

chiếm 77,5% [3], sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu tại phòng khám hô hấp ở bệnh viện Nguyễn Tri Phương đa số là người cao tuổi và các vấn đề khác nhau về chủng tộc và địa lý.

Phân bố các bệnh đồng mắc cũng khác nhau, bệnh nhân BPTNMT kèm tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (61,3%), cao hơn nghiên cứu của tác giả Aguirre-Franco (56,3%) [1], sự khác biệt này có thể do tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi hơi cao nên dẫn đến tỷ lệ bệnh đồng mắc cũng tăng lên. Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá trong nghiên cứu chúng tôi khá cao (80,4%), tương đương với nghiên cứu của tác giả Ummil Bannen (85,6%) [3], điều này có thể giải thích là đa số bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi lớn tuổi và có hút thuốc lá nên tỷ lệ tăng huyết áp khá cao.

Tỷ lệ bệnh nhân được kê toa sử dụng corticosteroid hít kéo dài trên 3 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là 81%, trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Suissa có tỷ lệ bệnh nhân sử dụng corticosteroid hít thấp hơn là 71% [9], điều này có thể giải thích là do dân số nghiên cứu chúng tôi có nhiều triệu chứng, nhiều đợt cấp hơn, gần 85% bệnh nhân có thang điểm khó thở mMRC ≥ 2 , và tình trạng thuốc sẵn có của bệnh viện, do vậy bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi được kê toa thuốc corticosteroid hít thường xuyên hơn.

Tỷ lệ thiếu 25-OH Vitamin D trong nghiên cứu chúng tôi là 61,3%, nồng độ 25-OH Vitamin D ghi nhận trung bình là $28,38 \pm 11,5$. Kết quả này tương tự như báo cáo của tác giả Ummul Baneen với tỷ lệ thiếu 25-OH Vitamin D là 66%, nồng độ 25-OH Vitamin D trung bình là $25,16 \pm 10,19$ [3].

Điểm CAT trung bình ở nhóm thiếu vitamin D trong nghiên cứu chúng tôi ($18 \pm 5,5$) cao hơn đáng kể so với nhóm không thiếu ($14,25 \pm 6,5$), $p = 0,035$, thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Ummul Baneen ($19,27 \pm 6,9$, $p=0,01$) [3]. Tuy nhiên tác giả chưa đề cập đến mức độ khó thở mMRC như trong nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ bệnh nhân có mMRC ≥ 2 cao hơn ở nhóm thiếu vitamin D (66,9%) so với nhóm không thiếu (33,1%), $p = 0,017$, trong nghiên cứu của tác giả Lee thì tỷ lệ bệnh nhân có mMRC ≥ 2 ở nhóm thiếu Vitamin D cao hơn so với nhóm không thiếu (37,4% so với 22,9%, $p = 0,05$) [7]. Sự khác biệt này do đặc điểm dân số nghiên cứu chúng tôi có tuổi trung bình cao hơn, nhiều đợt cấp hơn nên mức độ khó thở (mMRC) và thang điểm triệu chứng (CAT) cao hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có FEV1 < 50% có tỷ lệ thiếu Vitamin D

cao hơn đáng kể so nhóm không thiếu Vitamin D với giá trị $p = 0,012$, so với kết quả nghiên cứu của tác giả Janssens với nhóm FEV1 < 50% là 70% thì sự khác biệt không đáng kể [6].

Khi phân tích hồi quy tuyến tính giữa các biến định lượng và nồng độ Vitamin D, chúng tôi ghi nhận phần trăm FEV1 tương quan thuận với nồng độ Vitamin D ($r=0,25$, KTC 95% 0,06; 0,26, $p=0,001$), tương tự như nghiên cứu của tác giả Janssens và cộng sự ($r=0,28$, $p=0,001$) [6]. Mức độ triệu chứng theo điểm CAT và đợt cấp thường xuyên trong 1 năm trong nghiên cứu chúng tôi tương quan nghịch và chặt với nồng độ 25-OH Vitamin D ($r=-0,37$, KTC 95% -0,95; -0,42, $p=0,001$ và $r=-0,35$, KTC 95% -3,71; -1,57, $p=0,001$). Nghiên cứu của tác giả Soeroto cũng đã đề cập đến tương quan nghịch và chặt giữa điểm CAT và đợt cấp thường xuyên trong 1 năm với nồng độ 25-OH Vitamin D ($r=-0,8$, $p<0,001$ và $r=-0,63$, $p<0,001$), tương tự kết quả của nghiên cứu chúng tôi [10].

