

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TỶ LỆ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI MỘT SỐ ĐƠN VỊ QUẢN LÝ NGOẠI TRÚ

Phan Thanh Thuý<sup>1,2,✉</sup>, Vũ Văn Giáp<sup>1,2</sup>, Lê Thị Tuyết Lan<sup>3</sup>

Nguyễn Việt Nhung<sup>4</sup>, Ngô Quý Châu<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>4</sup>Bệnh viện Phổi Trung Ương

<sup>5</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) phổ biến trên lâm sàng và là nguyên nhân tử vong hàng thứ 3 trên toàn cầu. Sáng kiến toàn cầu phòng chống COPD (GOLD) nhấn mạnh tập trung quản lý tốt ngoại trú sẽ giúp giảm gánh nặng bệnh tật, giảm tỷ lệ đợt cấp và tiết kiệm chi phí điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu quan sát mô tả tại 3 đơn vị quản lý ngoại trú (Bệnh viện Đa khoa Đống Đa, Bệnh viện Phổi Thanh Hoá, Bệnh viện Phổi Hải Phòng) từ tháng 8/2020 tới tháng 4/2021 để xác định các đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ các đợt cấp. Mẫu nghiên cứu gồm 514 người bệnh được chẩn đoán xác định COPD theo tiêu chuẩn của GOLD, trong đó 441 nam (85,8%), 73 nữ (14,2%), tuổi trung bình:  $66,16 \pm 8,1$ ; tỷ lệ hiện tại đang hút thuốc lá: 107 (20,8%). Bệnh đồng mắc được ghi nhận nhiều nhất: tăng huyết áp (28,8%). Điểm mMRC  $\geq 2$ : 57,7%, CAT  $\geq 10$ : 93,8%. Số người bệnh có đợt cấp trong năm vừa qua: 246 (47,9%), đợt cấp nhập viện 40,1%; nhập khoa hồi sức (21,4%). Khuyến nghị cần tập trung các chương trình cai thuốc lá tại các địa phương có tỷ lệ người bệnh còn hút thuốc cao (Hải Phòng), tăng cường quản lý người bệnh tại các đơn vị quản lý nhằm giảm tỷ lệ đợt cấp, đặc biệt là các đợt cấp nhập viện.

**Từ khoá:** bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD, đặc điểm lâm sàng, đợt cấp.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn cầu.<sup>1</sup> Tỷ lệ mắc COPD ngày càng tăng liên quan đến hai yếu tố chính: tỷ lệ hút thuốc và già hoá dân số, bên cạnh đó có yếu tố nguy cơ khác như ô nhiễm không khí. Theo dự đoán, COPD sẽ là gánh nặng lớn về nguồn lực kinh tế để chăm sóc sức khoẻ trong vài thập kỷ tới. So với các bệnh hô hấp thông

thường khác như hen, viêm phổi, lao phổi thì COPD có chi phí điều trị cao hơn.<sup>2</sup> Việc quản lý COPD ở cấp quốc gia đã được đưa vào chiến lược quốc gia về phòng ngừa và kiểm soát các bệnh không lây nhiễm với mục đích giảm tỷ lệ mắc bệnh, tàn tật, tử vong sớm và tăng cường sức khỏe của người dân cũng như thúc đẩy sự phát triển kinh tế và xã hội của Việt Nam.<sup>3</sup> Nguyên nhân chính của việc kiểm soát COPD kém là do hiện nay các cơ sở y tế quan tâm nhiều đến điều trị đợt cấp, ít chú trọng đến quản lý ngoại trú. Ở tầm nhìn cộng đồng, các chương trình phòng và quản lý bệnh phổi mạn tính sẽ giúp giảm gánh nặng bệnh tật, giảm tỷ lệ đợt cấp, giảm chi phí điều trị.<sup>4</sup> Do vậy, việc xây dựng các đơn vị quản lý COPD ngoại trú

Tác giả liên hệ: Phan Thanh Thuý

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phanthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 19/09/2022

