

V. KẾT LUẬN

5.1. Thực hành sử dụng thuốc kháng sinh của người dân. Về thực hành, các HGD sử dụng KS khá thường xuyên (8,4 lần/năm), trong đó đối tượng sử dụng nhiều nhất là trẻ em (63,8%). Thực hành sử dụng KS lần gần nhất của người dân còn nhiều bất cập. Việc tự ý mua và sử dụng KS là khá phổ biến (92,5% HGD). Tỷ lệ thực hành yếu chiếm tới 45,3% số HGD được khảo sát.

5.2. Một số yếu tố liên quan đến thực hành sử dụng thuốc kháng sinh của người dân. Tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, kiến thức và thái độ sử dụng KS của ĐTNC (người chịu trách nhiệm chính trong việc sử dụng thuốc của HGD) liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành sử dụng KS của gia đình họ ($p < 0,05$). Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa giới tính và trải nghiệm được hướng dẫn sử dụng KS từ cán bộ y tế/chuyên gia của ĐTNC với thực hành sử dụng KS của gia đình họ ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2018), Dược thư quốc gia Việt Nam, Chuyên mục sử dụng hợp lý thuốc kháng sinh, trang 70-72.

2. **Bộ Y tế** (2013), Kế hoạch quốc gia về chống kháng thuốc giai đoạn từ năm 2013 đến năm 2020.
3. **Nguyễn Thị Hải Hà và cs** (2018), Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan về sử dụng thuốc kháng sinh của người dân phường Phú Diễn, quận Bắc Từ Liêm, Hà Nội, tạp chí Khoa học Công nghệ T194 S.01 (2019).
4. **Trần Thế Hoàng và cộng sự** (2017), Thực trạng sử dụng kháng sinh ở người dân tại xã Hợp Thành, huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên năm 2017, Tạp chí Khoa học và Công nghệ Đại học Thái Nguyên 177(01): 105-109
5. **Nguyễn Thị Thu Thủy và cs** (2017), Khảo sát kiến thức, thái độ, hành vi sử dụng kháng sinh của khách hàng nhà thuốc tại một số quận nội thành thành phố Hồ Chí Minh, tạp chí Dược học T.57 S.1 (2017).
6. **Pengchao Li et al** (2020), Knowledge, Attitude, and Practices of Antibiotics and Antibiotic Resistance Among Chinese Pharmacy Customers: A Multicenter Survey Study, Antibiotics 2020, 9, 184; doi:10.3390/antibiotics9040184
7. **Anant Nepal et al.** (2019), Knowledge, attitudes and practices relating to antibiotic use among community members of the Rupandehi District in Nepal, BMC Public Health (2019) 19:1558 doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7924-5>
8. **Global Antibiotic Resistance Partnership (GARP) – Vietnam National Working Group** (2010), Situation Analysis on Antibiotic Use and Resistance in Vietnam 2010, view as: https://cddep.org/wp-content/uploads/2017/06/vn_report_web_1_8.pdf

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐỘ NẶNG COVID-19 Ở BỆNH NHÂN THỪA CÂN, BÉO PHÌ

Vương Minh Nhật¹, Nguyễn Tuấn Long²,
Vũ Thị Hiếu³, Võ Triều Lý^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: COVID-19 là một đại dịch toàn cầu với tỷ lệ tử vong cao. Một trong những yếu tố nguy cơ của COVID-19 nặng là thừa cân, béo phì. Thừa cân, béo phì ảnh hưởng đáp ứng viêm với SARS-CoV-2 dẫn đến bão cytokine. Ngoài ra, các bệnh đồng mắc ở bệnh nhân COVID-19 thừa cân, béo phì như tăng huyết áp, đái tháo đường cũng là các yếu tố nguy cơ nặng và tử vong. **Mục tiêu:** (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và độ nặng lúc nhập viện của bệnh nhân