Khi tiến hành phân tích hồi quy logistic đơn và đa biến giữa các đặc điểm, tiền căn và đặc biệt là nồng độ 25-OH Vitamin D để xác định các yếu tố nào là nguy cơ gây nên đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định. Các đặc điểm và tiền căn bệnh nhân được đưa vào phân tích gồm có tuổi, BMI, hút thuốc lá, sử dụng corticosteroid hít trên 3 tháng, FEV1 < 50%, điểm CAT và thiếu Vitamin D được đưa vào phân tích. Trong mô hình đa biến, chúng tôi đã xác định được mức độ triệu chứng theo điểm CAT và thiếu Vitamin D là yếu tố nguy cơ gây nên đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT (OR=1,13, KTC 95% 1,05; 1,23, $p=0,002$ và OR=2,23, KTC 95% 1,03; 4,8, $p=0,041$), điều này cũng đã được đề cập đến trong nghiên cứu của tác giả Malinowski về tương quan giữa thiếu 25-OH Vitamin D với đợt cấp thường xuyên (OR=18,1, KTC 95% 4,98; 65,8, $p<0,001$) [8]. Tuy nhiên, OR trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Malinowski, điều này có thể giải thích được sự khác biệt trên là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên tất cả bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu tại phòng khám hô hấp trong vòng 5 tháng, còn nghiên cứu của tác giả Malinowski tiến hành trên bệnh nhân BPTNMT đã nhập viện ít nhất 1 lần trong vòng 1 năm. Mặc dù có sự khác biệt về tỷ số chênh, nhưng cũng không thể phủ nhận được rằng thiếu Vitamin D là yếu tố nguy cơ của đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thiếu 25-OH Vitamin D trong dân số nghiên cứu là 61,3%. Tiền căn sử dụng ICS >3 tháng có liên quan đến thiếu 25-OH Vitamin D. Ngoài ra, bệnh nhân BPTNMT thiếu 25-OH Vitamin D có triệu chứng hô hấp và mức độ khó thở nhiều hơn, FEV1 thấp hơn và thuộc phân nhóm BPTNMT nặng hơn. Thiếu Vitamin D là yếu tố nguy cơ của đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Aguirre-Franco C, TorresDuque C.A, Salazar A, Casas A, Jaramillo C, Gonzalez-Garcia M.** Prevalence of pulmonary hypertension in COPD patients, Epub 2022 Feb 10, doi: 10.1016/j.pulmoe.2021.12.006
- Agustí A, Celli BR, Criner GJ, et al.** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Am J Respir Crit Care Med, 2023 Apr 1;207(7):819-837. doi: 10.1164/rccm.202301-0106PP.
- Baneen U, Naseem S.** Correlation of severity of chronic obstructive pulmonary disease with serum vitamin-D level. J Family Med Prim Care. Jul 2019;8(7):2268-2277. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_404_19
- Bleizgys A. Vitamin D Dosing: Basic Principles and a Brief Algorithm (2021 Update).** Nutrients. 2021 Dec 10;13(12):4415. doi: 10.3390/nu13124415
- Halpin DMG, Celli BR, Criner GJ, Frith P, López Varela MV, Salvi S, Vogelmeier CF, Chen R, Mortimer K, Montes de Oca M, Aisanov Z, Obaseki D, Decker R, Agusti A.** The GOLD Summit on chronic obstructive pulmonary disease in low- and middle-income countries. Int J Tuberc Lung Dis. 2019 Nov 1;23(11):1131-1141. doi: 10.5588/ijtld.19.0397
- Janssens W, Mathieu C, Boonen S, Decramer M.** Chapter seventeen - 25-OH Vitamin D Deficiency and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Vicious Circle. In: Litwack G, ed. Vitamins & Hormones. Academic Press; 2011:379-39
- Lee CY, Shin SH, Choi HS, et al.** Association Between 25-OH Vitamin D Level and Respiratory Symptoms in Patients with Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease. International journal of chronic obstructive pulmonary disease. 2022;17:579-590. doi:10.2147
- Malinowski A, Masoero M, Bellocchia M, et al.** Severe 25-OH Vitamin D deficiency is associated with frequent exacerbations and hospitalization in COPD patients. Respiratory research. Dec 13 2014;15(1):131. doi:10.1186/s12931-014-0131-0
- Suissa S.** Inhaled Corticosteroid Withdrawal in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Can IMPACT Help? Am J Respir Crit Care Med. 2020 Nov 1;202(9):1202-1204. doi: 10.1164/rccm.202006-2600ED
- Soeroto AY, Setiawan D, Asriputri NN, Darmawan G, Laurus G, Santoso P.** Association Between Vitamin D Levels and FEV1, Number of Exacerbations, and CAT Score in Stable COPD Patients in Indonesia. Int J Gen Med. 2021 Oct 28;14:7293-7297. doi: 10.2147/IJGM.S333039

