Trong thời gian theo dõi 7 ngày có 81,5% đối tượng tiêm chủng có triệu chứng từ ngày đầu sau tiêm, ngày thứ 7 có 5,8% bệnh nhân còn ít nhất một triệu chứng bất lợi sau tiêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cristina Menn, et al.,** Vaccine side-effects and SARS-CoV-2 infection after vaccination in users of the COVID Symptom Study app in the UK: a prospective observational study. The Lancet, 2020. 396: p. 467 - 478.

2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hội chứng giảm tiểu cầu, huyết khối sau tiêm vắc xin COVID-19 (Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế). Bộ Y tế, 2021.

3. Biểu mẫu thu thập thông tin giám sát chủ động sự cố bất lợi sau tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 (ban hành kèm theo Công văn số 3886/BYT-DP ngày 11 tháng 05 năm 2021). Bộ Y tế, 2021.

4. WHO., AZD1222 vaccine against COVID-19 developed by Oxford University and Astra Zeneca: Background paper. 2021.

5. **Julianne Gee, et al.,** First Month of COVID-19 Vaccine Safety Monitoring - United States, December 14, 2020-January 13, 2021. Morbidity and Mortality Weekly Report, 2021.

6. **Kanda, N., T. Tsuchida, and K. Tamaki,** Testosterone inhibits immunoglobulin production by human peripheral blood mononuclear cells. Clin Exp Immunol, 1996. 106(2): p. 410 - 5.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHÂN TẦNG MỨC ĐỘ NẶNG BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

ĐẶNG THỊ YẾN[1], PHAN THU PHƯƠNG[2]

[1]Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

[2]Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tầng mức độ nặng bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trên 2 nhóm bệnh nhân 2 nhóm bao gồm 35 thực hiện theo phác đồ điều trị của nghiên cứu (nhóm thử) và 31 nhóm thực hiện theo kinh nghiệm của bác sĩ (nhóm chứng) tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 06 năm 2020 đến tháng 06 năm 2021.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các triệu chứng cơ năng hay gặp khó thở (100% ở nhóm chứng và 97,1% ở nhóm thử), tăng số lượng đờm (77,4% ở nhóm chứng thấp hơn 97,1% nhóm thử), ran rít, ran ngáy (93,5% ở nhóm chứng và 80% ở nhóm thử). Phân loại mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT theo Anthonisen, ở nhóm thử có 60% BN ở mức độ nặng cao hơn 54,8% BN nhóm chứng ở mức trung bình (p < 0,05). Số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng trên giá trị bình thường (>10 G/l) chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm trong đó nhóm chứng là 74,2% và nhóm thử là 68,6%. Tỷ lệ bệnh nhân có CRP tăng ≥ 0,5 mg/dl chiếm đa số ở cả nhóm chứng và nhóm thử theo thứ tự là 67,9 và 82,4%. Trên phim Xquang, hình ảnh phổi bẩn có tỷ lệ lần lượt của nhóm chứng và nhóm thử là 27,3% và 34,3%. Gần 100% bệnh nhân được cấy bệnh phẩm đờm khi vào viện. Tuy nhiên, chỉ 1/5 bệnh nhân có kết quả vi sinh dương tính (20% ở nhóm chứng và 17,1% ở nhóm thử).

Từ khóa: *COPD, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.*

SUMMARY

The study was conducted with the goal of observance of clinical characteristics, subclinical and stratification of patients with chronic obstructive pulmonary pulmonary disease on 2 groups of 2 groups of 2 groups including 35 follow regimen Treatment of the study (Test Group) and 31 groups followed by the doctor's experience (control group) at Bach Mai Hospital Respiratory Center from June 2020 to September 2021. Research results show Mechanical symptoms or difficulty breathing (100% in the control group and 97.1% in the test group), increasing the number of sputum (77.4% in the control group lower than 97.1% of the test group), Ran hiss, Ran snore (93.5% in the control group and 80% in the test group). Sorting of severe levels of COPD level according to

Chịu trách nhiệm: Đặng Thị Yến

Email: dangyen1807@gmail.com

Ngày nhận: 06/7/2021

Ngày phản biện: 19/8/2021

Ngày duyệt bài: 07/9/2021

Anthonisen, in the test group with 60% of BNs at a severe level of 54.8% higher than the average control group (P <0.05). The amount of peripheral blood cells increased on normal values (> 10 g / l) accounted for the highest percentage in both groups in which the control group was 74.2% and the test group was 68.6%. The proportion of patients with CRP increased ≥ 0.5 mg / dl to occupy the majority in both the control group and the test group in order of 67.9 and 82.4%. On X-rays, dirty lung images have a respective rate of the control group and the test group is 27.3% and 34.3%. Nearly 100% of patients are transplanted sputum specimens when enters the hospital. However, only one fifth of patients with positive microbiological results (20% in the control group and 17.1% in the test group).

