

CHẤT LƯỢNG SỐNG CỦA BỆNH NHÂN BỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH THEO THANG ĐO CCQ

ĐẬU XUÂN CẢNH¹, PHẠM THỊ THU THỦY², NGUYỄN THỊ BẠCH TUYẾT³

¹Học viện Y học cổ truyền Việt Nam

²Trung tâm Y khoa Medic - thành phố Hồ Chí Minh

³Đại học Đại Nam

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 [7]. 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 [6]. Tại Việt Nam, theo điều tra công bố 2010, BPTNMT ở người lớn trên 40 tuổi là 4,2% [3]. 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: Điểm CCQ trung bình: CCQ toàn bộ: $2,12 \pm 0,78$; CCQ thành phần: triệu chứng: $2,20 \pm 1,02$; chức năng: $2,50 \pm 1,13$; tâm thần kinh: $1,49 \pm 1,16$. Mức độ ảnh hưởng CLCS- SK theo CCQ: CCQ < 1 (6,7%): Tình trạng sức khỏe ở mức chấp nhận được; $1 \leq$ CCQ < 2 (40,5%): Tình trạng sức khỏe chấp nhận được chỉ với bệnh nhân COPD giai đoạn 3, 4; $2 \leq$ CCQ < 3 (39,5%): Tình trạng sức khỏe không ổn định; CCQ \geq 3 (13,3%): Tình trạng sức khỏe rất không ổn định. Bộ câu hỏi CCQ đơn giản, dễ áp dụng trong thực hành đánh giá lâm sàng BPTNMT.

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

Chịu trách nhiệm: Đậu Xuân Cảnh

Email: xuancahnhv@gmail.com

Ngày nhận: 20/6/2017

Ngày phản biện: 02/7/2017

Ngày duyệt bài: 20/7/2017

Ngày xuất bản: 20/8/2017

SUMMARY

QUALITY OF PATIENT LIFE WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE ACCORDING TO CCQ QUESTIONNAIRE

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a common preventable and treatable disease, characterized by chronic obstructive airway obstruction, which usually progressively 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 [7]. 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 [6]. In Vietnam, according to a 2010 survey, the POPs in adults over the age of 40 were 4.2% [3]. 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 according to CCQ questionnaire. 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: Average CCQ score: Total CCQ: 2.12 ± 0.78 ; CCQ ingredients: Symptoms: 2.20 ± 1.02 ; Function: 2.50 ± 1.13 ; Neuropathy: 1.49 ± 1.16 . Level of CLCS impact - SK according to CCQ: CCQ < 1 (6.7%): Health status at acceptable level; $1 \leq$ CCQ < 2 (40.5%): Acceptable health status only in patients with COPD stage 3, 4; $2 \leq$ CCQ < 3 (39.5%): Unstable state of health; CCQ \geq 3 (13.3%): Very unstable condition. It is simple and easy to apply CCQ questionnaire in the evaluation of chronic obstructive pulmonary disease.

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 [7].

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 [6]. Tại Việt Nam, theo điều tra công bố 2010, BPTNMT ở người lớn trên 40 tuổi là 4,2% [3]. 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 [10]. Cho tới nay khuyến cáo cũng chưa nêu rõ ưu tiên sử dụng bảng câu hỏi nào [6]. 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 bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bằng bộ câu hỏi CCQ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Đối tượng nghiên cứu: 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.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám quản lý BPTNMT - Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu:

- Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ.

- Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần điều tra.

$Z(1-\alpha/2)$: Độ tin cậy ở mức xác suất 95% (thang phân vị chuẩn ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$); $Z(1-\alpha/2) = 1,96$.

p: Tỷ lệ BN BPTNMT có CLCS - SK bị ảnh hưởng (81,68%) với điểm CCQ toàn bộ > 1 theo nghiên cứu 3489 bệnh nhân COPD ở 3 nước châu Âu của Ioanna G Tsiligianni và Cs (2010) [8].

d: Khoảng sai lệch mong muốn hay sai số chấp

nhận được = 6%.

Theo công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu cần phải có $n = 158$ bệnh nhân.

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

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%.

Kết quả đo lường CLCS - SK theo thang điểm CCQ

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.

