

Nhóm tuổi 60 – 69 tuổi có tỷ lệ mắc một số bệnh không lây nhiễm phổ biến cao nhất (THA là 48,2%; ĐTD là 52,5% và COPD là 48,2%). Người cao tuổi có trình độ học vấn là Tiểu học và THCS có tỷ lệ mắc cao hơn các trình độ học vấn khác (THA là 75,4%; ĐTD là 71,8% và COPD là 70,3%).

Các yếu tố liên quan như hút thuốc; hoạt động thường ngày cường độ nặng; đi bộ hoặc đạp xe; Hề biết về tác hại của ăn quá nhiều muối/ăn mặn với sức khỏe có ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc một số bệnh không lây nhiễm phổ biến ở người cao tuổi với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổ chức Y tế Pan American và Tổ chức y tế thế giới** (2020). Người cao tuổi và bệnh không lây nhiễm
2. **Nguyễn Huỳnh Minh** (2015). Một số triệu chứng và bệnh mạn tính hay gặp ở người cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại hai xã nhất tâm, đồng hóa huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam năm 2014, Khóa luận Bác sỹ Y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội.

3. **Lê Văn Hợi** (2016). Một số đặc điểm nhân khẩu học và thực trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi tại một vùng nông thôn Việt Nam. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 100 (2), 156-163.
4. **Nguyễn Thị Hương Giang, Bùi Hồng Ngọc** (2021). Thực trạng bệnh không lây nhiễm ở người cao tuổi và các yếu tố hành vi nguy cơ tại một số xã tỉnh Hà Nam năm 2018. Tạp chí nghiên cứu Y học
5. **Võ Văn Thắng, Võ Nữ Hồng Đức, Lương Thanh Bảo Yến và cộng sự.** Đánh giá tình trạng và nhu cầu sức khỏe của người cao tuổi tỉnh thừa thiên Huế. Tạp chí y học Việt Nam. 2021; 498(2):35-39
6. **Lê Hoài Thu.** Thực trạng bệnh tăng huyết áp, hành vi, đặc điểm nhân trắc học và quản lý bệnh tại cộng đồng ở người cao tuổi tại Thái nguyên năm 2019. Luận án Tiến sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội
7. **Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Phú Thọ** (2022). Báo cáo kết quả phòng chống bệnh không lây nhiễm quý IV năm 2022.
8. **Ủy ban nhân dân tỉnh Phú Thọ** (2021). Thực hiện Chương trình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi trên địa bàn tỉnh Phú Thọ đến năm 2030, Kế hoạch 2355 /KH-UBND ngày 01 tháng 6 năm 2021.
9. **WHO** (2013). Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN COPD TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI THÁI NGUYÊN

Phạm Đức Lương¹, Hoàng Hà¹, Tạ Ánh Tuyết², Lã Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trần khí màng phổi ở bệnh nhân COPD hiện nay gặp khá nhiều. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân COPD có biến chứng TKMP và một số yếu tố nguy cơ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả và phân tích. Đối tượng là bệnh nhân COPD điều trị tại BV Phổi Thái Nguyên từ 6/2023 đến 06/2024. Chọn toàn bộ bệnh nhân COPD có TKMP là nhóm bệnh, 23 BN, chọn ngẫu nhiên 69 BN COPD không TKMP là nhóm chứng. **Kết quả:** Tỷ lệ COPD có tràn là 0,03%. Tỷ lệ nam là 93,5%. Tuổi trung bình là 63,1±18,4. Phân bố theo giai đoạn GOLD II gặp 69% ở nhóm có TKMP và 33% ở nhóm không TKMP. Tỷ lệ bệnh đồng mắc tim mạch chiếm 59,8%. **Bàn luận:** Nam giới TKMP nhiều hơn nữ giới, tuổi >50 TKMP nhiều hơn do đặc thù ở nam giới hoạt động nhiều hơn, nhiều biến cố bất lợi, có nguy cơ TKMP cao hơn. Bệnh nhân COPD giai đoạn GOLD II và III chiếm tỷ lệ nhập viện cao, do vậy, tỷ lệ TKMP giai