Keywords: *COPD, chronic obstructive pulmonary disease.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính BPTNMT là tình trạng cấp tính làm nặng thêm tình trạng hô hấp của bệnh nhân và đòi hỏi phải thay đổi phác đồ điều trị hằng ngày của bệnh nhân mắc BPTNMT (GOLD 2020) [1]. Đợt cấp BPTNMT là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân phải nhập viện, tàn phế, tử vong và tăng gánh nặng về kinh tế, y tế cho xã hội. Hơn 50% chi phí để điều trị BPTNMT được sử dụng để điều trị trong các đợt cấp [2]. Các hướng dẫn điều trị khuyến cáo sử dụng kháng sinh trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính khi có hiện diện của đờm có mủ trong đợt cấp tính của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [1]. Bên cạnh đó, kháng sinh được chỉ định nếu có bằng chứng nhiễm trùng (đờm có mủ, sốt > 38^{o}C, tăng số lượng bạch cầu > 12 G/l hoặc CRP ≥ 10 mg/dl, X-quang ngực cho thấy nhiễm trùng) [3]. Nhằm xác định, theo dõi các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính để phân tầng mức độ nặng và đánh giá nguy cơ nhiễm trực khuẩn mủ xanh của đợt cấp để qua đó lựa chọn phác đồ điều trị kháng sinh phù hợp, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài với mục tiêu nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân tầng mức độ nặng bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai từ tháng 06 năm 2020 đến tháng 06 năm 2021 tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai.

2. Đối tượng nghiên cứu

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định BPTNMT và có triệu chứng đợt cấp theo tiêu chuẩn Anthonise 1987 [4] và nghi do trực khuẩn mủ xanh, điều trị nội trú tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định BPTNMT [5]

+ Tuổi > 40.

+ Tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ: khói thuốc lá, khói bếp, hóa chất, bụi nghề nghiệp

+ Khó thở: Tiến triển nặng dần theo thời gian và khó thở liên tục. Bệnh nhân phải gắng sức để thở, thở nặng, cảm giác thiếu không khí hoặc thở hổn hển. Khó thở tăng lên khi gắng sức hoặc nhiễm trùng đường hô hấp.

+ Ho, khạc đờm 3 tháng trong 1 năm và liên tiếp trong 2 năm trở lên.

+ Khám lâm sàng: Rì rào phế nang giảm là dấu hiệu thường gặp nhất, các dấu hiệu khác có thể bao gồm lồng ngực hình thùng, gõ vang trống, ran rít, ran ngáy, ran ẩm, ran nổ. Giai đoạn muộn có thể thấy các dấu hiệu của suy tim phải (gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phù 2 chân).

+ Đo chức năng thông khí: Rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn sau test hồi phục phế quản: chỉ số Gaensler (FEV1/FVC) < 70%, FEV1 sau test hồi phục phế quản tăng < 12% và/hoặc < 200ml.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp BPTNMT:

Bệnh nhân đã được chẩn đoán BPTNMT và có triệu chứng đợt cấp theo tiêu chuẩn Anthonisen (1987) [4]:

+ Khó thở tăng.

+ Khạc đờm tăng.

+ Thay đổi màu sắc của đờm, đờm chuyển thành đờm mủ.

- Yếu tố nguy cơ nhiễm trực khuẩn mủ xanh[5]

+ Có bằng chứng BPTNMT nặng, FEV_1 ban đầu < 50%.

+ Đã phân lập được *Pseudomonas aeruginosa* trong đờm từ lần khám, điều trị trước.

+ Có giãn phế quản kèm theo.

+ Dùng kháng sinh thường xuyên.

+ Nhập viện thường xuyên.

