

- risk assessment of organ manifestations in systemic sclerosis: a report from the EULAR Scleroderma Trials And Research group database. *Ann Rheum Dis.* 2007;66(6):754-763. doi:10.1136/ard.2006.062901
8. **Keen KJ, Eeden SF van, Dunne JV.** Limited Cutaneous and Diffuse Cutaneous Scleroderma: Circulating Biomarkers Differentiate Lung Involvement. *Rheumatol Curr Res.* 2012;0(0):1-7. doi:10.4172/2161-1149.S1-006
9. **Phạm Thị Tuyền.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mối liên quan giữa tổn thương da với nội tạng ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II; 2012.
10. **Hasegawa M, Imura-Kumada S, Matsushita T, Hamaguchi Y, Fujimoto M, Takehara K.** Anti-topoisomerase I antibody levels as serum markers of skin sclerosis in systemic sclerosis. *J Dermatol.* 2013;40(2):89-93. doi:10.1111/1346-8138.12030

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH COPD ĐỢT CẤP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2023

Nguyễn Duy Tùng¹, Phạm Thị Mai¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu với phương pháp chọn mẫu thuận tiện không xác suất, bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng có tới 99,4% người bệnh vào viện do ho tăng, 98,3% do khạc đờm tăng, 98,2% do khó thở tăng và 89,3% do đờm mủ. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là rì rào phế nang giảm chiếm 90,5%, ran rít 51,2%, ran ngáy 42,9% và 31% ran ẩm. Triệu chứng thể hiện mức độ nặng của bệnh như co kéo cơ hô hấp chiếm tỷ lệ tương đối cao 61,3%. Triệu chứng cận lâm sàng: 49,4% người bệnh có chỉ số bạch cầu tăng, tổn thương hay gặp nhất trên hình ảnh X-quang phổi là phổi bấn (24,4%), ứ khí ở phổi (4,8%). **Kết luận:** Phân loại theo Anthonisen: Đa số bệnh nhân vào viện trong tình trạng nặng 90,5%; mức độ trung bình là 7,1%; mức độ nhẹ 2,4%.

Từ khóa: COPD, đợt cấp.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF COPD PATIENTS WITH ACUTE EXAMINATIONS TREATED AT VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2023

Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease treated at Viet Tiep Friendship Hospital. **Methods:** Cross-sectional, prospective descriptive study with non-probability convenience sampling method, pre-designed research medical records. **Results:** Clinical characteristics: 99.4% of patients were hospitalized due to increased cough, 98.3% due to increased sputum production,

98.2% due to increased dyspnea and 89.3% due to purulent sputum. The most common physical symptoms were decreased breath sounds in 90.5%, wheezing in 51.2%, snoring in 42.9% and moist rales in 31%. Triệu chứng thể hiện mức độ nặng của bệnh như co kéo cơ hô hấp chiếm tỷ lệ tương đối cao 61,3%. Triệu chứng cận lâm sàng: 49,4% người bệnh có chỉ số bạch cầu tăng, tổn thương hay gặp nhất trên hình ảnh X-quang phổi là phổi bấn (24,4%), ứ khí ở phổi (4,8%). **Conclusion:** Classification according to Anthonisen: Most patients were admitted to the hospital in severe condition 90.5%; moderate condition 7.1%; mild condition 2.4%.

Keywords: COPD, acute exacerbation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hay còn gọi là COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ ba trên toàn thế giới, gây ra 3,23 triệu ca tử vong vào năm 2019 [1]. Tỷ lệ mắc COPD ở những người từ 30-79 tuổi cao nhất ở khu vực Tây Thái Bình Dương (11,7%) và thấp nhất ở khu vực châu Mỹ (6,8%) [2].