đoạn II sẽ cao. Bệnh đồng mắc thường gặp nhất là bệnh tim mạch. **Kết luận:** Biến chứng TKMP ở bệnh nhân COPD gặp 0,03%. Các yếu tố GOLD II, giới nam, bệnh đồng mắc tim mạch là yếu tố nguy cơ TKMP với lần lượt các OR, CI95% là: 3,1 (1,173-8,252); 1,7 (0,1903-15,532) và 1,4 (0,509-3,630). **Khuyến nghị:** Các thầy thuốc lâm sàng cần cảnh giác biến chứng TKMP ở bệnh nhân COPD có mức độ GOLD II, giới nam, bệnh đồng mắc tim mạch.

Từ khóa: COPD, tràn khí màng phổi, GOLD, bệnh đồng mắc, bệnh viện Phổi Thái Nguyên.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF COPD PATIENTS WITH PNEUMOTHEMA AND SOME RISK FACTORS AT THAI NGUYEN LUNG HOSPITAL

Introduction: Pneumothorax in COPD patients is quite common nowadays. Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of COPD patients with pneumothorax complications and some risk factors. **Methods:** Descriptive and analytical study. The subjects were COPD patients treated at Thai Nguyen Lung Hospital from June 2023 to June 2024. Select all COPD patients with pneumothorax as the disease group, 23 patients, randomly select 69 COPD patients without pneumothorax as the control group. **Results:** The rate of COPD with pneumothorax

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

²Bệnh viện Phổi Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hà

Email: hoangha@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024

was 0.03%. The male rate was 93.5%. The average age was 63.1±18.4. Distribution according to GOLD II stage was 69% in the group with pneumothorax and 33% in the group without pneumothorax. The rate of cardiovascular comorbidities was 59.8%. Discussions: Men have more pneumothorax than women, age >50 has more pneumothorax due to the characteristics of men being more active, having more adverse events, and having a higher risk of pulmonary embolism. Patients with COPD stages GOLD II and III have a high rate of hospitalization, therefore, the rate of pneumothorax stage II will be high. The most common comorbidity is cardiovascular disease. Conclusions: Pneumothorax complications in COPD patients occur at 0.03%. GOLD II factors, male gender, and cardiovascular comorbidity are risk factors for pneumothorax with ORs, CI95% being: 3.1 (1.173-8.252); 1.7 (0.1903-15.532) and 1.4 (0.509-3.630), respectively. **Recommendations:** Clinicians need to be alert to pneumothorax complications in COPD patients with GOLD II level, male gender, and cardiovascular comorbidity.

Keywords: COPD, pneumothorax, GOLD, comorbidities, Thai Nguyen Lung Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD) là bệnh lý hô hấp mạn tính có thể dự phòng và điều trị được. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), khoảng 3 triệu người chết mỗi năm do COPD, chiếm khoảng 6% tổng số ca tử vong toàn cầu [1, 4]. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc COPD cũng khá cao, tỷ lệ mắc COPD ở người trưởng thành trên 40 tuổi tại Việt Nam khoảng 4-6%. Tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ bệnh nhân mắc COPD nhập viện chiếm khoảng 10-15% trong tổng số bệnh nhân nội trú của khoa Hô hấp. Tỷ lệ mắc COPD ở các bệnh viện tuyến tỉnh dao động từ 5-10% [2, 3]. COPD có bệnh cảnh lâm sàng mạn tính, cấp tính, diễn biến phức tạp, nhiều bệnh đồng mắc, trong đó đặc biệt là biến chứng tràn khí màng phổi (TKMP) gây nguy cấp đến tính mạng bệnh nhân, là một tình trạng cấp cứu cần được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tại Mỹ tỷ lệ TKMP ở bệnh nhân COPD là 26 ca/1000 bệnh nhân/năm. Một số nghiên cứu và báo cáo y tế cho thấy tình trạng biến chứng này không phải hiếm gặp và có thể có tỷ lệ khá cao trong nhóm bệnh nhân COPD.