COVID-19 tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới; (2) Xác định các yếu tố liên quan đến độ nặng lúc nhập viện của bệnh nhân COVID-19 tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới. **Kết quả:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Từ tháng 7/21 đến tháng 12/21, có 173 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, 70 trường hợp thừa cân (40,4%); 74 trường hợp béo phì độ I (42,8%) và 29 trường hợp béo phì độ II (16,8%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất: ho – 153/173 (88,4%), khó thở – 127/173 (73,3%), và sốt – 121/173 (69,9%). 46/173 (26,6%) tăng bạch cầu, 53,8% giảm tế bào lympho dưới $1,0 K/\mu L$, 33% có bão cytokine. Tỷ lệ bệnh nhân nguy kịch, nặng, trung bình và nhẹ tại thời điểm nhập viện lần lượt là 14/173 (8,1%), 119/173 (68,8%), 24/173 (13,9%) và 16/173 (9,2%). Các yếu tố liên quan độc lập đến độ nặng lúc nhập viện COVID-19 là: béo phì độ II (OR = 10,63 (1,34 – 84,05)) và tăng huyết áp (OR = 2,16 (1,03 – 4,56)). **Kết luận:** Béo phì làm gia tăng nguy cơ mắc COVID-19 nặng.

Từ khóa: COVID-19, thừa cân, béo phì, độ nặng, yếu tố nguy cơ, bão cytokine.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

³Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Vương Minh Nhật

Email: vuongminhnhut@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 7.9.2023

SUMMARY**CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS FOR SEVERITY OF COVID-19 IN OVERWEIGHT AND OBESITY PATIENTS**

Background: COVID-19 is a global pandemic with high mortality rate. One of the risk factors for severe COVID-19 is overweight, obesity. These conditions affect the inflammatory response to SARS-CoV-2, triggering a cytokine storm. In addition, the comorbidities such as hypertension and diabetes are also risk factors for severity and high mortality in COVID-19 patients. **Objectives:** (1) Describe clinical performances, investigations and severity of overweight and obesity COVID-19 patients in Hospital of Tropical diseases; (2) Identify risk factors for severity in overweight and obesity COVID-19 patients in Hospital of Tropical diseases. **Result:** A descriptive cross-sectional study. From July 2021 to December 2021, there were 173 eligible patients, 70 (10.4%) overweight cases, 74 (42.8%) grade I obesity, 29 (16.8%) grade II obesity. The most common clinical symptoms: cough – 153/173 (88.4%), dyspnea – 127/172 (73.3%), and fever – 121/172 (69.9%). 26.6% of the patients were leukocytosis, 53.8% of the population were lymphocytopenia (below 1.0 K/ μ L), 33% of the patients reported to have cytokine storm. The proportion of critical, severe, moderate, and mild disease was 8.1%, 68.8%, 13.9% and 9.2%, respectively. Risk factors for the severity of COVID-19 were grade II obesity (OR = 10,63 (1,34 – 84,05)) and hypertension (OR = 2,16 (1,03 – 4,56)). **Conclusions:** Obesity was the risk factor for severity of COVID-19.

Keywords: COVID-19, overweight, obesity, severity, risk factors, cytokine storm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch COVID-19 (Coronavirus disease 2019) đã tác động nặng nề trên toàn cầu với tỉ lệ mắc và tử vong cao. Tác nhân gây bệnh là virus SARS-CoV-2 với nhiều biến chủng phức tạp. Tại Việt Nam, đại dịch COVID-19 bùng phát từ tháng 05/2021 đến tháng 12/2021. Những yếu tố nguy cơ mắc COVID-19 và chuyển biến nặng đã được ghi nhận bao gồm tuổi ≥ 65 , thừa cân – béo phì, bệnh mạn tính đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, trong đó thừa cân – béo phì là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất ở một số khu vực [3],[4],[8].