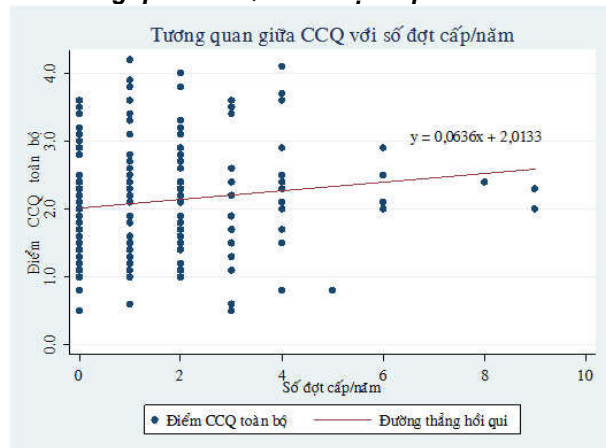
Phân nhóm bệnh nhân theo điểm CCQ

Bảng 3: Phân nhóm bệnh nhân theo điểm CCQ (n =210)

	Nhóm NC	n	%
CCQ toàn bộ			
CCQ < 1		14	6,7
1 ≤ CCQ < 2		85	40,5
2 ≤ CCQ < 3		83	39,5
CCQ ≥ 3		28	13,3
Tổng		210	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nghiên cứu có điểm CCQ toàn bộ trung bình từ 1 đến 3 chiếm 80%; có 13,3% bệnh nhân có điểm CCQ toàn bộ trung bình ≥ 3 điểm. Điểm CCQ toàn bộ trung bình ≤ 1 có 6,7% bệnh nhân.

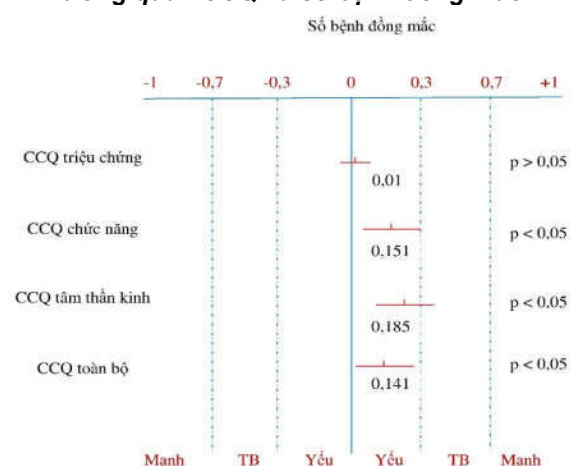
Tương quan CCQ và số đợt cấp/năm



Biểu đồ 2: 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 $p = 0,02 < 0,05$.

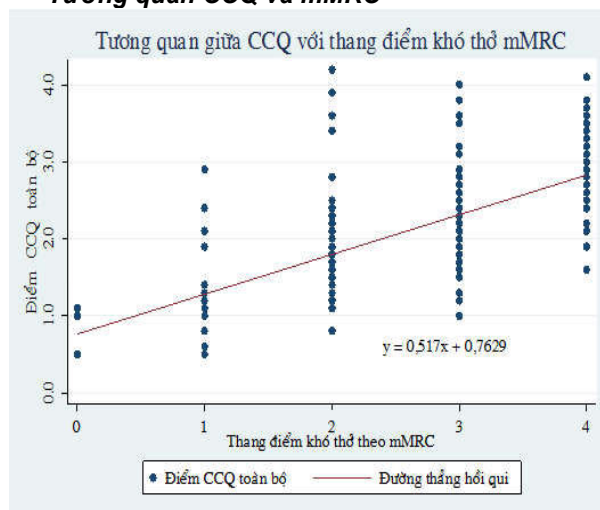
Tương quan CCQ và số bệnh đồng mắc



Biểu đồ 3: 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 4: 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 $p < 0,0001$.

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%) [2]. 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 $67,10 \pm 7,15$, nhóm tuổi hay gặp nhất là 60 - 69 tuổi chiếm 46,7% (bảng 1). Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả: Nguyễn Thanh Thủy (2013) với tuổi trung bình là $68,3 \pm 10,4$ [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 tiên lượng 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 [5].