Bệnh viện Phổi Thái Nguyên thành lập quản lý đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính (CMU) từ năm 2014, thu dung và quản lý hàng nghìn bệnh nhân COPD, trong đó số bệnh nhân COPD nhập viện có biến chứng tràn khí màng phổi gặp đáng kể. Tuy vậy chưa có nghiên cứu về tình trạng cấp cứu này, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở

bệnh nhân COPD có biến chứng TKMP và không TKMP tại Bệnh viện Phổi Thái Nguyên năm 2024.

2. Phân tích được một số yếu tố nguy cơ biến chứng TKMP ở bệnh nhân COPD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Bệnh nhân COPD điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Nguyên từ 01/2023 – 06/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân COPD quản lý tại CMU nhập viện có và có không tràn khí màng phổi.

+ Bệnh nhân đồng ý phối hợp trong nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân tràn khí màng phổi do các nguyên nhân khác, chưa có chẩn đoán xác định mắc COPD.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả và phân tích

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Nhóm COPD có biến chứng tràn khí màng phổi chọn toàn bộ, thu được 23 bệnh nhân. Nhóm chứng chọn theo bệnh nhân COPD có TKMP, chọn kế tiếp 3 bệnh nhân COPD không TKMP, thu được 69 bệnh nhân.

2.3. Các chỉ tiêu và tiêu chuẩn nghiên cứu

- Chỉ tiêu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

+ Tuổi: chia thành hai nhóm ≤ 49 và > 50.

+ Giới: nam và nữ

+ Thời gian mắc bệnh COPD: chia thành hai nhóm ≤ 5 năm và > 5 năm.

+ Chẩn đoán COPD, đánh giá giai đoạn GOLD I, II, III và IV theo Bộ y tế và GOLD 2023 [1, 4].

+ Bệnh đồng mắc tim mạch, bệnh hô hấp, chuyển hóa và tiểu đường, xương khớp, lo âu trầm cảm được kết luận chẩn đoán từ các bác sỹ chuyên khoa.

- Chỉ tiêu một số yếu tố nguy cơ biến chứng TKMP: tuổi, giới, thời gian mắc COPD, giai đoạn, bệnh đồng mắc, yếu tố lâm sàng.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu nhập bằng phần mềm Excel, dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên phê duyệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 820 bệnh nhân COPD nhập viện, chúng tôi thu nhận được 23 bệnh nhân COPD có biến chứng TKMP, chiếm tỷ lệ 0,03% (23/820).

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính và nhóm tuổi giữa 2 nhóm

Chi tiêu	Bệnh nhân	Có TKMP		Không TKMP		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Giới	Nam	22	95,7	64	92,8	86	93,5
	Nữ	1	4,3	5	7,2	6	6,5
Nhóm tuổi	≤49	4	17,4	20	29,0	24	26,1
	>50	19	82,6	49	71,0	68	73,9
X ± SD		63,1 ± 18,4, min=25; max=99					
Tổng		23	100,0	69	100,0	92	100,0

Nhận xét: Kết quả bảng 1 cho thấy, bệnh nhân nghiên cứu giới nam gặp chủ yếu ở cả hai nhóm với tỷ lệ lần lượt là 95,7% và 92,8%. Đối với nhóm tuổi mắc bệnh, nhóm > 50 tuổi cao hơn ở cả 2 nhóm; tỷ lệ lần lượt là 82,6% và 71,0%. Tuổi trung bình là 63,1 ± 18,4 tuổi, tuổi thấp nhất là 25 và cao nhất là 99.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh giữa 2 nhóm

Thời gian mắc	Bệnh nhân	Có TKMP		Không TKMP		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
≤ 5 năm		18	78,3	32	46,4	50	54,3
> 5 năm		5	21,7	37	53,6	42	45,7
Tổng		23	100,0	69	100,0	92	100,0

Nhận xét: Ở nhóm COPD có TKMP thì tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh ≤ 5 năm cao hơn > 5 năm, cụ thể là 78,3% và 21,7%. Ngược lại, ở nhóm COPD không có TKMP, tỷ lệ ở nhóm ≤ 5 năm thấp hơn (46,4%) nhóm > 5 năm (53,6%), mặc dù tỷ lệ chênh lệch không nhiều.

