

tuyên thủ các nội dung hướng dẫn, tư vấn và giải thích cho NB hiểu rõ vấn đề bệnh tật; từ đó, giúp cho NB tuân thủ đúng điều trị, kết quả điều trị sẽ tốt hơn.

- Một tháng 1 lần tập huấn cho điều dưỡng biết được hiệu quả của chiếu đèn đúng quy trình kỹ thuật để giúp NB sớm ra viện.

- Người bệnh Zona cần đến các cơ sở chuyên khoa khám và điều trị sớm bằng các thuốc kháng virus và LASER He-Ne để nhanh chóng ngăn chặn sự lây lan của virus và các tổn thương da. Ngoài điều trị bệnh chính, cần chú trọng điều trị kết hợp giảm đau, tình trạng mất ngủ chất lượng cuộc sống cũng như các bệnh mạn tính kèm theo ở NB Zona./

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị An, (2019). Đánh giá kết quả điều trị và chăm sóc người bệnh Zona điều trị tại Khoa Da liễu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh. Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Thăng Long.

2. Nguyễn Lan Anh, (2011). Nghiên cứu tình hình đặc điểm lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị bệnh Zona bằng kem lô hội AL-04 kết hợp acyclovir. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường học viện Quân y.

3. Đặng Văn Em, Ngô Xuân Nguyệt, (2005). Nghiên cứu một số tình hình và đặc điểm lâm sàng bệnh Zona điều trị nội trú tại Khoa Da liễu - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Tạp chí Y học thực hành số 3, tr. 27 - 29.

4. Lê Thị Hiệp, (2011). Hiệu quả điều trị bệnh

Zona bằng thuốc Acyclovir kết hợp chiếu UVB-311 NM. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Thăng Long.

5. Allison Locke, (2019). Laser therapy - an effective treatment for shingles (herpes Zoster). <https://acubalance.ca/blog/laser-therapy-effective-treatment-for-shingles-herpes-Zoster>.

6. Harriet J. Forbes, MSc Krishnan Bhaskaran, PhD Sara L. Thomas et al. (2016). Quantification of risk factors for postherpetic neuralgia in herpes Zoster patients. Neurology; 87: 94-102

7. Park HB, Kim KC, Park JH, et al. (2004). Association of reduced CD4 T cell responses specific to varicella Zoster virus with high incidence of herpes Zoster in patients with systemic lupus erythematosus. J Rheumatol; 31:2151-5.

8. Richard JW, Antonio VMM, Albert VW, et al, (2010). Management of herpes Zoster and postherpetic neuralgia now and in the future. Journal of Clinical Virology; 48(1), pp. S20 - S28.

9. Ravichandran V, Sindhuja R, Kamalathan N, et al, (2019). An analytical study on clinical patterns of herpes Zoster in this era. Int J Res Dermatol; 5(3):641-645

10. Riduan MJ, Rafael H, et al, (2012). Chronic Medical Conditions as Risk Factors for Herpes Zoster. Mayo Clin Proc. 87(10):961 - 967.

11. Utsch B, Siedler A, Rieck T, et al, (2011). Herpes Zoster in Germany: quantifying the burden of disease. BMC Infect Dis; 11:173./

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG ĐỘT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

HÀ THỊ TUYẾT TRINH

Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng 103 bệnh nhân COPD đợt cấp, tác giả nhận thấy:

Khí máu: 49,5% khí máu bình thường, 28,2% khí máu hỗn hợp, 12,6% pH toan tăng CO₂ giảm O₂, 9,7% giảm Oxy đơn thuần.

Chức năng hô hấp: Chủ yếu là giai đoạn III, IV chiếm 86,4%, giai đoạn II chiếm 12,6%, giai đoạn I có 2 bệnh nhân.

Phân loại mức độ nặng: 79,6% là GOLD-D, 20,4% là GOLD-C.

Chịu trách nhiệm: Hà Thị Tuyết Trinh

Email: hatuyettrinh70@gmail.com

Ngày nhận: 05/8/2021

Ngày phản biện: 10/9/2021

Ngày duyệt bài: 23/9/2021

XQ phổi: Chủ yếu là phổi tăng sáng chiếm 67%, vòm hoành bất thường chiếm 58,3%, giảm tuần hoàn ngoại vi chiếm 41,7%, phổi bản chiếm 33%, tim hình giọt nước chiếm 16,5%, không có tim to toàn bộ.