Đợt cấp COPD là tình trạng biến đổi cấp tính đặc trưng bởi sự xấu đi của các triệu chứng hô hấp vượt quá dao động bình thường hàng ngày đòi hỏi phải thay đổi điều trị. Bệnh nhân COPD với những đợt cấp thường xuyên có sự suy giảm chức năng phổi nhanh hơn, chất lượng cuộc sống thấp hơn, viêm đường hô hấp gia tăng và tỷ lệ tử vong cao hơn. Vi khuẩn và vi rút là nguyên nhân chính của đợt cấp COPD [3], 50 - 70% đợt cấp là do nhiễm vi khuẩn, vi rút đường hô hấp; 10% là do yếu tố môi trường bao gồm khói bụi, chất khí độc hại và lên tới 30% không xác định được nguyên nhân [4, 5]. Người bệnh có đợt cấp thường xuyên sẽ để lại hậu quả là giảm chức năng thông khí phổi, giảm khả năng gắng sức, tăng chi phí chăm sóc sức khỏe, chất lượng cuộc sống giảm sút và đồng nghĩa với thời

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Tùng

Email: duytungndun@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025

gian sống rút ngắn. Vì vậy, ngăn ngừa đợt cấp là mục tiêu cấp thiết trong thực hành quản lý và điều trị COPD. Để hoàn thành tốt mục tiêu đó, việc xác định các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng có thể nhìn được một bức tranh tổng thể hơn về đợt cấp COPD từ đó đưa ra các quyết định điều trị hiệu quả, tư vấn phòng ngừa các đợt cấp tiếp theo cho bệnh nhân nhằm hạn chế sự suy giảm chức năng hô hấp cũng như trực tiếp nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp mỗi năm điều trị khoảng 700 người bệnh đợt cấp COPD. Câu hỏi đặt ra là đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh đợt cấp COPD tại đây như thế nào? Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh đợt cấp COPD cấp tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2023*" với mục tiêu nghiên cứu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp điều trị tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu

2.2. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Đối tượng:** Người bệnh COPD đợt cấp nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Nội 2, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh được chẩn đoán COPD theo tiêu chuẩn GOLD 2022 [59]: COPD nên được xem xét ở bất kỳ bệnh nhân nào có triệu chứng khó thở, ho mạn tính hoặc khạc đờm, có/hoặc không có tiền sử phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ của bệnh, người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh kèm theo các bệnh lý khác như hen phế quản, lao phổi, giãn phế quản, suy tim xung huyết, viêm toàn tiểu phế quản, hen phế quản.

- **Thời gian:** từ tháng 12/2022 đến tháng 10/2023

- **Địa điểm:** Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp – Hải Phòng

2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu toàn bộ, không xác suất từ tháng 1/2023 đến tháng 5/2023 được 168 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- **Bệnh án nghiên cứu người bệnh COPD đợt cấp được tác giả thiết kế sẵn gồm 5 phần:** 1. Thông tin chung, 2. Triệu chứng lâm

sàng, 3. Triệu chứng cận lâm sàng, 4. Phương pháp điều trị, 5. Kết quả điều trị.

- **Các biến số, chỉ số nghiên cứu:**

+ Thông tin chung: gồm các nội dung tuổi, giới tính, học vấn, đặc điểm nghề nghiệp, nơi sống, các thông tin liên quan đến bệnh lý.

+ Triệu chứng lâm sàng: tác giả trực tiếp thăm khám, hỏi bệnh và theo dõi trong thời gian người bệnh nằm viện điều trị.

+ Triệu chứng cận lâm sàng: tác giả tổng hợp lại các kết quả xét nghiệm được tiến hành trong thời gian điều trị của người bệnh.

- **Phương pháp thu thập thông tin:** Tác giả hỏi và thăm khám trực tiếp trên người bệnh.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu:

- Mã hóa, nhập liệu, làm sạch và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Phân tích mô tả tần số

2.6. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến hành sau khi được sự cho phép của ban Giám đốc bệnh viện bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

- Nghiên cứu chỉ thực hiện phỏng vấn và bác sĩ thăm khám trên đối tượng nghiên cứu.