CÁC BIỆN PHÁP NGĂN CHẶN THUỐC LÁ ĐIỆN TỬ

Nguyễn Thị Thu Hương*

*Quỹ PCTHTL-Bộ Y tế

Sử dụng thuốc lá gây ra gánh nặng về bệnh tật, tử vong và kinh tế không chỉ với người sử dụng mà còn với cả gia đình và toàn xã hội. Theo WHO, sử dụng thuốc lá là nguyên nhân gây ra 25 nhóm bệnh khác nhau bao gồm nhiều nhóm bệnh nguy hiểm như ung thư, các bệnh tim mạch, các bệnh hô hấp và ảnh hưởng tới sức khỏe sinh sản ở cả 2 giới. Ở Việt Nam mỗi năm có ít nhất là 40.000 người tử vong vì các bệnh liên quan thuốc lá, trong đó đột quy, mạch vành, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư phổi là những nguyên nhân chính.

Đặc biệt, thuốc lá điện tử còn có nguy cơ gây ra nhiều ảnh hưởng cấp tính nguy hiểm và nguy cơ phát sinh các vấn đề xã hội nghiêm trọng như hội chứng tổn thương phổi cấp (EVALI), ngộ độc, thương tích do nổ pin, tăng nguy cơ sử dụng thuốc lá điếu thông thường, tăng nguy cơ sử dụng ma túy và các chất gây

nghiện khác. Hội chứng tổn thương phổi cấp đã dẫn tới nhiều ca nhập viện và tử vong ở Hoa Kỳ ở các nhóm trẻ sau khi sử dụng thuốc lá điện tử.

Các sản phẩm thuốc lá mới có nguy cơ cao tiềm ẩn và phát sinh các tệ nạn xã hội, nhất là sử dụng ma túy và các chất gây nghiện đồng thời với TLĐT, TLNN, ảnh hưởng đến sức khỏe, an ninh trật tự xã hội. Thực tế cho thấy, TLĐT và kể cả một số loại TLNN mới phát sinh, có sử dụng nhiều hương liệu, hóa chất không phải là từ nguyên liệu lá thuốc lá điếu thông thường. Nguyên liệu phổi trộn nhiều loại thành phần khác nhau nên có thể bị lợi dụng để sử dụng ma túy. Tại Việt Nam, theo thống kê sơ bộ tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch mai, từ năm 2020 đến nay, Trung tâm tiếp nhận khoảng 100 ca ngộ độc nicotine và ma túy tổng hợp do sử dụng thuốc lá điện tử(Theo báo cáo sơ bộ của Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế)

Bên cạnh đó, TLĐT/TLNN còn làm tăng nguy cơ dẫn tới sử dụng thuốc lá điều thông thường ở người trẻ. Nghiên cứu cho thấy thanh thiếu niên và người trẻ chưa bao giờ hút thuốc lá nhưng sử dụng thuốc lá điện tử thì có nguy cơ bắt đầu hút thuốc lá điều thông thường cao hơn 3,5 lần so với với những người chưa từng sử dụng thuốc lá điện tử. Do tác hại nghiêm trọng của các sản phẩm thuốc lá mới tới sức khỏe, đặc biệt là thể hệ trẻ, nên nếu chúng ta không quyết liệt ngăn chặn các sản phẩm thuốc lá mới này tại Việt Nam trước khi quá muộn thì thể hệ trẻ của chúng ta sẽ phải gánh chịu hậu quả rất lớn, đặc biệt đặc biệt việc cho phép sử dụng thuốc lá điện tử, thuốc lá nung nóng sẽ làm gia tăng tình trạng sử dụng ma túy, rất khó kiểm soát, gây ảnh hưởng đến sức khỏe, trật tự an toàn xã hội. Chính vì vậy mà Đảng, Chính phủ ban hành các văn bản và Bộ Y tế đã phối hợp quán triệt thực hiện để ngăn ngừa thuốc lá điện tử, cụ thể như sau:

1. Nghị quyết số 20/NQ-TW ngày 25/10/2017 của Ban Chấp hành trung ương tại Hội nghị lần thứ sáu Ban Chấp hành trung ương Đảng Khoá XII về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới đã đưa ra quan điểm: "Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi người dân và của cả xã hội. Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe là nghĩa vụ, trách nhiệm của mỗi người dân, của cả hệ thống chính trị và toàn xã hội, đòi hỏi sự tham gia tích cực của các cấp uỷ, chính quyền, Mặt trận Tổ quốc và các đoàn thể, các ngành, trong đó ngành Y tế là nòng cốt."

