

Dermatol. 2005 Mar 1;152:302–7.

4. **Varma R, Devi K, Asokan N.** A Cross-Sectional Analysis on Hand Eczema: Severity and Quality of Life. Indian Dermatol Online J. 2021 Dec;12(6):952.
5. **Quaade AS, Simonsen AB, Halling AS, Thyssen JP, Johansen JD.** Prevalence, incidence, and severity of hand eczema in the general population - A systematic review and meta-analysis. Contact Dermatitis. 2021

June;84(6):361–74.

6. **Loh EDW, Yew YW.** Hand hygiene and hand eczema: A systematic review and meta-analysis. Contact Dermatitis. 2022 Oct;87(4):303–14.
7. **Mojumdar EH, Pham QD, Topgaard D, Sparr E.** Skin hydration: interplay between molecular dynamics, structure and water uptake in the stratum corneum. Sci Rep. 2017 Nov 16;7(1):15712.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ KHU VỰC THUẬN AN

Nguyễn Thị Hoàng Yến¹, Phan Minh Khánh², Trần Thị Mai³,
Trần Huỳnh Kỳ Thoại⁴, Thạch Minh Hạnh⁵, Trần Huỳnh Vĩnh Phúc⁶

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú và phân tích mối liên quan giữa bạch cầu ái toan (BCAT) với kết quả điều trị.

Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 79 bệnh nhân.

Kết quả: Đa số là nam giới lớn tuổi (≥ 60 tuổi: 65,8%), có tiền sử hút thuốc (97,5%), với triệu chứng điển hình và chủ yếu thuộc nhóm bệnh nặng (GOLD C, D: 94,9%). Tỷ lệ BCAT ≥ 300 tế bào/ μL chiếm 60,8%. Hầu hết bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh phổ hợp Cephalosporin, thời gian nằm viện trung bình 9 ngày, tỷ lệ tái nhập viện 63,3%. Nhóm có BCAT ≥ 300 có nguy cơ tái nhập viện cao hơn nhưng thời gian nằm viện ngắn hơn ($p < 0,001$).

Kết luận: Bệnh nhân BPTNMT nội trú có đặc điểm lâm sàng nặng, BCAT tăng khá phổ biến và có liên quan đến kết quả điều trị, đặc biệt là nguy cơ tái nhập viện.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bạch cầu ái toan, đợt cấp COPD.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF HOSPITALIZED PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT THUAN AN REGIONAL MEDICAL CENTER

¹ Khoa Hồi Sức Cấp Cứu, Bệnh viện Chợ Rẫy

² Trường Cao đẳng Y tế Bình Dương

³ Phòng Điều dưỡng, Trung tâm Y tế khu vực Thuận An

⁴ Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh

⁵ Khoa Nội tổng hợp, Trung tâm Y tế khu vực Thuận An

⁶ Bệnh viện đa khoa Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoàng Yến

Email: hoangyendd11@gmail.com

Mã bài: N432

Ngày nhận bài: 24/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 23/3/2026

Ngày duyệt bài: 23/4/2026

Objective: This study aimed to describe the clinical and paraclinical characteristics, treatment outcomes of hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and to analyze the association between blood eosinophil count (BEC) and treatment outcomes.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 79 patients.

Results: The majority were elderly males (≥ 60 years: 65.8%) with a history of smoking (97.5%). Most patients presented with typical symptoms and were classified into severe groups (GOLD C and D: 94.9%). The proportion of patients with BEC ≥ 300 cells/ μL was 60.8%. Most patients received combination antibiotic therapy with cephalosporins. The mean length of hospital stay was 9 days, and the readmission rate was 63.3%. Patients with BEC ≥ 300 cells/ μL had a higher risk of readmission but a shorter length of hospital stay ($p < 0.001$).

Conclusion: Hospitalized COPD patients were predominantly elderly males with severe clinical characteristics. Elevated BEC was common and was associated with treatment outcomes, particularly an increased risk of readmission.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, eosinophils, COPD exacerbation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một bệnh lý hô hấp mạn tính phổ biến, đặc trưng bởi tình trạng hạn chế luồng khí kéo dài và tiến triển, không hồi phục hoàn toàn, liên quan đến đáp ứng viêm bất thường của đường thở và nhu mô phổi đối với các tác nhân có hại, đặc biệt là khói thuốc lá và ô nhiễm môi trường [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, BPTNMT hiện là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn cầu và dự báo tiếp tục gia tăng trong những thập kỷ tới [2]. Bệnh không chỉ gây gánh nặng đáng kể về tỷ lệ mắc và tử vong mà còn làm suy giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh, gia tăng số lần nhập viện và chi phí chăm sóc y tế [3].

