

trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), mã số VINIF.2024.TS.058.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pham VK, Pham TLK, Pham AT, et al.** Platelet-rich fibrin as an apical barrier for MTA placement in the treatment of teeth with open apices: a pilot study. *J Transl Med.* 2024;22:498. doi:10.1186/s12967-024-05318-0
2. **Liu B, Zhou X, Yue L, et al.** Experts consensus on the procedure of dental operative microscope in endodontics and operative dentistry. *Int J Oral Sci.* 2023;15(1):43. doi:10.1038/s41368-023-00247-y
3. **Tran MHN, Bui AH, Le LAH, et al.** Utilization of magnification devices in Vietnam's dental practice and education: an online survey. *BMC Oral Health.* 2025;25(1):929. doi:10.1186/s12903-025-06306-6
4. **Kiraz G, İbiloğlu A, Mumcu AK, Kurnaz S.** The use of magnification in endodontic treatments by endodontists: results of a questionnaire. *BMC Oral Health.* 2025;25(1):242. doi:10.1186/s12903-025-05599-x
5. **Bud M, Jitaru S, Lucaciu O, et al.** The advantages of the dental operative microscope in restorative dentistry. *Med Pharm Rep.* 2021;94(1):22-27. doi:10.15386/mpr-1662
6. **Iqbal A, Karobari MI, Shrivastava D, et al.** Practices and preferences in the use of magnification among endodontists and restorative dentists: A multicentre study. *PLOS ONE.* 2025; 20(1): e0311391. doi:10.1371/journal.pone.0311391
7. **Pham VK, Pham TLK, Pham AT, et al.** Platelet rich fibrin and MTA in the treatment of teeth with open apices. *BMC Oral Health.* 2024;24(1):230. doi:10.1186/s12903-024-03923-5

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐỢT CẤP COPD TĂNG BCAT TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HẢI PHÒNG 2024 - 2025

Trương Thành Kiên¹, Hà Minh Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và yếu tố liên quan đến đợt cấp nặng COPD tăng bạch cầu ái toan (BCAT) trong máu tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng 10/2024 – 5/2025. **Đối tượng:** Gồm 126 bệnh nhân đợt cấp COPD tăng BCAT. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Nam giới chiếm 82,5%; độ tuổi trung bình 67 ± 8; nhóm tuổi 60–79 chiếm đa số. Tăng huyết áp là bệnh kèm theo hay gặp nhất (37,3%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp: Ho (96%), tức ngực (92,9%), khó thở (89,9%), Rạn rít ở 97,6%. Đợt cấp nặng chiếm 24,6%. BC tăng chiếm 40,5%; Giai đoạn GOLD 2–3 chiếm 77%; tắc nghẽn phổi là 93,7%; Viêm phổi trên XQ 27,8%; Kháng sinh phổi hợp (92,1%); 39,7% dùng corticosteroid đường tiêm. 100% sử dụng ICS + LABA; 84,9% ổn định ra viện. Chuyển ICU 4%. Thời gian điều trị trung bình 11,9 ngày. Yếu tố liên quan đợt cấp nặng: Thời gian mắc COPD ≥ 5 năm (OR = 13,9). Bạch cầu tăng > 10 G/L (OR = 2,9). **Từ khóa:** Tăng bạch cầu ái toan máu, đợt cấp nặng COPD, kết quả điều trị COPD

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS, TREATMENT OUTCOMES, AND FACTORS ASSOCIATED WITH EOSINOPHILIC EXACERBATIONS OF COPD AT HAI PHONG LUNG HOSPITAL, 2024–2025

Objective: To investigate the clinical characteristics, paraclinical findings, treatment outcomes, and factors associated with severe exacerbations in patients with eosinophilic COPD at Hai Phong Lung Hospital from October 2024 to May 2025. **Subjects:** A total of 126 patients with eosinophilic exacerbations of COPD. **Methods:** Descriptive cross-sectional study. **Results and Conclusion:** Male patients accounted for 82.5%; mean age was 67 ± 8 years, with the majority aged 60–79. Hypertension was the most common comorbidity (37.3%). Frequent clinical symptoms included cough (96%), chest tightness (92.9%), dyspnea (89.9%), and wheezing (97.6%). Severe exacerbations accounted for 24.6%. Leukocytosis (>10 G/L) was observed in 40.5%. GOLD stages 2–3 accounted for 77%; airflow obstruction was present in 93.7%; pneumonia was seen on chest X-ray in 27.8%.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thành Kiên

Email: thanhkien1308@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Combination antibiotics were used in 92.1%; 39.7% received intravenous corticosteroids. All patients (100%) received maintenance therapy with ICS + LABA; 84.9% were discharged in stable condition. ICU transfer occurred in 4%. Average hospitalization duration was 11.9 days. Factors associated with severe exacerbation included COPD duration ≥ 5 years (OR = 13,9) and leukocytosis > 10 G/L (OR = 2,9).