Ngày được chấp nhận: 04/10/2022

toàn diện từ tỉnh đến tuyến cơ sở là mô hình quản lý hiệu quả giúp kết nối điều trị nội trú với ngoại trú, cung cấp các dịch vụ từ tư vấn, quản lý điều trị và phục hồi chức năng hô hấp, dự phòng đợt cấp.<sup>5</sup> Tại các đơn vị quản lý bệnh phổi này, người bệnh được quản lý lâu dài, được tư vấn đầy đủ, được giáo dục đào tạo các kiến thức cơ bản về bệnh và đợt cấp, được sinh hoạt tại câu lạc bộ, chia sẻ kinh nghiệm và được cung cấp các thông tin cần thiết.<sup>6</sup>

Tại Việt Nam, các đơn vị quản lý bệnh phổi tắc nghẽn đã được thành lập và hoạt động, song việc đánh giá thực trạng việc sử dụng các dịch vụ mà các đơn vị này cung cấp cũng như hiệu quả của nó ra sao thì cho đến nay vẫn chưa có một nghiên cứu toàn diện nào được tiến hành.<sup>6</sup> Do vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu tại một số đơn vị quản lý ngoại trú nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh COPD tại một số đơn vị quản lý ngoại trú và xác định tỷ lệ đợt cấp của bệnh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Người bệnh COPD đến khám tại các đơn vị quản lý ngoại trú được lựa chọn theo tiêu chuẩn sau.

*Tiêu chuẩn lựa chọn* bao gồm: (1) Tất cả người bệnh đã được chẩn đoán xác định COPD theo tiêu chuẩn của GOLD năm 2018: ho, khạc

đờm hoặc khó thở mạn tính, tái diễn; kết quả đo chức năng hô hấp có  $FEV_1/FVC < 0,7$  sau test giãn phế quản, (2) Nam hoặc nữ  $\geq 40$  tuổi tại thời điểm chẩn đoán, (3) đã khám bệnh tại các đơn vị ngoại trú từ ngày 01/01/2018 đến thời gian tuyển bệnh, (4) đã ký văn bản đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ* bao gồm: (1) Người bệnh đang có thai hoặc cho con bú, (2) Người bệnh có các bệnh hô hấp có thể gây các triệu chứng tương tự với bệnh lý hô hấp mạn tính như ACO, giãn phế quản, lao gây tổn thương nhu mô phổi, lao nội phế quản, ung thư phổi và các người bệnh có tiền sử các bệnh này, (3) Người bệnh đang được chẩn đoán viêm phổi và viêm phế quản cấp, (4) Người bệnh đang được phân ngẫu nhiên vào các nghiên cứu khác.

### 2. Phương pháp

*Thiết kế nghiên cứu*: nghiên cứu quan sát mô tả cắt ngang, theo dõi 2 lần trong 3 năm từ 2020 - 2022. Với 2 phân tích: Phân tích 1 (dữ liệu thu tuyển lần 1 từ tháng 8/2020 - 4/2021) và phân tích 2 (dữ liệu thu tuyển lần 2 từ tháng 5/2021 - 8/2022).

*Phương pháp chọn mẫu*: chọn mẫu thuận tiện.

*Cỡ mẫu nghiên cứu*: sử dụng công thức cho nghiên cứu gồm 2 mẫu ghép cặp (cho 2 phân tích dữ liệu trong 2 giai đoạn), kiểm định 2 tỷ lệ (McNemar).

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} (OR+1) + Z_{1-\beta} \sqrt{(OR+1)^2 - (OR-1)^2 PD} \right\}^2}{(OR-1)^2 PD}$$

$$OR = \frac{P10}{P01}$$

$$PD = P10 + P01$$

Ghi chú: PD là tỉ lệ các cặp không đồng nhất (Proportion of discordant pairs)

Với giả thuyết tỷ lệ người bệnh có đợt cấp trong phân tích 1 là 55%, kỳ vọng sau 1 năm tỷ lệ người bệnh có đợt cấp giảm  $\frac{1}{2}$  (27,5%).

Qua đó, tính toán được  $P01 = 0,45$  và  $P10 = 0,33$ . Với  $\alpha = 0,05$  và  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ . Lực thống kê  $(1 - \beta) = 0,85$ . Tính toán theo công thức trên, cỡ mẫu thu được  $n = 484$ . Thực tế, nhóm nghiên cứu đã thu thập được 514 người bệnh.

