

g/l. Trong số các thai phụ sinh con tại BVPSTW tháng 1/2017, gần một nửa số thai phụ được quản lý tại Bệnh viện, do đó được làm xét nghiệm huyết học 2 lần, khoảng cách giữa hai lần xét nghiệm là trên 1 tháng. Để đánh giá tình trạng thiếu máu một cách đầy đủ và chính xác nhất, chúng tôi lựa chọn kết quả của lần xét nghiệm có nồng độ Hb thấp hơn. Ở bảng 2, có 6,2% sản phụ có SLHC < 3,5 T/l; 13,6% sản phụ có chỉ số Hct < 0,33 l/l; 2,8% sản phụ có nồng độ Hb từ 70 - <100 g/l; 12,5% sản phụ có nồng độ Hb từ 100 - < 110 g/l.

Tình trạng và mức độ thiếu máu được đánh giá chính xác nhất dựa vào nồng độ Hb. Theo phân loại của TCYTTG, thiếu máu nhẹ khi Hb từ 10- 10,9g/dl, thiếu máu trung bình khi Hb 7- 9,9g/dl, thiếu máu nặng khi Hb < 7g/dl và thiếu máu rất nặng khi Hb < 4g/dl [1]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thiếu máu chung là 15,3%, trong đó trong đó chủ yếu là thiếu máu nhẹ chiếm 12,5% tổng số nghiên cứu. Tỷ lệ thiếu máu mức độ trung bình là 2,8%. Không có trường hợp nào thiếu máu nặng (Bảng 3). Tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu thấp hơn so với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, phần nào thể hiện sự tiến bộ trong nhận thức của người phụ nữ về việc tự chăm sóc sức khỏe bản thân và thai nhi, sự tiến bộ của nền y học cũng như mối quan tâm đặc biệt của cộng đồng nói chung và mỗi gia đình nói riêng dành cho phụ nữ có thai. Theo tác giả Huertas E, phụ nữ trong giai đoạn mang thai có nguy cơ cao thiếu máu do thiếu sắt, và ở các nước đang phát triển tỷ lệ này dao động từ 35% đến 75%. Theo Alhossain A. Khalafallah (2012), ước tính tỷ lệ thiếu máu trong khi mang thai ở các nước phát triển là 17,4% còn ở các nước đang phát triển là 56%. Nghiên cứu của Đoàn Thị Nga và Huỳnh Nguyễn Khánh Trang tại Mỹ Tho năm 2009 phản ánh tỷ lệ thiếu máu trong thai kỳ là 25,3%, trong đó có 76,5% thai phụ thiếu máu nhẹ và 23,5% thai phụ bị thiếu máu trung bình. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Thuận năm 2014 tại BVPSTW cho thấy có 19,8% sản phụ thiếu máu trước đẻ, trong đó 74,5% thiếu máu nhẹ, 39,5% thiếu máu vừa và 0,5% thiếu máu nặng.

Đánh giá một số yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu máu khi mang thai, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ thiếu máu ở các sản phụ sống ở Hà Nội (16,2%) cao hơn không đáng kể so với các sản phụ sống ở tỉnh

khác (14,3%). Tỷ lệ này cũng khác biệt không đáng kể giữa sản phụ là cán bộ công chức (14,4%) và sản phụ làm nghề khác như: công nhân, nông dân, nghề tự do...(16%), giữa sản phụ chưa sinh con lần nào (15,3%), đã sinh một lần (15,5%) hay đã sinh từ 2 lần trở lên (15,1%) (Bảng 5). Tỷ lệ thiếu máu cao hơn ở các sản phụ có độ tuổi dưới 35 là độ tuổi sinh đẻ (< 24 tuổi: 14,3%; 25 – 29 tuổi: 15,5%; 30 -34 tuổi: 17,9%) so với các sản phụ tuổi trên 35 (10,8%). Kết quả này phù hợp với nhận định của TCYTTG đánh giá thiếu máu hay gặp nhất ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ, phụ nữ có thai và trẻ em. Ngày nay việc sinh đẻ được hạn chế theo kế hoạch, các sản phụ dù ở Hà Nội hay các tỉnh khác, dù làm bất cứ nghề gì cũng đều nhận được sự quan tâm chăm sóc của gia đình và toàn xã hội, đồng thời cũng biết cách tự chăm sóc bản thân và thai nhi ngày càng tốt hơn. Điều này phần nào lý giải sự khác biệt giữa các tỷ lệ này không có ý nghĩa thống kê.

#### KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thiếu máu khi mang thai là 15,3%. Thiếu máu nhẹ: 12,5%; thiếu máu trung bình: 2,8%; không có thiếu máu nặng.

- Tình trạng thiếu máu của các sản phụ quản lý tại BVPSTW được cải thiện đáng kể: 83,9% sản phụ thiếu máu nhẹ và 33% sản phụ thiếu máu trung bình tiến triển thành không thiếu máu.

- Không có sự khác biệt về tình trạng thiếu máu liên quan tới nơi ở, nghề nghiệp, số lần đẻ và tuổi của sản phụ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005., Who global database on anaemia, 2008; 26- 29.
2. Bộ Y tế. Dinh dưỡng trong trường hợp bệnh lý khi mang thai. Hướng dẫn Quốc gia Dinh dưỡng cho phụ nữ có thai và cho con bú. 2017; 31-36.
3. Huertas E. Treatment for women with postpartum iron-deficiency anaemia : RHL commentary (last revised: 20 February 2006). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization. 2006.
4. Alhossain A. Khalafallah, Amanda E. Dennis. Iron Deficiency Anaemia in Pregnancy and Postpartum: Pathophysiology and Effect of Oral versus Intravenous Iron Therapy. Journal of Pregnancy, Volume 2012, Article ID 630519, 10 pages, doi:10.1155/2012/630519.

## CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CHẤT LƯỢNG SỐNG CỦA BỆNH NHÂN BỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

ĐẬU XUÂN CẢNH - Học viện Y học cổ truyền Việt Nam  
PHẠM THỊ THU THỦY - Trung tâm Y khoa Medic - Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm: Đậu Xuân Cảnh  
Email: xuancanhvh@gmail.com  
Ngày nhận: 02/6/2017  
Ngày phản biện: 19/6/2017  
Ngày duyệt bài: 30/6/2017  
Ngày xuất bản: 20/7/2017

#### TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một bệnh phổ biến có thể phòng ngừa và điều trị được, đặc trưng bởi sự tắc nghẽn luồng khí thở mạn tính, thường tiến triển nặng dần liên quan đến đáp ứng viêm mạn tính quá mức ở đường hô hấp và nhu

mô phổi với các phần tử hoặc chất khí độc hại. Đợt cấp và các bệnh đồng mắc làm tăng mức độ nặng chung của bệnh ở mỗi bệnh nhân. Hiện nay BPTNMT đang là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư. WHO dự đoán số người mắc bệnh sẽ tăng 3 - 4 lần trong thập kỷ này, gây ra 2,9 triệu người chết mỗi năm và đến năm 2020 BPTNMT sẽ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 3. Tại Việt Nam, theo điều tra công bố 2010, BPTNMT ở người lớn trên 40 tuổi là 4,2%. Trong vòng 40 năm tới, tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch, tai biến mạch máu não và ung thư sẽ giảm đều đặn, trong khi tỷ lệ tử vong do COPD lại tăng lên. Với tính chất tiến triển trầm trọng như vậy BPTNMT đang trở thành mối lo ngại về sức khỏe và là mục tiêu quan tâm của nhiều quốc gia trên thế giới.

**Mục tiêu:** Mô tả chất lượng sống của bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo thang đo CCQ.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo tiêu chuẩn chẩn đoán của GOLD 2015 tại phòng khám quản lý BPTNMT, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2016 đến tháng 10/2016.