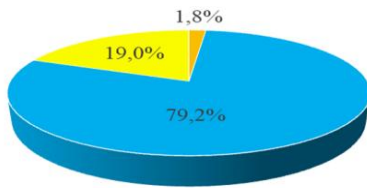
- Mọi thông tin của đối tượng đều được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố ĐTNC theo một số đặc điểm nhân khẩu học (n=168)

Đặc điểm chung của ĐTNC		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 50 tuổi	1	0,6
	50 – 70 tuổi	63	37,5
	> 70 tuổi	104	61,9
	Trung bình	72,35 ± 8,84 (47 – 95)	
Giới tính	Nam	143	85,1
	Nữ	25	14,9
Đặc điểm nghề nghiệp	Tiếp xúc khói bụi	119	70,8
	Không tiếp xúc khói bụi	49	29,2
Thời gian mắc bệnh	1 – 5 năm	148	88,1
	6 – 10 năm	17	10,1
	Trên 10 năm	3	1,8

Nhận xét: Nhóm tuổi trên 70 chiếm tỷ lệ cao nhất 61,9%, tuổi trung bình của người bệnh tương đối cao là 72,75 tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ nhiều hơn nữ giới, tương ứng 85,1%/14,9%. Về đặc điểm nghề nghiệp có tới 70,8% đối tượng có công việc liên quan khói bụi. Thời gian mắc bệnh chủ yếu từ 1- 5 năm chiếm 88,1%.



■ Đang hút thuốc ■ Đã bỏ thuốc ■ Không hút thuốc

Biểu đồ 1. Tình trạng hút thuốc của người bệnh (n=168)

Nhận xét: 81% bệnh nhân COPD có hút thuốc trong đó, 97,8% bệnh nhân hút thuốc đã bỏ, 2,2% bệnh nhân mặc dù đã mắc COPD nhưng hiện nay vẫn hút thuốc. Tỷ lệ bệnh nhân COPD không hút thuốc là 19%.

Bảng 2. Lý do vào viện của người bệnh (n=168)

Số đợt cấp Lý do	1 - 2 (n=58)	3 (n=66)	≥4 (n=44)	Tổng (n=168)
Ho tăng	57 (98,3)	66 (100)	44 (100)	167 (99,4)
Khạc đờm tăng	56 (96,6)	66 (100)	43 (97,7)	165 (98,3)
Đờm mủ	50 (86,2)	59 (89,4)	41 (93,2)	150 (89,3)
Khó thở tăng	56 (96,6)	66 (100)	43 (97,7)	165 (98,2)
Sốt	3 (5,2)	5 (7,6)	3 (6,8)	11 (6,5)
Tức ngực	2 (3,4)	3 (4,5)	2 (4,5)	7 (4,2)

Nhận xét: 99,4% bệnh nhân vào viện vì lý do ho tăng; tiếp theo là khạc đờm tăng 98,3%; khó thở tăng 98,2%; đờm mủ 89,3%; sốt 6,5%

Bảng 3. Phương pháp điều trị trước khi vào viện (n=168)

Số đợt cấp Điều trị	1 - 2 (n=58)	3 (n=66)	≥4 (n=44)	Tổng (n=168)
Không dùng thuốc	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)	1 (0,6)
Thuốc kháng sinh	2 (3,4)	2 (3,0)	2 (4,5)	6 (3,6)
Thuốc giãn phế quản	55 (94,8)	65 (98,5)	44 (100)	164 (97,6)
Thuốc corticoid	1 (1,7)	2 (3,0)	2 (4,5)	5 (3,0)
Thở oxy	4 (6,9)	1 (1,5)	2 (4,5)	7 (4,2)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân dùng thuốc giãn phế quản trước khi vào viện (97,6%). Bệnh nhân sử dụng các loại thuốc khác rất thấp (dưới 5%).

Bảng 4. Dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân khi vào viện

Số đợt cấp Chỉ số	1 - 2 (n=58)	3 (n=66)	≥4 (n=44)	Tổng (n=168)	p
Mạch (lần/phút)	94,7 ±13,9	95,8 ±11,0	97,2 ±14,1	95,8 ±12,9	> 0,05
Huyết áp tâm	127,2	128,1	125,9	127,2	>

thu (mmHg)	±12,8	±14,0	±11,5	±12,9	0,05
Huyết áp tâm trương (mmHg)	75,3 ±7,8	75,7 ±7,6	73,9 ±6,2	75,1 ±7,3	> 0,05
Tần số thở (lần/phút)	26,8 ±2,3	26,4 ±2,8	27,8 ±7,1	26,9 ±4,3	> 0,05

Nhận xét: Tần số mạch và huyết áp trung bình của bệnh nhân tại thời điểm nhập viện đều nằm trong giới hạn bình thường. Trong khi đó, tần số thở cao hơn ngưỡng bình thường.