Nằm trong nghiên cứu theo dõi 3 năm với 2 phân tích, trong khuôn khổ của báo cáo này chúng tôi xin trình bày kết quả của phân tích 1 (đánh giá lần thứ 1).

#### *Các biến số/chỉ số nghiên cứu*

Đặc điểm người bệnh

- Dữ liệu nhân khẩu học (giới, tuổi tại thời điểm chấp thuận tham gia nghiên cứu).

- Chẩn đoán COPD hiện tại, triệu chứng lâm sàng, tình trạng hút thuốc (không hút thuốc, hút thuốc trong quá khứ, đang hút).

- Sự hiện diện của các bệnh đồng mắc.

*Các xét nghiệm cận lâm sàng:* kết quả đo chức năng hô hấp.

Đợt cấp COPD: có xuất hiện hoặc không xuất hiện đợt cấp trong 12 tháng vừa qua. Tiêu chuẩn đợt cấp: đợt cấp COPD là tình trạng thay đổi cấp tính các biểu hiện lâm sàng: khó thở tăng, ho tăng, khạc đờm tăng và hoặc thay đổi màu sắc của đờm. Những biến đổi này đòi hỏi phải có thay đổi trong điều trị.

*Công cụ thu thập số liệu:* 1) Bảng câu hỏi thu thập thông tin người bệnh, 2) Hồ sơ quản lý ngoại trú bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

*Phương pháp thu thập số liệu:* Phòng vấn trực tiếp người bệnh bằng câu hỏi soạn sẵn (dữ liệu nhân khẩu học, tiền sử, triệu chứng

lâm sàng, bệnh đồng mắc, số đợt cấp trong 12 tháng vừa qua) và bổ sung các thông tin từ hồ sơ quản lý (kết quả đo chức năng thông khí, số lần nhập viện được ghi nhận trong hồ sơ).

*Phương pháp xử lý số liệu:* Thống kê mô tả: đối với biến định tính: mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm; đối với biến định lượng: mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ vị. Nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

*Thời gian nghiên cứu:* từ tháng 8/2020 đến tháng 12/2021.

*Địa điểm:* phòng quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại 3 đơn vị Bệnh viện Đa khoa Đống Đa, Bệnh viện Phổi Thanh Hoá, Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được Hội đồng đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Quốc gia phê duyệt theo số 05/CN-HĐĐĐ ngày 14 tháng 1 năm 2020. Người bệnh được ký văn bản đồng ý tham gia nghiên cứu, các đối tượng nghiên cứu có cơ hội để đặt câu hỏi và được dành đủ thời gian để cân nhắc các thông tin được cung cấp, được quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào và thông tin người bệnh được bảo mật tuyệt đối.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Thông tin chung về người bệnh nghiên cứu

**Bảng 1. Thông tin chung về người bệnh**

Tiêu chí nghiên cứu	Kết quả (n = 514)							
	Bệnh viện Phổi Hải Phòng (n = 351)		Bệnh viện Phổi Thanh Hoá (n = 41)		Bệnh viện Đa khoa Đống Đa (n = 122)		Chung (n = 514)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nhóm tuổi (tuổi trung bình: 66,16 ± 8,1)								
40 - 59 tuổi	88	25,1	4	9,8	7	5,7	99	19,3
60 - 79 tuổi	247	70,4	35	85,4	106	86,9	388	75,5