Tác động của thừa cân, béo phì lên sinh bệnh học của COVID-19 chưa thật sự được hiểu rõ. Mô mỡ thừa góp phần trong diễn tiến nặng của COVID-19 thông qua ảnh hưởng lên quá trình điều hòa và cân bằng các phản ứng viêm. Khi so sánh với mô mỡ người bình thường, mô mỡ của người béo phì gia tăng hoạt tính các protein tiền viêm (IL-6, TNF- α , MCP-1, NO, CRP) và các protein tiền đông máu (plasminogen loại

1, yếu tố III, VII). Điều này góp phần làm nặng quá trình tăng tiết cytokine quá mức, dẫn đến bão cytokine, dẫn tới tăng nguy cơ COVID-19 diễn tiến nặng và tử vong. Tình trạng béo phì còn ảnh hưởng đến hệ trục renin-angiotensin-aldosterone (renin-angiotensin-aldosterone system - RAAS) thông qua biểu hiện quá mức lượng thụ thể ACE2 trên bề mặt tế bào, đặc biệt là trên những tế bào mỡ trung tâm

Nhiều nghiên cứu cho thấy gia tăng BMI làm gia tăng nguy cơ bệnh diễn tiến nặng. [4],[7],[8]. Dù vậy, các nghiên cứu đa trung tâm ở các nước phương Tây gần đây cho các kết quả không tương đồng giữa mức độ thừa cân, béo phì với kết cục ARDS ở bệnh nhân COVID-19. Tuy nhiên, định nghĩa về thừa cân, béo phì giữa khu vực châu Á – Thái Bình Dương và khu vực các nước phương Tây là khác nhau, điển hình ở ngưỡng cắt BMI phân biệt dân số thừa cân, béo phì với nhóm dân số cân nặng trung bình cao hơn khi được áp dụng trong các nghiên cứu tại khu vực Âu – Mỹ. Tình trạng dinh dưỡng của nước ta trong thập kỉ qua có nhiều chuyển biến rõ rệt với tỉ lệ thừa cân, béo phì ngày càng gia tăng. Theo thống kê của Bộ Y tế Việt Nam (2020), tỉ lệ thừa cân béo phì khu vực thành thị là 26,8%, nông thôn là 18,3% và miền núi là 6,9%. Trong khi đó các nghiên cứu về COVID-19 ở nhóm dân số này vẫn còn hạn chế tại Việt Nam. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân COVID-19 thừa cân, béo phì và xác định các yếu tố liên quan đến độ nặng COVID-19 thừa cân, béo phì lúc nhập viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân COVID-19 thừa cân, béo phì điều trị nội trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ tháng 07/2021 đến tháng 12/2021.

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu: (1) ≥ 18 tuổi, (2) mắc COVID-19 và có (3) BMI ≥ 23 kg/m²

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Không đồng ý tham gia nghiên cứu hay (2) Phụ nữ có thai hoặc bú sữa (do BMI không phản ánh được tình trạng mỡ thừa ở những bệnh nhân này).

2.3. Biến số: Tuổi, giới, nơi cư ngụ, bệnh nền, các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, tình trạng viêm chủng.

Tình trạng thừa cân, béo phì được phân loại như sau: thừa cân – $23 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 25 \text{ kg/m}^2$; độ I - $25 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 30 \text{ kg/m}^2$, độ II - $\geq 30 \text{ kg/m}^2$.

Bảo cytokine: Số lượng tế bào lympho trong máu <1000/ μ L và thỏa một trong hai tiêu chuẩn sau: (1) Có ít nhất hai thông số sau: (a) D-dimer >1000 ng/mL, (b) LDH >300 IU/L, (c) Ferritin >500 ng/mL hoặc (2) Có CRP >10 mg/dL và ít nhất một trong các thông số sau: (a) D-dimer >1000 ng/mL, (b) LDH >300 IU/L, (c) Ferritin >500 ng/mL.

Độ nặng: được phân thành 4 mức nhẹ, trung bình, nặng và nguy kịch dựa trên Hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam [1].

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Kết quả tính toán và phân tích được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ. Các biến số định tính được tính bằng tỉ lệ phần trăm. Biến số định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn hay trung vị (tứ phân vị - IQR). Các giá trị liên tục được so sánh bằng phép kiểm T-student nếu có phân phối chuẩn và Mann-Whitney nếu không có phân phối chuẩn. Phép kiểm Chi bình phương và Fisher's Exact được dùng để so sánh tỉ lệ giữa các nhóm.