Trong thực hành lâm sàng, các đợt cấp của BPTNMT thường là nguyên nhân chính dẫn đến nhập viện và làm nặng thêm tiến triển của bệnh [1]. Việc đánh giá đầy đủ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của người bệnh BPTNMT có ý nghĩa quan trọng trong việc xây dựng chiến lược quản lý và điều trị phù hợp. Gần đây, bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi được xem là một dấu ấn sinh học tiềm năng, có liên quan đến đặc điểm viêm đường thở, đáp ứng với corticosteroid và nguy cơ đợt cấp ở người bệnh BPTNMT [4, 5]. Ngoài ra, một số nghiên cứu tổng quan và phân tích gộp cũng cho thấy mức bạch cầu ái toan cao có thể liên quan đến nguy cơ xuất hiện đợt cấp và tiên lượng bệnh ở người bệnh BPTNMT [6, 7]. Tuy nhiên, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng cũng như mối liên quan giữa bạch cầu ái toan và kết quả điều trị ở người bệnh BPTNMT tại các cơ sở y tế tuyến cơ sở ở Việt Nam còn hạn chế.

Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của người bệnh BPTNMT điều trị nội trú, đồng thời phân tích mối liên quan giữa bạch cầu ái toan và kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân này. Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh BPTNMT điều trị nội trú. Đánh giá kết quả điều trị của người bệnh BPTNMT. Phân tích mối liên quan giữa bạch cầu ái toan và kết quả điều trị ở người bệnh BPTNMT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh được chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) điều trị nội trú tại Khoa Nội tổng hợp, Trung tâm Y tế khu vực Thuận An.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Người bệnh được chẩn đoán xác định BPTNMT theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y Tế, Việt Nam.
- Người bệnh điều trị nội trú trong thời gian nghiên cứu.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh có tiền sử hen phế quản.
- Ung thư phổi.
- Xơ phổi hoặc viêm phổi cấp
- Hồ sơ bệnh án thiếu dữ liệu quan trọng phục vụ phân tích.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Nội tổng hợp – Trung tâm Y tế khu vực Thuận An.

Thời gian tiến hành nghiên cứu: từ tháng 4 năm 2025 đến tháng 8 năm 2025.

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Quy mô mẫu và lấy mẫu: Nghiên cứu thu thập 79 người bệnh BPTNMT điều trị nội trú trong thời gian nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của người bệnh BPTNMT điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế khu vực Thuận An theo phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn.

2.5. Công cụ thu thập số liệu: Dữ liệu được thu thập bằng bộ công cụ nghiên cứu xây dựng dựa trên phác đồ chẩn đoán và điều trị BPTNMT của Bộ Y Tế, gồm 5 phần:

- Phần A: Thông tin chung của người bệnh (7 câu)
- Phần B: Đặc điểm lâm sàng (7 câu hỏi)
- Phần C: Đặc điểm cận lâm sàng (5 câu hỏi)
- Phần D: Điều trị trong đợt cấp (5 câu hỏi)
- Phần E: Kết quả điều trị (4 câu hỏi)

Các biến số thu thập bao gồm:

- Triệu chứng lâm sàng (ho, khạc đàm, khó thở, khó khê, phân nhóm GOLD)
- Xét nghiệm cận lâm sàng
- Phác đồ điều trị
- Thời gian nằm viện và tái nhập viện

2.6. Phân tích số liệu: Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Phân tích mối liên quan giữa bạch cầu ái toan và các kết quả điều trị được thực hiện bằng các phép kiểm thống kê phù hợp, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Đạo đức: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Trung tâm Y tế khu vực Thuận An chấp thuận trước khi triển khai nghiên cứu và tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học (số 06/BB-HĐKHKT, ngày 30/07/2025)

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 79 người bệnh BPTNMT điều trị nội trú tại Khoa Nội Tổng hợp, Trung tâm Y tế khu vực Thuận An.