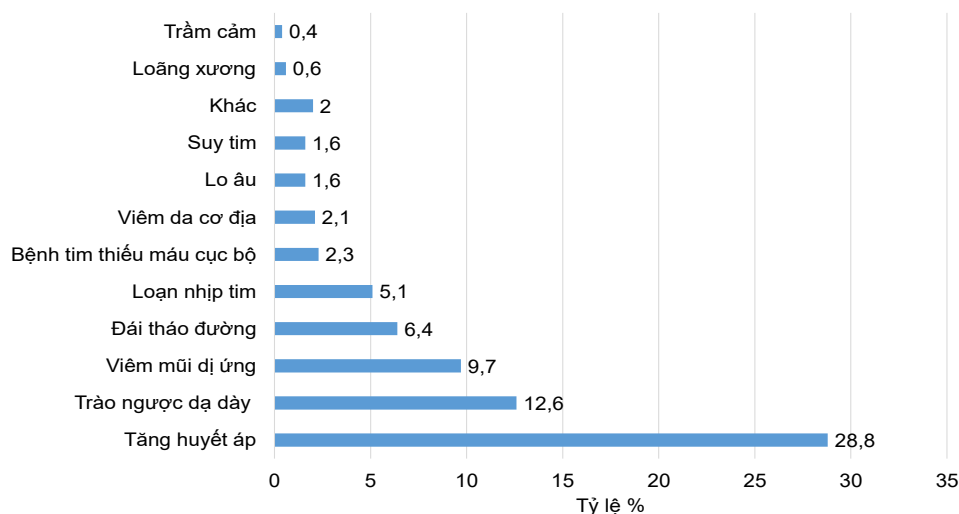
Tiêu chí nghiên cứu	Kết quả (n = 514)							
	Bệnh viện Phổi Hải Phòng (n = 351)		Bệnh viện Phổi Thanh Hoá (n = 41)		Bệnh viện Đa khoa Đống Đa (n = 122)		Chung (n = 514)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
≥ 80 tuổi	16	4,6	2	4,9	9	7,4	27	5,3
Giới tính								
Nam	306	87,2	41	100	94	77	441	85,8
Nữ	45	12,8	0	0	28	23	73	14,2
Tình trạng hút thuốc								
Không hút thuốc	60	17,1	1	2,4	28	23	89	17,3
Đã từng hút	203	57,8	36	87,8	79	64,8	318	61,9
Hiện đang hút	88	25,1	4	9,8	15	12,3	107	20,8

Tổng số người bệnh tham gia nghiên cứu tại Hải Phòng, Thanh Hóa và Đống Đa là 514 người. Kết quả ở bảng 1 cho thấy, 75,5% người bệnh nghiên cứu nằm trong độ tuổi từ 60 - 79 tuổi. Độ tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu là  $66,16 \pm 8,1$  tuổi. Về giới tính, hầu hết là nam giới (85,8%). Về tình trạng hút thuốc, 61,9% người bệnh đã từng hút thuốc, đang hút chiếm 20,8%. Hải Phòng là địa phương có tỷ lệ người bệnh còn hút thuốc lá cao nhất: 88/351

người bệnh (25,1%), cao hơn so với Thanh Hóa 4/41 người bệnh (9,8%) và Đống Đa 15/122 người bệnh (12,3%).

## 2. Các bệnh đồng mắc thường gặp của người bệnh nghiên cứu

Trong 514 người bệnh nghiên cứu, có 34,9% người bệnh có 1 bệnh đồng mắc, 17,2% có ít nhất 2 bệnh đồng mắc với tỷ lệ các bệnh đồng mắc như sau:



Biểu đồ 1. Tình trạng các bệnh đồng mắc của người bệnh COPD (n = 514)

Bệnh đồng mắc với COPD gặp nhiều nhất là tăng huyết áp (28,8%); tiếp theo là trào ngược dạ dày thực quản (12,6%), viêm mũi dị ứng

(9,7%), đái tháo đường (6,4%).

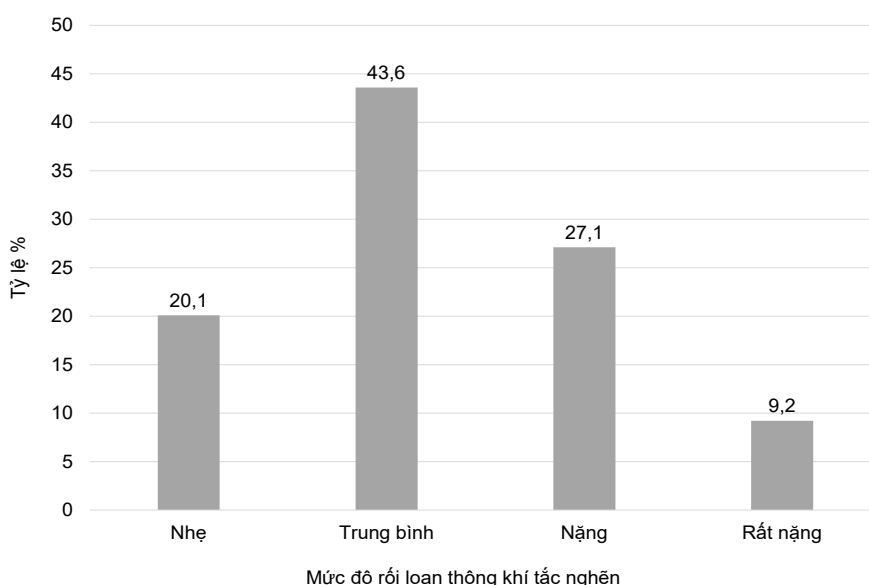
### 3. Triệu chứng khó thở của người bệnh khi đến khám tại đơn vị quản lý bệnh phổi

