

- Association between metabolic parameters and risks of anemia and electrolyte disturbances among stages 3–5 chronic kidney disease patients in Taiwan. *BMC Nephrology*. 2021;22(1):385. doi:10.1186/s12882-021-02590-w
2. **Costa D, Patella G, Provenzano M, et al.** Hyperkalemia in CKD: an overview of available therapeutic strategies. *Front Med*. 2023;10. doi:10.3389/fmed.2023.1178140
 3. **Đặng Thị Việt Hà.** Khảo sát rối loạn điện giải ở bệnh nhân suy thận mạn tính. *Tạp chí y học Việt Nam* 2016;55-59
 4. **Trần Thị Kiều Phương.** Nghiên cứu đặc điểm lâm

sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và yếu tố thuận lợi gây hạ natri máu ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính tại khoa Thận - tiết niệu bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sỹ 2006.

5. **Hsieh MF, Wu IW, Lee CC, Wang SY, Wu MS.** Higher serum potassium level associated with late stage chronic kidney disease. *Chang Gung Med J*. 2011;34(4):418-425.
6. **Sirken G, Raja R, Garces J, Bloom E, Fumo P.** Contrast-induced translocational hyponatremia and hyperkalemia in advanced kidney disease. *Am J Kidney Dis*. 2004;43(2):e31-35. doi:10.1053/j.ajkd.2003.10.028

CHỈ SỐ THỂ TÍCH TRUNG BÌNH TIỂU CẦU Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Lưu Ngọc Mai¹, Đoàn Thị Phương Lan²,
Vũ Văn Giáp², Trần Đức Hùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát chỉ số thể tích trung bình tiểu cầu (Mean Platelet Volume-MPV) ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease-COPD). **Đối tượng & phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, cắt ngang trên 412 bệnh nhân COPD (128 nội trú; 284 ngoại trú), gồm 177 bệnh nhân đang trong đợt cấp và 235 bệnh nhân ở giai đoạn ổn định (Từ tháng 8/2023 đến tháng 9/2024) tại Bệnh viện Bạch Mai. Các thông số nghiên cứu: chỉ số lâm sàng, chức năng hô hấp (FEV₁, FVC, FEV₁/FVC), xét nghiệm máu: bạch cầu (WBC), bạch cầu đa nhân trung tính (Neu), Hemoglobin (Hb), CRP, tiểu cầu và MPV; phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20; đường cong ROC xác định điểm cắt MPV. **Kết quả:** Tuổi trung bình 71 ± 9 năm; đa số là nam giới. FEV₁(%) trung bình 43,45 ± 16,36; khác biệt giữa nhóm đợt cấp và ổn định không có ý nghĩa (p>0,05). Điểm cắt MPV = 7,95 fL, diện tích dưới đường cong (AUC) = 0,94, độ nhạy 84% và độ đặc hiệu 84%, p<0,001 trong phân biệt đợt cấp và đợt ổn định. Ở bệnh nhân nội trú, MPV tăng dần từ ngày 1→4→7; nhóm MPV ≥ 7,95 lâm sàng có xu hướng nặng hơn (Type 2–3) so với nhóm MPV < 7,95 fL (Type 1). **Kết luận:** MPV là chỉ số hỗ trợ phát hiện và gợi ý mức độ nặng đợt cấp COPD; điểm cắt 7,95 fL có giá trị chẩn đoán tốt. **Từ khóa:** Thể tích trung bình tiểu cầu, Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

SUMMARY

MEAN PLATELET VOLUME IN PATIENTS WITH

¹Bệnh viện Đa khoa Hoài Đức

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Hùng

Email: tranduchung2104@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

ACUTE EXACERBATIONS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Objective: To assess the utility of mean platelet volume (MPV) in identifying acute exacerbations of COPD (AECOPD) and predicting severity. **Methods:** Prospective cross-sectional study of 412 COPD patients (inpatients = 128; outpatients = 284), including 177 AECOPD and 235 stable cases (Aug-2023 to Sep-2024, Bach Mai Hospital). Pulmonary function, hematology/biochemistry, platelet indices and MPV were collected and analyzed (SPSS 20; ROC for MPV cut-off). **Results:** Mean age 71 ± 9 years; male predominance. Overall FEV₁(%) 43.45 ± 16.36 with non-significant differences between AECOPD and stable groups. MPV cut-off 7.95 fL, AUC = 0.94 (p<0.001), sensitivity = 84%, specificity = 84% for distinguishing AECOPD from stable COPD. MPV rose from day 1→4→7; MPV ≥ 7.95 associated with higher Anthonisen severity (Types 2, 3). **Conclusions:** MPV is a practical marker to support AECOPD identification and severity stratification; the 7.95 fL cut-off shows strong diagnostic performance.