**Kết quả:**

Có sự tương quan trung bình giữa mức độ khó thở mMRC với CCQ ( $r = 0,61$ ).

Có sự tương quan yếu giữa tỷ lệ FEV1 so với dự đoán với CCQ ( $r = - 0,287$ ).

Có sự tương quan yếu và đồng biến giữa điểm CCQ và số bệnh đồng mắc, số đợt cấp trong 12 tháng với  $r < 0,2$ ,  $p < 0,05$ .

**Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, chất lượng sống, bộ câu hỏi CCQ.

#### **SUMMARY**

**FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF PATIENTS LIFE WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

**Background:** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a common preventable and treatable disease, characterized by chronic obstructive airway obstruction, which usually progressively associated with overactive chronic inflammatory responses. In the respiratory tract and lung tissue with harmful particles or gases. Acne and co-morbidities increase the overall severity of the disease in each patient. Currently, ECMT is the fourth leading cause of death. The WHO estimates that the number of people infected will increase by 3-4 times this decade, resulting in 2.9 million deaths per year and by 2020 the outbreak of the disease will be the third leading cause of death. In Vietnam, according to a 2010 survey, the POPs in adults over the age of 40 were 4.2%. Over the next 40 years, mortality from cardiovascular disease, stroke and cancer will decrease steadily, while mortality from COPD will increase. With such progressive nature, ECBS is becoming a health concern and a target of concern for many countries in the world.

**Objective:** To describe the quality of patients life with chronic obstructive pulmonary disease by clinical questionnaire CCQ.

**Methods:** A cross sectional study design. The study subjects were patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease according to the diagnostic criteria of GOLD 2015 at the COPD management clinic, Bach Mai Hospital from January 2016 to October 2016.

**Results:**

There was a moderate correlation between mMRC and CCQ ( $r = 0.61$ ).

There was a weak correlation between the predicted FEV1 and the CCQ ( $r = - 0.287$ ).

There was a weak correlation between CCQ score and number of co-infected patients, the number of spikes in 12 months with  $r < 0.2$ ,  $p < 0.05$ .

**Keywords:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Quality of Life, CCQ Questionnaire.

#### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một bệnh phổ biến có thể phòng ngừa và điều trị được, đặc trưng bởi sự tắc nghẽn luồng khí thở mạn tính, thường tiến triển nặng dần liên quan đến đáp ứng viêm mạn tính quá mức ở đường hô hấp và nhu mô phổi với các phần tử hoặc chất khí độc hại. Đợt cấp và các bệnh đồng mắc làm tăng mức độ nặng chung của bệnh ở mỗi bệnh nhân.

Hiện nay BPTNMT đang là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư. WHO dự đoán số người mắc bệnh sẽ tăng 3 - 4 lần trong thập kỷ này, gây ra 2,9 triệu người chết mỗi năm và đến năm 2020 BPTNMT sẽ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 3 [8]. Tại Việt Nam, theo điều tra công bố 2010, BPTNMT ở người lớn trên 40 tuổi là 4,2% [5]. Trong vòng 40 năm tới, tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch, tai biến mạch máu não và ung thư sẽ giảm đều đặn, trong khi tỷ lệ tử vong do COPD lại tăng lên. Với tính chất tiến triển trầm trọng như vậy BPTNMT đang trở thành mối lo ngại về sức khỏe và là mục tiêu quan tâm của nhiều quốc gia trên thế giới.

Việc đánh giá toàn diện BPTNMT là rất cần thiết và chất lượng cuộc sống (CLCS) là một thông số quan trọng. GOLD 2015 khuyến cáo đánh giá sử dụng trắc nghiệm đánh giá BPTNMT CAT (COPD Assessment Test) và bộ câu hỏi lâm sàng BPTNMT CCQ (COPD Clinical Questionnaire) để đánh giá ảnh hưởng của BPTNMT lên chất lượng cuộc sống bệnh nhân. Đặc biệt bộ câu hỏi CCQ đã được chứng minh là công cụ có giá trị và tin cậy như bộ câu hỏi SGRQ đánh giá chất lượng cuộc sống BPTNMT nhưng lại đơn giản và khả thi hơn nhiều trên lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này để góp phần đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân bằng bộ câu hỏi CCQ và mô tả các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân BPTNMT.

