

cơ. Siêu âm không có vai trò trong chẩn đoán và phân độ nặng hội chứng ống cổ tay ở bệnh nhân gút nhưng phát hiện tốt các vị trí lắng đọng hạt Tophi cũng như đánh giá được số lượng và kích thước hạt Tophi.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gelfman R, Melton LJ, Yawn BP, Wollan PC, Amadio PC, Stevens JC.** Long-term trends in carpal tunnel syndrome. *Neurology*. 2009 Jan 6;72(1):33 - 41.
2. **Rich JT, Bush DC, Lincoski CJ, Harrington TM.** Carpal Tunnel Syndrome Due To Tophaceous Gout. *Orthopedics*. 2004 Aug;27(8):862 - 3.
3. **Padua L, Padua R, Aprile I, Pasqualetti P, Tonali P,** Italian CTS Study Group. Carpal tunnel syndrome. Multiperspective follow-up of untreated carpal tunnel syndrome: a multicenter study. *Neurology*. 2001 Jun 12;56(11):1459 - 66.
4. **Lê Thị Liễu (2018).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện cơ và siêu âm Doppler năng lượng trong hội chứng ống cổ tay. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Việt Nam.

5. **Phạm Hoài Thu (2011).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh siêu âm khớp cổ chân trong bệnh gút, Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. **Phan Hồng Minh (2011).** Đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý của hội chứng ống cổ tay. Tạp chí Y học lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai). Số chuyên đề Hội nghị Khoa học lần thứ 28., pp. 127-131.

7. **Mondelli M, Filippou G, Gallo A, Frediani B.** Diagnostic utility of ultrasonography versus nerve conduction studies in mild carpal tunnel syndrome. *Arthritis Rheum*. 2008 Mar 15;59(3):357 - 66.

8. **Kwon BC, Jung K-I, Baek GH.** Comparison of sonography and electrodiagnostic testing in the diagnosis of carpal tunnel syndrome. *J Hand Surg*. 2008 Jan;33(1):65 - 71.

9. **Wright SA, Filippucci E, McVeigh C, Grey A, McCarron M, Grassi W,** et al. High-resolution ultrasonography of the first metatarsal phalangeal joint in gout: a controlled study. *Ann Rheum Dis*. 2007 Jul; 66(7): 859 - 64.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

TRẦN THỊ HOÀI<sup>1</sup>, CHU THỊ HANH<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Bệnh viện Đa khoa Đức Giang  
<sup>2</sup> Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi cộng đồng trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2020 đến tháng 6/2021.

Phương pháp nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang trên 2 nhóm bệnh nhân bao gồm: 42 bệnh nhân COPD bị viêm phổi và 42 bệnh nhân đợt cấp COPD không bị viêm phổi.

Kết quả nghiên cứu: 80,9% bệnh nhân BPTNMT có viêm phổi thuộc nhóm C và D theo phân loại theo GOLD. Triệu chứng cơ năng thường gặp: khạc đờm tăng, thay đổi màu sắc của đờm 81,9%, khó thở tăng 71,4%, ho tăng

61,9%, sốt 47,6%, đau ngực 38,1%, ớn lạnh 19%. Triệu chứng thực thể bao gồm ran nổ 71,4%, ran ngáy, rít 42,9%. Xét nghiệm khí máu: pH  $7,44 \pm 0,05$ , PaO<sub>2</sub>  $78,60 \pm 15,58$ , PaCO<sub>2</sub>  $43,74 \pm 15,48$ , HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>  $29,14 \pm 6,25$ . Hình ảnh X-quang ngực: Tổn thương bên phải 38%, tổn thương nhiều thùy 71,4%.

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

#### SUMMARY

The study was carried out with the aim of describing clinical and subclinical characteristics of community-acquired pneumonia in patients with chronic obstructive pulmonary disease at the Respiratory Center of Bach Mai Hospital from August 2020 to June 2021.

The study used a cross-sectional descriptive design on 2 groups of patients including: 42 COPD patients with pneumonia and 42 patients with COPD exacerbations without pneumonia.