**Bảng 2. Đánh giá mức độ khó thở và tác động của COPD ảnh hưởng đến sức khỏe và cuộc sống hàng ngày (n = 514)**

Nội dung		Kết quả		
		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)	
Điểm mMRC Trung bình: 1,68 ± 1,075	Ít triệu chứng	Điểm 0	89	17,3
		Điểm 1	130	25,3
	Nhiều triệu chứng	Điểm 2	155	30,2
		Điểm 3	134	26,1
		Điểm 4	6	1,2
Điểm CAT Trung bình: 15,13 ± 4,335	Ít triệu chứng	Thấp (< 10 điểm)	32	6,2
		Trung bình (10-20 điểm)	440	85,6
	Nhiều triệu chứng	Cao (21-30 điểm)	37	7,2
		Rất cao (> 30 điểm)	5	1

Về triệu chứng khó thở, điểm mMRC  $\geq 2$  chiếm 57,7%, CAT  $\geq 10$  chiếm 93,8%.

### 4. Kết quả đo chức năng thông khí của người bệnh COPD



**Biểu đồ 2. Phân loại mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn (n = 512)**

Kết quả đo chức năng hô hấp cho thấy, 43,6% người bệnh có rối loạn thông khí tắc nghẽn ở mức độ trung bình; người bệnh có rối

loạn thông khí tắc nghẽn ở mức độ nặng và rất nặng là 27,1% và 9,2%.

### 5. Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người bệnh COPD

**Bảng 3. Số đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (n = 514)**

Đợt cấp	Số người bệnh		Tỷ lệ %
	Có	Không	
Số người bệnh có đợt cấp	Có	246	47,9
	Không	268	52,1
Tỷ lệ đợt cấp mức độ nhẹ (điều trị ngoại trú)		40	16,3
Tỷ lệ đợt cấp mức độ nặng (nhập viện)		206	83,7
Trung bình đợt cấp và ngày nằm viện			
Trung bình số đợt cấp (n = 246)		Mean $\pm$ SD: 1,60 $\pm$ 1,14	
Số ngày nằm viện (n = 206)		Median: 14, Mode: 14 Min: 7, Max: 90	

Trong tổng số 514 người bệnh, có 246 người bệnh có đợt cấp chiếm 47,9%. Trong số những bệnh nhân có đợt cấp, tỷ lệ người bệnh cần phải nhập viện là 83,7%. Số đợt cấp trung bình trong năm trước đó là 1,60  $\pm$  1,14. Số ngày nằm viện trung vị là 14 ngày, số ngày nằm viện ít nhất là 7 và có 1 trường hợp người bệnh nằm lâu nhất là 90 ngày.

## IV. BÀN LUẬN

Thực trạng quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại các đơn vị quản lý ngoại trú còn chưa được nghiên cứu nhiều. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại 3 đơn vị quản lý ngoại trú bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là Bệnh viện Đa khoa Đống Đa, Bệnh viện Phổi Thanh Hoá, Bệnh viện Phổi Hải Phòng với 514 người bệnh nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu tương đối lớn so với các nghiên cứu được thực hiện trước đó tại Việt Nam như nghiên cứu của Trần Thị Lý (2018) tại 3 đơn vị quản lý ngoại trú tại Thái Nguyên, Hải Dương và Bắc Giang với 422 người bệnh COPD, nghiên