Keywords: Blood eosinophilia, COPD exacerbation, COPD treatment outcomes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) hiện được xếp là nguyên nhân tử vong đứng thứ ba trên toàn cầu, gây ra gánh nặng nghiêm trọng về y tế, kinh tế và xã hội cho cả cá nhân lẫn cộng đồng [1]. Năm 2021 ghi nhận tới 3,5 triệu ca tử vong liên quan đến COPD, chiếm khoảng 5% tổng số ca tử vong trên thế giới [2]. Gần đây, các nghiên cứu đã phát hiện một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân COPD có biểu hiện tăng bạch cầu ái toan (BCAT) trong các đợt cấp, chiếm khoảng 28% tổng số ca [2]. Tình trạng tăng bạch cầu ái toan có liên quan đến nguy cơ tăng tần suất đợt cấp, tăng tỷ lệ nhập viện và nguy cơ tử vong cao hơn nếu không được kiểm soát hiệu quả [3].

Tại Hải Phòng, hiện chưa có nhiều nghiên cứu cụ thể đánh giá về đợt cấp COPD có tăng bạch cầu ái toan. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm:

Mục tiêu 1: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp COPD có tăng bạch cầu ái toan trong máu tại BV Phổi Hải Phòng từ 10/2024–5/2025.

Mục tiêu 2: Nhận xét kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến đợt cấp nặng COPD có tăng bạch cầu ái toan trong máu ở những bệnh nhân nghiên cứu nói trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD tăng BCAT trong máu, vào điều trị nội trú tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng từ tháng 10/2024 đến tháng 05/2025.

* **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Chọn tất cả bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD. Có tăng số lượng bạch cầu ái toan ≥ 300 tế bào/mm³. Điều

trị nội trú trong thời gian nghiên cứu tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Loại trừ những bệnh nhân lao phổi, ung thư phổi, xơ phổi. Người mắc kí sinh trùng. Hồ sơ không đầy đủ thông tin, không điều trị nội trú. Bệnh nhân không đồng ý làm nghiên cứu. Loại trừ trẻ em dưới 15 tuổi

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Tại Bệnh viện Phổi Hải Phòng.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2025 – đến 5/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

* Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, có sử dụng số liệu hồi cứu.

* Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu không xác suất với mẫu thuận tiện.

* Cỡ mẫu: 126 bệnh nhân đợt cấp COPD có tăng bạch cầu ái toan đủ tiêu chuẩn lựa chọn được chọn vào nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn chẩn đoán COPD theo Bộ Y tế [4]:

- Bệnh nhân có ho khạc đờm mạn tính và có tiền sử hút thuốc lá/thuốc láo hoặc tiếp xúc với khói bụi. Chỉ số FEV₁/FVC < 70% sau test phục hồi phế quản âm tính.

* Tiêu chuẩn đợt cấp COPD [4]: Ho tăng. Khó thở tăng hoặc tăng tần số thở. Khạc đờm tăng và/hoặc thay đổi màu sắc đờm: đờm chuyển thành đờm mủ. Nghe thấy tiếng rì rào phế nang giảm, hoặc ran rít, ran ngáy lan tỏa 2 phổi.

* Tiêu chuẩn tăng bạch cầu ái toan [4]:

- Số lượng bạch cầu ái toan trong máu tăng từ 300 tế bào/ mm³ trở lên.

* Tiêu chuẩn đợt cấp nặng theo tiêu chuẩn Anthonisen 1987 và ROME 2022 [2]:

- Có đủ 3 triệu chứng: Khó thở tăng, khạc đờm tăng và đờm chuyển thành đờm mủ.