Bảng 3. Phân bố bệnh theo GOLD giữa 2 nhóm

Bệnh nhân GOLD	Có TKMP	Không TKMP	Tổng	
			n	%
I	0	12	12	13,0

Bảng 5. Yếu tố nguy cơ biến chứng TKMP ở bệnh nhân COPD

Yếu tố	Bệnh nhân	Có TKMP		Không TKMP		OR, CI 95%
		n	%	n	%	
Nhóm tuổi	> 50	19	82,6	49	91,0	0,5 (0,155-1,707)
Giới tính	Nam	22	34,3	64	92,8	1,7 (0,190-15,532)
Giai đoạn	II	14	60,9	23	33,3	3,1 (1,173-8,252)
Bệnh Đồng Mắc	Bệnh hô hấp	3	13,0	27	39,1	0,2 (0,063-0,861)
	Bệnh tim mạch	15	65,2	40	58,8	1,4 (0,509-3,630)
	Chuyển hóa, tiểu đường	7	30,4	31	44,9	0,5 (0,195-1,468)
Triệu Chứng	Sốt	5	21,7	13	18,8	0,8 (0,375-3,817)
	Đau ngực	22	95,7	68	98,6	0,3 (0,019-5,39)

Nhận xét: Yếu tố nguy cơ biến chứng TKMP ở bệnh nhân COPD rõ ràng là giai đoạn GOLD II gặp 3,1 lần, nam giới cao gấp 1,7 lần; đồng mắc bệnh tim mạch cao gấp 1,4 lần với OR, CI95% lần lượt là: 3,1 (1,173-8,252); 1,7 (0,1903-15,532) và 1,4 (0,509-3,630). Các yếu tố tuổi, sốt, đau ngực, bệnh đồng mắc khác chưa thấy có liên quan đến biến chứng TKMP ở bệnh nhân COPD.

II	14	60,9	23	33,3	37	40,3
III	7	30,4	24	34,8	31	33,7
IV	2	8,7	10	14,5	12	13,0
Tổng	23	100,0	69	100,0	92	100,0

Nhận xét: Qua bảng 3 chúng tôi thấy, bệnh nhân COPD ở cả 2 nhóm chủ yếu ở giai đoạn II và III với tỷ lệ lần lượt là 60,9% và 30,4% ở nhóm có biến chứng TKMP là 33,3% và 34,8% ở nhóm không TKMP. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn I và IV chỉ chiếm 13,0% ở cả hai nhóm.

Bảng 4. Đặc điểm bệnh đồng mắc ở 2 nhóm

Bệnh nhân	Bệnh đồng mắc	Có TKMP		Không TKMP		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
	Bệnh hô hấp	3	13,0	27	39,1	30	32,6
	Bệnh tim mạch	15	65,2	40	58,0	55	59,8
	Chuyển hóa và tiểu đường	7	30,4	31	44,9	38	41,3
	Xương khớp	3	13,0	3	13,0	6	6,5
	Lo âu trầm cảm	2	8,7	3	13,0	5	5,4

Nhận xét: Kết quả bảng 4 cho thấy, trong 5 nhóm bệnh đồng mắc được đề cập đến trong nghiên cứu này, COPD có nhóm bệnh đồng mắc là bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 65,2% ở nhóm có biến chứng TKMP và 58,0% ở nhóm không TKMP. Bệnh chuyển hóa và tiểu đường tỷ lệ lần lượt ở 2 nhóm là 30,4% và 44,9%. Bệnh hô hấp chiếm 13,0% và 39,1%. Nhóm bệnh xương khớp và lo âu trầm cảm cũng chiếm một tỷ lệ nhỏ với 13,0% bệnh nhân xương khớp ở cả 2 nhóm; 8,7% và 13,0% tỷ lệ bệnh nhân lo âu trầm cảm ở nhóm có biến chứng TKMP và không TKMP.

3.2. Một số yếu tố nguy cơ biến chứng TKMP ở bệnh nhân COPD

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả bảng 1 cho thấy, đa số bệnh nhân COPD ở cả 2 nhóm thuộc độ tuổi >50 chiếm 82,6%. Một số nghiên cứu đã thống kê tỷ lệ TKMP ở các độ tuổi khác nhau, cho thấy tỷ lệ mắc TKMP tăng dần theo tuổi, gặp nhiều ở độ tuổi trên 50 hoặc 60.