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n= 79)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	78	98,7
	Nữ	1	1,3
Nhóm tuổi	<60 tuổi	31	39,2
	60- 79 tuổi	47	59,5
	≥ 80 tuổi	1	1,3

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp	Lao động tay chân	8	10,1
	Nghỉ hưu	14	17,7
	Buôn bán	15	19,0
	Khác	42	53,2
	Không	70	88,6
Tình trạng dinh dưỡng	Gầy	7	8,9
	Bình thường	38	48,1
	Thừa cân	22	27,9
	Béo phì	12	15,2

Kết quả cho thấy, nam giới chiếm tỷ lệ ưu thế (98,7). Nhóm tuổi 60–79 chiếm ưu thế (59,5%). Về nghề nghiệp, nhóm lao động tay chân và nghỉ hưu chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ. Về tình trạng dinh dưỡng, tỷ lệ thừa cân và béo phì chiếm gần 50% mẫu nghiên cứu.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 79)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng chính	Ho	78	98,7
	Khạc đàm	79	100,0
	Khó thở	78	98,7
	Khò khè	79	100,0
	Ran phổi	73	92,4
	Rì rào phế nang giảm	1	1,3
Thang điểm khó thở (mMRC)	<2	4	5,1
	≥2	75	94,9
Phân nhóm ABCD	A	1	1,3
	B	3	3,8
	C	34	43,0
	D	41	51,9
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	36	45,6
	Đái tháo đường	16	20,3
	RL lipid máu	10	12,7
	Bệnh mạch vành	11	13,9
	Khác	6	7,6
Đợt cấp trong năm vừa qua	0	8	10,1
	1	27	34,2
	≥2	44	55,7

Bệnh nhân chủ yếu có triệu chứng điển hình (ho, khạc đàm, khó khè), với 95% khó thở mức mMRC ≥2. Đa số thuộc nhóm nặng GOLD C và D (94,9%). Bệnh kèm thường gặp là tăng huyết áp (45,6%), tiếp theo là đái tháo đường và bệnh mạch vành. Hơn một nửa có ≥2 đợt cấp/năm và gần 90% từng nhập viện, cho thấy gánh nặng bệnh cao.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 79)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
BCAT	≥ 300 tế bào/ μ L	48	60,8
	< 300 tế bào/ μ L	31	39,2
Khí phế thũng trên Xquang	Có	2	2,5
	Không	77	97,5

Trong nhóm nghiên cứu, đa số bệnh nhân có bạch cầu ái toan ≥300 tế bào/ μ L (60,8%), cho thấy tỷ lệ tăng BCAT tương đối cao. Hình ảnh khí phế thũng trên X-quang ghi nhận rất ít, chỉ 2,5%, hầu hết không có tổn thương đặc hiệu.

Bảng 4. Phác đồ điều trị và kết quả điều trị của đối tượng nghiên cứu (n = 79)

Phác đồ điều trị		Tần số	Tỷ lệ (%)
Sử dụng kháng sinh	Có	78	98,7
	Không	1	1,3
Nhóm kháng sinh sử dụng	Cephalosporin	78	98,7
	Fluoroquinolon	1	1,3
	Penicillin	0	
Phác đồ kháng sinh	Đơn trị	2	2,5
	Phối hợp	77	97,5
Kết quả điều trị		Tần số	Tỷ lệ (%)
Thời gian nằm viện	Ngày điều trị trung bình: 9,01 ± 3 (7-11)*		
Thời gian tái nhập viện	Có	50	63,3
	Không	29	36,7
Tác dụng phụ của thuốc	Có	6	7,6
	Không	73	92,4

*Giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất

Hầu hết bệnh nhân được chỉ định kháng sinh, chủ yếu là Cephalosporin và phần lớn dùng phối hợp hơn là đơn trị. Thời gian điều trị trung bình khoảng 9 ngày, cho thấy mức độ nặng cần theo dõi nội trú. Tỷ lệ gặp tác dụng phụ của thuốc thấp (7,6%).