Keywords: Mean platelet volume (MPV), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease-COPD) là một bệnh viêm mạn tính ở phổi, bệnh diễn biến nặng dần và có thể đe dọa mạng sống người bệnh. Các triệu chứng thường gặp của bệnh là ho khạc đờm kéo dài, khó thở tăng dần, khi bệnh tiến triển chất lượng cuộc sống của người bệnh giảm dần. Đợt cấp COPD là sự xấu đi một cách cấp tính của các triệu chứng hô hấp [4]. Bệnh nhân nhiều đợt cấp COPD có tỷ lệ tử vong cao hơn người bệnh COPD ít đợt cấp do các đợt cấp làm tăng tốc độ suy giảm chức năng phổi dẫn tới chất lượng cuộc sống đi xuống và cũng làm tăng

chi phí điều trị. Khoảng 50% - 70% nguyên nhân dẫn tới đợt cấp COPD do nhiễm trùng, 10% do yếu tố môi trường và 30% không rõ nguyên nhân [5]. Tuy nhiên, rất khó để chẩn đoán mức độ nặng các đợt cấp. Do vậy, cần có các chỉ số để đánh giá mức độ nặng của đợt cấp COPD. Có nhiều xét nghiệm máu để đánh giá mức độ nhiễm trùng và rối loạn trao đổi khí trong đợt cấp COPD như công thức bạch cầu, CRP, PCT, xét nghiệm khí máu. Theo các nghiên cứu, 25% bệnh nhân trong các đợt cấp COPD có tình trạng viêm mạn tính, huyết khối phổi từ đó dẫn tới rối loạn chức năng tiểu cầu. Khi tiểu cầu của người bệnh bắt đầu thay đổi, các chất trung gian hóa học bên trong được giải phóng gây tổn thương nội mô. Tiểu cầu tham gia vào quá trình sinh lý của các đợt cấp COPD thông qua hình thành huyết khối do rối loạn chức năng nội mô, đồng thời giải phóng các cytokine gây viêm [7]. Các nghiên cứu gần đây đã cho thấy vai trò của thể tích trung bình tiểu cầu (MPV) là một chỉ số đơn giản nhưng tiềm năng trong việc phản ánh tình trạng viêm và đợt cấp của COPD. Theo nghiên cứu của Wang và cộng sự (2013) đã cho thấy MPV có xu hướng giảm ở bệnh nhân COPD trong đợt cấp so với nhóm bệnh nhân ổn định [8]. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá MPV ở bệnh nhân đợt cấp COPD. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu khảo sát chỉ số MPV ở bệnh nhân đợt cấp COPD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 412 bệnh nhân COPD (128 nội trú; 284 ngoại trú), 177 bệnh nhân đang trong đợt cấp và 235 bệnh nhân ở giai đoạn ổn định, được quản lý/điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2023 đến tháng 9/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: - Các bệnh nhân được chẩn đoán COPD theo GOLD 2023: tuổi > 40; tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ; có triệu chứng lâm sàng: khó thở tăng dần theo thời gian, ho, khạc đờm mạn tính; FEV₁/FVC < 0,7 sau test hồi phục phế quản.

- Các bệnh nhân đang trong đợt cấp COPD: chẩn đoán xác định theo GOLD 2023 [4] và phân loại mức độ nặng theo tiêu chuẩn Anthonisen [3].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Khó thở nguyên nhân khác như hen phế quản, suy tim sung huyết, viêm tiểu phế quản, giãn phế quản.

- Các bệnh có ảnh hưởng đến nồng độ MPV như đợt cấp lao, viêm loét đại trực tràng, bệnh tim mạch, ung thư biểu mô.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả, cắt ngang, lấy mẫu thuận tiện.

2.2.2. Các bước tiến hành

- Đối với các bệnh nhân đã được chẩn đoán COPD được theo dõi tại Phòng quản lý bệnh phổi mạn tính tại khoa Khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai: hỏi bệnh sử, tiền sử bản thân, gia đình, khám lâm sàng, làm các xét nghiệm: công thức máu, chụp Xquang tim phổi, điện tâm đồ, siêu âm tim, đo chức năng hô hấp.

- Đối với các bệnh nhân có các triệu chứng nghi ngờ đợt cấp COPD điều trị tại trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai:

+ Hỏi bệnh sử, tiền sử bản thân, gia đình, khám lâm sàng

+ Xét nghiệm:

. Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: thực hiện vào ngày 1, ngày 4 và ngày 7.

. CRP hs: thực hiện vào ngày 1 và ngày 4 điều trị.

. Fibrinogen: thực hiện vào ngày 1 điều trị.

. Khí máu động mạch: thực hiện vào ngày 1 và ngày 4 điều trị.

. Chụp X-quang ngực thẳng hoặc chụp cắt lớp vi tính lồng ngực.

. Điện tâm đồ.

. Siêu âm doppler tim.

. Đo chức năng hô hấp: với những bệnh nhân đợt cấp COPD đã ổn định

2.3. Xử lý số liệu. Đối với các biến số định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn; các biến số định lượng có phân phối không chuẩn được mô tả bằng trung vị, khoảng tứ phân vị. Đối với các biến số định tính được mô tả bằng tần số, tỷ lệ phần trăm. Các biến số thuộc phân phối chuẩn, sử dụng kiểm định T-test để so sánh sự khác biệt trung bình giữa 2 nhóm, kiểm định ANOVA để so sánh sự khác biệt trung bình giữa các nhóm (≥ 3). Với các biến thuộc phân phối không chuẩn, sử dụng kiểm định Mann – Whitney để so sánh sự khác biệt trung vị giữa 2 nhóm, kiểm định phi tham số Kruskal- Wallis để so sánh sự khác biệt trung vị giữa các nhóm (≥ 3). Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Bộ môn Nội Tổng hợp Trường Đại học Y Hà Nội, Trung tâm hô hấp- Bệnh viện Bạch Mai, khoa khám bệnh- Bệnh viện Bạch Mai và Phòng đào tạo Sau Đại học trường Đại học Y Hà Nội. Người bệnh tham gia tự nguyện vào nghiên cứu, các thông tin cá nhân được bảo mật, nghiên cứu chỉ nhằm mục tiêu nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, không phục vụ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về giới của nhóm nghiên cứu

	Đợt cấp (n=177)				Ổn định (n=235)		p
	Nội trú (n=128)		Ngoại trú (n=49)		Ngoại trú (n=235)		
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Nam	115	89,8	48	98,0	221	94,0	p>0,05
Nữ	13	10,2	1	2,0	14	7,9	
Tổng n, %	177 (42,9)				235 (57,1)		

Nhận xét: Trong nghiên cứu nam giới chiếm đa số đạt 93,2%, nữ 6,8%, tỷ lệ nam/nữ = 13,7. Trong từng nhóm (đợt cấp và ổn định) tỷ lệ nam giới chiếm chủ yếu. Sự khác biệt giữa nam và nữ ở nhóm đợt cấp và ổn định không có sự khác biệt.

Biểu đồ 1. Đặc điểm về nhóm tuổi của nhóm nghiên cứu



Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 71 ± 9 tuổi. Tuổi cao nhất là 96 và thấp nhất là 40 tuổi.

Bảng 2. Các chỉ số chức năng thông khí

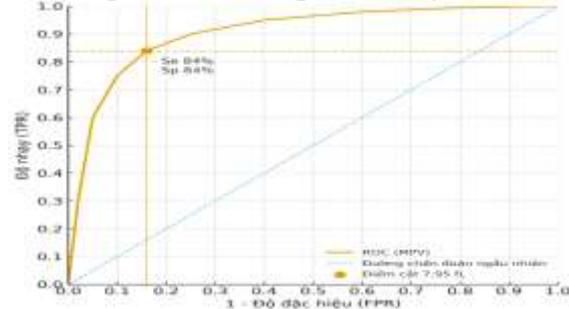
Thông số	Đợt cấp ngoại trú (n=49)	Đợt cấp nội trú (n=79)	Đợt ổn định (n=235)	Tổng số (n=363)	p
FEV1 (%)	$39,82 \pm 14,47$	$43,77 \pm 16,99$	$44,52 \pm 16,53$	$43,45 \pm 16,36$	p > 0,05
FVC (%)	$61,27 \pm 15,23$	$63,32 \pm 17,65$	$63,34 \pm 16,58$	$58,05 \pm 16,72$	p > 0,05
FEV1/FVC (%)	$63,8 \pm 12,11$	$68,18 \pm 13,89$	$58,29 \pm 10,68$	$52,4 \pm 12,06$	p > 0,05