2.6. Y đức: Nghiên cứu được Hội Đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới thông qua theo quyết định 1781/QĐ-BVBNĐ ngày 30/05/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 07/2021 đến 12/2021 có 173 trường hợp thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu: 70 trường hợp thừa cân (40,4%); 74 trường hợp béo phì độ I (42,8%) và 29 trường hợp béo phì độ II (16,8%).

3.1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu. Tuổi trung bình là $55,7 \pm 16,3$ với nhóm tuổi chiếm đa số là 50-65 tuổi với 71/173 (41%); tỉ lệ nam là 84/173 (48,4%). 123/173 (71,1%) có ít nhất 1 bệnh nền; trong đó 68/173 (39,3%) bệnh nhân có từ 2 bệnh nền trở nên. Bệnh thường gặp nhất là tăng huyết áp với 91/173 (52,6%), đái tháo đường với 53/173 (30,6%) và bệnh tim mạch với

21/173 (12,1%). 50/173 (28,9%) bệnh nhân trong nghiên cứu tiêm ngừa trong đó, 22/173 (12,7%) tiêm ngừa 1 mũi vắc-xin và 28/173 (16,2%) tiêm 2 mũi.

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất bao gồm ho - 153/173 (88,4%), khó thở - 127/173 (73,3%), và sốt - 121/173 (69,9%). 22/173 (12,7%) rối loạn tri giác lúc nhập viện.

Tăng bạch cầu máu chiếm 46/173 (26,6%), tăng thành phần BCĐNTT (bạch cầu đa nhân trung tính) chiếm 118/173 (68,2%). Giảm tế bào lympho dưới 1,0 K/ μ L xuất hiện trên 80/173 (53,8%). Tỉ lệ giảm tiểu cầu dưới 100 K/ μ L là 12/173 (6,9%). Tỉ lệ tăng fibrinogen và D-dimer lần lượt là 124/173 (75,2%) và 52/173 (31,5%). Men AST, ALT tăng ít nhất 2 lần giới hạn bình thường trên (ULN - upper limit of normal) lần lượt là 30/173 (17,6%) và 26/173 (15,3%). Có 20/26 (76,9%) tăng LDH (Lactate dehydrogenase) máu trên 300 U/L, 100/112 (89,3%) bệnh nhân tăng CRP trên 10 mg/L và 27/38 (71,1%) bệnh nhân tăng ferritin trên 500 ng/mL. Hình ảnh Xquang phổi được ghi nhận nhiều nhất là tổn thương phế nang với 112/173 (64,7%) và tổn thương mô kẽ ngoại vi với 90/173 (52,0%).

Tỉ lệ các đặc điểm dân dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng ở các nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì độ I, béo phì độ II khác nhau không có ý nghĩa thống kê (Bảng 1) ngoại trừ tỉ lệ khó thở, suy hô hấp, tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính > 75%, tỉ lệ fibrinogen và tỉ lệ đậm rốn phổi. Cụ thể, tỉ lệ khó thở và suy hô hấp ở các nhóm thừa cân, béo phì độ I và béo phì độ II lần lượt là 64,3%; 75,7%; 89,7% ($p = 0,02$) và 71,4%; 74,4%; 96,6% ($p = 0,02$). Tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính > 75% ở 3 nhóm bệnh nhân lần lượt là 58,6%; 70,3%; 86,2% ($p = 0,02$) và tỉ lệ fibrinogen > 4 ng/ml trong 3 nhóm bệnh nhân là 60,3%; 85,7%; 85,2% ($p < 0,01$). Tỉ lệ đậm rốn phổi ở 3 nhóm bệnh nhân là 52,9%; 37,8%; 27,6 ($p = 0,04$).