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

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phổi tắc

ngheñ mạn tính theo tiêu chuẩn chẩn đoán của GOLD 2015 tại phòng khám quản lý BPTNMT, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2016 đến tháng 10/2016.

## 2. Địa điểm nghiên cứu

Địa điểm: Tại phòng khám quản lý BPTNMT - Bệnh viện Bạch Mai.

## 3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

## 4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu tối thiểu cần phải có n = 158 bệnh nhân.

## 5. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu thu thập sẽ được nhập bằng phần mềm Epidata phiên bản 3.1.

Quá trình phân tích số liệu sẽ sử dụng phần mềm STATA phiên bản 12.0.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Biến số	n	%
Tuổi (n = 210)		
≤ 59	31	14,8
60 - 69	98	46,7
≥ 70	81	38,6
Tuổi trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )	67,10	± 7,15
Giới (n = 210)		
Nam	198	94
Nữ	12	6
Tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào (n = 210)		
Không	25	11,9
Có	185	88,1
Số bao - năm trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )	23,48	± 13,24
Tần suất đợt cấp/năm (n = 210)		
Không có đợt cấp	62	29,5
1 đợt cấp	58	27,6
≥ 2 đợt cấp	90	42,9
Số đợt cấp trung bình	1,57	± 1,63
Thời gian mắc bệnh (n = 210)		
< 5 năm	142	67,6
5 - 10 năm	59	28,1
> 10 năm	9	4,3
Trung bình (năm) ( $\bar{X} \pm SD$ )	4,07	± 2,82

Nhận xét: Nghiên cứu 210 bệnh nhân COPD trong nam (94%) nữ (6%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67,10 ± 7,15. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là 4,07 ± 2,82. Hút thuốc lá, thuốc lào trung bình 23,48 ± 13,24, bao - năm. Số đợt cấp trung bình trong 1 năm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 1,57 ± 1,63 /năm, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử 0 - 1 đợt cấp chiếm 27,6%.

## 2. Kết quả đo lường CLCS - SK theo thang điểm CCQ và các yếu tố ảnh hưởng

### Điểm CCQ trung bình các lĩnh vực

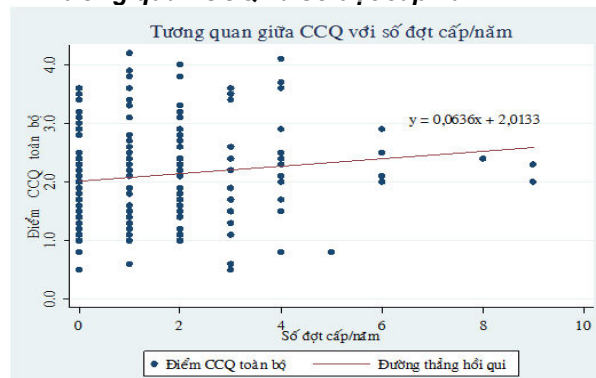
Bảng 2: Điểm CCQ trung bình các lĩnh vực (n = 210)

CCQ	Nhóm NC			
	n	TB ± ĐLC	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Điểm triệu chứng	210	2,20 ± 1,02	0	5,0
Điểm chức năng	210	2,50 ± 1,13	0	5,5
Điểm tâm thần kinh	210	1,49 ± 1,16	0	5,0
Điểm toàn bộ	210	2,12 ± 0,78	0,5	4,2

Nhận xét: Điểm CCQ trung bình thành phần cao nhất là điểm chức năng trung bình: 2,50 ± 1,13; Tiếp đến là điểm CCQ triệu chứng là: 2,20 ± 1,02; Điểm

CCQ tâm thần kinh trung bình thấp nhất: 1,49 ± 1,16. Điểm CCQ toàn bộ trung bình: 2,12 ± 0,78.