+ Có dùng thường xuyên corticoid toàn thân.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đợt cấp COPD không nghi do trực khuẩn mủ xanh. Là đợt cấp COPD do các nguyên nhân khác: tràn khí màng phổi, suy tim sung huyết, tiếp xúc với các hạt hoặc khí độc hại gây kích ứng đường hô hấp, thay đổi thời tiết, thiếu tuân thủ điều trị, do dùng một số thuốc (VD: Chẹn beta, an thần…)[5] hoặc căn nguyên vi sinh khác (K*lebsella pneumoniae, Hemophilus influenza...*).

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

3.2. Phương pháp chọn mẫu

- Chọn mẫu thuận tiện, chọn người bệnh điều trị nội trú tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai.

- Phân nhóm: Bệnh nhân được chia thành 02 nhóm: nhóm thực hiện theo phác đồ điều trị của nghiên cứu (nhóm thử) và nhóm thực hiện theo kinh nghiệm của bác sĩ (nhóm chứng).

4. Xử lý số liệu

- Số liệu được quản lý và xử lý trên phần mềm Microsoft Excel 365 và SPSS.26.0

- Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê mô tả trong đó các biến liên tục phân phối chuẩn được biểu diễn bằng giá trị trung bình (TB) ± độ lệch chuẩn (SD), các biến số liên tục phân phối không chuẩn được biểu diễn bằng giá trị trung vị (khoảng tứ phân vị) (min-max), các biến định tính được biểu diễn theo số lượng và tỷ lệ %.

5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu của tôi tuân thủ nghiêm ngặt quy định trong đạo đức nghiên cứu khoa học, tiến hành nghiên cứu trên cơ sở phục vụ cho quá trình điều trị và nâng cao chất lượng điều trị. Tất cả các bệnh nhân đều đồng ý tham gia nghiên cứu, thông tin ca bệnh được giữ kín.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng và toàn thân của đối tượng nghiên cứu

Nhóm / Triệu chứng		Nhóm chứng (n = 31)		Nhóm thử (n = 35)		p
		n	%	n	%	
Khó thở tăng		31	100	34	97,1	0,343
Số lượng đờm tăng		24	77,4	34	97,1	0,014
Thay đổi màu sắc đờm	Trắng đục	22	71	16	45,7	0,116
	Xanh	5	16,1	11	31,4	
	Vàng	4	12,9	8	22,9	
	Nâu	0	0	0	0	
Sốt		4	12,9	2	5,7	0,311
Đau ngực		1	3,2	5	14,3	0,119
Rối loạn ý thức		1	3,2	1	2,9	0,931

Nhận xét: Xấp xỉ 100% bệnh nhân ở cả 2 nhóm nhập viện do tăng khó thở (100% ở nhóm chứng và 97,1% ở nhóm thử). Triệu chứng thứ hai hay gặp sau triệu chứng khó thở khiến bệnh nhân phải nhập viện là tăng số lượng đờm, ở nhóm chứng tỷ lệ này là 77,4% thấp hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm thử là 97,1%, p < 0,05. Số lượng đờm tăng có thể kèm theo sự thay đổi màu sắc đờm trong đó đờm màu trắng đục chiếm đa số ở cả nhóm chứng và nhóm thử với tỷ lệ lần lượt là 71% và 45,7%. Ở cả 2 nhóm, không có bệnh nhân ho đờm màu nâu. Tỷ lệ bệnh nhân phải nhập viện do sốt, đau ngực và rối loạn ý thức chiếm khoảng 1/5 tổng số bệnh nhân nghiên cứu, 19,3% ở nhóm chứng và 22,9% ở nhóm thử. Sự khác biệt về lý do nhập viện do khó thở tăng, thay đổi màu sắc đờm, sốt, đau ngực và rối loạn ý thức ở 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể của đối tượng nghiên cứu

Nhóm / Triệu chứng	Nhóm chứng (n = 31)		Nhóm thử (n = 35)		p
	n	%	n	%	
Ran nổ, ran ẩm	13	41,9	21	60	0,143
Ran rít, ran ngáy	29	93,5	28	80	0,109
Rì rào phế nang giảm	20	64,5	20	57,1	0,514
Co kéo cơ hô hấp	11	35,5	11	31,4	0,727
Phù hai chi dưới	5	16,1	14	40	0,033
Gan to	0	0	0	0	-

Nhận xét: Một bệnh nhân có thể có nhiều triệu chứng hô hấp, trong số các triệu chứng trong bảng, triệu chứng ran rít, ran ngáy ở cả 2 nhóm chiếm đa số, với tỷ lệ 93,5% ở nhóm chứng và 80% ở nhóm thử. Biểu hiện của tâm phế mạn với triệu chứng phù hai chi dưới, tuy nhiên có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm, p < 0,05. Tỷ lệ bệnh nhân phù chi dưới ở nhóm chứng là 16,1% và nhóm thử là 40%. Sự khác biệt về các triệu chứng ran nổ, ran ẩm, ran rít ran ngáy, rì rào phế nang giảm giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05.