Bảng 5. Mối liên quan giữa kết quả BCAT và các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 79)

Đặc điểm	Bạch cầu ái toan		PR (KTC 95%)	Giá trị p
	≥ 300	< 300		
Nhóm tuổi				
<60	19 (61,3)	12 (38,7)	1	
60-79	29 (61,7)	18 (38,3)	1,01(0,70-1,45)	0,971
≥ 80	0 (0,0)	1 (100,0)	1,63 (2,22- 0,00)	<0,001*
Nghề nghiệp				
Lao động tay chân	8 (100,0)	0 (0,0)	1	
Nghỉ hưu	7 (50,0)	7 (50,0)	0,50(0,29-0,84)	0,01*
Buôn bán	8 (53,3)	7 (46,7)	0,53 (0,33-0,85)	0,01*
Khác	25 (59,5)	17 (39,2)	0,59 (0,46-0,76)	<0,001*
Giới				
Nam	47 (60,3)	31 (39,7)	0,60 (0,50- 0,72)	0,418
Nữ	1 (100,00)	0 (0,0)		
Tình trạng dinh dưỡng				
Gầy	5 (71,4)	2 (28,6)	1	
Bình thường	23 (60,5)	15 (39,5)	0,84 (0,50-1,45)	0,546
Thừa cân	12 (54,5)	10 (45,5)	0,76 (0,41- 1,40)	0,385
Béo phì	8 (66,7)	4 (33,3)	0,93 (0,50-1,73)	0,827

*Kiểm định chính xác Fisher

Kết quả cho thấy, mối liên quan giữa đặc điểm đối tượng và nồng độ bạch cầu ái toan, cụ thể, nhóm lao động tay chân có tỷ lệ bạch cầu ái toan ≥ 300 cao nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa kết quả Khí phế thũng trên X-Quang và đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 79)

Đặc điểm	Khí phế thũng trên Xquang		PR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có	Không		
Nhóm tuổi				
<60	1 (3,7)	26 (96,3)	1	
60 - 79	9 (20,0)	36 (80,0)	5,40 (0,71-40,82)	0,102
≥ 80	3 (42,9)	4 (57,1)	11,57 (1,39-96,25)	0,023*
Nghề nghiệp				
Lao động tay chân	1 (12,5)	7 (87,5)	1	
Nghỉ hưu	3 (21,4)	11 (78,6)	1,71 (0,20 -14,04)	0,615
Buôn bán	3 (20,0)	12 (80,0)	1,60 (1,19-13,1)	0,662
Khác	6 (14,3)	36 (85,7)	1,14 (1,15- 8,36)	0,895
Tình trạng dinh dưỡng				
Gầy	1 (14,3)	6 (85,7)	1	
Bình thường	10 (26,3)	28 (73,7)	1,84 (0,27-12,35)	0,529
Thừa cân	1 (4,6)	21 (95,5)	0,31 (0,02-4,52)	0,398
Béo phì	1 (8,33)	11 (91,7)	0,58 (0,42-8,06)	0,688

*Kiểm định chính xác Fisher

Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ phát hiện khí phế thũng trên X-quang tăng theo nhóm tuổi. Nhóm ≥80 tuổi có tỷ lệ cao nhất (42,9%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 7. Mối liên quan giữa BCAT và thời gian tái nhập viện của người bệnh BPTNMT (n = 79)

Đặc điểm	Tái nhập viện		PR (KTC 95%)	Giá trị p
	Có	Không		
Bạch cầu ái toan				
≥ 300	43 (89,6)	5 (10,4)	3,96 (2,05-7,66)	<0,001**
< 300	7 (22,6)	24 (77,4)		

** Kiểm định Chi bình phương

Kết quả cho thấy nhóm BCAT ≥ 300 tế bào/ μL có tỷ lệ tái nhập viện rất cao (89,6%) so với nhóm <300 (22,6%). BCAT cao làm tăng nguy cơ tái nhập viện gần 4 lần (PR = 3,96; KTC 95%: 2,05–7,66; $p < 0,001$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 8. Mối liên quan giữa BCAT và thời gian nằm viện của người bệnh BPTNMT (n = 79)

Bạch cầu ái toan	Thời gian nằm viện (TB $\pm$ ĐLC)	OR (KTC95%)	p
≥ 300	7,25 (6,80 - 7,70)	0,54 (0,41 – 0,71)	<0,001***
< 300	11.74 (10,28 - 13,20)		