2. Ngày 24/5/2023, Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 568/QĐ-TTg phê duyệt Chiến lược quốc gia về phòng, chống tác hại của thuốc lá đến năm 2030. Chiến lược xác định: "Giảm tỷ lệ sử dụng thuốc lá trong cộng đồng là mục tiêu quan trọng trong việc giảm các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe, giảm tỷ lệ tử vong do sử dụng các sản phẩm thuốc lá gây ra, thực hiện các cam kết của Việt Nam khi tham gia Công ước Khung về kiểm soát thuốc lá và cam kết về phát triển bền vững đến năm 2030". Mục tiêu cụ thể trong Chiến lược giai đoạn 2023-2025 là "Ngăn ngừa việc sử dụng các sản phẩm TLĐT, TLNN, shisha và các sản phẩm thuốc lá mới khác trong cộng đồng", Giai đoạn 2026 - 2030 "Tiếp tục ngăn ngừa việc sử dụng các sản phẩm TLĐT, TLNN, shisha và các sản phẩm thuốc lá mới khác trong cộng đồng".

3. Bộ Y tế với vai trò là cơ quan tham mưu giúp Chính phủ trong công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, thời gian qua đã phối hợp với các Bộ, ngành, tổ chức chính trị xã hội, các tỉnh, thành phố tổ chức triển khai Luật Phòng, chống tác hại của thuốc lá, tổng kết 10 năm thi hành Luật PCTHTL; tổ chức nghiên cứu tác hại của TLĐT, TLNN; chủ trì, phối hợp với các Bộ, ngành có liên quan, Ủy ban nhân dân cấp tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương thực hiện nhiều hoạt động tuyên truyền, phổ biến về tác hại của TLĐT, TLNN. Bộ Y tế đã phối hợp với Trung ương Đoàn TNCSHCM triển khai nhiều hoạt động nhằm tăng cường nhận thức của thanh thiếu niên về tác hại của thuốc lá và các sản phẩm thuốc lá mới; phối hợp với Bộ Giáo dục và Đào tạo xây dựng Tài liệu hướng dẫn truyền thông về phòng ngừa thuốc lá mới cho học sinh. Công tác PCTH thuốc lá được đẩy mạnh thông qua việc tăng cường lồng ghép nội dung PCTH thuốc lá trong các hoạt động giáo dục ngoài giờ lên lớp; trong đó đặc biệt chú trọng thực hiện chương trình giáo dục và ngăn ngừa học sinh sử dụng thuốc lá và các sản phẩm thuốc lá mới.

4. Phù hợp với quan điểm chính sách của nhà nước ta là từng bước giảm nguồn cấp thuốc lá, giảm nhu cầu sử dụng thuốc lá, trên quan điểm lấy lợi ích sức khỏe của người dân là trên hết, đặc biệt để kịp thời ngăn chặn thể hệ trẻ sử dụng phụ thuộc vào sản phẩm gây nghiện, được sự đồng ý của Thủ tướng Chính phủ, hiện nay, Bộ Y tế đang xây dựng dự thảo Nghị quyết của Quốc hội về việc cấm sử dụng và sản xuất, kinh doanh, quảng cáo, sử dụng thuốc lá điện tử, thuốc lá nung nóng và các sản phẩm thuốc lá mới khác tại Việt nam.

Sử dụng thuốc lá và các sản phẩm thuốc lá mới đã và đang gây ra những tổn thất kinh tế và sức khỏe không chỉ cho người sử dụng mà còn cho cả gia đình họ và toàn xã hội. Công tác phòng, chống tác hại của thuốc lá cần chiến lược và giải pháp tổng thể, đồng bộ, đa ngành. Để thực hiện được tốt công tác này thì phải có sự ủng hộ, chung tay của tất cả các cấp, các ngành và của toàn xã hội. Trước mắt cần tiếp tục tăng cường tuyên truyền, phổ biến về tác hại của TLĐT, TLNN cho cộng đồng (đặc biệt đối với đối tượng thanh thiếu niên, trẻ em và gia đình); tăng cường công tác thanh tra, kiểm tra, phát hiện, xử lý vi phạm./.