Phân loại mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT theo Anthonisen: Đánh giá mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT theo Anthonisen 1987 ở nhóm thử và nhóm chứng cho kết quả: nhóm chứng có tỷ lệ bệnh nhân mắc đợt cấp BPTNMT ở mức độ nhẹ là 16,2% trong khi nhóm thử không có bệnh nhân nào được đánh giá ở mức độ nhẹ. Ở nhóm thử, tỷ lệ bệnh nhân mắc đợt cấp BPTNMT ở mức độ nặng chiếm đa số (60%), trong khi ở nhóm chứng, tỷ lệ bệnh nhân mắc đợt cấp BPTNMT ở mức trung bình chiếm đa số (54,8%). Sự khác biệt về mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê, p < 0,05.

2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Số lượng về bạch cầu của bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm / Số lượng	Nhóm chứng (n = 31)		Nhóm thử (n = 35)		p
	n	%	n	%	
Bạch cầu	n = 31		n = 35		
< 4G/l	0	0	0	0	-
4 - 10 G/l	8	25,8	11	31,4	0,562
>10 G/l	23	74,2	24	68,6	0,615
Số lượng bạch cầu trung bình G/l	11,65 ± 3,80		12,48 ± 5,01		0,453
Bạch cầu đa nhân trung tính	n = 31		n = 35		
< 45%	0	0	1	2.9	0,343
45-75%	9	29	6	17,1	0,25
>75%	22	71	28	80	0,393
Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính trung bình %	80,12 ± 11,15		81,34 ± 13,10		0,687
Số lượng bạch cầu ái toan	n = 27		n = 29		
0-2%	19	70,4	23	79,3	0,44
>2%	8	29,6	6	20,7	

Nhận xét: Số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng trên giá trị bình thường (>10 G/l) chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm trong đó nhóm chứng là 74,2% và nhóm thử là 68,6%. Không có bệnh nhân nào có số lượng bạch cầu thấp hơn giá trị bình thường. Số lượng bạch cầu trung bình của nhóm chứng là 11,65 ± 3,80, nhóm thử là 12,48 ± 5,01. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05.

Đa số bệnh nhân ở cả hai nhóm có số lượng bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên giới hạn bình thường (> 75%) với nhóm chứng là 71% và nhóm thử chiếm 80%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05.

Bảng 5. Giá trị CRP của đối tượng nghiên cứu

Nhóm / CRP	Nhóm chứng (n = 28)		Nhóm thử (n = 34)		p
	n	%	n	%	
<0,5 mg/dl	9	32,1	6	17,6	0,158
≥0,5 mg/dl	19	67,9	28	82,4	0,185
Giá trị trung bình, mg/dl	11,134 ± 35,785		4,94 ± 8,33		0,332

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có CRP tăng ≥0,5 mg/dl chiếm đa số ở cả nhóm chứng và nhóm thử theo thứ tự là 67,9 và 82,4%. Giá trị CRP trung bình của nhóm chứng là 11,134 ± 35,785 mg/dl, nhóm thử là 4,94 ± 8,33 mg/dl. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05.

Bảng 6. Đặc điểm trên phim Xquang ngực thẳng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm X-quang ngực thẳng	Nhóm chứng (n = 22)		Nhóm thử (n = 32)		p
	n	%	n	%	
Vòm hoành phẳng dẹt, hạ thấp, hình bậc thang	3	13,6	3	8,4	0,624
Hình ảnh phổi bẩn	6	27,3	11	34,3	0,653
Phổi tăng sáng	11	50	12	37,5	0,361
Tim hình giọt nước	2	9,1	0	0	0,082
Dày thành phế quản	0	0	3	9,4	0,139
Bóng tim to	2	9,1	5	15,6	0,533
Tổn thương khác	1	4,5	8	25	0,048

Nhận xét

Hội chứng phế quản: Hình ảnh phổi bẩn có tỷ lệ lần lượt của nhóm chứng và nhóm thử là 27,3% và 34,3%. Dày thành phế quản chiếm 9,4% ở nhóm thử.