Bảng 5. Triệu chứng thực thể của bệnh nhân lúc vào viện

Số đợt cấp Triệu chứng	1 - 2 (n=58)	3 (n=66)	≥4 (n=44)	Tổng (n=168)
Cơ kéo cơ hô hấp	40 (69,0)	38 (57,6)	25 (56,8)	103 (61,3)
Rỉ rào phế nang giảm	50 (86,2)	64 (97,0)	38 (86,4)	152 (90,5)
Ran rít	33 (56,9)	27 (40,9)	26 (59,1)	86 (51,2)
Ran ngáy	18 (31,0)	31 (47,0)	23 (52,3)	72 (42,9)
Ran nổ	10 (17,2)	6 (9,1)	3 (6,8)	19 (11,3)
Ran ẩm	24 (41,4)	16 (24,2)	12 (27,3)	52 (31,0)
Gõ lồng ngực vang	1 (1,7)	1 (1,5)	1 (2,3)	3 (1,8)
Gan to	2 (3,4)	1 (1,5)	0 (0)	3 (1,8)
Phản hồi gan - TM cổ (+)	2 (3,4)	0 (0)	1 (2,3)	3 (1,8)

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là RRPN giảm (90,5%); ran rít 51,2%; ran ngáy 42,9%; ran ẩm 31,0%. Triệu chứng thể hiện mức độ nặng của bệnh như cơ kéo cơ hô hấp chiếm tỷ lệ khá cao (61,3%).

Bảng 6. Đặc điểm bạch cầu lúc nhập viện của người bệnh (n=168)

Số đợt cấp		1 - 2 (n=58)	3 (n=66)	≥4 (n=44)	Tổng (n=168)
Chỉ số					
Bạch cầu (G/l)	Bình thường	29 (50,0)	31 (47,0)	25 (56,8)	85 (50,6)
	Tăng	29 (50,0)	35 (53,0)	19 (43,2)	83 (49,4)
	Mean ±SD	10,0 ± 3,9	10,7 ± 3,9	10,6 ± 4,6	10,8 ± 4,1
Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (%)	Giảm	0 (0)	1 (1,5)	1 (2,3)	2 (1,2)
	Bình thường	41 (70,7)	48 (72,7)	25 (56,8)	114 (67,9)
	Tăng	17 (29,3)	17 (25,8)	18 (40,9)	52 (31,0)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số bạch cầu tăng là 49,4%. Số lượng bạch cầu trung bình của bệnh nhân là $10,8 \pm 4,1$ G/l. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính tăng là 31,0%.

Bảng 7. Hình ảnh X-quang phổi của người bệnh (n=168)

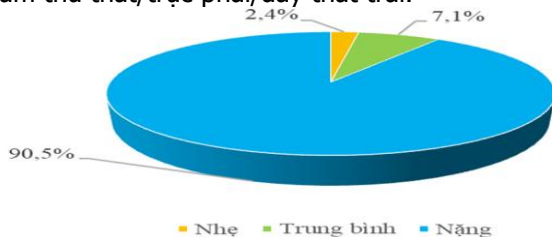
Số đợt cấp Thông số	1 - 2 (n=58)	3 (n=66)	≥ 4 (n=44)	Tổng (n=168)
Hội chứng khí phế thũng	0 (0)	0 (0)	1 (0,6)	1 (0,6)
Hình đám mờ phổi	0 (0)	1 (1,5)	0 (0)	1 (0,6)
Hội chứng mạch máu	0 (0)	0 (0)	1 (2,3)	1 (0,6)
Hình phổi bản	20 (34,5)	17 (25,8)	4 (9,1)	41 (24,4)
Ứ khí	2 (3,4)	4 (6,1)	2 (4,5)	8 (4,8)

Nhận xét: Tổn thương trên X-quang phổi hay gặp nhất là hình ảnh phổi bản (24,4%); ứ khí ở phổi (4,8%).