29 bệnh nhân chụp cắt lớp, có 22 bệnh nhân giãn phế nang, 12 bệnh nhân giãn phế quản, 7 bệnh nhân vừa giãn phế quản vừa giãn phế nang.

Điện tâm đồ: 10,7% dày nhĩ phải, 4,9% dày thất phải, 2 bệnh nhân dày nhĩ phải thất phải.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

SUMMARY

Research on 103 COPD patients:

Arterial blood gas test: Normal 49.5%, mixed blood gas test 28.3%, The decrease of pH and

PaO² and increase of PaCO² blood gas test is 12.6%, decrease PaO² is 9.7%.

GOLD stage: GOLD-D 79.6%, GOLD-C 20.4%.

Chest Xrays: Commonly is Lung hyperinflation (67%), abnormal diaphragm 58.3%, long narrow heart is 16.5%, no entire cardiomegaly.

29 patients had CT scanner, 22 patients had emphysema, 12 patients had bronchiectasis, 7 patients had mixed bronchiectasis and emphysema.

ECG: Right atrial enlargement 10.7%, right ventricular enlargement 4.8%, 2 patients had both right atrial and ventricular enlargement.

Keywords: COPD.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Xu thế mắc bệnh gia tăng, năm 1997 trên toàn thế giới có 600 triệu người mắc bệnh. Theo các báo cáo ghi nhận ca bệnh của các quốc gia, tỷ lệ mắc COPD khoảng 6% dân số người trưởng thành [1]. Ở Việt Nam, năm 2009 tỉ lệ điều tra dịch tễ toàn quốc COPD chiếm 4,2% dân số trên 40 tuổi [2]. Khi bệnh tiến triển, có những đợt cấp biểu hiện bằng các triệu chứng: ho đờm mù tăng, ho khạc đờm tăng, khó thở tăng. Hậu quả đợt cấp COPD làm gia tăng tỉ lệ tử vong, tăng chi phí, giảm chất lượng cuộc sống và giảm chức năng hô hấp [3,4].

Theo GOLD 2014, mức độ nặng của COPD phụ thuộc vào hai biến cố là yếu tố nguy cơ cao và tần suất đợt cấp nhiều trong năm. Các yếu tố nguy cơ như tuổi cao, thuốc lá, nhiễm trùng, yếu tố cơ địa, bệnh đồng mắc làm cho bệnh COPD nặng hơn. Trong đó, yếu tố nhiễm trùng làm tăng đợt cấp COPD nhập viện [1].

Ở Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhưng ít có công trình nào nghiên cứu đầy đủ về đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với tần số đợt cấp COPD. Bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm thực hiện với mục tiêu sau tìm hiểu một số đặc điểm cận lâm sàng đợt cấp bệnh nhân COPD điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 9 năm 2014 đến tháng 9 năm 2015.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 103 bệnh nhân, trong đó 73 bệnh nhân quản lý CMU và 30 bệnh nhân không quản lý CMU, được chẩn đoán COPD và /hoặc được quản lý tại đơn vị quản lý bệnh phổi tắc nghẽn (CMU) nhập viện điều trị đợt cấp tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ T9/2014 - T9/2015.

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán COPD tại Bệnh viện Phổi Trung ương tiêu chuẩn GOLD 2014:

- + > 40 tuổi và có bất kỳ các dấu hiệu sau:
- + Khó thở xấu dần khi làm nặng và dai dẳng.
- + Ho mạn tính.
- + Có khạc đờm kéo dài.
- + Tiền sử tiếp xúc: Khói thuốc lá, thuốc Lào... phơi nhiễm nghề nghiệp hoặc tiền căn lao.
- + Gia đình có người mắc COPD.
- + Chức năng hô hấp FEV1/FVC < 70 và/hoặc FEV1/VC < 70 sau test phế quản âm tính. Đây là tiêu chuẩn chẩn đoán

- Bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp theo tiêu chuẩn GOLD (2009) (2015): Bệnh nhân phân nân về sự thay đổi cấp tính của các triệu chứng mà vượt ra ngoài sự biến động bình thường giữa các ngày và thay đổi điều trị.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân dưới 40 tuổi.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang.