Hội chứng khí phế thũng: Vòm hoành phẳng dẹt, hạ thấp, hình bậc thang chiếm 13,6% của nhóm chứng và 8,4% của nhóm thử; Phổi tăng sáng là triệu chứng chủ yếu với 50% nhóm chứng và 37,5% nhóm thử. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05.

Hội chứng tâm phế mạn: Bóng tim to của nhóm chứng có tỷ lệ là 9,1% và của nhóm chứng là 15,6%. Không có bệnh nhân nào trong đối tượng nghiên cứu có tim hình giọt nước. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 7. Đặc điểm nuôi cấy đờm của đối tượng nghiên cứu

Tiêu chí	Nhóm chứng (n = 31)		Nhóm thử (n = 35)		p
	n	%	n	%	
Tỷ lệ bệnh nhân được cấy bệnh phẩm	30	96,8	35	100	0,284
Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả vi sinh dương tính	6	20	6	17,1	0,816

Nhận xét: Gần như 100% bệnh nhân được cấy bệnh phẩm đờm khi vào viện. Tỷ lệ bệnh nhân được nuôi cấy đờm của nhóm chứng chiếm 96,8%, nhóm thử chiếm 100%. Tuy nhiên, chỉ 1/5 bệnh nhân có kết quả vi sinh dương tính, với tỷ lệ 20% ở nhóm chứng và 17,1% ở nhóm thử. Sự khác biệt giữa 2 nhóm

về đặc điểm vi sinh không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05.

BÀN LUẬN

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Triệu chứng cơ năng, toàn thân

Khó thở là một trong 3 triệu chứng chính để đánh giá mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT theo phân loại Anthonisen 1987 và là triệu chứng thường gặp của bệnh nhân phải nhập viện vì đợt cấp. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, khó thở tăng chiếm gần 100% trường hợp trong cả 2 nhóm nghiên cứu (nhóm chứng: 100%, nhóm thử: 97,1%). Kết quả nghiên cứu tương tự cũng được chỉ ra trong nghiên cứu của một số tác giả như Nguyễn Mạnh Thắng (2012) có 97% bệnh nhân phải nhập viện do khó thở [6]; Phan Thị Hạnh (2012) với 98,3% bệnh nhân có khó thở [7]; Nguyễn Hương Giang (2013) bệnh nhân khó thở chiếm 97% [8], Sapey E và cộng sự (2006) bệnh nhân có triệu chứng khó thở tăng là 92,8% [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm chứng có tỷ lệ ho khạc đờm là 77,4% thấp hơn có ý nghĩa thống kê với bệnh nhân ở nhóm thử (p < 0,05), tỷ lệ bệnh nhân ho khạc đờm tại nhóm thử là 97,1%. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng (2017) có 85,8% ho tăng và 80% khạc đờm tăng [6].

Thay đổi màu sắc đờm cũng là một trong các triệu chứng để đánh giá mức độ nặng của đợt cấp BPTN MT theo Anthonisen 1987 trong đó đờm màu trắng đục chiếm đa số ở cả nhóm chứng là 77%, và nhóm thử là 45,7%, đờm xanh ở nhóm chứng và nhóm thử có tỷ lệ lần lượt là 16,1% và 31,4%; đờm vàng của nhóm chứng là 12,9% nhóm thử là 22,9%; tuy nhiên sự khác biệt về thay đổi màu sắc đờm tại hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, p < 0,05. Kết quả của chúng tôi về tỷ lệ bệnh nhân có đờm mủ thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng (2017) với tỷ lệ đờm mủ là 79,7% [6]; Phan Thị Hạnh (2012) có tỷ lệ là 85% [7].