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng cộng (n=173)		Thừa cân (n = 70)		Béo phì độ I (n = 74)		Béo phì độ II (n = 29)		P
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)	
Đặc điểm dịch tễ									
Tuổi	55,7 \pm 16,3		57,9 \pm 17,4		53,7 \pm 14,9		55,7 \pm 16,4		0,29 ^a
18-49	59	34,1	33	32,9	27	36,5	19	31,1	0,73
50-65	71	41,0	26	37,1	32	43,2	21	44,8	
>65	43	24,9	21	30,0	15	20,3	7	24,1	
Nam	84	48,4	37	52,9	34	45,9	13	44,8	0,64

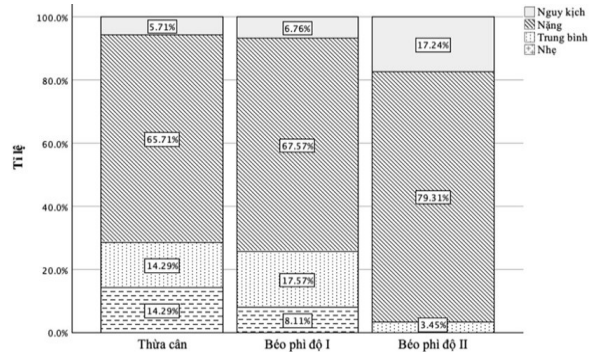
Bệnh nền									
Không	50	28,9	26	37,1	18	24,3	6	20,7	0,16 ^c
1 bệnh nền	55	31,8	18	25,7	29	39,2	8	27,6	
≥ 2 bệnh nền	68	39,3	26	37,1	27	36,5	15	51,7	
Tăng huyết áp	91	52,6	33	47,1	41	55,4	17	58,6	0,49
Đái tháo đường	53	30,6	19	27,1	26	35,1	8	27,6	0,55
Bệnh tim mạch	21	12,1	11	15,7	8	10,8	2	6,9	0,47
Bệnh phổi mạn	14	8,1	6	8,6	6	8,1	2	6,9	0,99
Tiêm ngừa									
Không	123	71,1	49	70,8	57	77,0	27	58,6	0,40
1 mũi	22	12,7	9	12,9	7	9,5	6	20,7	
2 mũi	28	16,2	12	17,1	10	13,5	6	20,7	
Triệu chứng LS									
Ho	153	88,4	57	81,4	69	93,1	27	93,2	0,08 ^c
Khó thở	127	73,4	45	64,3	56	75,7	26	89,7	0,02
Suy hô hấp	133	76,9	50	71,4	55	74,4	28	96,6	0,02
Sốt	121	69,9	46	65,7	52	70,3	23	79,3	0,42
Mệt mỏi	58	33,5	23	32,9	24	32,4	11	37,9	0,86
Rối loạn tri giác	22	12,7	9	12,9	8	10,8	5	17,2	0,65 ^c
Tức ngực	21	12,1	9	12,9	9	12,2	3	10,3	0,99 ^c
Mất khướu giác	18	10,4	10	14,3	6	8,1	2	6,9	0,45 ^c
Mất vị giác	15	8,7	7	10,0	6	8,1	2	6,9	0,94 ^c
Tiêu chảy	12	6,9	7	10,0	4	5,4	1	3,4	0,52 ^c
Sổ mũi	12	6,9	5	7,1	6	8,1	1	3,4	0,85 ^c
Đau họng	8	4,6	3	4,3	4	5,4	1	3,4	0,99 ^c
Triệu chứng CLS									
Bạch cầu (K/ μ l)	8,2(5,8-11,3)		7,4(5,7-9,5)		8,4(5,6-11,2)		9,8(6,5-12,6)		0,34 ^b
>11	46	26,6	15	21,4	19	25,7	12	41,4	0,15 ^c
4-11	115	66,5	47	67,1	52	70,1	16	55,2	
< 4	12	6,9	8	11,4	3	4,1	1	3,4	
%Neu > 75%	118	68,2	41	58,6	52	70,3	25	86,2	0,02
Lympho \leq 1 K/ μ l	143	53,8	36	51,4	40	54,1	17	58,6	0,84
Tiểu cầu < 100 K/ μ l	12	6,9	5	7,1	6	8,1	1	3,4	0,85
AST > 2 ULN	30/170	17,6	13/68	19,1	10/74	13,5	7/28	25	0,36 ^c
ALT > 2 ULN	26/170	15,3	9/68	13,2	13/74	17,6	4/28	14,3	0,75 ^c
Creatinin > 110 μ mol/L	29/172	16,9	10/69	14,5	12/74	16,2	7/29	24,1	0,45
LDH > 300 U/L	20/26	76,9	6/8	75,0	8/9	88,9	6/9	66,7	0,63 ^c
CRP > 10 mg/L	100/112	89,3	38/44	86,3	39/44	88,6	23/24	95,8	0,54 ^c
Ferritin > 500 ng/ml	27/38	71,1	13/17	76,5	10/13	76,9	4/8	50	0,38 ^c
Fibrinogen > 4 ng/ml	124/165	75,2	41/68	60,3	60/70	85,7	23/27	85,2	<0,01
D-dimer > 1 μ g/ml	52/165	31,5	22/68	32,4	20/70	28,6	10/27	37,0	0,71
Cơn bão cytokine	36/109	33,0	13/42	31,0	20/43	46,5	3/24	12,5	0,017
Tổn thương phế nang									
Không	16	9,2	11	15,7	4	5,4	1	3,4	0,1
Một bên	45	26,0	17	24,3	11	23,0	11	37,9	
Hai bên	112	64,7	42	60,0	53	71,6	17	58,6	
Đậm rốn phổi 2 bên	73	42,2	37	52,9	28	37,8	8	27,6	0,04
Tổn thương mô kẽ ngoại vi	90	52,0	32	42,7	42	56,8	16	55,2	0,4

a: Phép kiểm ANOVA; b: Phép kiểm Kruskal-Wallis, c: Phép kiểm Fisher'Exact và 12,5% (p = 0,017).

Có 109/173 bệnh nhân được làm đủ các xét nghiệm để đánh giá bão cytokine, trong đó có tổng cộng 39/109 (33,0%) bệnh nhân có bão cytokine, tỉ lệ này ở các nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì độ I, độ II lần lượt là 31,0%; 46,5%

3.2. Độ nặng của bệnh nhân COVID-19 thừa cân, béo phì lúc nhập viện. Trong nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân nguy kịch, nặng, trung bình và nhẹ tại thời điểm nhập viện lần

lượt là 14/173 (8,1%), 119/173 (68,8%), 24/173 (13,9%) và 16/173 (9,2%). Trong nhóm bệnh nhân thừa cân, các tỉ lệ này lần lượt là 4/70 (5,71%), 46/70 (65,7%), 10/70 (14,3%), 10/70 (14,3%); ở nhóm bệnh nhân béo phì độ I là 5/74 (6,76%), 50/74 (67,57%), 13/74 (17,52%), 6/74 (8,11%); ở nhóm bệnh nhân béo phì độ II là 5/29 (17,24%), 23/29 (79,31%), 1/29 (3,45%) và 0/29 (0%) (Biểu đồ 1).



Bảng 2. Phân tích đơn và đa biến các yếu tố liên quan đến độ nặng lúc nhập viện (n=173)

Đặc điểm	Nguy kịch và nặng (n=133)	Trung bình và nhẹ (n=40)	OR đơn biến	OR đa biến
Thừa cân, béo phì				
Thừa cân	50 (37,6%)	20 (50%)	1	1
Béo phì độ I	55 (41,4%)	19 (47,5%)	1,16 (0,56 – 1,42)	1,09 (0,56 – 2,42)
Béo phì độ II	28 (21,1%)	1 (2,5%)	11,20 (1,43 – 87,96)	10,63 (1,34 – 84,05)
Tuổi				
18-49	41 (30,8%)	18 (45%)	1	
50-65	55 (41,4%)	55 (40%)	1,51 (0,69 – 3,31)	
>65	37 (27,8%)	37 (15%)	2,71 (0,97 – 7,55)	
Nam	64 (48%)	20 (50%)	1,08 (0,53 – 2,19)	
Tăng huyết áp	76 (57,1%)	15 (37,5%)	2,22 (1,08 – 4,60)	2,16 (1,03 – 4,56)
Đái tháo đường	45 (35,8%)	8 (20%)	2,05 (0,87 – 4,81)	
Bệnh tim mạch	19 (14,3%)	2 (5%)	3,17 (0,71 – 14,22)	
Bệnh phổi mạn	11 (8,3%)	3 (7,5%)	1,11 (0,30 – 4,2)	
Tiêm ngừa				
Không	92 (69,2%)	31 (77,5%)	1	
1 mũi	36 (12%)	6 (15%)	0,89 (0,32 – 2,5)	
2 mũi	25 (18,8%)	3 (7,5)	2,85 (0,79 – 9,95)	

Các yếu tố liên quan đến độ nặng khi nhập viện của bệnh nhân là béo phì độ II (OR = 10,63 (1,34 – 84,05) và tăng huyết áp 2,16 (1,03 – 4,56)).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu. Tuổi trung bình trong dân số nghiên cứu khá cao là 55,7 ± 16,3; điều này cũng phù hợp với việc nghiên cứu chọn lấy mẫu từ những bệnh nhân nhập viện tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, nơi tiếp nhận và điều trị những trường hợp nặng trong bối cảnh dịch COVID-19 bùng phát tại Việt Nam. Mối liên quan giữa độ tuổi và độ nặng của COVID-19 đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Tuy nhiên, tỉ lệ bệnh nhân từ 18 – 49 tuổi chiếm tỉ lệ khá cao trong nghiên cứu (34,1%), điều này cho thấy những bệnh nhân trẻ thừa cân, béo phì vẫn có nguy cơ cao mắc COVID-19 nặng, cần phải theo dõi và điều trị tích cực. Hơn 2/3 số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có ít nhất một bệnh nền

(71,1%), trong đó hơn 1/3 có từ hai bệnh nền trở lên đặc biệt là tăng huyết áp (52,6%) và đái tháo đường (30,6%), đây đều là những bệnh có mối liên quan với tình trạng béo phì thông qua các rối loạn chuyển hóa. Vì vậy, đứng trước bệnh nhân COVID-19 thừa cân, béo phì, bác sĩ cần phải chú ý tầm soát các bệnh lý này cũng như các rối loạn chuyển hóa khác vì làm tăng nguy cơ diễn tiến nặng, ngoài ra COVID-19 cũng có thể ảnh hưởng đến việc kiểm soát huyết áp hay đường huyết của bệnh nhân.

Tỉ lệ tiêm ngừa trong nghiên cứu khá thấp, 50/173 (28,9%). Tỉ lệ này tương đồng với tỉ lệ tiêm ngừa chung tại Việt Nam cũng như các quốc gia châu Á khác do những điều kiện khách quan như tính sẵn có của vắc xin, nhân lực y tế.

Tương tự như nhiều nghiên cứu khác về biểu hiện lâm sàng của COVID-19, các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thừa cân, béo phì bao gồm sốt, ho, khó thở, bạch cầu không tăng, lympho máu thấp, tăng các dấu ấn

viêm và có hiện tượng tăng đông [2],[5]. Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng, hay các giá trị xét nghiệm có thể thay đổi tùy theo nghiên cứu do sự khác biệt về dân số nghiên cứu hay chủng virus SARS-CoV-2. Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Võ Thanh Lâm (2020) thực hiện trên các dân số nhiễm COVID-19 nói chung, các triệu chứng sốt, ho, khó thở trong nghiên cứu cao hơn đáng kể, sốt (69,9% so với 44,2%), ho (88,4% so với 13%), khó thở (73,4% so với 10,4%). Điều này đặt ra hai giả thuyết: (1) thừa cân, béo phì làm tăng tỷ lệ các triệu chứng suy hô hấp của bệnh nhân hay (2) sự khác biệt về chủng SARS-CoV-2 tại thời điểm thực hiện nghiên cứu, với SARS-CoV-2 chủng Delta năm 2021 và SARS-CoV-2 chủng Alpha năm 2020.