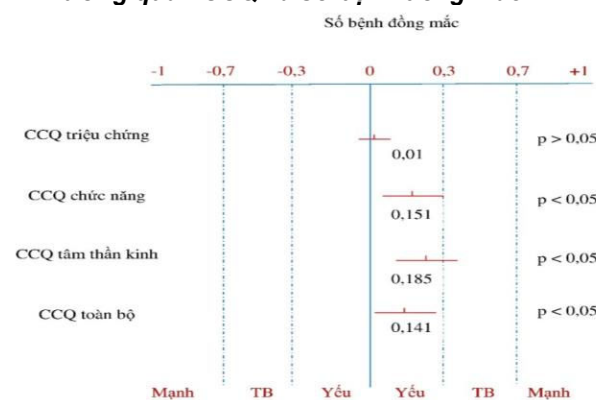
### Tương quan CCQ và số đợt cấp/năm



Biểu đồ 1: Tương quan CCQ và số đợt cấp/năm  $r = 0,16$ ;  $p < 0,05$

Nhận xét: Có sự tương quan đồng biến ở mức yếu giữa điểm CCQ toàn bộ và số đợt cấp/năm với  $r = 0,16 < 0,45$  và sự tương quan này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,02 < 0,05$ .

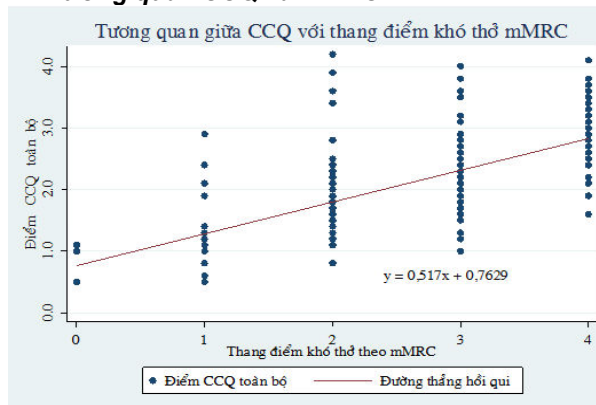
### Tương quan CCQ và số bệnh đồng mắc



Biểu đồ 2: Tương quan CCQ và số bệnh đồng mắc

Nhận xét: Trong nghiên cứu chúng tôi thấy có sự tương quan yếu và đồng biến giữa điểm CCQ và số bệnh đồng mắc với  $r < 0,2$  có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Riêng điểm CCQ triệu chứng tương quan không có ý nghĩa.

### Tương quan CCQ và mMRC



Biểu đồ 3: Tương quan CCQ và mMRC

Nhận xét: Có sự tương quan đồng biến mức độ trung bình giữa điểm CCQ toàn bộ và mức độ khó thở theo mMRC với  $r = 0,617$  có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ .

#### Tương quan CCQ và% FEV1 so với dự đoán

Bảng 4: Tương quan CCQ và% FEV1 so với dự đoán (n = 210)

Điểm CCQ	r	p
Triệu chứng	- 0,169	< 0,05
Điểm chức năng	- 0,341	< 0,0001
Điểm tâm thần kinh	- 0,140	< 0,05
Điểm toàn bộ	- 0,287	< 0,0001

Nhận xét: Trong nghiên cứu chúng tôi thấy có sự tương quan trung bình đến yếu và nghịch biến giữa điểm CCQ và% FEV1 sau test HPPQ so với lý thuyết với  $r = -0,1$  đến  $-0,4$ , có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### BÀN LUẬN