Tất cả thông tin được thu nhập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, thông tin trích từ hồ sơ bệnh án.

3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả khí máu động mạch

Bảng 1. Kết quả khí máu động mạch

Kết quả khí máu	Kết quả trung bình	Khoảng dao động
pH	7,36 ± 0,76	7,1 - 7,47
PaO ₂ mmHg	72,03 ± 16,5	36 - 99,8
PaCO ₂ mmHg	49,46 ± 13,47	30,9 - 96,7

Kết quả khí máu có PaCO₂ tăng, PaO₂ giảm, pH tăng.

2. Phân loại khí máu động mạch

Bảng 2. Phân loại khí máu động mạch

Khí máu động mạch	n	Tỷ lệ %
Giảm PaO ₂	10	9,7
Giảm O ₂ , tăng CO ₂ , toan máu	13	12,6
Giảm PaO ₂ , tăng CO ₂	29	28,2
Bình thường	51	49,5
Tổng	103	100,0

Kết quả khí máu bình thường có 51 BN chiếm 49,5%. Biến đổi khí máu chủ yếu là biến đổi hỗn hợp (có tăng PaCO₂ và giảm PaO₂) chiếm 42%.

3. Đặc điểm chức năng hô hấp

Bảng 3. Đặc điểm chức năng hô hấp

Các chỉ số	Kết quả trung bình	Khoảng dao động
% FVC	64,1 ± 15,1	30-100
% FEV1/FVC	46,1 ± 10,9	26-69
% FEV1	38,9 ± 15,6	16-91

Giá trị trung bình FVC, FEV1 đều giảm so với lý thuyết. Chỉ số FEV1/FVC < 70%.

4. Phân loại mức độ nặng theo FEV1

Bảng 4. Phân loại mức độ nặng theo FEV1

FEV1	n	Tỷ lệ %
Giai đoạn I (FEV1 ≥ 80%)	1	1,0
Giai đoạn II (80% ≤ FEV1 ≤ 50%)	13	12,6
Giai đoạn III (50% ≤ FEV1 ≤ 30%)	52	50,5
Giai đoạn IV (FEV1 ≤ 30%)	37	35,9
Tổng	103	100,0

Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn 3, 4 gặp chủ yếu chiếm 86,4%. Giai đoạn 1 có 1 bệnh nhân.

5. Đặc điểm tổn thương XQ phổi

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương XQ phổi

Đặc điểm tổn thương	n/n	Tỷ lệ %
Tim to toàn bộ	0/103	0,0
Tim hình giọt nước	17/103	16,5
Dày thành phế quản	31/103	30,1
Hình ảnh phổi bản	34/103	33,0
Giảm tuần hoàn ngoại vi	43/103	41,7
Vòm hoành bất thường	60/103	58,3
Phổi tăng sang	69/103	67,0

Đa số bệnh nhân có đặc điểm Xquang phổi: Phổi quá sáng (n = 69) chiếm 67%; vòm hoành bất thường có 60 bệnh nhân chiếm 58,3%; giảm tuần hoàn ngoại vi 41,7%, phổi bản 33%; dày thành phế quản 30,1%; tim hình giọt nước 16,5%; không có bệnh nhân tim to toàn bộ.

6. Đặc điểm về điện tâm đồ

Bảng 6. Đặc điểm về điện tâm đồ

Điện tâm đồ	N	%
Dày nhĩ phải	11	10,7
Dày thất phải	5	4,9
Dày nhĩ phải, thất phải	2	1,9
Thiếu Oxy cơ tim	1	1,0
Ngoại tâm thu	5	4,9
Rối loạn dẫn truyền	5	4,9

Dày nhĩ phải 11%. Dày thất phải 5%. Dày cả nhĩ phải, thất phải 2%. Thiếu oxy cơ tim có 1 bệnh nhân.