Nghiên cứu ở Nhật Bản cho thấy tỷ lệ TKMP ở bệnh nhân COPD là 1,5% ở độ tuổi 40-49; 2,9% ở độ tuổi 50-59, và 4,1% ở độ tuổi trên 60 [5].

Thời gian mắc bệnh giữa 2 nhóm COPD, ở nhóm COPD có biến chứng TK thì tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh ≤ 5 năm cao hơn > 5 năm, cụ thể là 78,3% và 21,7%. Đây là giai đoạn mà các triệu chứng của bệnh thường mới bắt đầu xuất hiện hoặc khi BN vào viện vì TKMP và sau đó được chẩn đoán nguyên nhân do COPD. Ngược lại, ở nhóm COPD không có TKMP, tỷ lệ ở nhóm ≤ 5 năm thấp hơn (46,4%) nhóm > 5 năm (53,6%), mặc dù tỷ lệ chênh lệch không nhiều. Có thể lý giải việc tỷ lệ mắc bệnh tràn khí màng phổi cao hơn ở nhóm COPD dưới 5 năm có thể do một số lý do sau: Nhiều bệnh nhân mới được chẩn đoán COPD có thể vẫn còn hút thuốc hoặc mới bỏ thuốc. Hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ quan trọng gây tổn thương phổi và tăng nguy cơ tràn khí màng phổi. Đặc điểm sinh lý phổi của những bệnh nhân mới mắc COPD, đặc biệt là dưới 5 năm, các cấu trúc phổi có thể còn tương đối nguyên vẹn nhưng bắt đầu có những tổn thương do viêm nhiễm và quá trình oxy hóa. Điều này có thể dẫn đến sự hình thành các bóng khí hoặc túi khí lớn trong phổi. Những cấu trúc này dễ bị vỡ, gây ra tràn khí màng phổi. Trong những năm đầu mắc COPD, phổi của bệnh nhân có thể trải qua những thay đổi đột ngột và không đồng đều về cấu trúc do bệnh lý. BN COPD dưới 5 năm thường đang trong giai đoạn được chẩn đoán và bắt đầu điều trị. Việc thay đổi lối sống, bắt đầu sử dụng thuốc, và các can thiệp y tế khác có thể gây ra các biến đổi sinh lý và cơ học trong phổi, làm tăng nguy cơ tràn khí màng phổi.

Phân bố bệnh theo giai đoạn ở cả 2 nhóm chủ yếu gặp ở giai đoạn GOLD II và III với tỷ lệ lần lượt là 60,9% và 30,4% ở nhóm có biến chứng TKMP là 33,3% và 34,8% ở nhóm không TKMP.

Bệnh đồng mắc COPD ở nhóm có biến chứng TKMP và không TKMP, trong 5 nhóm bệnh đồng mắc nhóm mắc bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 65,2% ở nhóm có biến chứng TKMP và 58,0% ở nhóm không TKMP. Bệnh nhân COPD có nguy cơ cao bị các bệnh tim mạch như bệnh động mạch vành, suy tim, và đột quỵ. Nguyên nhân là do tình trạng viêm và thiếu oxy mạn tính có thể gây tổn thương hệ thống tim mạch. Tăng huyết áp thường đi kèm với COPD, đặc biệt là tăng huyết áp phổi, một tình trạng mà áp lực máu trong các động mạch phổi tăng cao. Tuy nhiên, hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy bệnh tim mạch là bệnh lý đồng mắc phổ biến nhất, trong đó đứng hàng đầu là suy tim mạn và

bệnh mạch vành với tỷ lệ là 10-30% [7].

4.2. Một số yếu tố nguy cơ biến chứng TKMP ở bệnh nhân COPD.

Về tuổi cho thấy đa số bệnh nhân COPD ở cả 2 nhóm thuộc độ tuổi > 50 chiếm 82,6% ở nhóm có biến chứng TKMP và 71% ở nhóm không có biến chứng TKMP. Vì người lớn tuổi có nguy cơ cao hơn bị TKMP khi mắc COPD, do sự giảm sút về cấu trúc và chức năng phổi theo thời gian, cùng với sự tích lũy của các tổn thương do COPD gây ra. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $63,1 \pm 18,4$, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Trần Phúc Thái với 82,7% và tuổi trung bình 68,1 tuổi.

Tỷ lệ nam giới ở cả 2 nhóm là 34,3% và nữ giới là 20,0%, điều này có thể lý giải do đây là độ tuổi lao động với các yếu tố lao lực, gắng sức, stress, cùng với đó liên quan đến mức độ tiếp xúc nhiều hơn các yếu tố rủi ro như hút thuốc lá và tiếp xúc với các chất gây ô nhiễm môi trường. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Trần Quốc Kiệt là 90,9%, của tác giả Lê Hoàn [2] là 77,2%, của Phan Thanh Thủy và cộng sự [3] là 85,8%. Tại Ai Cập, tỷ lệ này được Enas Elsayed Mohamed và cộng sự ghi nhận là 70,0% [6].

BN COPD ở cả 2 nhóm chủ yếu ở giai đoạn GOLD II và III với tỷ lệ lần lượt là 60,9% và 30,4% ở nhóm có biến chứng TKMP là 33,3% và 34,8% ở nhóm không TKMP. Nhóm GOLD II có nguy cơ TKMP gấp 3,1 lần với OR, CI95% là 3,1 (1,173-8,252). Ở giai đoạn I, triệu chứng như ho và khó thở thường không nghiêm trọng, thường ít có các đợt cấp, bệnh nhân có thể kiểm soát bệnh tốt thông qua việc sử dụng thuốc, duy trì lối sống lành mạnh và tuân thủ các hướng dẫn của bác sĩ, điều này giúp họ giảm thiểu nguy cơ phải nhập viện. Từ giai đoạn sau chức năng của phổi suy giảm nhiều hơn, bệnh nhân có các triệu chứng như khó thở khi vận động, ho kéo dài và tiếp tục. Các triệu chứng này gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống, buộc bệnh nhân phải nhập viện điều trị. Bệnh nhân ở giai đoạn IV, còn được gọi là giai đoạn cuối hoặc giai đoạn rất nặng, thường có các triệu chứng nghiêm trọng, gặp nhiều khó khăn trong cuộc sống hàng ngày, có nguy cơ cao bị các biến chứng như suy tim phải, tăng áp phổi, và nhiễm trùng đường hô hấp... thì bệnh nhân được chuyển điều trị ở tuyến cao hơn. COPD đồng mắc tim mạch có nguy cơ TKMP gấp 1,4 lần so với các bệnh đồng mắc khác với OR, CI95% là 1,4 (0,5091-3,630). Có thể lý giải do tần suất các bệnh này thường tăng theo tuổi và có cùng yếu tố nguy cơ là hút thuốc lá. Tỷ lệ này tương đồng

với nhiều nghiên cứu, như của Đỗ Thị Tường Oanh, tần suất của hai bệnh này khoảng từ 10 – 30% và nguy cơ mắc bệnh suy tim mạn trên bệnh nhân COPD là 4,5 so với nhóm chứng có độ tuổi tương ứng.

V. KẾT LUẬN

Biến chứng tràn khí màng phổi trong số bệnh nhân COPD gặp 0,03%. Các yếu tố nguy cơ tràn khí màng phổi là: bệnh nhân giai đoạn GOLD II, là nam giới, có bệnh tim mạch đồng mắc, lần lượt với các OR, CI95% là: 3,1 (1,173-8,252); 1,7 (0,1903-15,532) và 1,4 (0,509-3,630).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Các thầy thuốc lâm sàng cần cảnh giác nguy cơ xuất hiện biến chứng tràn khí màng phổi ở bệnh nhân COPD giai đoạn GOLD II, nam giới và có bệnh tim mạch đồng mắc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2023), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính". Quyết định số 2767/QĐ-BYT ngày 04/7/2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. **Lê Hoàn, Nguyễn Duy Thắng, Nguyễn Đông Dương** (2024). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tràn khí màng phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Tạp chí Y học Việt Nam, 533 (1B).
3. **Phan Thanh Thủy, Vũ Văn Giáp, Lê Thị Việt Lan**, (2022), Đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ đợt cấp Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người bệnh tại một số đơn vị quản lý ngoại trú, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 160 (12V1)-2022. Trang 245.
4. **GOLD**, 2023, Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Report.
5. **Li, H., et al.**, 2020, TIMP-1 and MMP-9 expressions in COPD patients complicated with spontaneous pneumothorax and their correlations with treatment outcomes. Pak J Med Sci. 36 (2): p. 192-197.
6. **Mohamed, E. E., & Alaa E1 Din, A.** (2013). Thoracoscopic pleurodesis using iodopovidone versus pleural abrasions in management of recurrent pneumothorax. Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis, 62(1), 105-109.
7. **Nakajima, J., et al.**, (2009), Outcomes of thoracoscopic management of secondary pneumothorax in patients with COPD and interstitial pulmonary fibrosis. Surg Endosc, 2009. 23 (7): p. 1536-40.