The study results showed that 80.9% of GOLD C and D patients according to GOLD

Chịu trách nhiệm: Trần Thị Hoài  
Email: tranhoai1980@gmail.com  
Ngày nhận: 08/7/2021  
Ngày phản biện: 09/8/2021  
Ngày duyệt bài: 24/8/2021

classification. Common symptoms include increased sputum production, change in color of sputum 81.9%, shortness of breath increased by 71.4%, Cough increased 61.9%, fever 47.6%, chest pain 38.1%, chills 19%. Physical symptoms include crackles 71.4%, snoring, hissing 42.9%. Blood gas test: pH  $7.44 \pm 0.05$ , PaO<sub>2</sub>  $78.60 \pm 15.58$ , PaCO<sub>2</sub>  $43.74 \pm 15.48$ , HCO<sub>3</sub>-  $29.14 \pm 6.25$ . Chest X-ray image: Right side lesion 38%, multi-lobed lesion 71.4%.

**Keywords:** Pneumonia, chronic obstructive pulmonary disease, COPD.

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD - Chronic Obstructive Pulmonary) là vấn đề y tế cộng đồng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 1990 BPTNMT là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 6 và dự đoán đứng thứ 3 vào năm 2020, là nguyên nhân gây tàn phế đứng thứ 12 trên toàn thế giới. Trong năm 2000 khoảng 2,7 triệu người chết vì BPTNMT<sup>[1]</sup>. Tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ bệnh nhân chẩn đoán COPD lúc ra viện chiếm 25,1%, đứng hàng đầu trong các bệnh lý về phổi và chiếm tới 32,6% nguyên nhân tử vong tại khoa hồi sức cấp cứu<sup>[2]</sup>. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu đánh giá về sự khác biệt lâm sàng, vi khuẩn học viêm phổi trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tuy nhiên, Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Gần đây, tỉ lệ mắc COPD và số lượng bệnh nhân nhập viện do các biến cố của nó gia tăng, điều trị ngày càng khó khăn, phức tạp. Xuất phát từ tình hình thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi mắc phải cộng đồng trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai*”.

## **ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Nghiên cứu thực hiện tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian: Từ tháng 8/ 2020 đến tháng 6/2021.

### **2. Đối tượng nghiên cứu**

Các bệnh nhân được chẩn đoán COPD có viêm phổi và BN COPD đợt cấp không có viêm phổi điều trị tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai.

#### **a. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

\* Bệnh nhân được chẩn đoán COPD theo tiêu chuẩn GOLD 2019

- Lâm sàng:

+ Khó thở với đặc điểm: khó thở liên tục, tăng lên khi vận động, tiến triển nặng dần theo thời gian.

+ Ho mạn tính: Có thể gián đoạn và có thể ho khan.

+ Khạc đờm mạn tính: Khạc đờm mạn tính tăng lên khi đợt cấp.

- Tiền sử: Tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ đặc biệt là khói thuốc lá, bụi và hóa chất công nghiệp, khói bếp, khói Diesel, bụi bông.

- Đo chức năng thông khí bằng phế dung kế thấy có tắc nghẽn lưu lượng thở hồi phục không hoàn toàn: FEV<sub>1</sub> / FVC < 70% sau test hồi phục phế quản.

\* Các bệnh nhân COPD vào viện sẽ được chia thành hai nhóm:

Nhóm 1: Gồm những bệnh nhân COPD bị viêm phổi.

Nhóm 2: Gồm những bệnh nhân đợt cấp COPD không bị viêm phổi.

Chẩn đoán viêm phổi cộng đồng theo tiêu chuẩn của bộ y tế 2013:

- Lâm sàng:

+ Khởi phát đột ngột với sốt cao 39 - 40<sup>0</sup>C, rét run.

+ Đau ngực thường có, đôi khi là triệu chứng nổi bật, đau bên tổn thương.

+ Ho mới xuất hiện tăng dần, lúc đầu ho khan về sau ho có đờm đặc màu vàng hoặc màu xanh hoặc màu rỉ sắt. Có khi nôn, trướng bụng, đau bụng.

+ Khó thở trong trường hợp tổn thương phổi lan tỏa nặng hoặc xảy ra ở những bệnh nhân có bệnh mạn tính kèm theo thở nhanh, môi và đầu chi tím.

+ Khám:

Hội chứng nhiễm trùng: Sốt cao, hơi thở hôi, môi khô lưỡi bẩn.

Hội chứng đông đặc ở phổi, ran ẩm, ran nổ bên tổn thương.

Cận lâm sàng:

+ Công thức máu: Số lượng bạch cầu tăng > 10 G/l, bạch cầu đa nhân trung tính tăng lên trên 75%. Khi số lượng bạch cầu < 4,0 G/l hướng tới viêm phổi do vi rút.

+ X quang phổi: Đám mờ hình tam giác đỉnh ở phía rốn phổi, đáy ở phía ngoài hoặc có đám mờ đông đặc phế nang có hình phế quản hơi, có thể mờ góc sườn hoành.

+ Tốc độ máu lắng, CRP, procalcitonin tăng.

+ Cây máu hoặc đờm có thể thấy vi khuẩn gây bệnh.

\* Bệnh nhân đồng ý và ký bản thoả thuận tham gia nghiên cứu

b. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang bị nhiễm HIV.

- Đang mắc lao tiến triển hoặc đang được điều trị thuốc lao.

- Bệnh nhân viêm phổi do hóa chất.

- Bệnh nhân có phù phổi cấp do tim, nghẽn mạch phổi hoặc nhồi máu phổi, ARDS không do viêm phổi.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 3. Phương pháp nghiên cứu

#### a. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang.

#### b. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện phù hợp tiêu chuẩn chọn lựa BN.

Nhóm 1: VP COPD: 42 BN

Nhóm 2: ĐC COPD: 42 BN

### 4. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

### 5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành dưới sự tuân thủ về mặt y đức, được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 6. Phân nhóm ABCD theo GOLD

Nhóm	VP COPD		ĐC COPD		p
	n	%	n	%	
Nhóm A	5	11,9	3	7,2	> 0,05
Nhóm B	3	7,2	4	9,5	
Nhóm C	10	23,8	7	16,7	
Nhóm D	24	57,1	28	66,6	
Tổng	42	100	42	100	

Nhận xét: Trong nhóm VP/COPD theo phân loại của GOLD bệnh nhân chủ yếu tập trung ở nhóm C, D chiếm 80,9%.

Bảng 7. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	VP/ COPD		ĐC COPD		p
	n	%	n	%	
Khó thở tăng	30	71,4	39	92,9	0,02*
Ho tăng	26	61,9	20	47,6	0,273*
Khạc đờm tăng	37	88,1	36	85,7	1,00*
Thay đổi màu sắc đờm	37	88,1	25	59,5	0,006*
Sốt	20	47,6	9	21,4	0,021*
Đau ngực	16	38,1	15	35,7	1,00*
Ớn lạnh	8	19,0	7	16,7	1,00*

\*Fisher's Exact Test

Nhận xét: Triệu chứng thay đổi màu sắc của đờm và sốt trong nhóm VPCOPD gặp nhiều hơn nhóm ĐC COPD lần lượt là 88,1% so với 59,5% và 47,6% so với 21,4% sự so sánh này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Khó thở tăng gặp nhóm ĐC COPD nhiều hơn 92,9% so với 71,4% so sánh có ý nghĩa  $p = 0,02$ .

Bảng 3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	VP/COPD		ĐC COPD		p
	n	%	n	%	
Ran rít	18	42,9	14	33,3	0,501*
Ran nổ	18	42,9	25	59,5	0,190*
Ran nổ	30	71,4	13	31,0	0,000*
Hội chứng 3 giảm	2	4,8	0	0	1,00*

\*Fisher's Exact Test

Nhận xét: Triệu chứng ran nổ trong nhóm VPCOPD gặp nhiều hơn nhóm ĐC COPD lần lượt là 71,4% so với 31% sự so sánh này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm

Nhóm	VP/ COPD	ĐC COPD	p
Xét nghiệm	X ± SD	X ± SD	
Hồng cầu (T/L)	5,42 ± 0,66	4,54 ± 0,64	0,358
Bạch cầu (G/L)	13,51 ± 4,27	10,96 ± 5,85	0,025
Tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (tỉ lệ %)	86,35 ± 8,9	74,92 ± 14,79	0,000
Tiểu cầu (G/L)	302,47 ± 192,43	273,74 ± 76,17	0,371
CRP (mg/dL)	30,42 ± 5,83	5,86 ± 0,91	0,011
Creatinine (μmol/L)	83,73 ± 35,77	72,20 ± 26,85	0,144
AST (U/L37°C)	35,34 ± 26,27	39,77 ± 41,76	0,619
ALT (U/L37°C)	35,40 ± 34,71	76,04 ± 264,35	0,332

Nhận xét: Kết quả ở bảng trên cho thấy, giá trị trung bình của bạch cầu, tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính, nồng độ CRP của nhóm VP/COPD cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC COPD ( $p < 0,05$ ).

### 3. Khí máu động mạch

Bảng 5. Đặc điểm khí máu

Khí máu	VP/COPD		ĐC COPD		p	
	n	%	n	%		
pH	Trung bình	7,44 ± 0,05	7,43 ± 0,06		0,154	
	≤ 7,35	22	53,7	14		33,3
	7,35-7,45	17	41,5	23		54,8
	> 7,45	2	4,9	5	11,9	
PaO <sub>2</sub>	Trung bình	78,60 ± 15,58	78,89 ± 22,84		0,930	
	< 60	4	9,5	6		14,3
	≥ 60	38	90,5	36		85,7
PaCO <sub>2</sub>	Trung bình	43,74 ± 15,48	46,94 ± 17,77		0,380	
	< 45	32	76,2	29		69,0
	≥ 45	10	23,8	13		31,0
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	29,14 ± 6,25		29,95 ± 6,88		0,575	

\*Fisher's Exact Test

Nhận xét: Bệnh nhân VP/COPD trung bình pH:  $7,44 \pm 0,05$ , PaO<sub>2</sub>:  $78,60 \pm 15,58$ , PaCO<sub>2</sub>:  $43,74 \pm 15,48$ , HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>:  $29,14 \pm 6,25$ . So sánh nồng độ các khí trong máu giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ .

#### 4. Đặc điểm X quang phổi

Bảng 6. Đặc điểm X quang phổi ở BN VP COPD (n = 42)

Đặc điểm X quang phổi		n	%
Vị trí tổn thương	Bên phải	16	38,0
	Bên trái	13	31,0
	Hai bên	13	31,0
Mức độ tổn thương	Một thùy	12	28,6
	Nhiều thùy	30	71,4
Tràn dịch màng phổi	Bên phải	2	4,8
	Bên trái	1	2,4
	Hai bên	0	0

Nhận xét: Bệnh nhân chỉ tổn thương phổi phải gặp nhiều nhất 38%, mức độ tổn thương phổi nhiều hơn một thùy là chủ yếu 71,4%.

#### BÀN LUẬN

##### 1. Đặc điểm lâm sàng

##### a. Phân loại bệnh nhân theo GOLD.

Theo hướng dẫn của GOLD nhằm đánh giá bệnh nhân BPTNMT toàn diện, việc phân chia thể bệnh được dựa vào sự kết hợp giữa đánh giá mức độ triệu chứng, tần suất đợt cấp và giai đoạn tắc nghẽn đường thở.

Theo N.P. Williams và cộng sự nguy cơ mắc viêm phổi cộng đồng tăng dần theo giai đoạn của BPTNMT. Nguy cơ mắc VPCĐ ở giai đoạn IV, III, II tăng gấp 2,86; 2,24; 1,29 lần so với giai đoạn I [3].

Áp dụng hướng dẫn của GOLD bệnh nhân trong VP/COPD của chúng tôi tập trung chủ yếu ở hai nhóm D và C chiếm tỉ lệ lần lượt là 57,1% và 23,8% (chung 2 nhóm 80,9%). Trong khi tỉ lệ GOLD C, D của nhóm ĐC COPD là 83,3%, sự so sánh này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Trong một số nghiên cứu trên thế giới tỉ lệ vào viện GOLD C, D thấp hơn Việt Nam như B. Shin và cộng sự tỉ lệ này là 56% và 44,3% [4], A. Huerta và cộng sự tỉ lệ là 44% và 61% [5].

Điều này cho thấy bệnh nhân ở giai đoạn sớm chủ yếu được phát hiện ở cộng đồng, sàng lọc bởi việc đo hô hấp ký tầm soát khi chưa có triệu chứng lâm sàng. Ngược lại, những bệnh nhân ở giai đoạn nặng (III) và rất nặng (IV) có hầu hết các chỉ tiêu thông khí phổi đều giảm, nhiều yếu tố thúc đẩy nên có tỉ lệ nhập viện cao đáng kể.

##### b. Triệu chứng cơ năng

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng trong đợt cấp BPTNMT là sự kết hợp của tăng mức độ nặng các triệu chứng sẵn có bao gồm tắc nghẽn

đường dẫn khí, căng dẫn phổi và sự xuất hiện các triệu chứng kịch phát đợt cấp mà chủ yếu là do nhiễm trùng. Do đó, các triệu chứng cơ năng thường gặp là tăng khó thở, tăng ho, khạc đờm tăng và thay đổi màu sắc của đờm, sốt, đau ngực...

- Khó thở tăng: Bệnh nhân BPTNMT bình thường đã khó thở (tình trạng khó thở tùy theo mức độ bệnh) khi bị đợt cấp hay viêm phổi thì tình trạng khó thở càng tăng. Trong nghiên cứu của chúng tôi khó thở tăng gặp ở nhóm VPCĐ ít hơn nhóm ĐC COPD 71,4% so với 92,9% sự so sánh này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,02$ . Kết quả này tương tự nghiên cứu Arturo Huerta và cộng sự 81,9% so với 98,4% [5].

- Thay đổi màu sắc của đờm: Theo tác giả Anthonisen N.R. và cs thay đổi màu sắc đờm là một trong ba tiêu chí để chẩn đoán đợt cấp BPTNMT đồng thời nó cũng là triệu chứng hay gặp trong viêm phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi thay đổi màu sắc đờm gặp ở nhóm viêm phổi 88,1% cao hơn nhóm đợt cấp BPTNMT 59,5%, sự so sánh này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,006$ . Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Arturo Huerta và cộng sự cũng cho kết quả tương tự [5].

- Sốt: Sốt là một biểu hiện toàn thân của tình trạng nhiễm trùng, là triệu chứng có thể gặp ở đợt cấp BPTNMT đặc biệt khi VPCĐ triệu chứng này thường xuất hiện. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm BPTNMT có viêm phổi tỉ lệ sốt gặp 47,6% cao hơn nhóm ĐC COPD 21,4% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,02$ . Kết quả này tương tự nghiên cứu S.Yu và cộng sự tỉ lệ này là 47% và 33,3% [6] sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các nghiên cứu trên với  $p < 0,05$ .

- Các triệu chứng khác như ho tăng, khạc đờm tăng, đau ngực hay ớn lạnh ở nhóm viêm phổi đều gặp nhiều hơn nhóm ĐC COPD. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu khác [5], [7].

##### c. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể khi nghe phổi có tổn thương, do đặc trưng của BPTNMT là tình trạng viêm mạn tính không hồi phục của đường thở gây chít hẹp đường dẫn khí nên ran ngáy, ran rít gặp thường xuyên. Khi viêm phổi do có tăng tiết chất rỉ viêm, sự ứ đọng đờm dãi nên có thể xuất hiện ran nổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm BPTNMT có viêm phổi ran nổ gặp 71,4% cao hơn nhóm ĐC COPD 31% sự so sánh này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Ran ngáy và ran rít nhóm có viêm phổi 85,8% thấp hơn so với nhóm không viêm phổi 92,8% so sánh không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ , tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả khác<sup>[5], [8]</sup>.

## 2. Đặc điểm cận lâm sàng

### a. Đặc điểm xét nghiệm

Phân tích các xét nghiệm cận lâm sàng trong BPTNMT chúng tôi nhận thấy trong VP/COPD bạch cầu, tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính, CRP cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ĐC COPD.

- Số lượng bạch cầu: Trong nghiên cứu của chúng tôi bảng 4 khi so sánh xét nghiệm tại thời điểm vào viện số lượng trung bình bạch cầu nhóm viêm phổi  $13,51 \pm 4,27$  cao hơn nhóm không viêm phổi  $10,96 \pm 5,85$ , so sánh này có ý nghĩa thống kê  $p = 0,025$ . Kết quả này tương tự nghiên cứu của Dina Ruby số lượng bạch cầu  $13,25 \pm 6,34$  và  $10,0 \pm 4,31$ <sup>[8]</sup>. Các nghiên cứu này so sánh đều có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Số lượng bạch cầu trung tính là một dấu hiệu của nhiễm trùng do vi khuẩn bao gồm cả viêm phổi, BPTNMT<sup>[9]</sup>. Hầu hết các đợt cấp COPD có liên quan đến các bệnh nhiễm trùng. Khi tỉ lệ phần bạch cầu đa nhân trung tính tăng lên là một trong các căn cứ để bác sĩ lâm sàng sử dụng kháng sinh. Trong bảng 4 chúng tôi ghi nhận trung bình bạch cầu đa nhân trung tính nhóm BPTNMT có viêm phổi là  $86,35 \pm 8,9$  cao hơn nhóm không viêm phổi  $74,92 \pm 14,79$ , sự so sánh này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của S. Yu và cộng sự tỉ lệ này là  $71,9 \pm 12,2$  và  $70,6 \pm 11,2$ <sup>[6]</sup>. Khi so sánh về tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên 75% chúng tôi có kết quả 81% ở nhóm viêm phổi và 54,8% bệnh nhân đợt cấp COPD, so sánh này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,019$ . S. Yu và cộng sự cũng cho kết quả tương tự là 62,7% và 50,6%<sup>[6]</sup>.