6. Đặc điểm về chỉ số bạch cầu

Bảng 6. Đặc điểm về chỉ số bạch cầu

Chỉ số	Kết quả trung bình	Khoảng dao động
Bạch cầu (G/l)	12,093 ± 4,561	3,1 - 28,720
Phân loại bạch cầu ĐNNT	n/n	%
Bạch cầu tăng ≥ 10,G/l	64	62%
Bạch cầu giảm < 10,G/l	39	38%

- Tỷ lệ bệnh nhân có bạch cầu ĐNNT > 10,G/l chiếm 62%.

- Chỉ số bạch cầu trung bình là 12,093 ± 4,561G/l.

7. Đặc điểm CRP

Bảng 7. Đặc điểm CRP

Chỉ số	Kết quả trung bình	Khoảng dao động
CRP mg/l	68,93	5,3 - 152
Phân loại CRP	n/n	%
Tăng CRP ≥ 5mg/l	103	100%
< 5mg/l	0	0%

Chỉ số CRP trung bình 68,93, khoảng dao động 5,3 - 152. Tỷ lệ bệnh nhân có CRP tăng > 5mg/l là 100%.

BÀN LUẬN

1. Thăm dò khí máu động mạch

Là một xét nghiệm quan trọng giúp phát hiện tình trạng suy hô hấp cấp hoặc mạn, thăng bằng toan kiềm. Giai đoạn nặng hầu hết giảm PaO₂, tăng PaCO₂, thậm chí pH toan, từ đó chỉ định can thiệp thông khí nhân tạo. Giảm PaO₂ trong COPD chủ yếu là giảm thông khí phế nang và mất cân bằng giữa thông khí với tuần hoàn. Giai đoạn nhẹ của COPD có thể giảm PaO₂ nhưng không tăng PaCO₂.

Trong 103 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có tới 49,5% khí máu bình thường, khí máu hỗn hợp (tăng CO₂, giảm O₂) là 28,2%, giảm oxy đơn thuần là 9,7%, pH toan, tăng PaCO₂, giảm PaO₂: 12,6%, tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Thành (2012) về tỷ lệ khí máu bình thường của bệnh nhân COPD đợt cấp là 51,3% và thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Cung Văn Tấn (2011) về biến đổi khí máu động mạch hỗn hợp là 87,5%.

2. Đặc điểm về chức năng hô hấp của đối tượng nghiên cứu

Chức năng hô hấp là tiêu chuẩn để xác định chẩn đoán COPD với FEV1/FVC < 70%, phân loại mức độ nặng của bệnh dựa vào thể tích thở ra tối đa trong giai đoạn đầu tiên (FEV1), theo dõi kết quả điều trị, tiến triển và tiên lượng bệnh.

Trong 103 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đều được đo chức năng hô hấp được thực hiện ngoài đợt cấp khi bệnh nhân ổn định, được nghỉ ngơi. Đo CNHH trước khi ra viện, có rối loạn thông khí tắc nghẽn 100% và test hồi phục phế quản âm tính 100%, trung bình FEV1/FVC = 44,7 ± 14,1, giá trị trung bình FEV1 là 39,1 ± 15,8.

3. Đặc điểm về phân loại mức độ nặng theo FEV1

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giai đoạn (III, IV) là chủ yếu, chiếm 86,4%, giai đoạn II chiếm 12,6% và giai đoạn I chỉ có 1 bệnh nhân.

4. Đặc điểm về kết quả điện tâm đồ

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, 71% có kết quả điện tâm đồ bình thường, dày nhĩ phải 13%, dày thất phải 7 bệnh nhân, dày cả nhĩ phải thất phải có 2 bệnh nhân, ngoại tâm thu 5 bệnh nhân, rối loạn dẫn truyền có 3 bệnh nhân.

5. Đặc điểm về bạch cầu/máu của đối tượng nghiên cứu

Bạch cầu trong máu tăng là một trong yếu tố chỉ điểm viêm trong đợt cấp của COPD, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có số lượng bạch cầu trung bình là $12,093 \pm 4,56$ G/l, bạch cầu lớn nhất là 28,72 G/l, bạch cầu nhỏ nhất là 3.100 G/l bạch cầu đa nhân trung tính trung bình là $74,85 \pm 13,12$ (%), bạch cầu đa nhân trung tính lớn nhất là 95,8%, bạch cầu đa nhân trung tính nhỏ nhất là 35,5%.

Bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên 10. G/l chiếm 62%.

6. Đặc điểm về CRP trong đối tượng nghiên cứu

Trong 103 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, CRP trung bình là $68,93 \pm 43,77$ (mg/l), CRP lớn nhất là 152 mg/l, 100% bệnh nhân có CRP tăng trên 5 G/l.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng 103 bệnh nhân đợt cấp COPD tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 9 năm 2014 đến tháng 9 năm 2015, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Khí máu: 49,5% khí máu bình thường, 28,2% khí máu hỗn hợp, 12,6% pH toan tăng CO₂ giảm O₂, 9,7% giảm Oxy đơn thuần.

Chức năng hô hấp: Chủ yếu là giai đoạn III, IV chiếm 86,4%, giai đoạn II chiếm 12,6%, giai đoạn I có 2 bệnh nhân.

Phân loại mức độ nặng: 79,6% là GOLD-D, 20,4% là GOLD-C.

XQ phổi: Chủ yếu là phổi tăng sáng chiếm 67%, vòm hoành bất thường chiếm 58,3%, giảm tuần hoàn ngoại vi chiếm 41,7%, phổi bản chiếm 33%, tim hình giọt nước chiếm 16,5%, không có tim to toàn bộ.

29 bệnh nhân chụp cắt lớp, có 22 bệnh nhân giãn phế nang, 12 bệnh nhân giãn phế quản, 7 bệnh nhân vừa giãn phế quản vừa giãn phế nang.

Điện tâm đồ: 10,7% dày nhĩ phải, 4,9% dày thất phải, 2 bệnh nhân dày nhĩ phải thất phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anthonisen NR et al.** (1987). Antibiotic therapy in exacerbation of COPD. Ann Inter Med, 106, 196 - 204.

2. **ATS/ERS** (2004). Standar for diagnosis and management of patient with COPD. Am.J.RespirCrit Care Med, 152.

3. **GOLD** (2009). Executive summary: Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD update 2009, Who workshop report.

4. **GOLD** (2015). Global Strategy for Diagnosis Management and Prevention of COPD.

5. Hội Lao và bệnh Phổi Việt Nam (2015). Hướng dẫn Quốc gia xử trí hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Nhà xuất bản Y học.

6. **Sethi S** (2000). Infectious etiology of acute exacerbation of chronic bronchitis. Chest, 117, 380 - 85.

7. **Celli B.R And Barnes P.J.** (2007). Exacerbation of COPD. EurRespir. J, 29, 1224 - 38.

8. **Beatty CD et al.** (1991). Chlamydia pneumoniae, strain TWAR infection in patient with COPD. Am Rev Respir Dis, 144, 1408 - 10.

9. **Ngô Thị Thu Hương** (2005). Nghiên cứu phân loại mức độ nặng của COPD theo GOLD 2003 tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

10. **Hoàng Đình Hải** (2009). Nhận xét giá trị của thông khí không xâm nhập BiPAP điều trị đợt cấp COPD tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sĩ cao học, Trường Đại học Y Hà Nội.

HIỆU QUẢ CỦA GHÉP FIBRIN GIÀU TIỂU CẦU VÀO HUYỆT Ồ RĂNG SAU NHỔ Ở HÀ NỘI

TRỊNH XUÂN HỌC¹, TRẦN NGỌC CƯỜNG¹, ĐÀO THỊ NGỌC LAN²,
LÊ HỒNG MINH², NGUYỄN THU HÀNG¹, NGUYỄN VŨ TRUNG^{1,2*}

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

²Trung tâm Nghiên cứu và Đánh giá Kinh tế Y tế

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Vũ Trung

Email: trungnguyen@herac.org

Ngày nhận: 24/8/2021

Ngày phản biện: 20/9/2021

Ngày duyệt bài: 28/9/2021

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 150 bệnh nhân phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm có chỉ số độ khó tương đương nhau tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân không