

tuổi, đặc biệt ở bề dày vỏ. Hệ động mạch thận cũng thu hẹp nhẹ theo tuổi, phản ánh sự lão hóa mạch máu. Những dữ liệu này cung cấp thông tin tham chiếu quan trọng trong chẩn đoán hình ảnh, điều trị bệnh thận và ghép thận, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kích thước thận có sự khác biệt theo giới tính và tuổi tác, với thận nam lớn hơn thận nữ và bề dày vỏ thận giảm dần theo tuổi ($p < 0,05$). Động mạch thận phải dài hơn động mạch thận trái, trong khi tĩnh mạch thận trái dài hơn tĩnh mạch thận phải.

Biến thể mạch máu thận phổ biến, với 22,1% số thận có nhiều hơn một động mạch, 1,5% có hai tĩnh mạch thận và 5,1% động mạch thận phân nhánh sớm.

Kết quả này cung cấp dữ liệu quan trọng trong chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật ghép thận và can thiệp mạch máu, giúp nâng cao độ chính xác và giảm thiểu biến chứng [5].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thành Nam.** (2022). Khảo sát kích thước thận ở người trưởng thành bằng phương pháp cắt lớp vi tính. Tạp chí Y Dược học Quân sự.

2. **Hoàng Thị Vân Hoa.** (2020). Đánh giá giải phẫu hệ động mạch thận trên người hiến thận sống bằng chụp cắt lớp vi tính đa dãy. Tạp chí Y học Việt Nam.
3. **Nguyễn Quốc Hưng.** (2019). Đặc điểm mạch máu thận trên hình ảnh chụp CLVT ở người trưởng thành. Tạp chí Y học Việt Nam.
4. **Vũ Ngọc Thắng.** (2019). Đặc điểm mạch máu thận trên hình ảnh chụp CLVT 128 dãy. Tạp chí Chẩn đoán hình ảnh Việt Nam.
5. **Ballesteros M., et al.** (2013). Anatomical variants of renal veins: A meta-analysis of prevalence. Scientific Reports, 3:3075.
6. **Emamian M., Nielsen M.B., Pedersen J.F.** (1993). Kidney dimensions at sonography: Correlation with age, sex, and habitus in 665 adult volunteers. American Journal of Roentgenology, 160(1):83-86.
7. **Gümüş H., Bükte Y., Ozdemir E., et al.** (2012). Variations of renal artery in 820 patients using 64-detector CT-angiography. Ren Fail, 34(3):286-290.
8. **Guyton AC, Hall JE.** (2016). Textbook of Medical Physiology. 13th ed. Elsevier.
9. **Hatice Gumus, et al.** (2020). Variations of renal artery in 820 patients using 64-detector CT-angiography. Ren Fail, 34(3):286-290.
10. **Mounier-Vehier C., et al.** (2002). Age-related changes in renal function and structure: A longitudinal study. Nephrology Dialysis Transplantation.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TỶ LỆ ĐỢT CẤP CỦA NGƯỜI BỆNH COPD ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Quang Hùng¹, Hoàng Thị Chang¹, Nguyễn Minh Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ đợt cấp của người bệnh COPD được quản lý và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 91 người bệnh COPD điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2024. Dữ liệu thu thập qua phỏng vấn trực tiếp, bộ câu hỏi CAT, mMRC và hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $70,9 \pm 9,7$, nam giới chiếm 76,9%. Tỷ lệ bệnh đồng mắc cao (76,3%), phổ biến nhất là tăng huyết áp (46,2%) và đái tháo đường (22,0%). Triệu chứng hô hấp dai dẳng chiếm ưu thế, đặc biệt là khó thở (91,2%), ho (83,5%) và đờm (79,1%), nặng hơn vào buổi sáng (60,4%). Điểm mMRC trung bình là $2,1 \pm 1,1$ điểm, CAT trung bình là $15,8 \pm 6,0$ điểm. Phân loại theo GOLD cho thấy nhóm