*** Hồi quy logistic

Bệnh nhân có BCAT ≥ 300 tế bào/ μL có thời gian nằm viện ngắn hơn rõ rệt ($7,3 \pm 0,22$ ngày) so với nhóm <300 ($11,7 \pm 0,71$ ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh BPTNMT nhập viện là nam giới lớn tuổi và có tiền sử hút thuốc lá. Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của BPTNMT đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây. Hút thuốc lá được xem là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất trong cơ chế bệnh sinh của BPTNMT, gây viêm mạn tính đường thở, phá hủy nhu mô phổi và dẫn đến tình trạng tắc nghẽn luồng khí tiến triển [1]. Ngoài ra, sự tích lũy phôi nhiễm với các yếu tố nguy cơ theo thời gian khiến tỷ lệ mắc bệnh tăng lên rõ rệt ở nhóm tuổi cao [3]. Các triệu chứng lâm sàng phổ biến trong nghiên cứu bao gồm ho, khạc đàm và khó thở, trong đó phần lớn người bệnh có mức độ khó thở từ trung bình đến nặng theo thang điểm mMRC. Điều này phản ánh đặc điểm thường gặp của người bệnh BPTNMT nhập viện, khi các triệu chứng hô hấp đã trở nên nặng hơn hoặc xuất hiện đợt cấp. Theo các hướng dẫn lâm sàng hiện nay, các đợt cấp BPTNMT là nguyên nhân chính làm gia tăng tỷ lệ nhập viện, suy giảm chức năng hô hấp và làm xấu tiên lượng bệnh [1].

Một trong những điểm đáng chú ý của nghiên cứu là tỷ lệ người bệnh có bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi ≥ 300 tế bào/ μL tương đối cao. Trong những năm gần đây, bạch cầu ái toan được xem là một dấu ấn sinh học có giá trị trong BPTNMT, phản ánh kiểu hình viêm đường thở và có thể liên quan đến đáp ứng điều trị với corticosteroid dạng hít hoặc toàn thân [4, 5]. Một số nghiên cứu cũng ghi nhận rằng người bệnh có mức bạch cầu ái toan cao có xu hướng có nguy

cơ xuất hiện các đợt cấp nhiều hơn so với nhóm có mức bạch cầu ái toan thấp [6, 7]. Trong nghiên cứu này, nhóm người bệnh có bạch cầu ái toan ≥ 300 tế bào/ μL có nguy cơ tái nhập viện cao hơn nhưng thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm còn lại. Kết quả này có thể liên quan đến sự khác biệt về đặc điểm viêm đường thở giữa các kiểu hình BPTNMT. Một số nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận rằng bạch cầu ái toan máu ngoại vi có thể liên quan đến nguy cơ đợt cấp và tái nhập viện ở người bệnh BPTNMT, đồng thời có giá trị hỗ trợ trong cá thể hóa điều trị [6, 7].

Bên cạnh đó, phác đồ điều trị trong nghiên cứu chủ yếu sử dụng kháng sinh nhóm cephalosporin phối hợp. Việc sử dụng kháng sinh trong điều trị đợt cấp BPTNMT thường được chỉ định khi có bằng chứng nhiễm khuẩn hoặc tăng tiết đàm mủ. Các kháng sinh phổ rộng, bao gồm cephalosporin, thường được lựa chọn trong thực hành lâm sàng nhằm kiểm soát nhiễm khuẩn đường hô hấp và cải thiện triệu chứng của người bệnh [1]. Tỷ lệ tác dụng phụ của thuốc trong nghiên cứu tương đối thấp, cho thấy phác đồ điều trị được áp dụng tại cơ sở nghiên cứu tương đối an toàn. Nhìn chung, kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp thêm dữ liệu thực tiễn về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của người bệnh BPTNMT tại cơ sở y tế tuyến khu vực. Đồng thời, kết quả cũng gợi ý vai trò tiềm năng của bạch cầu ái toan trong đánh giá tiên lượng và hỗ trợ định hướng điều trị cá thể hóa cho người bệnh BPTNMT trong thực hành lâm sàng.

Cần tăng cường phát hiện sớm và quản lý liên tục

BPTNMT tại cộng đồng, đặc biệt ở người lớn tuổi và có tiền sử hút thuốc, nhằm giảm tiến triển bệnh và nguy cơ nhập viện. Nên xem xét bạch cầu ái toan như một dấu ấn sinh học hỗ trợ đánh giá nguy cơ và cá thể hóa điều trị. Đồng thời, cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ vai trò của chỉ số này trong tiên lượng và kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh BPTNMT điều trị nội trú tại Trung tâm Y tế khu vực Thuận An chủ yếu là nam giới lớn tuổi với tỷ lệ hút thuốc lá cao. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm ho, khạc đàm và khó thở, trong đó phần lớn người bệnh thuộc nhóm bệnh nặng theo phân loại GOLD. Tỷ lệ người bệnh có bạch cầu ái toan ≥ 300 tế bào/ μL tương đối cao, trong khi hình ảnh khí phế thũng trên X-quang phổi ít gặp. Phác đồ điều trị chủ yếu sử dụng kháng sinh nhóm cephalosporin phối hợp với hiệu quả điều trị tốt và tỷ lệ tác dụng phụ thấp.