Bảng 8. Kết quả điện tâm đồ của bệnh nhân

Số đợt cấp Thông số	1 - 2 (n=58)	3 (n=66)	≥ 4 (n=44)	Tổng (n=168)
Dày nhĩ phải	1 (1,7)	0 (0)	0 (0)	1 (0,6)
Dày thất phải	0 (0)	2 (3,0)	0 (0)	2 (1,2)
Block nhánh phải	2 (3,4)	3 (4,5)	1 (2,3)	6 (3,6)
Ngoại tâm thu thất	2 (3,4)	0 (0)	0 (0)	2 (1,2)
Trục phải	1 (1,7)	0 (0)	1 (2,3)	2 (1,2)
Dày thất trái	0 (0)	2 (3,0)	0 (0)	2 (1,2)

Nhận xét: Đa số người bệnh có hình ảnh điện tâm đồ bình thường. Có 6 bệnh nhân block nhánh phải; 2 bệnh nhân dày thất phải/ngoại tâm thu thất/trục phải/dày thất trái.



Biểu đồ 2: Mức độ nặng của đợt cấp theo Anthonisen (n=168)

Nhận xét: Phân loại mức độ bệnh theo Anthonisen, đa số bệnh nhân vào viện trong tình trạng nặng (90,5%); mức độ trung bình là 7,1%; mức độ nhẹ 2,4%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh. Kết quả tại bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của người bệnh là 72,75 tuổi, thấp nhất là

47 tuổi, cao nhất là 95 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Phổi Hải Dương năm 2021 cho thấy 82,3% bệnh nhân có độ tuổi từ 60 tuổi trở lên. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $68,17 \pm 9,80$ tuổi; thấp nhất là 38 tuổi; cao nhất là 96 tuổi [6]. Về giới tính, trong nghiên cứu nam giới chiếm tỷ lệ tương đối cao 85,1%, phản ánh thực trạng đặc điểm chung người mắc COPD nam giới cao hơn nữ giới. Điều này cũng phù hợp với y văn thế giới cho rằng yếu tố nguy cơ hàng đầu gây COPD là hút thuốc lá, tỷ lệ nam giới hút thuốc lá cao hơn nữ. Đồng thời, trong nghiên cứu có tới 81% người bệnh đã hoặc đang hút thuốc. Kết quả tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Hương năm 2017, 81,2% người bệnh hút thuốc lá, trong đó 91,7% là nam giới [7].

Đặc điểm lâm sàng của người bệnh.

Khảo sát lý do vào viện của người bệnh, 99,4% người bệnh vào viện vì lý do ho tăng; tiếp theo là khạc đờm tăng 98,3%; khó thở tăng 98,2%; đờm mủ 89,3%; sốt 6,5% và chỉ có 4,2% người bệnh rối loạn ý thức. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Đợi (2017) khó thở tăng, ho tăng, khạc đờm tăng là 3 lý do chính khiến người bệnh nhập viện [8]. Đồng thời, y văn điển hình về đợt cấp COPD cũng cho thấy ho khạc đờm và khó thở mạn tính là 2 triệu chứng kinh điển của COPD, trong đợt cấp các triệu chứng này thường biểu hiện mức độ cao hơn bình thường và tính chất khác hơn như tăng số lượng đờm, thay đổi màu sắc đờm, tăng mức độ khó thở, sốt.

Về dấu hiệu sinh tồn của người bệnh, các chỉ số mạch và huyết áp đa số ở giới hạn bình thường, trong khi đó tần số thở cao hơn ngưỡng bình thường. Kết quả tần số mạch trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu tại bệnh viện Kiến An năm 2018 với tần số mạch trung bình là $106,8 \pm 16,9$ lần/phút, tần số thở trung bình $25,6 \pm 2,8$ lần/phút [9].

Về triệu chứng thực thể, trong thực hành lâm sàng đợt cấp COPD thường gặp các triệu chứng RRPN giảm, ran rít, ran ngáy, ran ẩm, ran nổ. Điều này giải thích nguyên nhân dẫn đến đợt cấp chủ yếu là nhiễm khuẩn phổi, phế quản gây tăng tiết dịch phế quản và làm tắc nghẽn đường thở nên khi nghe phổi thường có ran ở phổi. Khi hết đợt cấp, người bệnh ổn định triệu chứng ở phổi chủ yếu là RRPN giảm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng thường gặp nhất là RRPN giảm (90,5%); ran rít 51,2%; ran ngáy 42,9%; ran ẩm 31,0%. Triệu chứng thể hiện mức độ nặng của bệnh như co kéo cơ hô hấp chiếm tỷ lệ khá cao (61,3%). Kết quả nghiên

cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lý (2018) tại bệnh viện Kiến An, triệu chứng gặp nhiều nhất là RRPN giảm 85,1%, ran rít 67,8%, ran ngáy 64,4%, ran ẩm 54% [9].

Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh.

Nhiễm trùng là một trong những tác nhân gây ra đợt cấp, là một trong yếu tố chỉ điểm viêm, do vậy bạch cầu máu trong đợt cấp có thể cao hơn so với COPD giai đoạn ổn định. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số lượng bạch cầu trung bình của bệnh nhân là $10,8 \pm 4,1$ G/l. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số bạch cầu tăng là 49,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính tăng là 31,0%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với biểu hiện lâm sàng của người bệnh. Đồng thời, chụp X-quang phổi là xét nghiệm thường quy rất có giá trị trong theo dõi và chẩn đoán biến chứng COPD đặc biệt trong đợt cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương trên X-quang phổi hay gặp nhất là hình ảnh phổi bần (24,4%); ứ khí ở phổi (4,8%).

V. KẾT LUẬN

Căn cứ triệu chứng lâm sàng của người bệnh đợt cấp COPD, phân loại theo Anthonisen có 90,5% người bệnh vào viện trong tình trạng nặng, mức độ trung bình là 7,1% và 2,4% mức độ nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 2023 [cited 20/07/2023]; Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).
2. **Adeloye D, Song P, Zhu Y, et al.** Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Respir Med.* 2022;10(5):447-58.
3. **D'Anna SE, Balbi B, Cappello F, et al.** Bacterial-viral load and the immune response in stable and exacerbated COPD: significance and therapeutic prospects. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016;11:445-53.
4. **Bộ Y tế.** Quyết định số 4562/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 19 tháng 7 năm 2018 Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính". Hà Nội.
5. **Gerritsen WB, Asin J, Zanen P, et al.** Markers of inflammation and oxidative stress in exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *Respir Med.* 2005;99(1):84-90.
6. **Phạm Thị Hồng Thanh.** Thực trạng quản lý điều trị và một số yếu tố liên quan đến tần suất mắc nhiều đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện phổi Hải Dương [Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II]: Trường Đại học Y Dược Hải Phòng; 2021.
7. **Nguyễn Thị Thanh Hương.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại khoa Hô hấp - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Trì - Hải Phòng [Luận văn Thạc sĩ Y học]: Trường Đại học Y Dược Hải Phòng; 2017.
8. **Nguyễn Quang Đợi, Hoàng Hồng Thái, Chu Thị Hạnh Hạnh.** Tỷ lệ và yếu tố nguy cơ tắc động mạch phổi trong đợt cấp bệnh nhân đợt cấp phổi tắc nghẽn mạn tính. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2018;1(472):89 - 93.
9. **Nguyễn Thị Lý.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Kiến An [Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II]: Trường Đại học Y Dược Hải Phòng; 2018.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY THẦN KINH HÔNG TO DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN

Đinh Văn Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị đau dây thần kinh hông to do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng bài thuốc y học cổ truyền kết hợp với điện châm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng có đối chứng, so sánh hiệu quả trước sau điều trị. 60 bệnh nhân không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu, được chia thành 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu sử dụng bài thuốc y học cổ truyền kết hợp điện châm; nhóm đối chứng sử dụng điện châm. **Kết quả:** Sau điều trị, điểm VAS trung bình của nhóm nghiên cứu giảm từ $5,70 \pm 1,09$ điểm xuống còn $2,17 \pm 0,79$ điểm và giảm nhiều hơn so với nhóm chứng (từ $5,57 \pm 0,90$ điểm xuống $2,70 \pm 0,54$ điểm) với $p < 0,05$; độ giãn cột sống thắt lưng và tầm vận động cột sống thắt lưng cải thiện hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Bài thuốc y học cổ truyền kết hợp điện châm có hiệu quả giảm đau và cải thiện tốt tầm vận động trên bệnh nhân đau thần kinh tọa do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. **Từ khóa:** Đau thần kinh hông to, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, điện châm, bài thuốc y học cổ truyền.

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Văn Dũng

Email: dinhvandung8tu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025