D chiếm đa số (60,4%). Tỷ lệ người bệnh có ít nhất một đợt cấp trong năm là 71,4%, với trung bình $2,5 \pm 1,4$ đợt/năm, trong đó 50,5% cần nhập viện. **Kết luận:** Người bệnh COPD có gánh nặng triệu chứng lớn, tỷ lệ bệnh đồng mắc và nguy cơ đợt cấp cao. Việc quản lý toàn diện bao gồm kiểm soát triệu chứng, dự phòng đợt cấp và quản lý bệnh đồng mắc là cần thiết nhằm giảm thiểu tần suất đợt cấp và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Từ khóa: COPD, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đợt cấp, điều trị ngoại trú

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND EXACERBATION RATE OF COPD PATIENTS UNDERGOING OUTPATIENT TREATMENT AT VIETTIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics and exacerbation rates of COPD patients managed and treated on an outpatient basis at VietTiep Friendship Hospital in 2025. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 91 COPD patients receiving outpatient treatment at Viet Tiep Friendship Hospital from from January to March 2024. Data were collected through direct interviews, CAT

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Hùng

Email: hungtintmh125@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025

and mMRC questionnaires, and medical records. **Results:** The average age was 70.9 ± 9.7 years, with males accounting for 76.9%. The comorbidity rate was high (76.3%), with hypertension (46.2%) and diabetes (22.0%) being the most common. Persistent respiratory symptoms were predominant, particularly dyspnea (91.2%), cough (83.5%), and sputum production (79.1%), with symptoms worsening in the morning (60.4%). The average mMRC score was 2.1 ± 1.1 , and the average CAT score was 15.8 ± 6.0 . GOLD classification showed that the majority of patients belonged to group D (60.4%). The proportion of patients experiencing at least one exacerbation per year was 71.4%, with an average of 2.5 ± 1.4 exacerbations annually, of which 50.5% required hospitalization. **Conclusion:** COPD patients experience a high symptom burden, significant comorbidities, and a high risk of exacerbations. Comprehensive management, including symptom control, exacerbation prevention, and comorbidity management, is essential to reduce exacerbation frequency and improve patients' quality of life.

Keywords: COPD, chronic obstructive pulmonary disease, exacerbation, outpatient treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là tình trạng viêm niêm mạc đường thở mạn tính do luồng khí bị tắc nghẽn ở phổi, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, COPD gây ra 3,5 triệu ca tử vong vào năm 2021, đứng thứ tám trong nguyên nhân gây ra tình trạng sức khỏe kém và đứng thứ tư nguyên nhân gây tử vong trên toàn thế giới [7]. Bệnh đặc trưng bởi đặc trưng bởi tình trạng tắc nghẽn đường thở không hồi phục hoàn toàn, tiến triển nặng dần theo thời gian, làm suy giảm nghiêm trọng chất lượng sống của người bệnh và đặt ra thách thức lớn trong quản lý điều trị.

Hút thuốc lá và già hóa dân số được xem là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây ra COPD. Ngoài ra, việc tiếp xúc với khói bếp và ô nhiễm không khí trong nhà cũng là những yếu tố nguy cơ quan trọng, đặc biệt ở các nước đang phát triển [5]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc COPD tại thành thị cao hơn so với ở nông thôn có thể do thành thị ô nhiễm hơn [6]. Tỷ lệ mắc COPD từ 40 tuổi trở lên là 7,1% đối với nam và 1,9% với nữ. Tỷ lệ mắc COPD được dự đoán sẽ tăng cao trong các năm tới, đến năm 2030 ước tính có trên 4,5 triệu trường hợp tử vong hàng năm do COPD và các rối loạn liên quan [4].

Người bệnh COPD có thể trải qua nhiều đợt cấp mỗi năm, với tỷ lệ tái phát cao làm trầm trọng thêm các triệu chứng hô hấp, có thể dẫn đến suy hô hấp, nhập viện và tăng nguy cơ tử vong. Theo nghiên cứu của Phan Thanh Thủy tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa, Bệnh viện Phổi

Thanh Hoá và Bệnh viện Phổi Hải Phòng số người bệnh COPD có đợt cấp trong năm vừa qua chiếm 47,9%, trong đó có tới 83,7% người bệnh phải nhập viện điều trị [3].

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp là một trong những cơ sở y tế hàng đầu tại thành phố Hải Phòng, tiếp nhận, điều trị và quản lý điều trị nhiều người bệnh mắc COPD. Tuy nhiên, hiện tại vẫn thiếu các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ đợt cấp của người bệnh COPD tại đây. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ đợt cấp của người bệnh COPD được quản lý và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên người bệnh COPD (giai đoạn 1–4) đang được quản lý điều trị tại Phòng khám quản lý Hen và COPD, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp. Người bệnh không tỉnh táo hoặc không đủ khả năng tham gia nghiên cứu sẽ bị loại trừ. Hồ sơ nghiên cứu bao gồm bệnh án của các người bệnh được khám và điều trị tại các khoa trên, có sự đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Phòng khám quản lý Hen và COPD, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

Thời gian: tháng 1 đến tháng 3 năm 2025

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ trong nghiên cứu cắt ngang

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

Trong đó:

- n là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu
- $Z_{(1-\alpha/2)}$ là hệ số tin cậy ứng với độ tin cậy 95% ($\alpha=0,05$), $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$
- p: tỷ lệ đợt cấp mức độ nặng phải nhập viện của người bệnh COPD, lấy $p = 0,837$ theo nghiên cứu của Phan Thanh Thủy [3]
- d: là sai số tuyệt đối. Lấy $d=0,08$

Thay số vào ta tính được cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu là 81 đối tượng. Thực thể đã tiến hành nghiên cứu trên 91 người bệnh.

Chọn mẫu: Tất cả các người bệnh COPD đang được quản lý điều trị khi tới khoa Phòng khám quản lý Hen và COPD, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp đáp ứng tiêu chí chọn mẫu được mời tham gia nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm thông tin chung: Tuổi, giới tính,

nơi cư trú, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hút thuốc, tình trạng sử dụng rượu bia, tiền sử gia đình có người mắc COPD.

Đặc điểm lâm sàng: Ho, có đờm, khó thở, khó khè, cơn khó chịu ở phổi, khó khè nặng hơn vào buổi sáng, có triệu chứng ở mũi, điểm mMRC, điểm CAT, phân loại COPD theo GOLD.

Tỷ lệ đợt cấp: Số người bệnh có đợt cấp, trung bình đợt cấp trong năm, tỷ lệ người bệnh có đợt cấp nhẹ (điều trị ngoại trú), tỷ lệ người bệnh có đợt cấp nặng (nhập viện), trung bình đợt cấp nhập viện.

2.6. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ công cụ: Nghiên cứu sử dụng phiếu phỏng vấn được thiết kế sẵn (gồm 3 phần: các đặc điểm cá nhân của người bệnh, bộ câu hỏi tự trả lời gồm bảng điểm CAT và mMRC) và hồ sơ bệnh án nghiên cứu.

Phương pháp thu thập: Người bệnh được tiếp cận sau khi chẩn đoán và được cung cấp thông tin về nghiên cứu. Nếu đồng ý tham gia, họ sẽ trải qua phỏng vấn trực tiếp để thu thập thông tin cá nhân và tự trả lời bảng điểm CAT và mMRC trong khoảng 10-15 phút dưới sự giám sát của điều tra viên. Cuối cùng, hồ sơ bệnh án được xem xét để bổ sung các thông tin lâm sàng cần thiết.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu. Tất cả các thông tin thu thập được nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1 sau đó được chuyển vào phần mềm SPSS 20.0 để phân tích. Số liệu sau khi được làm sạch được phân tích chính thức theo mục tiêu nghiên cứu. Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (SD), trong khi các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học của bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp thông qua. Việc thu thập thông tin đều được sự chấp thuận tự nguyện của các đối tượng nghiên cứu. Thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật và chỉ sử dụng nhằm mục đích phục vụ cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

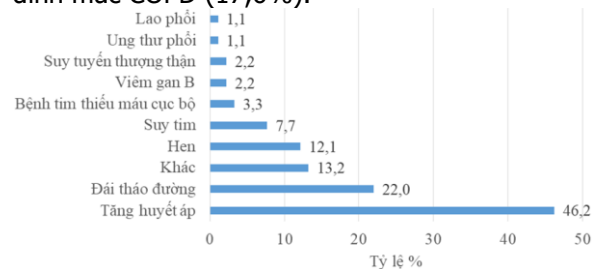
3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n=91)

Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	40-59 tuổi	8	8,8
Tuổi trung bình ± ĐLC: 70,9 ± 9,7	60-79 tuổi	70	76,9
Nhỏ nhất - lớn	≥ 80 tuổi	13	14,3

nhất: 41-92			
Giới tính	Nam	70	76,9
	Nữ	21	23,1
Nơi cư trú	Nông thôn	19	20,9
	Thành thị	72	79,1
Trình độ học vấn	<THPT	43	47,3
	≥THPT	48	52,7
Nghề nghiệp	Hưu trí	56	61,5
	Cán bộ/viên chức, kinh doanh	2	2,2
	Làm ruộng, khác	33	36,3
Tình trạng hút thuốc	Không hút thuốc	22	24,2
	Đã từng hút thuốc	64	70,3
	Hiện tại đang hút	5	5,5
Tình trạng sử dụng rượu bia	Chưa bao giờ uống	63	69,2
	Thi thoảng	27	29,7
	Hàng tuần	1	1,1
Tiền sử gia đình có người mắc COPD	Có	75	82,4
	Không	16	17,6

Bảng 1 cho thấy đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 70,9 ± 9,7 tuổi, trong đó phần lớn thuộc nhóm tuổi từ 60-79 (76,9%), nam giới chiếm ưu thế với 76,9%, đa số người bệnh ở khu vực thành thị 76,9%. Về trình độ học vấn, 47,3% người bệnh có trình độ dưới THPT. Phần lớn người bệnh là người hưu trí (61,5%), trong khi nhóm làm ruộng hoặc nghề khác chiếm 36,3%. Có 70,3% người bệnh từng hút thuốc và 5,5% hiện vẫn đang hút. Về tình trạng sử dụng rượu bia, đa số người bệnh chưa bao giờ uống (69,2%) hoặc chỉ uống thi thoảng (29,7%). Tỷ lệ thấp người bệnh có tiền sử người thân trong gia đình mắc COPD (17,6%).



Biểu đồ 1. Tình trạng các bệnh đồng mắc của người bệnh COPD

Trong 91 người bệnh tham gia nghiên cứu, có 76,3% đối tượng có ít nhất 1 bệnh đồng mắc với COPD với tỷ lệ trong biểu đồ 1, trong đó bệnh đồng mắc thường gặp là tăng huyết áp (46,2%), đái tháo đường (22,0%)

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Một số triệu chứng của bệnh COPD trên đối tượng nghiên cứu (n=91)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
-------------	----------	---------

Ho	Hầu hết các ngày/nhiều ngày trong tuần	76	83,5
	Không bao giờ/khi có viêm phổi	15	16,5
Có đờm	Hầu hết các ngày/nhiều ngày trong tuần	72	79,1
	Không bao giờ/khi có viêm phổi	19	20,9
Khó thở	Hầu hết các ngày/nhiều ngày trong tuần	83	91,2
	Không bao giờ/khi có viêm phổi	8	8,8
Khò khè	Hầu hết các ngày/nhiều ngày trong tuần	62	68,1
	Không bao giờ/khi có viêm phổi	29	31,9
Cơ khó chịu ở phổi (trong 3 tháng qua)	Từ 2 cơn trở lên	40	44,0
	1-2 cơn	21	23,1
	Không có cơn nào	30	33,0
Khò khè nặng hơn vào buổi sáng	Có	55	60,4
	Không	36	39,6
Có triệu chứng ở mũi (chảy mũi, giảm khứu, tắc nghẽn)	Có	58	63,7
	Không	33	36,3

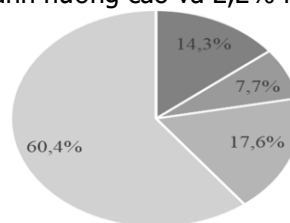
Bảng 2 cho thấy hầu hết người bệnh COPD có triệu chứng hô hấp dai dẳng, nổi bật là khó thở (91,2%), ho (83,5%), đờm (79,1%), và khò khè (68,1%), đặc biệt nặng hơn vào buổi sáng (60,4%). Các cơn khó chịu ở phổi trong 3 tháng qua khá phổ biến (44% có từ 2 cơn trở lên). Ngoài ra, 63,7% người bệnh có triệu chứng ở mũi.

Bảng 3. Đánh giá mức độ khó thở và tác động của COPD ảnh hưởng đến sức khỏe và cuộc sống hàng ngày

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ %
Điểm mMRC Trung bình: 2,1 ± 1,1 điểm	Điểm 0	8	8,8
	Điểm 1	18	19,8
	Điểm 2	27	29,7
	Điểm 3	29	31,9
	Điểm 4	9	9,9
Điểm CAT Trung bình: 15,8 ± 6,0	Thấp (<10 điểm)	11	12,1
	Trung bình (10-20 điểm)	61	67,0
	Cao (21-30 điểm)	17	18,7
	Rất cao (>30 điểm)	2	2,2

Đánh giá mức độ khó thở theo thang điểm mMRC cho thấy phần lớn người bệnh có khó thở mức trung bình đến nặng, với điểm trung bình

2,1 ± 1,1. Cụ thể, 31,9% người bệnh ở mức độ 3 và 9,9% ở mức độ 4. Thang điểm CAT phản ánh tác động của COPD lên sức khỏe, với điểm trung bình 15,8 ± 6,0. Đa số người bệnh (67%) thuộc nhóm ảnh hưởng trung bình, trong khi 18,7% có ảnh hưởng cao và 2,2% rất cao.



■ Nhóm A ■ Nhóm B ■ Nhóm C ■ Nhóm D
Biểu đồ 2: Phân loại COPD theo GOLD (n=91)

Phân loại COPD theo GOLD cho thấy đa số người bệnh thuộc nhóm D (60,4%) Tỷ lệ người bệnh nhóm C cũng đáng kể (17,6%). Nhóm A và B chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 14,3% và 7,7%.

3.3. Tỷ lệ đợt cấp COPD trong năm

Bảng 4. Số đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (n=91)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ %
Số người bệnh có đợt cấp	Có	65	71,4
	không	26	28,6
Trung bình đợt cấp trong năm	TB ±ĐLC	2,5 ± 1,4	
	Nhỏ nhất-lớn nhất	0-13	
Tỷ lệ người bệnh có đợt cấp nhẹ (điều trị ngoại trú)		45	49,5
Tỷ lệ người bệnh có đợt cấp nặng (nhập viện)		46	50,5
Trung bình đợt cấp nhập viện	TB ±ĐLC	2,8 ± 2,4	
	Nhỏ nhất-lớn nhất	1-13	

Phần lớn người bệnh COPD (71,4%) trải qua ít nhất một đợt cấp trong năm, với số đợt cấp trung bình là 2,5 ± 1,4 đợt, dao động từ 0 đến 13 đợt. Trong đó, tỷ lệ đợt cấp nhẹ (điều trị ngoại trú) chiếm 49,5%, trong khi đợt cấp nặng (nhập viện) chiếm 50,5%. Số đợt cấp phải nhập viện trung bình là 2,8 ± 2,4 đợt.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy độ tuổi trung bình là 70,9 ± 9,7 tuổi, chủ yếu thuộc nhóm 60-79, phản ánh COPD thường gặp ở người cao tuổi do quá trình lão hóa phổi và sự tích lũy các yếu tố nguy cơ kéo dài như hút thuốc, ô nhiễm môi trường, và tiếp xúc nghề nghiệp. Nam giới chiếm ưu thế (76,9%), phù hợp với nghiên cứu trước đây của Phan Thanh Thủy (85,8) [3]. Điều này có thể lý giải bởi tỷ lệ hút thuốc ở nam giới cao hơn đáng

kể so với nữ giới, đặc biệt ở các thể hệ lớn tuổi, dẫn đến nguy cơ mắc COPD cao hơn. Bên cạnh đó, nam giới cũng có xu hướng tiếp xúc nhiều hơn với các yếu tố nguy cơ nghề nghiệp như khói bụi và hóa chất. Phần lớn người bệnh sống ở khu vực thành thị (76,9%), điều này có thể liên quan đến mức độ phơi nhiễm với ô nhiễm không khí, khói bụi công nghiệp, và các yếu tố môi trường đô thị khác, tương tự với quan sát của Nguyễn Đức Thọ [1].

Hút thuốc là yếu tố nguy cơ hàng đầu trong sự phát triển và tiến triển của COPD [5]. ý lệ người bệnh từng hút thuốc trong nghiên cứu này là 70,3%, cao hơn so với Thủy và cộng sự (61,9%), có thể do đặc điểm quần thể nghiên cứu, nơi việc hút thuốc từng phổ biến hơn, đặc biệt ở nam giới lớn tuổi. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh hiện vẫn hút thuốc chỉ chiếm 5,5%, thấp hơn đáng kể so với Phan Thanh Thủy (20,8%) [3]. Sự khác biệt này có thể phản ánh hiệu quả của các chương trình cai thuốc lá hoặc sự thay đổi nhận thức về tác hại của thuốc lá theo thời gian. Ngoài ra, người bệnh trong nghiên cứu này có độ tuổi trung bình cao hơn, nhiều người có thể đã ngừng hút thuốc do bệnh tiến triển hoặc sức khỏe suy giảm. Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của các chương trình quản lý ngoại trú trong việc hỗ trợ cai thuốc và nâng cao nhận thức về kiểm soát.

Tỷ lệ bệnh đồng mắc cao (76,3%) phản ánh tính phức tạp của COPD, khi bệnh không chỉ ảnh hưởng đến hệ hô hấp mà còn liên quan chặt chẽ đến các bệnh lý toàn thân. Tăng huyết áp chiếm 46,2% và đái tháo đường 22,0%, cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Thủy (28,8% tăng huyết áp) [3], cho thấy sự khác biệt có thể xuất phát từ đặc điểm quần thể nghiên cứu, độ tuổi trung bình cao hơn hoặc tình trạng kiểm soát bệnh lý nền kém. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thành, khi bệnh đồng mắc là yếu tố thường gặp ở người bệnh COPD, góp phần làm tăng mức độ nặng và nguy cơ đợt cấp [2]. Sự hiện diện của nhiều bệnh lý cùng lúc đòi hỏi các chiến lược điều trị toàn diện, không chỉ tập trung vào kiểm soát triệu chứng hô hấp mà còn cần quản lý các bệnh đồng mắc, giảm thiểu nguy cơ biến chứng và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

Triệu chứng hô hấp dai dẳng như khó thở, ho, đờm và khô khè, đặc biệt nặng hơn vào buổi sáng, phản ánh rõ nét đặc điểm sinh lý bệnh học của COPD, khi tình trạng tắc nghẽn đường thở thường trầm trọng hơn vào ban đêm và sáng sớm do giảm trương lực cơ đường thở và ứ đọng dịch tiết. Mức độ khó thở theo thang điểm

mMRC trung bình là $2,1 \pm 1,1$, tương đương với kết quả của Phan Thanh Thủy (mMRC ≥ 2 chiếm 57,7%) [3], cho thấy phần lớn người bệnh trong cả hai nghiên cứu đều có khó thở mức trung bình đến nặng.