Nhận xét: Chức năng thông khí của nhóm đợt cấp và nhóm COPD ổn định không có sự khác biệt.

Bảng 3. Số lượng tiểu cầu và MPV theo thời gian ở nhóm đợt cấp COPD điều trị nội trú (n=128)

Giá trị	Ngày 1	Ngày 4	Ngày 7	p
Tiểu cầu (G/L)	$297,84 \pm 75,37$	$267,51 \pm 64,89$	$244,62 \pm 62,52$	<0,05
MPV (fL)	$7,52 \pm 0,75$	$8,73 \pm 1,04$	$9,43 \pm 0,98$	<0,05

Nhận xét: Số lượng tiểu cầu giảm dần và MPV tăng dần theo thời gian điều trị.



Biểu đồ 2. Đường cong ROC của MPV phân biệt đợt cấp COPD và COPD đợt ổn định

Nhận xét: Điểm cắt xác định bằng ROC (ở toàn bộ 412 bệnh nhân), diện tích dưới đường cong (AUC) = 0,94; điểm cắt 7,95 fL; Se 84%; Sp 84%; p<0,001.

Bảng 4. Mối liên quan của MPV tới mức độ nặng trong đợt cấp COPD (n=177)

Độ nặng COPD	MPV $\geq 7,95$		MPV < 7,95		P
	Nội trú (n=26)	Nội trú (n=102)	Ngoại trú (n=49)		
Type 1(%)	0	0	2(4,08)	p < 0,05	
Type 2(%)	0	6(5,88)	21(42,86)		
Type 3(%)	26(100)	96(94,12)	26(53,96)		

Nhận xét: Mức độ mức độ nhẹ của bệnh (Type 1) gặp ở nhóm MPV < 7,95. Mức độ nặng của đợt cấp COPD (Type 2 và 3) chỉ gặp ở nhóm MPV $\geq 7,95$.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu gồm 412 bệnh nhân COPD (128 nội trú; 284 ngoại trú), 177 bệnh nhân đang trong đợt cấp và 235 bệnh nhân ở giai đoạn ổn định. Trong nhóm nghiên cứu nam giới chiếm đa số đạt 93,2%, nữ 6,8%, tỷ lệ nam/nữ = 13,7. Trong từng nhóm (đợt cấp và ổn định) tỷ lệ nam giới chiếm chủ yếu. Sự khác biệt giữa nam và nữ ở nhóm đợt cấp và ổn định không có sự khác biệt. Tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu này tương tự với các nghiên cứu: Lại Thị Tố Uyên (2022) nghiên cứu trên 200 bệnh nhân, đa số người bệnh là nam giới (91,1%); nữ giới 8,9% [2]. Phan Thanh Thủy (2022) thống kê 514 bệnh nhân, nam giới chiếm 85,8% và nữ giới 14,2% [1].

Về tuổi của đối tượng nghiên cứu: tuổi trung bình là 71 ± 9 tuổi. Đa số bệnh nhân có độ tuổi > 50 tuổi. Tuổi cao nhất là 96 và thấp nhất là 40 tuổi.

Về số lượng tiểu cầu và MPV theo thời gian ở bệnh nhân đợt cấp COPD điều trị nội trú (kết quả Bảng 3) cho thấy số lượng tiểu cầu giảm dần và MPV tăng dần theo thời gian điều trị: số lượng tiểu cầu giảm dần từ ngày thứ 1 ($297,84 \pm 75,37$ G/L); ngày thứ 4 ($267,51 \pm 64,89$ G/L); ngày thứ 7 ($244,62 \pm 62,52$ G/L). MPV tăng dần từ ngày thứ 1 ($7,52 \pm 0,75$ fL); ngày thứ 4 ($8,73 \pm 1,04$ fL); ngày thứ 7 ($9,43 \pm 0,98$ fL). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Thompson và cộng sự khi nhận định rằng số lượng tiểu cầu được sinh ra càng cao thì thể tích trung bình tiểu cầu - MPV của chúng càng giảm tương ứng [6].