Kết quả nghiên cứu cho thấy bạch cầu ái toan có liên quan đến kết quả điều trị, đặc biệt là nguy cơ tái nhập viện ở người bệnh BPTNMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Disease GfCOL.** Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. GOLD; 2024.
2. **Organization WH.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD): World Health Organization; 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))

3. **Adeloye D, Chua S, Lee C, et al.** Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health.* 2022;12:04074. doi: 10.7189/jogh.12.04074.
4. **Bafadhel M, Peterson S, De Blas MA, et al.** Predictors of exacerbation risk and response to budesonide in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a post-hoc analysis of three randomised trials. *The Lancet Respiratory Medicine.* 2018;6(2):117-126. doi: 10.1016/S2213-2600(18)30006-7.
5. **Pascoe S, Locantore N, Dransfield MT, et al.** Blood eosinophil counts, exacerbations, and response to the addition of inhaled fluticasone furoate to vilanterol in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a secondary analysis of data from two parallel randomised controlled trials. *Lancet Respir Med.* 2015 Jun;3(6):435-42. doi: 10.1016/s2213-2600(15)00106-x. PubMed PMID: 25878028; eng.
6. **Chen F, Yang M, Wang H, et al.** High blood eosinophils predict the risk of COPD exacerbation: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2024;19(10):e0302318. doi: 10.1371/journal.pone.0302318.
7. **Zhang Y, Chen X, Li J, et al.** Prognostic value of blood eosinophil level in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* 2023;18:2315-2324. doi: 10.2147/copd.S417123.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÂY THÀNH SAU Ổ CỐI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn Đạt^{1,2}, Đặng Trung Kiên¹, Lê Mạnh Sơn¹,
Đoàn Lê Vinh¹, Phạm Thu Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương gây thành sau ổ cối tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu – cắt ngang trên 36 bệnh nhân gây thành sau ổ cối được phẫu thuật ORIF từ 01/2023–06/2025. Đánh giá kết quả dựa trên thang điểm Harris Hip Score (HHS), Merle d'Aubigné cải tiến, và chất lượng nắn chỉnh (Matta).

Kết quả: Tuổi trung bình bệnh nhân $38,9 \pm 13,2$, nam

giới chiếm 80,6%. Nguyên nhân chính là tai nạn giao thông (83,3%). Trật khớp háng kèm theo 66,7%, mảnh xương vụn 19,4%, liệt thần kinh tọa 8,3%. Thời gian chờ mổ trung bình $3,83 \pm 1,46$ ngày. Phương tiện cố định phổ biến nhất là 2 nẹp song song (50%). Kết quả nắn chỉnh sau mổ: 77,8% giải phẫu, 22,2% chấp nhận. HHS trung bình $84,4 \pm 5,3$ (75% tốt, 19,4% rất tốt, 5,6% trung bình). Điểm Merle d'Aubigné trung bình $16,2 \pm 1,2$ (72,2% tốt, 22,2% rất tốt, 5,6% trung bình). Biến chứng: hoại tử chỏm và thoái hóa khớp 5,6%, tổn thương thần kinh 2,8%, không có nhiễm trùng sâu hoặc cốt hóa lạc chỗ. Yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê duy nhất là hoại tử chỏm xương đùi ($p < 0,05$).

Kết luận: Phẫu thuật kết hợp xương gây thành sau ổ cối tại Bệnh viện Việt Đức đạt kết quả chức năng tốt và rất tốt trong đa số trường hợp, với tỷ lệ biến chứng thấp. Chất lượng nắn chỉnh giải phẫu và dự phòng hoại tử chỏm là yếu tố quyết định kết quả lâu dài.

Từ khóa: Gãy ổ cối, gây thành sau, ORIF, Harris Hip Score, Merle d'Aubigné.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đạt

Email: nguyenvandat@hmu.edu.vn

Mã bài: N495

Ngày nhận bài: 8/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 6/4/2026

Ngày duyệt bài: 8/5/2026