#### Đặc trưng của bệnh nhân

Trong 210 bệnh nhân tham gia nghiên cứu tỷ lệ nam chiếm tới 94%, nữ chiếm 6%; tỷ lệ nam/nữ: 15,7 /1 (bảng 1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của các tác giả Nguyễn Thị Thu Hà (2011, n = 103) nam (92,1%), nữ (7,9%). Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với thực tế ở Việt Nam là nam giới có thói quen hút thuốc lá, thuốc lào nhiều hơn so với nữ giới, vì thế tỷ lệ mắc bệnh của nam giới cao hơn. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ nam giới COPD là chủ yếu.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67,10 ± 7,15, nhóm tuổi hay gặp nhất là 60 - 69 tuổi chiếm 46,7% (bảng1). Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả: Nguyễn Thanh Thủy (2013) với tuổi trung bình là: 68,3 ± 10,4. Đặc điểm về tuổi phù hợp với các y văn cho rằng lứa tuổi mắc BPTNMT thường gặp trên 40 tuổi. Các nghiên cứu đã chỉ ra tuổi già là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan nặng nề trong đợt cấp BPTNMT. Tuổi cao liên quan đến tăng tỷ lệ các bệnh đồng mắc tim mạch, cơ xương khớp, suy giảm chức năng thông khí nặng nề, điều kiện kinh tế khó khăn, phụ thuộc dẫn đến việc quản lý và điều trị BPTNMT ở những bệnh nhân cao tuổi rất khó khăn.

#### Đánh giá chất lượng cuộc sống sức khỏe BPTNMT theo thang điểm CCQ

CCQ (Clinical COPD Questionnaire) là bộ câu hỏi ngắn gọn được phát triển bởi Thys van der Molen từ 2003 [3]. CCQ là bộ câu hỏi có tính toàn diện cao. CCQ gồm 10 câu hỏi đánh giá lâm sàng CLCS- SK bệnh nhân COPD, 10 câu hỏi được chia ra làm 03 lĩnh vực: Triệu chứng, chức năng và tâm thần kinh. Trong bảng 2 có trình bày điểm CCQ trung bình trong các lĩnh vực. Theo đó, điểm trung bình CCQ triệu chứng là điểm trung bình của 4 câu 1,2,5,6 có giá trị là 2,20 ± 1,02. Điểm CCQ trung bình chức năng là điểm trung bình của 4 câu 7,8,9,10 có giá trị là 2,50 ± 1,13. Điểm CCQ trung bình tâm thần kinh là điểm trung bình của 2 câu 3,4 có giá trị là 1,49 ± 1,16. Điểm CCQ trung bình toàn bộ là điểm trung bình của cả 10 câu có giá trị là 2,12 ± 0,78. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu năm

2011 của Josefin Sundh và Cs nghiên cứu 619 bệnh nhân COPD tại tuyến y tế cơ sở thấy điểm CCQ toàn bộ trung bình: 2,01 ± 1,29, CCQ triệu chứng: 2,21 ± 1,19, CCQ tâm thần kinh: 2,01 ± 1,80 nhưng điểm CCQ chức năng thấp hơn: 1,82 ± 1,48 có lẽ vì phần lớn các bệnh nhân COPD tuyến cơ sở ở giai đoạn nhẹ, chức năng cơ quan chưa bị ảnh hưởng nhiều.

#### Tương quan giữa điểm số CCQ với mức độ khó thở, tiền sử đợt cấp

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng chất lượng cuộc sống có tương quan với mức độ khó thở và tiền sử đợt cấp.

Loneke M Boer (2012) và Lê Khắc Bảo (2015) nghiên cứu tương quan giữa mức độ khó thở theo thang điểm BDI và điểm CCQ cho thấy mối tương quan trung bình đến mạnh có ý nghĩa thống kê  $p < 0,01$  [2]. Còn Salvatore Damato và Cs (2005) và Ioanna G Tsiligianni (2012) nghiên cứu tương quan giữa khó thở theo mMRC với điểm CCQ có mối tương quan mức độ trung bình  $r = 0,63$  ( $p < 0,01$ ) đến mạnh với  $r = 0,739$  ( $p < 0,01$ ). Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự khi mối tương quan mMRC và CCQ là trung bình với  $r = 0,617$  ( $p < 0,05$ ). Điều đó cho thấy khó thở là một trong những triệu chứng quan trọng trong đánh giá ảnh hưởng chất lượng cuộc sống bệnh nhân COPD. Cũng như thang điểm CAT, bệnh nhân COPD khó thở càng nhiều điểm CCQ càng cao và chất lượng cuộc sống càng giảm.