cứu của Nguyễn Văn Thành (2018) tại phòng quản lý của 6 bệnh viện với 127 người bệnh COPD, Tạ Hữu Ánh (2021) với 286 người bệnh COPD.<sup>4,6,7</sup> Về đặc điểm tuổi, giới của người bệnh trong nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả trước đó với chủ yếu người bệnh là nam giới trong độ tuổi trên 60. Về tình trạng hút thuốc, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có đến 20,8% người bệnh vẫn còn đang hút thuốc, trong đó Hải Phòng là địa phương có tỷ lệ còn hút thuốc lá cao nhất (25,1%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Lý tại 3 đơn vị quản lý ngoại trú Thái Nguyên, Hải Dương, Bắc Giang trên 623 người bệnh cả COPD và hen có tới 38,4% người bệnh còn hút thuốc.<sup>4</sup> Bệnh đồng mắc gặp nhiều nhất ở người bệnh COPD là tăng huyết áp, kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Lý (2018).<sup>4</sup> Những kết quả này cho thấy, vai trò của các đơn vị quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính rất quan trọng trong việc giúp người bệnh cai thuốc lá. Nghiên cứu của



chúng tôi cũng cho thấy kế hoạch trong tương lai cần tập trung, mở rộng các chương trình phòng chống tác hại của thuốc lá đúng và trúng vào những địa phương có tỷ lệ người bệnh hút thuốc còn cao như Hải Phòng.

Điểm khó thở CAT trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $15,13 \pm 4,335$ , tuy nhiên tập trung chủ yếu ở nhóm CAT trung bình (10 - 20 điểm). Điểm CAT trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các người bệnh trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Lý là 23,8.<sup>4</sup> Điểm mMRC  $\geq 2$  chiếm 57,7% thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Lý (98,8%).<sup>4</sup> Trong khi đó, điểm CAT > 10 chiếm 93,8% số người bệnh. Trong thực hành lâm sàng, thang điểm khó thở mMRC giúp đánh giá nhanh tình trạng khó thở, nhưng đôi khi có thể gây thiếu sót vì chỉ tập trung vào triệu chứng khó thở. Mặc dù CAT đánh giá triệu chứng toàn diện hơn, nhưng mất nhiều thời gian hơn. Nghiên cứu của Ertan Yazar (2018) trên 215 người bệnh COPD ở giai đoạn ổn định cho thấy gần ¼ số người bệnh không phù hợp với điểm CAT và mMRC về đánh giá tình trạng triệu chứng và khuyến nghị rằng có thể đánh giá trước bằng mMRC, tuy nhiên nếu điểm triệu chứng thấp theo mMRC nên thực hiện CAT để đánh giá tình trạng triệu chứng chính xác hơn ở người bệnh COPD ổn định.<sup>8</sup>

Kết quả đo chức năng hô hấp trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 36,3% người bệnh nghiên cứu có rối loạn thông khí tắc nghẽn ở mức độ nặng và rất nặng. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Thọ (2018) ở Hải Phòng có 34,6% người bệnh COPD có rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ nặng.<sup>9</sup> Nghiên cứu của tác giả Lê Nhật Huy (2020) cho thấy ở tỉnh Nghệ An, 55% người bệnh tắc nghẽn ở mức độ trung bình - nặng.<sup>10</sup> Nghiên cứu của Nguyễn Văn Thành và cộng sự (2018) trong thực trạng quản lý COPD ở Việt Nam cho thấy 41,1% người

bệnh có tắc nghẽn đường thở mức độ nặng, 54% người bệnh có điểm CAT > 10 và 36,1% người bệnh có đợt cấp thường xuyên ( $\geq 2$  đợt cấp/năm).<sup>6</sup> Điều này cho thấy đặc điểm của người bệnh COPD tại Việt Nam thường đến khám khi bệnh nặng, nhiều triệu chứng, rối loạn thông khí mức độ nặng. Về tầm nhìn cộng đồng, kết quả nghiên cứu cho thấy muốn giảm được gánh nặng chi phí, giảm gánh nặng bệnh tật cần tập trung sàng lọc và phát hiện bệnh từ giai đoạn sớm.