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT HỘI CHỨNG ỚNG CỔ TAY TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN XUÂN LỘC TỪ THÁNG 02/2018 ĐẾN THÁNG 09/2019

Bùi Mạnh Tiên¹, Lâm Văn Nút²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật cắt mạc giữ gân gấp cổ tay giải áp thần kinh giữa trong hội chứng ống cổ tay tại Trung tâm Y tế Xuân Lộc từ tháng 2/2018 đến tháng 9/2019; Tìm ra các hạn chế trong việc phẫu thuật và điều trị hội chứng ống cổ tay ở tuyến y tế cơ sở. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang tất cả các bệnh nhân nhập viện tại Khoa Ngoại tổng hợp, Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc từ tháng 02/2018 đến tháng 09/2019, với chẩn đoán hội chứng ống cổ tay. **Kết quả:** Trong 15 bệnh nhân, độ tuổi phẫu thuật 30-60 tuổi chiếm tỷ lệ 93,3%; độ tuổi phẫu thuật dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ 6,7%. Có 11 bệnh nhân nữ (73,3%) và 4 bệnh nhân nam (26,7%). Tỷ lệ mắc bệnh gặp ở nông dân chiếm 40%, kế tiếp là công nhân chiếm 33,3%, nghề nghiệp buôn bán và khác cùng tỷ lệ

13,3%. Trong 15 bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật: phương pháp cắt mạc giữ gân gấp đơn thuần chiếm 66,67% (10/15 trường hợp); phương pháp cắt mạc giữ gân gấp kèm cắt bao ngoài thần kinh chiếm 33,33% (05/15 trường hợp). Đáp ứng sau phẫu thuật: tình trạng "tê khi thức dậy" khỏi hẳn đạt 100%; tình trạng "đau và dị cảm"; "sưng và nặng tay" hết hẳn đạt 14/15 trường hợp, 01/15 trường hợp giảm một phần. Tình trạng "nhảy cảm với lạnh" hết hẳn đạt 13/15 trường hợp, 02/15 trường hợp giảm một phần. Biến chứng sớm sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp. Trong đó phù nề vết mổ tỷ lệ 13,33% (02/15 trường hợp); sưng và cứng khớp chiếm tỷ lệ 6,67% (01/15 trường hợp). Trong 15 bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật, phục hồi hoàn toàn sau phẫu thuật đạt tỷ lệ 93,3% (14/15 trường hợp); cải thiện một phần đạt 6,7% (01/15 trường hợp) và không có trường hợp nào thất bại điều trị. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt mạc giữ gân gấp hoặc kèm cắt bao ngoài thần kinh giữa trong điều trị hội chứng ống cổ tay tại Khoa Ngoại tổng hợp Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc được thực hiện tốt. Việc áp dụng phẫu thuật tại tuyến huyện giúp cho bệnh nhân tránh phải chuyển tuyến trên điều trị. Giúp giảm chi phí cho bệnh nhân vì giá viện phí tại tuyến huyện thấp hơn so với các bệnh viện tuyến trên và bệnh nhân tránh phải chi phí đi lại tốn kém. Góp phần giảm quá tải cho các bệnh viện tuyến trên, mang kỹ thuật mới tới nhân dân

¹Trung tâm Y tế huyện Xuân Lộc

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Mạnh Tiên

Email: khoangoaixuanloc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024