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 [1]. 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

chúng là điểm trung bình của 4 câu 1,2,5,6 có giá trị là $2,20 \pm 1,02$. Điểm CCQ trung bình chức năng là điểm trung bình của 4 câu 7,8,9,10 có giá trị là $2,50 \pm 1,13$. Điểm CCQ trung bình tâm thần kinh là điểm trung bình của 2 câu 3,4 có giá trị là $1,49 \pm 1,16$. Điểm CCQ trung bình toàn bộ là điểm trung bình của cả 10 câu có giá trị là $2,12 \pm 0,78$. 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: $2,01 \pm 1,29$, CCQ triệu chứng: $2,21 \pm 1,19$, CCQ tâm thần kinh: $2,01 \pm 1,80$ nhưng điểm CCQ chức năng thấp hơn: $1,82 \pm 1,48$ 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.

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy các bệnh nhân có điểm CCQ toàn bộ trung bình < 1 chiếm 6,7%. Điểm CCQ trung bình > 3 chiếm 13,3% chứng tỏ tình trạng sức khỏe bệnh nhân rất không ổn định chiếm tỷ lệ khá cao. Nghiên cứu của Josefin Sundh và Cs (2011) về mối tương quan giữa CCQ và tỷ lệ tử vong cho thấy tỷ lệ tử vong của 1111 bệnh nhân COPD ở Thụy Điển sau 5 năm là 220 bệnh nhân trong đó nhóm CCQ ≥ 3 chiếm 37,8% còn nhóm CCQ < 1 chiếm 11,4% [11].

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết 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. Bệnh nhân COPD khó thở càng nhiều điểm CCQ càng cao và chất lượng cuộc sống càng giảm.

KẾT LUẬN

Điểm CCQ trung bình: CCQ toàn bộ: $2,12 \pm 0,78$; CCQ thành phần: triệu chứng: $2,20 \pm 1,02$; chức năng: $2,50 \pm 1,13$; tâm thần kinh: $1,49 \pm 1,16$.

Mức độ ảnh hưởng CLCS- SK theo CCQ: CCQ $<$

1 (6,7%): Tình trạng sức khỏe ở mức chấp nhận được; $1 \leq CCQ < 2$ (40,5%): Tình trạng sức khỏe chấp nhận được chỉ với bệnh nhân COPD giai đoạn 3, 4; $2 \leq CCQ < 3$ (39,5%): Tình trạng sức khỏe không ổn định; $CCQ \geq 3$ (13,3%): Tình trạng sức khỏe rất không ổn định.

Có sự tương quan trung bình giữa mức độ khó thở mMRC với CCQ ($r = 0,61$, CCQ, $p < 0,001$).

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

Bộ câu hỏi CCQ đơn giản, dễ áp dụng trong thực hành đánh giá lâm sàng BPTNMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu và Chu Thị Hạnh (2005). *Nghiên cứu dịch tễ học BPTNMT trong dân cư thành phố Hà Nội*. Báo cáo nghiệm thu đề tài cấp bộ, Bộ Y tế

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

XÂY DỰNG QUI TRÌNH ỨNG DỤNG VÀ PHÁT TRIỂN KỸ THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT TRONG NHA KHOA

TRẦN CAO BÌNH, ĐÀM VĂN VIỆT

Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng qui trình ứng dụng và phát triển kỹ thuật cấy ghép implant trong nha khoa. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chọn mẫu nghiên cứu thuận lợi 30 bệnh nhân có đủ điều kiện để cấy ghép 58 implant. Kết quả: tỷ lệ khá và tốt về chức năng ăn nhai, thẩm mỹ sau 1 năm là 100%, các bước thực hiện quy trình sp với yêu cầu nghiên cứu ở mức

đạt. Kết luận: Xây dựng qui trình ứng dụng và phát triển kỹ thuật cấy ghép implant trong nha khoa gồm 10 bước.

Từ khóa: quy trình, Implant

SUMMARY

BUILDING APPLICATION PROCESS OF IMPLANTS IN DENTISTRY

Objective: To build the application process of implants in dentistry. Subjects and methods: this study was conducted on 30 patients with 58 implants. These patients were examined and placed dental implants at National Hospital of Odontology - Stomatology, Hanoi. Results: 100% of implants had good esthetic and masticatory functional results. Conclusion: The application process of implants in

Chịu trách nhiệm: Trần Cao Bình

Email: dr.binhnhos@gmail.com

Ngày nhận: 06/6/2017

Ngày phân biện: 28/6/2017

Ngày duyệt bài: 11/7/2017

Ngày xuất bản: 20/8/2017