Kết quả (Biểu đồ 2) cho thấy: MPV có khả năng dự đoán bệnh nhân đợt cấp với bệnh nhân COPD đợt ổn định với diện tích dưới đường cong (AUC) = 0,94, độ nhạy/đặc hiệu 84% tại điểm cắt 7,95 fL. Mức MPV cao ($\geq 7,95$) liên quan các đợt cấp nặng hơn theo phân loại Anthonisen: mức độ mức độ nhẹ (Type 1) gặp ở nhóm MPV < 7,95; mức độ nặng (Type 2 và 3) chỉ gặp ở nhóm MPV $\geq 7,95$.

V. KẾT LUẬN

MPV là chỉ số hỗ trợ phát hiện và gợi ý mức độ nặng đợt cấp COPD; điểm cắt 7,95 fL có giá trị chẩn đoán tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thanh Thủy, Vũ Văn Giáp, Lê Thị Tuyết Lan, 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.
2. Lại Thị Tố Uyên, Trần Huy Thịnh. Nồng độ Procalcitonin và C-Reactive Protein huyết tương ở đợt cấp bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhiễm khuẩn. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2022;160(12V1):18-25.
3. Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CPW, Hershfield ES, Harding GKM, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 1987;316(14):854-861.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. Am J Respir Crit Care Med. 2023 Mar 1;207(7):819-837.
5. D'Souza AO, Shah M, Dhamane AD, Dalal AA. Clinical and economic burden of COPD in a Medicaid population. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2014;11(2):212-220.
6. Thompson CB, Jakubowski JA. The pathophysiology and clinical relevance of platelet heterogeneity. Blood. 1988 Jul;72(1):1-8.
7. Ulasli SS, Ozyurek BA. Mean platelet volume as an inflammatory marker in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Pol Arch Med Wewn. 2012;122(6):284-290.
8. Wang RT, Li JY, Cao ZG, et al. Mean platelet volume in acute exacerbation of COPD. Respirology. 2013;18(8):1247-1252.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC HÀNH VỀ PHÒNG VÀ PHÁT HIỆN SỚM UNG THƯ VÚ CỦA PHỤ NỮ NĂM 2023

Võ Thị Thu Hương¹

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang tiến hành từ 4/2023 đến 10/2023 trên 198 nữ cán bộ Công an tỉnh Thái Bình. Dữ liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi tự điền gồm 18 mục đánh giá kỹ năng thực hiện TKV, đã thử nghiệm và chuẩn hóa trước khi khảo sát chính thức. **Kết quả:** Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm: từng được hướng dẫn TKV, tiếp cận thông tin về Ung thư vú (UTV), tiền sử gia đình mắc UTV và kiến thức chung về UTV ($p < 0,05$). **Kết luận:** Thực hành Tự khám vú của nữ Công an tỉnh Thái Bình có mối liên quan đến kiến thức, tiền sử ung thư vú (UTV) và việc tiếp cận thông

tin; cần tăng cường truyền thông – giáo dục sức khỏe để nâng cao kỹ năng TKV. **Từ khóa:** Tự khám vú, thực hành, nữ Công an, ung thư vú.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO PRACTICES IN BREAST CANCER PREVENTION AND EARLY DETECTION AMONG FEMALE POLICE OFFICERS IN THAI BÌNH PROVINCE IN 2023

Methods: A cross-sectional study was conducted from April to October 2023 on 198 female officers of the police office in Thai Binh. Data were collected using an 18-item validated questionnaire on Breast self-examination (BSE) practice. **Results:** Factors significantly associated with Breast self-examination (BSE) practice included having been instructed in BSE, access to Breast cancer (BC) information, family history of BC, and overall BC knowledge ($p < 0.05$). **Conclusion:** BSE practice among female officers of the police office in Thai Binh was associated with

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thu Hương

Email: vohuongnd73@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025