- PCO₂>45mmHg và toan hóa máu (pH <7.35)

2.3. Nội dung nghiên cứu

2.3.1. Các biến số về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi, giới, nghề nghiệp, BMI, thời gian mắc COPD, số đợt cấp nhập viện trong 1 năm. Tiền sử hút thuốc, phơi nhiễm nghề nghiệp. Tiền sử bệnh lý khác kèm theo.

2.3.2. Biến số về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

* Về lâm sàng: Ho khạc đờm, màu sắc đờm, khó thở, tức ngực, sốt, ăn kém, gầy sút cân, ran ẩm, ran nổ, ran rít, ran ngáy. Thang điểm mMRC đánh giá mức độ khó thở, phân nhóm ABE.

* Về cận lâm sàng:- Đo chức năng thông khí: chỉ số FEV₁/FVC, FEV₁, FVC.

- Tổn thương trên X quang phổi thẳng: giãn phế nang, viêm phổi.

- Công thức máu: số lượng BC, %N, Số lượng bạch cầu ái toan. Lượng hemoglobin.

- Sinh hóa máu: chức năng gan (ALT), thận (creatinin), định lượng CRP máu.

- Vi sinh: cấy đờm tìm vi khuẩn gây bệnh và kháng sinh đồ.

2.3.3. Biến số về kết quả điều trị và các yếu tố liên quan

- Tỷ lệ sử dụng thuốc điều trị: kháng sinh, corticoid, giãn phế quản, liệu pháp thở oxy, thở máy. Kết quả điều trị: ổn định ra viện, chưa ổn định xin ra viện, chuyển ICU, tử vong. Số ngày nằm viện.

- Khám phá và xác định các yếu tố liên quan đến đợt cấp nặng của COPD có tăng BCAT như: tuổi, giới, BMI, thời gian hút thuốc, thời gian mắc COPD, tuân thủ điều trị, mức độ FEV₁, tình trạng nhiễm trùng, số BCAT

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu.

Số liệu được thu thập qua hỏi khám bệnh nhân và hồ sơ bệnh án vào bệnh án nghiên cứu thống nhất. Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0. Tính tỷ lệ %, so sánh hai tỷ lệ bằng χ^2 , tính và so sánh hai trị số trung bình bằng T-test, sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Các yếu tố liên quan được tính thông qua phân tích hồi quy logistic đa biến.

2.5 Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được hội đồng thông qua đề cương Trường ĐH Y Dược Hải Phòng phê duyệt và được sự đồng ý Bệnh viện Phổi Hải Phòng, được sự đồng ý của người bệnh. Thông tin bệnh nhân được bảo mật và trong quá trình nghiên cứu không có hoạt động nào gây ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi, giới, nghề nghiệp, BMI, tiền sử hút thuốc và tiếp xúc khói bụi của bệnh nhân đợt cấp COPD tăng bạch cầu ái toan

Bảng 3.1. Tỷ lệ bệnh theo nhóm tuổi và giới nghề nghiệp, BMI, tiền sử hút thuốc và tiếp xúc khói bụi của bệnh nhân đợt cấp COPD tăng bạch cầu ái toan

Đặc điểm		Bệnh nhân đợt cấp COPD tăng BCAT n=126	
		n	%
Giới	Nam	104	82,5
	Nữ	22	17,5
Nhóm tuổi	<50	4	3,2
	50-59	10	7,9
	60-69	65	51,6
	70 - 79	47	37,3
	Tuổi trung bình	67 ± 8	

BMI	Gầy	36	28,6
	Bình thường	75	59,5
	Thừa cân	15	11,9
Tiền sử hút thuốc lá/lào	Không hút	46	36,5
	Có hút	80	63,5
Số lượng và thời gian hút (n=80)	≤20 bao - năm	25	19,8
	>20 bao - năm	55	43,7

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ 82,5%, nữ giới chiếm 17,5%. Độ tuổi trung bình là 67 ± 8 tuổi, nhóm 60 – 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Đa số bệnh nhân có BMI gầy (28,6%). Có 63,5% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc.

Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử bệnh COPD và bệnh kèm theo của bệnh nhân đợt cấp COPD tăng BCAT

Đặc điểm		Bệnh nhân đợt cấp COPD tăng BCAT n=126	
		n	%
Số đợt cấp nhập viện trong 1 năm	<2	82	65,9
	≥2	44	34,1
Thời gian mắc COPD	<5 năm	78	61,9
	≥5 năm	48	38,1
Điều trị COPD	Đều	108	85,7
	Không đều	18	14,3
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	47	37,3
	Đái tháo đường	9	7,1
	Suy tim	5	4,0
	Khác	69	54,8

Nhận xét: 34,1% có ≥ 2 đợt cấp. 61,9% BN có thời gian mắc COPD < 5 năm. 85,7% bệnh nhân tuân thủ điều trị đều đặn. Về bệnh kèm theo: tăng huyết áp chiếm 37,3%, kể đến là đái tháo đường (7,1%) và suy tim (4%), có 54,8% có các bệnh lý khác đi kèm như viêm dạ dày, lao phổi cũ và các bệnh lý khác.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp COPD tăng bạch cầu ái toan

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp COPD tăng BCAT

Triệu chứng lâm sàng		Bệnh nhân đợt cấp COPD tăng BCAT n=126	
		n	%
Khó thở		112	89,9
Ho		121	96,0
Khạc đờm	Xanh	63	50,0
	Vàng	37	29,4
	Đục	25	19,8
	Lân máu	1	0,8
Tức ngực		117	92,9
Sốt		62	49,2
An kém		117	92,9

Gầy sút cân		87	69,0
Nghe phổi	Ran rít, ran ngáy	123	97,6
	Ran ẩm, ran nổ	123	97,6
	RRPN giảm	79	62,7
mMRC	<2	79	62,7
	≥2	47	37,3
Đợt cấp nặng		31	24,6

Nhận xét: Ho (96%) và khó thở (89,9%). Khạc đờm xanh chiếm 50%, vàng 29,4%, đục 19,8%. Tức ngực (92,9%), ăn kém (92,9%), và gầy sút cân (69%). Sốt chỉ chiếm 49,2%. 97,6% bệnh nhân có ran rít, ran ngáy và 97,6% có ran ẩm, ran nổ, Thang điểm mMRC ≥2 chiếm 37,3%. Tỷ lệ đợt cấp nặng là 24,6%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp COPD tăng bạch cầu ái toan

Bảng 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp COPD tăng BCAT

Đặc điểm cận lâm sàng		Bệnh nhân đợt cấp COPD tăng BCAT n=126	
		n	%
Số lượng bạch cầu >10 G/L		51	40,5
Eosin	≥500 tb/mm ³	61	48,4
Lượng Hb <120 g/l		11	8,7
ALT >80 U/L		1	0,8
Creatinin >120		12	9,5
Hạ kali máu <3,5 mmol/l		20	15,9
Giai đoạn COPD qua đo CNHH	Giai đoạn 1	12	9,5
	Giai đoạn 2	53	42,1
	Giai đoạn 3	44	34,9
	Giai đoạn 4	17	13,5
Rối loạn thông khí	Tắc nghẽn	118	93,7
	Hạn chế	1	0,8
	Hỗn hợp	7	5,6
XQ phổi	Giãn phế nang	65	51,6
	Viêm phổi	35	27,8
	Khác	50	39,7
Cây đờm tìm tạp trùng: Dương tính		7	5,6

Nhận xét: 40,5% có BC > 10 G/L. 8,7% có thiếu máu nhẹ (Hb < 120 g/L), 9,5% có creatinin > 120 mcmmol/l. GOLD 2 chiếm tỷ lệ cao nhất (42,1%) và 3 (34,9%), 93,7% có rối loạn thông khí kiểu tắc nghẽn, và 27,8% có tổn thương viêm phổi trên XQ

3.4. Kết quả điều trị đợt cấp COPD tăng bạch cầu ái toan

Bảng 3.5. Kết quả điều trị đợt cấp COPD tăng BCAT

Đặc điểm điều trị		Bệnh nhân đợt cấp COPD tăng BCAT n=126	
		n	%
Kháng	Đơn trị	10	7,9

sinh	Kết hợp	116	92,1
Corticoid	Khí dung	29	23,0
	Đường uống	8	6,3
	Đường tĩnh mạch	50	39,7
Giãn phế quản	SABA khi cần	120	95,2
	ICS + LABA	126	100,0
	LAMA + LABA	1	0,8
Hỗ trợ hô hấp	Thở oxy	42	33,3
	Thở máy KXN	2	1,6
	Thở máy xâm nhập	1	0,8
Kết quả điều trị	Ổn định ra viện	107	84,9
	Chưa ổn xin ra viện	14	11,1
	Chuyển ICU	5	4,0
Thời gian nằm viện trung bình		11,9 ± 2,5	

Nhận xét: Kháng sinh phối hợp chiếm 92,1%. ICS + LABA (100%). 84,9% bệnh nhân ra viện ổn định, Thời gian điều trị trung bình là 11,9 ± 2,5 ngày.

3.5. Các yếu tố liên quan đến đợt cấp nặng COPD tăng bạch cầu ái toan

Bảng 3.6. Các yếu tố liên quan đến đợt cấp nặng COPD tăng BCAT

Yếu tố liên quan	OR	95% CI	p
Hút thuốc lá/lào hiện tại	1,6	0,1 – 14,0	0.644
Số lượng >20 bao-năm	4,1	0,8 – 19,7	0.078
Gầy, BMI <18,5	1,5	0,4 – 5,1	0.444
Suy tim	1,6	0,1 – 20,2	0.693
Tiểu đường type 2	1,2	0,2 – 7,9	0.8
BC >10 G/L	2,9	1,0 – 8,4	0.046
FEV1 <50%	1,5	0,4 – 4,7	0.457
Thời gian mắc COPD >5 năm	13,9	3,8 – 50,1	0.001
Số đợt cấp nhập viện ≥2 lần	1,8	0,5 – 5,7	0.295
Tuổi >60 tuổi	2,1	0,4 – 2,4	0.32

Nhận xét: Trong 10 yếu tố được phân tích, chỉ có 2 yếu tố có ý nghĩa thống kê là: Thời gian mắc COPD ≥ 5 năm và BC tăng. Các yếu tố còn lại như: hút thuốc, số lượng > 20 bao-năm, gầy, suy tim, tiểu đường, tăng bạch cầu, FEV1 < 50%, tuổi > 60... đều có p > 0,05, không có ý nghĩa thống kê, dù có OR > 1.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố theo tuổi, giới, nghề nghiệp, BMI, tiền sử hút thuốc và tiếp xúc khói bụi của bệnh nhân đợt cấp COPD tăng bạch cầu ái toan. Kết quả phân tích bảng 3.1 cho thấy đa số bệnh nhân đợt cấp COPD tăng bạch cầu ái toan (BCAT) là nam giới (82,5%), độ tuổi trung bình 67 ± 8, và chủ yếu nằm trong nhóm tuổi 60–79. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây, trong đó tuổi cao và giới nam được xác định là các yếu tố nguy cơ hàng

đầu của COPD nói chung và đợt cấp nặng nói riêng. Theo nghiên cứu của Lê Nhật Huy, nam giới có tỷ lệ mắc COPD cao hơn nữ giới đáng kể, đặc biệt ở nhóm trên 60 tuổi, do liên quan đến yếu tố phơi nhiễm kéo dài như hút thuốc và môi trường làm việc độc hại [8].

Tỷ lệ bệnh nhân có BMI gầy 28,6%, trong các đợt cấp, khi quá trình viêm mạn tính và tăng tiêu hao năng lượng dẫn đến tình trạng sụt cân, teo cơ. Nghiên cứu tại Bình Định cho thấy, BMI thấp (gầy) là một yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng khả năng xảy ra đợt cấp nặng, với OR = 3,92 (95% CI: 1,59–9,66) [7].

Có hơn 63,5% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc và gần 44% hút > 20 bao-năm. Nghiên cứu của Ngô Thị Thùy Dung và cộng sự (2024) tỷ lệ đã và đang hút thuốc lên tới 94,5%, nhấn mạnh vai trò nổi bật của giới nam và thuốc lá trong cơ chế bệnh sinh COPD tại Việt Nam [5].

