không hiệu quả phải sử dụng các cơ hô hấp phụ gắng sức để hít và thở hiệu quả hơn ở người BPTNMT. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi vào viện có tới 24,2% các người bệnh co kéo cơ hô hấp phụ. Co kéo cơ hô hấp phụ cũng đã giảm rõ rệt khi được điều trị. Co kéo cơ hô hấp phụ 24,2% → 10,5% → 6,3%. Qua đây cho thấy trong các triệu chứng về

tình trạng suy hô hấp, co kéo các cơ hô hấp gặp rất nhiều.

Thang điểm mMRC là thang điểm đơn giản, được thực hiện trên lâm sàng để đánh giá cảm nhận về sự khó thở của người bệnh. Từ năm 2011, chiến lược toàn cầu phòng chống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính GOLD đã bao gồm mMRC như một phần của phương pháp đánh giá và điều trị toàn diện cho người bệnh COPD. Thang điểm mMRC được sử dụng để đánh giá suy giảm chức năng hô hấp cơ bản do khó thở do bệnh hô hấp. Trong NC, có sự cải thiện rõ rệt mức độ khó thở trước và sau khi điều trị tại bệnh viện. Tỷ lệ người bệnh không còn khó thở đã tăng lên đáng kể sau điều trị (8,4% → 41,1% → 94,7%). Nhiều NC trước đó cũng cho thấy người bệnh COPD cải thiện rõ rệt tình điểm mMRC sau điều trị. NC của Lê Thị Kim Thoa, cho thấy kết quả điểm mMRC đã giảm rõ rệt, nhóm người bệnh phân bố từ điểm mMRC 4 xuống độ 3 và khi ra viện là độ 2 nhiều [10], [11].

Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm CAT là một phương pháp để đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh COPD lên sức khỏe và cuộc sống của người bệnh. Khi vào viện, 100% người bệnh đều bị các triệu chứng của bệnh COPD gây ảnh hưởng tới cuộc sống, như cảm thấy ho, khó thở và hạn chế hoạt động hằng ngày. Tuy nhiên, chất lượng cuộc sống của người bệnh đã được cải thiện đáng kể sau khi nằm viện và khi ra viện, các triệu chứng cũng đã giảm. Tỷ lệ người bệnh có ít các triệu chứng bệnh (CAT < 10) cải thiện sau khi điều trị từ 0% lên 34,7%, điểm CAT trung bình của nhóm người bệnh giảm từ $22,0 \pm 4,5$

xuống còn $10,9 \pm 3,6$. Điều này cho thấy rằng phát hiện bệnh và điều trị sớm, sử dụng thuốc định kỳ kịp thời cho người bệnh có thể giúp nâng cao chất lượng cuộc sống và hỗ trợ người bệnh trong hoạt động sinh hoạt hằng ngày. Lê Thị Kim Thoa cũng đánh giá rằng COPD đã tác động ảnh hưởng rất nhiều tới sức khỏe và cuộc sống hằng ngày của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc COPD cấp trong 12 tháng qua từ 5,4% đến 26,3%, đa số mắc 2-3 đợt. Phần lớn mắc COPD cấp do nhiễm trùng đường hô hấp. Đa số bệnh nhân có các bệnh đồng mắc như

tăng huyết áp, đái tháo đường, viêm dạ dày, suy tim. Triệu chứng phổ biến bao gồm khó thở, ho đờm và mệt mỏi. Phân loại GOLD cho thấy phần lớn bệnh nhân nằm ở nhóm D và C.

Tỷ lệ cao khi vào viện có sốt, THA, SpO₂ dưới 95% và thở nhanh; các triệu chứng giảm đáng kể sau 5 ngày điều trị; tỉ lệ không còn khó thở tăng lên sau điều trị. Tỷ lệ người bệnh có ít các triệu chứng bệnh (CAT < 10) tăng lên sau điều trị. Tỷ lệ nằm viện trung bình là 14,6 ngày và đa số xuất viện sau 8-14 ngày. Các triệu chứng khó thở và ho đờm được cải thiện rõ rệt sau điều trị. ■

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Minh và CS (2016), "Đặc điểm viêm phổi trong đợt kịch phát bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở người cao tuổi tại bệnh viện Thống Nhất", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh tập 16 số 4.
2. Bùi Xuân Tám (1999), "Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính", Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr. 601-649.
3. Ana Maria B Menezes và các cộng sự. (2005), "Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study", The Lancet. 366 (9500), tr. 1875-1881.
4. Bigna JJ, Kenne AM, Asangbeh SL, Sibetcheu AT. (2018). Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in the global population with HIV: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Health 2018; 6(2): e193-e202.
5. CDC (2012), "Chronic obstructive pulmonary disease among adults - US".
6. E. A. Regan và các cộng sự. (2010), "Genetic epidemiology of COPD (COPDGene) study design", Copd. 7 (1), tr. 32-43.
7. Evangelos C Alexopoulos, Foteini Malli, Eirini Mitsiki et al. (2015). Frequency and risk factors of COPD exacerbations and hospitalizations: a nationwide study in Greece (Greek Obstructive Lung Disease Epidemiology and health ecoNomics: GOLDENstudy). International Journal of COPD 2015;10 2665-2674.
8. GOLD (2006), "Executive summary: Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD updated 2006", NHLBI and who workshop report.
9. Murray CJ, Lopez AD. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. Lancet 1997; 349(9064): 1498-504.
10. T. Welte, C. Vogelmeier, A. Papi (2015). COPD: early diagnosis and treatment to slow disease progression. Int J Clin Pract, March 2015, 69, 3, 336-349.
11. Y. J. Korpershoek và các cộng sự. (2017), "Self-management behaviors to reduce exacerbation impact in COPD patients: a Delphi study", Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 12, tr. 2735-2746.