Về tiền sử đợt cấp chúng tôi chưa tìm được nhiều nghiên cứu với liên quan tần suất đợt cấp với điểm CCQ. Một số nghiên cứu sử dụng thang điểm SGRQ và CAT cho thấy điểm cao tương ứng chất lượng cuộc sống kém hơn ở những bệnh nhân COPD có số đợt cấp/năm gia tăng và thường xuyên. Nghiên cứu của Lê Khắc Bảo (2015) cho thấy tương quan giữa CCQ và tiền sử đợt cấp ở mức yếu với  $r = 0,18$  ( $p < 0,01$ ). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự với  $r = 0,16$  ( $p < 0,05$ ).

#### Tương quan giữa điểm số CCQ và %FEV1 so với dự đoán

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm số CCQ với mức độ tắc nghẽn đường thở đánh giá bằng FEV1 sau test. Tuy nhiên mức độ tương quan chỉ ở mức yếu với  $r = 0,1$  đến 0,4. Kết quả này có thể dự đoán được. Có rất nhiều nghiên cứu cho thấy chỉ số thăm dò chức năng hô hấp trong BPTNMT là tương quan trung bình đến yếu với chất lượng cuộc sống [1]. Điều này trực tiếp khẳng định CNHH không phản ánh bộ mặt thực bệnh nhân BPTNMT. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định việc đánh giá BPTNMT không chỉ dựa vào chỉ số thăm dò chức năng hô hấp.

### KẾT LUẬN

Có sự tương quan trung bình giữa mức độ khó thở mMRC với CCQ ( $r = 0,61$ ).

Có sự tương quan yếu giữa tỷ lệ FEV1 so với dự đoán với CCQ ( $r = - 0,287$ ).

Có sự tương quan yếu và đồng biến giữa điểm

CCQ và số bệnh đồng mắc, số đợt cấp trong 12 tháng với  $r < 0,2$ ,  $p < 0,05$ .

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Khắc Bảo (2012). *Giá trị bảng điểm đánh giá lâm sàng COPD (CCQ - Clinical COPD questionnaire) trong đánh giá bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*. Y học thành phố Hồ Chí Minh, 16 (1), 58 - 63.
2. Lê Khắc Bảo (2015). *Khảo sát tương quan giữa các chỉ số phế thân ký với mức độ khó thở, khả năng gắng sức, chất lượng cuộc sống trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
3. Ngô Quý Châu và Chu Thị Hạnh (2005). *Nghiên cứu dịch tễ bệnh BPTNMT trong dân cư thành phố Hà Nội*. Báo cáo nghiệm thu đề tài cấp bộ, Bộ Y tế.
4. Nguyễn Thị Thu Hà (2010). *Kết quả sử dụng bộ câu hỏi CAT đánh giá tình trạng sức khỏe bệnh nhân mắc BPTNMT tại khoa Lao và bệnh phổi Bệnh viện 103*,

Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. Nguyễn Thị Xuyên, Đinh Ngọc Sỹ và Nguyễn Việt Nhung (2010). *Nghiên cứu tình hình dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn ở Việt Nam*. Tạp chí Y học thực hành, Số 2 (704), 8 - 10.

6. Phạm Thế Hưng (2012). *Nghiên cứu giá trị của nghiệm pháp đi bộ 6 phút ở bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

7. American Thoracic Society (1995). *Standard for the diagnosis and care of patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Am J Respir Crit Care Med, 152 (5), 77-121.

8. GOLD update (2015). *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Lung Disease, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, <<http://goldcopd.org/>>, accessed on 14 Dec 2015.