* Tiền sử COPD và bệnh kèm theo: Theo bảng 3.2. Số lượng bệnh nhân có ≥ 2 đợt cấp trong năm (34,1%) phản ánh rõ thực trạng tái phát đợt cấp ở bệnh nhân COPD tăng BCAT, Trong nghiên cứu của Ngô Thị Thùy Dung và cộng sự (2024), có 32,5% bệnh nhân có ≥1 đợt cấp phải nhập viện trong năm qua [5]. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị không đều (14,3%) là nhóm đặc biệt cần quan tâm. Đây là điều nhấn mạnh vai trò của truyền thông – giáo dục sức khỏe và quản lý điều trị lâu dài tại cộng đồng. Các bệnh lý đồng mắc phổ biến nhất là tăng huyết áp (37,3%), tiếp đến là đái tháo đường và suy tim – phù hợp với các đặc điểm điển hình của nhóm bệnh nhân lớn tuổi có rối loạn viêm hệ thống kéo dài. COPD và bệnh tim mạch thường diễn tiến song hành, gây khó khăn cho việc điều trị và phục hồi chức năng hô hấp [8].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp COPD tăng bạch cầu ái toan. Theo kết quả ở bảng 3.3, tỷ lệ ho và tức ngực rất cao (96% và 92,9%), Cho thấy đây là các triệu chứng có mặt hầu như ở tất cả bệnh nhân trong đợt cấp.

Đờm màu xanh và vàng chiếm phần lớn – gợi ý sự hiện diện của bội nhiễm vi khuẩn. Tỷ lệ sốt thấp (49,2%) cho thấy không phải tất cả đợt cấp đều do nhiễm trùng, mà còn do các nguyên nhân khác, điều này phù hợp với các báo cáo trước đó về đặc điểm lâm sàng COPD tăng BCAT [7]. Gầy sụt cân (69%) và ăn kém (92,9%) phản ánh ảnh hưởng toàn thân của viêm mạn tính. Đây cũng là yếu tố làm suy giảm khả năng phục hồi và làm nặng tiên lượng bệnh nếu không được can thiệp dinh dưỡng hợp lý [8].

Tỷ lệ ran rít gập ở 97,6% bệnh nhân, cho

thấy biểu hiện tổn thương ở cả đường thở lớn và nhỏ. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm mMRC ≥ 2 chiếm 37,3%, tương ứng với khó thở ở mức giới hạn hoạt động hoặc nghiêm trọng. Các triệu chứng ho và khạc đờm trong nghiên cứu của Ngô Thị Thùy Dung cũng được ghi nhận rất cao (90,5% và 81%), phù hợp với đặc điểm lâm sàng kinh điển của COPD [5]. Cuối cùng, 24,6% bệnh nhân có đợt cấp nặng, có chỉ định oxy liệu pháp, đây là nhóm đặc biệt cần theo dõi sát.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân đợt cấp COPD tăng bạch cầu ái toan.

Tăng bạch cầu > 10 G/L ở 40,5% bệnh nhân phù hợp với tình trạng viêm cấp trong đợt cấp COPD, tuy nhiên không phải tất cả đều biểu hiện tăng bạch cầu, điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Huỳnh Đình Nghĩa cho thấy số lượng bạch cầu cao là yếu tố nguy cơ đợt cấp nặng với OR = 9,4 [7].

Tỷ lệ thiếu máu, hạ kali, tăng creatinin tuy không cao nhưng vẫn cần lưu ý vì những biến đổi sinh hóa này có thể là hậu quả của viêm hệ thống, suy dinh dưỡng hoặc tác dụng phụ của điều trị, và ảnh hưởng tới kết quả điều trị. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn 2–3 GOLD (77%), Kết quả này phù hợp với kết luận của Phùng Thị Thanh, khi cho thấy rằng nguy cơ đợt cấp phụ thuộc vào thời gian mắc bệnh, tuân thủ điều trị và bệnh đồng mắc hơn là chỉ số FEV1 đơn lẻ [6].

Tắc nghẽn chiếm 93,7%, cho thấy mô hình rối loạn thông khí điển hình trong COPD.

Tổn thương giãn phế nang (51,6%) và viêm phổi (27,8%) trên X-quang cho thấy một phần bệnh nhân có tổn thương cấu trúc phế nang và nguy cơ bội nhiễm cao, Theo nghiên cứu của Ngô Thị Thùy Dung cho thấy hình ảnh khí phế thũng trên X-quang chiếm 31,5% – thấp hơn so với tỷ lệ giãn phế nang 51,6% trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể do khác biệt mức độ giãn phế nang [5].