- Cũng như số lượng bạch cầu nồng độ CRP tăng lên phản ánh tình trạng nhiễm khuẩn. Trong bảng 9 nồng độ CRP trung bình của nhóm viêm phổi  $30,42 \pm 5,83$  mg/dL cao hơn nhóm không viêm phổi  $5,86 \pm 0,91$  mg/dL, so sánh này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,011$ . Kết quả này tương tự nghiên cứu B. Shin và cộng sự nồng độ trung bình CRP 2 nhóm lần lượt là  $16,2 \pm 9,1$  và  $3,1 \pm 5,5$ <sup>[4]</sup>. Trong các nghiên cứu trên nồng độ trung bình CRP trong nhóm VP/COPD tăng cao hơn nhóm ĐC COPD có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ <sup>[6], [10]</sup>. Trong nhóm bệnh nhân viêm phổi tỉ lệ nồng độ CRP tăng cao (trên 5 mg/dL) là 59,5% cao hơn nhóm ĐC COPD 31%, so sánh này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,015$ . Kết quả này tương

tự như nghiên cứu của S. Yu và cộng sự ở bệnh nhân VP/COPD nồng độ CRP tăng 66,3%<sup>[6]</sup>.

### b. Khí máu động mạch

Bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nói chung bệnh nhân VP ở người BPTNMT nói riêng nhập viện thường trong tình trạng suy hô hấp và có các biểu hiện rối loạn thăng bằng acid - base. Phân tích khí máu động mạch đóng vai trò quan trọng trong phát hiện các rối loạn này, định hướng điều trị và đánh giá tiên lượng.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 5 cho thấy những bệnh nhân viêm phổi cộng đồng ở những người BPTNMT có pH trung bình  $7,44 \pm 0,05$ ,  $pH \leq 7,35$  nhiều nhất 53,7%.  $PaO_2$  trung bình  $78,60 \pm 15,58$ ,  $PaO_2 \leq 60$  chỉ chiếm số lượng ít 9,5%.  $PaCO_2$  trung bình  $43,74 \pm 15,48$ ,  $PaCO_2 \geq 45$  là 23,8%.  $HCO_3^-$  trung bình  $29,14 \pm 6,25$ . Kết quả này tương tự nghiên cứu của S. Yu và cộng sự ghi nhận: pH:  $7,42 \pm 0,05$ ,  $PaO_2$   $79,3 \pm 15,6$ ,  $PaCO_2$ :  $44,5 \pm 13,3$ <sup>[6]</sup>.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 5 cho thấy không có sự khác biệt về giá trị trung bình các thành phần khí máu giữa 2 nhóm VP/COPD và ĐC COPD. Kết quả này cũng tương tự kết quả của các tác giả khác<sup>[5], [6]</sup>.

### c. Đặc điểm X-quang phổi

Chụp X quang phổi thường quy là một kỹ thuật quan trọng trong chẩn đoán bệnh lý đường hô hấp. Xquang cho biết tính chất xuất hiện tổn thương, hình thái tổn thương và mức độ tổn thương. Trong tất cả các hướng dẫn để chẩn đoán viêm phổi cộng đồng tiêu chí bắt buộc là phải có thâm nhiễm nhu mô phổi trên phim xquang<sup>[11]</sup>.

Kết quả nghiên cứu bảng 6 ghi nhận: có 38% bệnh nhân có tổn thương phổi phải đơn thuần, 31% có tổn thương phổi trái đơn thuần và 31% có tổn thương cả hai phổi. Hình ảnh tổn thương phổi nặng lan tỏa nhiều hơn một thùy phổi chiếm chủ yếu 71,4%, tổn thương khu trú vào một thùy phổi 28,6%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân tổn thương lan tỏa nhiều hơn một thùy là 85,7%<sup>[12]</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi 7,2% viêm phổi cộng đồng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn có tràn dịch màng phổi, tỉ lệ này trong nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân là 8,5%<sup>[12]</sup>.