Tỷ lệ người bệnh mắc đợt cấp trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,9%. Trong đó, hầu hết là các đợt cấp cần nhập viện. Mặc dù, người bệnh trong nghiên cứu là các đối tượng được theo dõi quản lý điều trị từ tháng 01/2018, nhưng nghiên cứu diễn ra trong bối cảnh hết sức khó khăn của đại dịch Covid (2020 - 2021), dẫn đến một số đơn vị quản lý bệnh phổi chuyển công năng điều trị covid, thực hiện nghiêm ngặt giãn cách xã hội để kiểm soát dịch bệnh khiến cho số lần tái khám tại các đơn vị quản lý gặp khó khăn, thiếu thuốc men và các dịch vụ y tế làm gia tăng số đợt cấp trong giai đoạn này.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thời gian nằm viện có trung vị là 14 ngày, ít nhất là 7 ngày và nhiều nhất là 90 ngày. Ở Mỹ và Châu Âu, thời gian nằm viện trung bình được báo cáo từ 3 đến 5 ngày đối với các trường hợp đơn giản và 16 ngày đối với trường hợp nhập ICU. Ở các nước Châu Á, mức trung bình thời gian nằm viện được báo cáo là 7 đến 9 ngày với các trường hợp đơn giản và 22 ngày đối với các trường hợp nhập ICU.<sup>11</sup> Như vậy, với kết quả nghiên cứu này một lần nữa cho thấy thời gian nằm viện trung bình do đợt cấp tương đối dài, một phần vì người bệnh Việt Nam thường chỉ đến khám khi bệnh nặng, nhiều triệu chứng; tuy nhiên, cũng đưa ra con số để các bác sĩ lâm sàng có kế hoạch tập trung rút ngắn thời gian điều trị trong viện nhằm giảm nguy cơ nhiễm

trùng bệnh viện, giảm chi phí điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 514 người bệnh COPD cho thấy 36,3% số người bệnh COPD có rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ nặng và rất nặng. Số người bệnh có đợt cấp trong năm vừa qua là 246 (47,9%), phần lớn là đợt cấp nhập viện (83,7%). Tỷ lệ người bệnh hiện còn đang hút thuốc còn cao (20,8%), 52,1% người bệnh có ít nhất 1 bệnh đồng mắc trong đó tăng huyết áp là bệnh đồng mắc phổ biến nhất (28,8%). Triệu chứng khó thở: điểm mMRC  $\geq 2$  chiếm 57,7%, CAT  $\geq 10$  chiếm 93,8%. Khuyến nghị cần tập trung các chương trình cai thuốc lá tại các địa phương có tỷ lệ người bệnh còn hút thuốc cao (Hải Phòng), tăng cường quản lý người bệnh tại các đơn vị quản lý, tái lập lại công năng của các phòng quản lý sau đại dịch Covid nhằm giảm tỷ lệ đợt cấp, đặc biệt là các đợt cấp nhập viện.

### Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

So với các nghiên cứu khác được thực hiện tại Việt Nam, số lượng người bệnh trong nghiên cứu là một điểm mạnh. Ngoài ra, nghiên cứu này cung cấp một cái nhìn tổng quan về cách thức quản lý COPD hiện tại ở Việt Nam. Hạn chế chính của nghiên cứu là mất nhiều thời gian hơn dự định để hoàn thành và việc thu thập dữ liệu gặp nhiều khó khăn vì nghiên cứu được thực hiện trong thời kỳ dịch Covid. Bên cạnh đó, có sự hỗ trợ từ các nghiên cứu viên tại ba địa điểm nghiên cứu, và mặc dù các nghiên cứu viên được lựa chọn là các bác sỹ chuyên trách quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và được đào tạo đánh giá bộ câu hỏi nhằm giảm thiểu những sai lầm và đánh giá chủ quan, những sai lệch nhỏ vẫn có thể tồn tại trong việc thu thập dữ liệu. Ba địa điểm nghiên cứu đều tập trung ở miền Bắc Việt Nam, do đó, mặc dù nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu khá lớn

nhưng vẫn chưa phải là đại diện cho toàn bộ dân số COPD ở Việt Nam.