Điểm CAT trung bình là $15,8 \pm 6,0$ điểm tương đồng với tác giả Phan Thanh Thủy ($15,1 \pm 4,3$ điểm) [3] cho thấy tác động đáng kể của COPD lên sức khỏe và chất lượng cuộc sống, đặc biệt ở nhóm người bệnh có triệu chứng nặng. Phân loại theo GOLD cho thấy phần lớn người bệnh thuộc nhóm D (60,4%) và nhóm C (17,6%), tương đồng với các nghiên cứu trước đó, phản ánh quần thể nghiên cứu chủ yếu là những người bệnh có triệu chứng nặng và nguy cơ đợt cấp cao. Điều này củng cố nhận định của tác giả Nguyễn Văn Thành về tầm quan trọng của việc quản lý chặt chẽ người bệnh thuộc nhóm nguy cơ cao để hạn chế đợt cấp nghiêm trọng [2].

Tỷ lệ người bệnh trải qua ít nhất một đợt cấp trong năm là 71,4%, cao hơn so với nghiên cứu của Phan Thanh Thủy (47,9%) [3]. Sự khác biệt này có thể do quần thể nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình cao hơn, tỷ lệ bệnh đồng mắc lớn hơn, hoặc do sự khác biệt trong việc tiếp cận các dịch vụ quản lý bệnh ngoại trú giữa các cơ sở y tế. Tỷ lệ đợt cấp nhẹ và nặng tương đương nhau (49,5% và 50,5%) [3], phản ánh nguy cơ nhập viện cao. Kết quả này tương đồng với kết quả của Nguyễn Văn Thành, khi 36,1% người bệnh có từ hai đợt cấp trở lên mỗi năm [2], nhấn mạnh vai trò của quản lý ngoại trú trong việc kiểm soát bệnh và giảm thiểu đợt cấp. Sự khác biệt trong tỷ lệ đợt cấp cũng gợi ý rằng việc tiếp cận điều trị sớm, quản lý triệu chứng, và dự phòng đợt cấp cần được chú trọng hơn, đặc biệt ở nhóm người bệnh nguy cơ cao.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy người bệnh COPD có độ tuổi trung bình $70,9 \pm 9,7$ tuổi, chủ yếu từ 60–79 tuổi, với nam giới chiếm 76,9%. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ chính (70,3% từng hút thuốc), và tỷ lệ bệnh đồng mắc cao (76,3%), đặc biệt là tăng huyết áp (46,2%) và đái tháo đường (22,0%). Triệu chứng hô hấp nổi bật với khó thở (91,2%), ho (83,5%), đờm (79,1%), khô khè (68,1%), nặng hơn vào buổi sáng (60,4%). Điểm mMRC trung bình $2,1 \pm 1,1$ và CAT $15,8 \pm 6,0$ cho thấy gánh nặng triệu chứng lớn, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống. Phân loại theo GOLD, đa số người bệnh thuộc nhóm D (60,4%) và nhóm C (17,6%), cho thấy nguy cơ đợt cấp cao. Tỷ lệ người bệnh có ít nhất một đợt cấp trong năm là 71,4%, với trung

bình $2,5 \pm 1,4$ đợt/năm, trong đó 50,5% cần nhập viện, nhân mạng nguy cơ nhập viện cao và gánh nặng điều trị lớn. Kết quả trên nhấn mạnh sự cần thiết của quản lý toàn diện, bao gồm kiểm soát triệu chứng, dự phòng đợt cấp và quản lý bệnh đồng mắc. Đồng thời, việc tăng cường chương trình cai thuốc lá, cải thiện quản lý ngoại trú và phát hiện sớm nhóm nguy cơ cao là những giải pháp quan trọng nhằm giảm tần suất đợt cấp, hạn chế nhập viện và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh COPD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đức Thọ, Phạm Thu Xanh, Phạm Minh Khuê và cs.** Thực trạng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người dân từ 40 tuổi trở lên tại hai xã, thành phố Hải Phòng. Tạp chí Y học dự phòng. 2017; 27 (10), 11-18.
2. **Nguyễn Văn Thành, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Thanh Hải và cs.** Nghiên cứu thực trạng quản lý hen và COPD ở Việt Nam. Tạp chí Hô hấp. 2014; 17.
3. **Phan Thanh Thủy, Vũ Văn Giáp, Nguyễn Việt Nhung, Ngô Quý Châu.** 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. 2022; 160(12V1), 228-236.
4. **Bộ Y tế.** Quyết định số 2767/QĐ-BYT ngày 04/7/2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. 2023
5. **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.** Pocket Guide to COPD Diagnosis Management and Prevention, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2024
6. **Nguyen Viet N., Yunus F., Nguyen Thi Phuong A. et al.** The prevalence and patient characteristics of chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers in Vietnam and Indonesia: An observational survey. Respirology. 2015; 20(4), 602-611.
7. **World Health Organization.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 2024. [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))