4.4. Kết quả điều trị đợt cấp COPD tăng bạch cầu ái toan. Việc kháng sinh phổi hợp được sử dụng cho 92,1% cho thấy bội nhiễm vi khuẩn thường đóng vai trò chính hoặc thứ phát của đợt cấp COPD. Theo nghiên cứu tại Bình Định, tỷ lệ sử dụng kháng sinh là 91,3% [7]. Việc ưu tiên dùng corticosteroid đường tĩnh mạch (39,7%) thay vì đường uống có thể phản ánh tình trạng lâm sàng nặng hơn. Toàn bộ bệnh nhân đều sử dụng ICS + LABA và SABA khi cần, thể hiện tuân thủ phác đồ điều trị đợt cấp theo hướng dẫn GOLD. Tỷ lệ hỗ trợ oxy là 33,3%, thở máy thấp (2,4%), Có 4% phải chuyển ICU. Tỷ lệ ra viện ổn định khá cao (84,9%) cùng với thời gian nằm viện trung bình 11,9 ngày là tương

đương với nhiều nghiên cứu trong nước [6]. Tuy nhiên, con số này vẫn khá dài, cho thấy quá trình phục hồi chức năng hô hấp và kiểm soát viêm cần nhiều thời gian hơn ở nhóm tăng BCAT.

4.5. Các yếu tố liên quan đến đợt cấp nặng COPD tăng bạch cầu ái toan. Kết quả bảng 3.6 cho thấy yếu tố nguy cơ đáng tin cậy làm tăng khả năng xảy ra đợt cấp nặng COPD tăng BCAT là thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm và tăng bạch cầu. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước, đặc biệt là nghiên cứu của Phùng Thị Thanh [6], cho thấy bệnh nhân mắc COPD lâu năm thường tích lũy tổn thương phổi, suy giảm chức năng hô hấp và dễ tiến triển nặng hơn.

Dù các yếu tố như hút thuốc, BMI thấp, tăng bạch cầu, FEV1 giảm... đều có OR > 1 , nhưng không đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nguyên nhân có thể do: cỡ mẫu chưa đủ lớn. Các yếu tố này có thể tương tác với nhau hoặc chịu ảnh hưởng của biến nhiễu.

Tác giả Ngô Thị Thùy Dung và cộng sự (2024) chứng minh rằng hút thuốc lá hiện tại có liên quan chặt chẽ với tăng BCAT (OR = 2,23); 95% CI: 1,23 – 4,05 [5]

V. KẾT LUẬN

*** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân đợt cấp COPD tăng BCAT.** Nam giới chiếm 82,5%; Tuổi trung bình 67 ± 8 tuổi; nhóm 60–79 tuổi chiếm đa số. Bệnh nhân có BMI gầy chiếm 28,6%. 63,5% có tiền sử hút thuốc. 34,1% bệnh nhân có ≥ 2 đợt cấp 1 năm; Tăng huyết áp (37,3%) là bệnh đồng mắc phổ biến nhất; Ho (96%), tức ngực (92,9%), khó thở 89,9%. ăn kém ở 92,9%; gầy sút cân chiếm 69%. Có ran rít, ran ngáy chiếm 97,6%. mMRC ≥ 2 ở 37,3%; đợt cấp nặng chiếm 24,6%. Bạch cầu > 10 G/L chiếm 40,5%; Eosin $\geq 500/\text{mm}^3$ chiếm 48,4%. Giai đoạn GOLD 2–3 chiếm 77%; Rối loạn thông khí tắc nghẽn là 93,7%; Giãn phế nang chiếm 51,6%; viêm phổi 27,8%;

***Kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đợt cấp nặng COPD tăng BCAT.** 92,1% được sử dụng kháng sinh phổi hợp; 39,7% dùng corticosteroid đường tiêm. 100% sử dụng ICS + LABA. 33,3% được hỗ trợ oxy; chuyển ICU 4%. 84,9% ra viện trong tình trạng ổn định; thời gian nằm viện trung bình 11,9 ngày. Yếu tố liên qua đợt cấp nặng: Thời gian mắc COPD ≥ 5 năm OR = 13,9; 95% CI: 3,8–50,1; $p < 0,01$. Bạch cầu > 10 G/L: OR = 2,9; 95%CI: 1,0 – 8,4; $p < 0,05$.

VI. LỜI CẢM ƠN

Một phần kinh phí thực hiện nghiên cứu này