### Lời cảm ơn

Chúng tôi xin cảm ơn Bệnh viện Phổi Hải Phòng, Bệnh viện Phổi Thanh Hoá, Bệnh viện Đa khoa Đống Đa và Văn phòng Hội Hô hấp Việt Nam đã giúp đỡ cho nhóm nghiên cứu thu thập dữ liệu được thuận lợi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GOLD. Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD 2022 Report. <https://Goldcopd.Org/2022-Gold-Reports-2/>
2. Bùi Thị Xuân, Ngô Tiến Thành, Tô Khánh Linh. Phân tích chi phí điều trị trực tiếp đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Khoa Hô hấp - Bệnh viện E từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 3 năm 2020. *VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences*. 2022;Vol.36:No.2.
3. Thủ tướng chính phủ. Ban Hành Danh Mục Các Chương Trình Mục Tiêu Quốc Gia Năm 2011- Quyết Định Số QĐ 2331/QĐ-TTg. 2011.
4. Trần Thị Lý, Lê Văn Hợi, Đinh Ngọc Sỹ. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng dịch vụ quản lý, chăm sóc người bệnh hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở một số đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính năm 2016-2017. *Tạp chí Y học thực hành*. 2019;số10(tập1083).
5. Nguyễn Văn Thành, Cao Thị Mỹ Thúy, Võ Phạm Minh Thư, và cs. Xây dựng mô hình hệ thống quản lý và điều trị hiệu quả bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản trong bệnh viện và ở cộng đồng. *Y học*. Published online 2012:115-125.
6. Nguyễn Văn Thành, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Thanh Hồi, và cs. Nghiên cứu thực trạng quản lý hen và COPD ở Việt Nam. *Tạp chí Hô hấp*. 2018;số 17.



7. Tạ Hữu Ánh, Nguyễn Ngọc Tâm, Vũ Thị Thanh Huyền. Đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú. *VMJ*. 2022;508(2). doi: 10.51298/vmj.v508i2.1633.

8. Ertan Yazar E, Niksarlioglu EY, Yigitbas B, et al. Comparison of CAT and mMRC in terms of assessing symptom status in stable COPD patients. In: *Clinical Problems*. European Respiratory Society; 2018:PA4004. doi: 10.1183/13993003.congress-2018.PA4004.

9. Nguyễn Đức Thọ, Phạm Thu Xanh, Phạm Minh Khuê, và cs. Thực trạng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người dân từ 40 tuổi trở lên tại hai xã, thành phố Hải Phòng. *Tạp chí Y*

*học dự phòng*. 2017;Tập 27(Số 10):tr.11-18. Published online 2017.

10. Lê Nhật Huy, Chu Thị Hạnh, Dương Đình Chính. Một số đặc điểm lâm sàng và dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Nghệ An. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2019;119(3):pp.41-49.

11. Anees ur Rehman, Ahmad Hassali MA, Muhammad SA, et al. The economic burden of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the USA, Europe, and Asia: Results from a systematic review of the literature. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2020;20(6):661-672. doi: 10.1080/14737167.2020.1678385.

## Summary

### CLINICAL CHARACTERISTICS AND FREQUENCY OF ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT OUTPATIENT MANAGEMENT UNITS

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is common in clinical practice and is also the third leading cause of death worldwide. The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease suggested that effective outpatient management programs will help reduce the high burden of COPD, decrease the acute exacerbation of COPD and reduce treatment costs. Therefore, we conducted a descriptive observational study at 3 outpatient management units (Dong Da Hospital, Lung Hospital in Thanh Hoa, Hai Phong Lung Hospital) from August 2020 to December 2021 to determine the clinical features and frequency of exacerbations. The study included 514 patients with confirmed diagnosis of COPD. Clinical characteristics included 441 males (85.8%), 73 females (14.2%), the mean age was  $66.16 \pm 8.1$ ; current smokers numbered at 107 (20.8%). The most commonly reported comorbidities was hypertension (28.8%). mMRC score  $\geq 2$ : 57.7%, CAT  $\geq 10$ : 93.8%. The number of patients with exacerbations within the past 12 months was 246 (47.9%), hospitalizations were 40.1% and admissions to the emergency department were 21.4%. In areas where there is a high proportion of patients who continue to smoke (Hai Phong), it is advisable to concentrate on smoking cessation programs and to improve patient care at management units to lower the risk of exacerbations, particularly those involving hospitalization.

**Keywords:** chronic obstructive pulmonary disease, COPD, clinical features, exacerbation.