NGHIÊN CỨU XÁC ĐỊNH NGƯỠNG CẮT TỐI ƯU CỦA CHỈ SỐ BẠCH CẦU TRUNG TÍNH/LYMPHO (NLR) VÀ TIỂU CẦU/LYMPHO (PLR) TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ DẠ DÀY

Nguyễn Thị Mai Ly¹, Trần Doanh Hiệu¹

Từ khóa: Ngưỡng cắt tối ưu, bạch cầu trung tính/lympho, tiểu cầu/lympho, ung thư dạ dày

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ác tính có xu hướng tăng trên toàn cầu. Phát triển chỉ số có giá trị sàng lọc và chẩn đoán UTDD ít/không xâm lấn là cần thiết. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định ngưỡng cắt tối ưu của chỉ số neutro/lympho (Neutrophil-To-Lymphocyte Ratio -NLR) và tiểu cầu/lympho (Platelet-Lymphocyte Ratio - PLR) trong sàng lọc, chẩn đoán UTDD. **Phương pháp:** Nghiên cứu này phân tích dữ liệu của 77 BN UTDD và 90 người khỏe mạnh, nhằm xác định ngưỡng cắt tối ưu và giá trị chẩn đoán của NLR và PLR theo ngưỡng cắt tối ưu được xác định. **Kết quả:** Ngưỡng cắt tối ưu của NLR và PLR tương ứng là 2.25 và 147.6 tại giá trị Youden cao nhất là 0.57 và 0.59. Phân định theo ngưỡng cắt tối ưu, có hơn 70% BN UTDD có tăng NLR/PLR, và chỉ có khoảng 15% người khỏe mạnh có tăng NLR/PLR. NLR và PLR có giá trị phân định UTDD với độ chính xác tương ứng 79.04% và 79.64%. **Kết luận:** Ngưỡng cắt tối ưu trong sàng lọc và chẩn đoán UTDD của chỉ số NLR và PLR tương ứng là 2.25 và 147.6. Các giá trị này có tiềm năng và độ tin cậy cao phục vụ thực hành lâm sàng.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân Y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Ly
Email: dr.nguyenmaily@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025
Ngày duyệt bài: 20.6.2025

SUMMARY

DETERMINING THE OPTIMAL CUT-OFF THRESHOLD NEUTROPHIL-TO-LYMPHOCYTE RATIO (NLR) AND PLATELET-LYMPHOCYTE RATIO (PLR) IN DIAGNOSIS OF GASTRIC CANCER

Objective: Gastric cancer (GC) is a common malignancy with high incidence and mortality rates, showing an increasing global trend. Therefore, the development of minimally or non-invasive screening and diagnostic biomarkers for GC is essential. This study aims to determine the optimal cut-off values of the neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) and platelet-to-lymphocyte ratio (PLR) for GC screening and diagnosis. **Methods:** The study analysed data from 77 GC patients and 90 healthy individuals to establish optimal cut-off values and diagnostic significance for NLR and PLR. **Results:** The optimal cut-off values for NLR and PLR were determined to be 2.25 and 147.6, respectively, with the highest Youden index values of 0.57 and 0.59. Based on these cut-off values, over 70% of GC patients exhibited increased NLR/PLR, while only about 15% of healthy individuals showed elevated levels. NLR and PLR demonstrated their ability to distinguish GC with respective accuracies of 79.04% and 79.64%. **Conclusion:** The optimal cut-off values for GC screening and diagnosis are 2.25 for