## KẾT LUẬN

- Phân loại theo GOLD: 80,9% bệnh nhân GOLD C và D

- Triệu chứng cơ năng: Thường gặp triệu chứng khạc đờm tăng, thay đổi màu sắc của đờm 81,9%, khó thở tăng 71,4%, Ho tăng 61,9%, sốt 47,6%, đau ngực 38,1%, ớn lạnh 19%.

- Triệu chứng thực thể: Ran nổ 71,4%, ran rít 42,9%.

- Xét nghiệm khí máu: pH 7,44 ± 0,05, PaO<sub>2</sub> 78,60 ± 15,58, PaCO<sub>2</sub> 43,74 ± 15,48, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 29,14 ± 6,25.

- Hình ảnh X-quang ngực: Tổn thương bên phải 38%, tổn thương nhiều thùy 71,4%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2013). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Available at <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/> [Accessed 17 August 2014].

2. Ngô Quý Châu và CS (2002). Tình hình chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai. Thông tin Y học lâm sàng, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 50 - 7.

3. Williams N.P., Coombs N.A., Johnson M.J. et al. (2017). Seasonality, risk factors and burden of community-acquired pneumonia in COPD patients: a population database study using linked health care records. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 12, 313 - 322.

4. Shin B., Kim S.-H., Yong S.J. et al. (2018). Early readmission and mortality in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease with community-acquired pneumonia. Chron Respir Dis, 16, 1479972318809480.

5. Huerta A., Crisafulli E., Menéndez R. et al. (2013). Pneumonic and nonpneumonic exacerbations of COPD: inflammatory response and clinical characteristics. Chest, 144(4), 1134 - 1142.

6. Yu S., Fang Q., and Li Y. (2018). Independent factors associated with pneumonia

among hospitalized patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Medicine (Baltimore), 97(42), e12844.

7. Titova E., Christensen A., Henriksen A.H. et al. (2018). Comparison of procalcitonin, C-reactive protein, white blood cell count and clinical status in diagnosing pneumonia in patients hospitalized with acute exacerbations of COPD: A prospective observational study. Chron Respir Dis, 16, 1479972318769762.

8. Ruby D. (2020). The Impact of Community-acquired Pneumonia on Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients as Regards In-hospital Complications and Early Readmission. Open Respir Med J, 14, 10 - 15.

9. Kang H.S., Rhee C.K., Kim S.K. et al. (2016). Comparison of the clinical characteristics and treatment outcomes of patients requiring hospital admission to treat eosinophilic and neutrophilic exacerbations of COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 11, 2467 - 2473.

10. Kim H., Choi S., Huh J. et al. (2016). Different pattern of viral infections and clinical outcomes in patient with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and chronic obstructive pulmonary disease with pneumonia. J Med Virol, 88(12), 2092 - 2099.

11. Bộ Y tế (2012). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp.

12. Tạ Thị Diệu Ngân (2016). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng". Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 172.

## NHẬN XÉT KẾT QUẢ SINH THIẾT XUYÊN VÁCH PHẾ QUẢN TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

BÙI HƯNG THỊNH<sup>1</sup>, PHAN THU PHƯƠNG<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu Nhận xét kết quả sinh thiết xuyên vách phế quản tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả tiến cứu 43 bệnh nhân có kết quả sinh thiết xuyên vách phế quản tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm: Bùi Hưng Thịnh

Email: buithinhbvhn@gmail.com

Ngày nhận: 22/7/2021

Ngày phản biện: 23/8/2021

Ngày duyệt bài: 10/9/2021

từ tháng 05/2020 - tháng 08/2021. Kết quả nghiên cứu cho thấy vị trí sinh thiết thường thùy giữa phổi phải có 13/ 43 BN (30,2%), tiếp đến thùy dưới phải và dưới trái có 11/43 BN (25,6%). Kết quả thu được là ung thư 10/43 (23,3%), viêm lao 6/43 (13,9%), silicosis 1/43 (2,3%), Sarcaroid 2/43 ( 4,7%), viêm mạn tính 24/43 (55,8%). Các tai biến của kỹ thuật bao gồm: chảy máu có 4/43 BN (9,3%), chủ yếu chảy < 10ml, tràn khí màng phổi 2/43 BN (4,7%), sốt sau sinh thiết 2/43 BN (4,7%). Không có trường hợp nào có tai biến nặng hoặc tử vong.