Đối tượng nghiên cứu khi nhập viện có triệu chứng sốt chiếm 12,9% ở nhóm chứng và 5,7% ở nhóm thử, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (p < 0,05). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng (2017) với tỷ lệ bệnh nhân sốt khi nhập viện chiếm 28,4% và kết quả của Nguyễn Hương Giang (2013) là 32% [6], [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng đau ngực nhóm chứng và nhóm thử có tỷ lệ lần lượt là 3,2% và 14,3% kết quả này thấp hơn của Nguyễn Mạnh Thắng (2017) có 34,3% đối tượng có triệu chứng tim mạch [6] và nghiên cứu của Hà Thị Tuyết Trinh (2015) bệnh nhân có triệu chứng tim mạch là 63,1% [10].

1.2. Triệu chứng thực thể

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh nhân có triệu chứng ran rít, ran ngáy là hay gặp nhất chiếm 93,5% ở nhóm chứng và 80% ở nhóm thử; rì rào phế nang giảm hay gặp thứ hai sau ran rít ran ngáy với tỷ lệ ở nhóm chứng và nhóm thử lần lượt là 64,5% và 57,1%. Ran nổ, ran ẩm ở nhóm chứng chiếm tỷ lệ 41,9% và nhóm thử là 60%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiếu (2018) với rì rào phế nang giảm 38,3%; ran rít ran ngáy 62,5%, ran nổ ran ẩm 37,1% [11]. Ngược lại, kết quả này thấp hơn nghiên của Vũ Duy Thưởng (2008) với 100% bệnh nhân có rì rào phế nang giảm, ran rít ran ngáy chiếm 70%, ran nổ ran ẩm chiếm 33,3%[12]. Sự khác biệt này là do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân trong mỗi nghiên cứu là khác nhau.

Trong đợt cấp BPTNMT thì triệu chứng co kéo cơ hô hấp, rối loạn ý thức là một trong những triệu chứng đánh giá tình trạng suy hô hấp của bệnh nhân. Tỷ lệ co kéo cơ hô hấp của nhóm chứng là 35,5% và nhóm thử là 31,4%; rối loạn ý thức ở nhóm chứng và nhóm thử lần lượt là 3,2% và 2,9%, sự khác biệt giữa 2 nhóm của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiếu (2018) với co kéo cơ hô hấp chiếm 26,9%[11], thấp hơn kết quả nghiên cứu của Phan Thị Hạnh (2012) với tỷ lệ co kéo cơ hô hấp 88,3%, rối loạn ý thức chiếm 1,7%[7].

BPTNMT nếu không điều trị đúng và dự phòng tốt diễn biến lâu ngày sẽ dẫn tới suy tim phải với các triệu chứng như phù 2 chi dưới, gan to, dấu hiệu Harzer, tĩnh mạch cổ nổi. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì không có bệnh nhân nào ở cả 2 nhóm có gan to, triệu chứng hay gặp là phù 2 chi dưới, tỷ lệ này ở nhóm chứng là 16,1% và nhóm thử là 40%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,05. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự Nguyễn Mạnh Thắng (2017) (16,4%) và Phan Thị Hạnh (2012) (15%) ở tỷ lệ phù 2 chi dưới [6,7].

1.3. Phân loại đợt cấp BPTMNT theo Anthonisen (1987)

Mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT của bệnh nhân trong nghiên cứu theo phân loại Anthonisen 1987 của chúng tôi như sau: mức độ nhẹ ở nhóm chứng 16,2%, mức độ trung bình của nhóm chứng (54,8%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm thử (40%), p <0,05.

Mức độ nặng của đợt cấp của nhóm chứng là 29% thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm thử (60%). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của 1 số tác giả: Nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng (2017) bệnh nhân có mức độ nặng (64,2%); mức độ trung bình (29,1%), mức độ nhẹ (6,7%)[6]. Nghiên cứu của Phan Thị Hạnh (2012) bệnh nhân có mức độ nặng (70%); mức độ trung bình (16,7%); mức độ nhẹ (8,3%) [7]. Nghiên cứu của Đỗ Khánh Linh (2013), bệnh nhân có mức độ nặng chiếm 62,5%; mức độ trung bình chiếm 26,25%; mức độ nhẹ chiếm 11,25%[13]. Nghiên cứu của Stolz D (2007) trong 167 bệnh nhân tham gia nghiên cứu thì mức độ nặng (47,9%); mức độ trung bình (21,6%); mức độ nhẹ (30,5%) [14].

2. Cận lâm sàng

2.1. Công thức máu ngoại vi

Số lượng bạch cầu trung bình của nhóm chứng là 11,65 ± 3,80, nhóm thử là 12,48 ± 5,01 trong đó số lượng bạch cầu > 10 G/l chiếm 74,2% của nhóm chứng và 68,6% của nhóm thử trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương tự nghiên cứu của một số tác giả: Nguyễn Mạnh Thắng (2017) với số lượng bạch cầu > 10 G/l chiếm 65,7% [6].

Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính > 75% ở nhóm chứng và nhóm thử là 71% và 80%. Kết quả này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hiếu (2018) có tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính chiếm 62,5% [11]. Số lượng bạch cầu đa nhân trung tính cao gợi ý rằng đang có quá trình viêm xảy ra do đó giúp bác sĩ lâm sàng định hướng lựa chọn thuốc kháng sinh để điều trị đợt cấp BPTNMT.

Trong BPTNMT, viêm đường thở tăng bạch cầu ái toan qua trung gian Th1, có nhiều bằng chứng cho thấy việc tăng bạch cầu ái toan có vai trò quan trọng với BPTNMT[2]. Bạch cầu ái toan liên quan đến nguy cơ đợt cấp, tử vong, giảm FEV_1 và đáp ứng với corticosteroid[3]. Như vậy, bạch cầu ái toan trong máu là một trong những chất chỉ điểm cho việc nên điều trị kháng sinh hay phối hợp thêm corticoid trong điều trị BPTNMT.

2.2. Nồng độ CRP máu

CRP là một chỉ số chỉ điểm sự nhiễm khuẩn, có vai trò quan trọng trong pha cấp thuộc hệ thống đáp ứng viêm không đặc hiệu. Tuy không phải là chỉ điểm đặc hiệu để chẩn đoán bệnh lý cụ thể nhưng khi nồng độ CRP tăng sẽ gợi ý tình trạng nhiễm khuẩn giúp thầy thuốc định hướng điều trị chính xác. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, giá trị CRP trung bình của nhóm chứng là 11,134 ± 35,785 mg/dl, nhóm thử là 4,94 ± 8,33mg/dl, p > 0,05. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng (2017) tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai nồng độ CRP trung bình là 3,3 ± 4,2 mg/dl[6], thấp hơn kết quả nghiên cứu của Hà Thị Tuyết Trinh (2015) tại Bệnh viện Phổi Trung ương nồng độ CRP trung bình là 68,93 mg/l[10].

2.3. Xquang ngực thẳng

Hình ảnh tổn thương Xquang phổi gặp là: Hình ảnh phổi tăng sáng của nhóm chứng là 50% và nhóm thử là 37,5%. Hình ảnh phổi bẩn gặp ở nhóm chứng và nhóm thử lần lượt là 27,3% và 34,3%. Hình ảnh vòm hoành hình bậc thang ít gặp hơn với 13,6% ở nhóm chứng và 8,4% ở nhóm thử; hình ảnh tim hình giọt nước có tỷ lệ 9,1% chỉ gặp ở nhóm chứng. Biến chứng tâm phế mạn với hình ảnh bóng tim to gặp 9,1% ở nhóm chứng và 15,6% nhóm thử. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn sơ với nghiên cứu của một số tác giả như Phan Thị Hạnh (2012) hình ảnh phổi bẩn chiếm 81,7%; tim hình giọt nước 53,3%, vòm hoành hình bậc thang (26,7%)[7]; Vũ Duy Thưởng (2008) tim hình giọt nước (60%), có hoành hình bậc thang (83,3%), hình ảnh phổi bẩn (46,7%)[12]. Ngoài ra còn gặp 4,5% ở nhóm thử và 25% ở nhóm chứng có tổn thương khác trên Xquang ngực như dày tổ chức kẽ, đám mờ, nốt mờ… do tiêu chí lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu là đợt cấp BPTNMT loại trừ những bệnh nhân viêm phổi. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng gặp nhiều khó khăn để phân biệt một bệnh nhân vào viện vì triệu chứng đợt cấp BPTNMT hay vì một đợt viêm phổi trên nền BPTNMT trong những trường hợp như vậy thì vai trò của Xquang ngực rất quan trọng.

2.4. Đặc điểm vi sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 98,6% bệnh nhân nhóm chứng và 100% bệnh nhân nhóm thử được nuôi cấy bệnh phẩm đờm tìm vi khuẩn. Trong đó nhóm chứng và nhóm thử đều có 6 bệnh nhân có kết quả nuôi cấy dương tính lệ lần lượt là 20% và 17,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thắng (2017) kết quả nuôi cấy dương tính chiếm 30,8% [6] và tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hương Giang (2013) tỷ lệ cấy đờm dương tính chiếm 22%[8].

Tỷ lệ nuôi cấy đờm âm tính chiếm 80% nhóm chứng và 82,9% nhóm thử. Tỷ lệ âm tính cao có thể do đối tượng nghiên cứu đã được sử dụng kháng sinh trước đó và một số yếu tố có thể gây âm tính giả như lấy đờm chưa đúng, số lượng đờm không đủ.

KẾT LUẬN

Các triệu chứng cơ năng hay gặp khó thở (100% ở nhóm chứng và 97,1% ở nhóm thử), tăng số lượng đờm (77,4% ở nhóm chứng thấp hơn 97,1% nhóm thử), ran rít, ran ngáy (93,5% ở nhóm chứng và 80% ở nhóm thử).

Phân loại mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT theo Anthonisen, ở nhóm thử có 60% BN ở mức độ nặng cao hơn 54,8% BN nhóm chứng ở mức trung bình ($p < 0,05$).

Số lượng bạch cầu máu ngoại vi tăng trên giá trị bình thường (>10 G/l) chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm trong đó nhóm chứng là 74,2% và nhóm thử là 68,6%. Tỷ lệ bệnh nhân có CRP tăng ≥ 0,5 mg/dl chiếm đa số ở cả nhóm chứng và nhóm thử theo thứ tự là 67,9 và 82,4%.

Trên phim Xquang, hình ảnh phổi bẩn có tỷ lệ lần lượt của nhóm chứng và nhóm thử là 27,3% và 34,3%.

Gần 100% bệnh nhân được cấy bệnh phẩm đờm khi vào viện. Tuy nhiên, chỉ 1/5 bệnh nhân có kết quả vi sinh dương tính (20% ở nhóm chứng và 17,1% ở nhóm thử).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease** (2020). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease.
2. **Sivapalan P and Jensen J** (2021). "Biomarkers in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Emerging Roles of Eosinophils and Procalcitonin", J Innate Immun, 10.
3. **Bafadhel M, Pavord ID và Russell REK** (2017). "Eosinophils in COPD: just another biomarker? ", Lancet Respir Med, 5(9), 13.
4. **Anthonisen N. R.** (1987). "Antibiotic Therapy in Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease", Annals of Internal Medicine., 106(2), 9.
5. **Bộ Y tế** (2018). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Nhà xuất bản Y học.
6. **Nguyễn Mạnh Thắng** (2017). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi sinh trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Phan Thị Hạnh** (2012). Nghiên cứu mức độ nặng của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Nguyễn Hương Giang** (2013). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai năm 2012, Khoá luận Tốt nghiệp Bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Sapey E. and Stockeyly R.A** (2006). "COPD exacerbation: aetiology", Thorax, 6, 9.
10. **Hà Thị Tuyết Trinh** (2015). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Trung ương", Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
11. **Nguyễn Thanh Hiếu** (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến diễn biến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
12. **Vũ Duy Thưởng** (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn gây bệnh trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Luận văn Thạc sĩ Y học Trường Đại học Y Hà Nội.
13. **Đỗ Khánh Linh** (2013). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân gây đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học lâm sàng, 407, 6.
14. **Stolz D., Christ Crain M., Morgenthaler N.G.** el al (2007). "Copeptin, C-reactive protein and procalcitonin as prognostic biomarkers in acute exacerbation of COPD", Chest 131(4), 10.

BIẾN CHỨNG CỦA PHƯƠNG PHÁP THẨM PHÂN PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN GIAI ĐOẠN CUỐI Ở TRẺ EM

ĐÀO TRƯỜNG GIANG[1], NGUYỄN THU HƯƠNG[2]

[1]Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

[2]Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm: Đào Trường Giang

Email: daotruonggiang1610@gmail.com

Ngày nhận: 02/8/2021

Ngày phản biện: 06/9/2021

Ngày duyệt bài: 14/9/2021

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét biến chứng của phương pháp thẩm phân phúc mạc ngoại trú liên tục (TPPM) ở trẻ mắc bệnh thận giai đoạn cuối (BTGĐC) tại Bệnh viện Nhi Trung ương.