## ĐIỀU TRỊ NẢN CHỈNH RĂNG KẾT HỢP PHẪU THUẬT TRÊN BỆNH NHÂN RĂNG CỬA GIỮA VĨNH VIỄN HÀM TRÊN MỘC NGÂM

NGUYỄN PHÚ THẮNG - Đại học Y Hà Nội

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên một bệnh nhân nam, 13 tuổi, đến khám với lý do một răng cửa giữa vĩnh viễn hàm trên bên trái chập mọc. Bệnh nhân không có tiền sử chấn thương vùng phía trước. Qua thăm khám, răng cửa giữa mọc ngầm có thể sờ thấy trên ngách tiền đình hàm trên. Bệnh nhân được tiến hành chụp phim CT Scanner nhằm đánh giá chính xác vị trí, hình thể răng ngầm và các cấu trúc liên quan. Vị trí răng ngầm nằm rất cao và có hướng mọc ngược lên phía nền mũi. Từ đó đưa ra kế hoạch điều trị tổng quát cho bệnh nhân, bao gồm các bước sau: 1/ Nắn chỉnh răng sắp xếp lại các răng trên cung hàm, đồng thời tạo lại khoảng cho răng cửa giữa vĩnh viễn hàm trên bên trái. 2/ Phẫu thuật bộc lộ răng ngầm, gắn khí cụ bọc lộ lên thân răng ngầm, tác dụng lực kéo và điều chỉnh hướng kéo đưa răng ngầm về cung. 3/ Sau khi kết thúc quá trình chỉnh nha, răng ngầm được đưa về đúng vị trí trên cung, đánh giá mô nha chu tại vùng răng ngầm và tiến hành phẫu thuật tạo hình nha chu nếu cần.

**Từ khóa:** Răng ngầm, CT Scanner.

#### SUMMARY

ORTHODONTIC AND SURGICAL TREATMENT IN AN INVERTED MAXILLARY IMPACTED CENTRAL INCISOR PATIENT

A 13- year- old male patient with the chief complaint of non-eruption of the permanent maxillary

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Phú Thắng

Email: [phuthangdentist@gmail.com](mailto:phuthangdentist@gmail.com)

Ngày nhận: 30/5/2017

Ngày phản biện: 20/6/2017

Ngày duyệt bài: 29/6/2017

Ngày xuất bản: 20/7/2017

left incisor. The anterior traumatic history of the patient was unremarkable. A clinical examination revealed the presence of an inverted impacted incisor in the vestibular. A radiographic examination, CT Scanner evaluated accurately the position, morphology and adjacent structures. From the findings, the treatment plan for this case was as follows: 1/ Orthodontic treatment to align all the teeth and gain the space for the impacted tooth. 2/ Surgical exposure, bonding attachment on the impacted incisor, orthodontic traction. 3/ Evaluate the periodontal tissue and do the periodontal plastic surgery as needed.

**Keywords:** Impacted tooth, CT Scanner.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong các vấn đề gây ảnh hưởng lớn đến thẩm mỹ và chức năng của hàm răng là các răng vĩnh viễn mọc ngầm, đặc biệt là răng cửa hàm trên, đặt ra nhiệm vụ cho các bác sĩ răng hàm mặt nhằm đưa ra kế hoạch điều trị đầy đủ cụ thể, toàn diện cho bệnh nhân. Để đem lại hiệu quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân, đòi hỏi có sự phối hợp nhịp nhàng của các chuyên khoa khác nhau như chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật trong miệng và nắn chỉnh răng

Các phương pháp chẩn đoán cho phép phát hiện sớm và điều trị dự phòng răng thừa và răng thừa ngầm, bao gồm hỏi tiền sử gia đình, khám lâm sàng và đánh giá trên phim Xquang. Trong đó, các hình ảnh Xquang có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán và điều trị răng vĩnh viễn mọc ngầm.

#### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Một số phương pháp phẫu thuật xử trí răng mọc ngầm vùng trước:

##### 1. Phẫu thuật bộc lộ răng ngầm