Tỷ lệ các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng không khác biệt giữa các nhóm thừa cân, béo phì độ I, độ II ngoại trừ các triệu chứng như suy hô hấp, khó thở, tỷ lệ tăng bạch cầu đa nhân trung tính, bão cytokine hay tổn thương trên Xquang phổi (Bảng 1). Các triệu chứng nặng chiếm tỷ lệ cao hơn ở những bệnh nhân béo phì II lại càng ủng hộ giả thiết về mối liên quan giữa BMI và độ nặng của COVID-19. Đặc biệt có 33% bệnh nhân có bão cytokine tại thời điểm nhập viện. Tỷ lệ này cao hơn nếu so sánh với các nghiên cứu khác [6]. Điều này cũng củng cố thêm giả thuyết về ảnh hưởng của thừa cân, béo phì đối với tình trạng viêm của bệnh nhân. Tuy nhiên tỷ lệ cơn bão cytokine lại thấp nhất ở nhóm béo phì độ II và cao nhất ở nhóm béo phì độ I. Đây chỉ là một nghiên cứu cắt ngang mô tả và số lượng bệnh nhân mỗi nhóm không quá cao. Đồng thời, không phải bệnh nhân nào khi nhập viện cũng được làm các xét nghiệm để đánh giá tình trạng cơn bão cytokine, có 24/29 bệnh nhân béo phì độ II được làm xét nghiệm đánh giá cơn bão cytokine trong khi chỉ có 43/74 trường hợp béo phì độ I và 42/70 trường hợp thừa cân được làm các xét nghiệm để đánh giá cơn bão cytokine. Điều này có thể dẫn kết quả chưa phản ánh chính xác về biểu hiện bão cytokine ở các nhóm. Vì vậy cần làm thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn cũng như thực hiện đầy đủ các chỉ số xét nghiệm liên quan để xác định chính xác ảnh hưởng của tình trạng thừa cân béo phì đến cơn bão cytokine ở bệnh nhân COVID-19 có thừa cân, béo phì.

4.2. Độ nặng của bệnh nhân COVID-19 thừa cân, béo phì lúc nhập viện. Tỷ lệ bệnh nặng và nguy kịch trong nghiên cứu cao hơn so với nhóm thừa cân, béo phì trong các nghiên cứu của tác giả Rottoli, 78% vs 37,2% [3]. Điều này

có thể đến từ chính sách điều trị COVID-19 của Việt Nam trong giai đoạn này. Với sự bùng phát mạnh của dịch COVID-19 tại Việt Nam mà đặc biệt là tại Thành phố Hồ Chí Minh vào năm 2021, Bộ Y tế Việt Nam đã xây dựng mô hình tháp điều trị "3 tầng" dựa trên độ nặng của bệnh. Với vai trò là bệnh viện đầu ngành truyền nhiễm ở khu vực phía Nam, bệnh viện Bệnh Nhiệt đới là một trong số các bệnh viện thuộc "tầng 3" trong mô hình điều trị, chủ yếu thu dung và điều trị các bệnh COVID-19 nặng và nguy kịch.

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ bệnh nặng và nguy kịch tăng dần trong các nhóm thừa cân, béo phì độ I và béo phì độ II. Cùng với đó, tỷ lệ bệnh nặng và nguy kịch trong nghiên cứu cao gợi ý thừa cân, béo phì có ảnh hưởng đến độ nặng lúc nhập viện. Mối liên quan này càng được khẳng định qua các phân tích đơn và đa biến. Sau phân tích đa biến, tình trạng béo phì độ II là một yếu tố liên độc lập với OR là 10,63 (1,34 – 84,05). Kết quả tương tự cũng được tìm thấy trong các nghiên cứu khác [4],[7] Khi phân tích đa biến, nhóm béo phì độ I có độ nặng khác biệt không có ý nghĩa thống kê với OR = 1,09 (0,56 – 2,42). Điều này có thể là do nghiên cứu chọn nhóm so sánh là bệnh nhân thừa cân chứ không phải dân số có BMI bình thường. Một số nghiên cứu lớn, đa trung tâm tại châu Âu và châu Mỹ chỉ ra nguy cơ của béo phì lên tử vong do COVID-19 có ý nghĩa đáng kể khi BMI ≥ 40 kg/m², cụ thể khi so với dân số có cân nặng bình thường (BMI trong khoảng 18,5 đến 24,9 kg/m²), OR sau hiệu chỉnh với yếu tố bệnh đồng mắc là 2,68 (KTC 95%, 1,43-5,04) đối với nhóm có BMI 40-44 kg/m² và lên đến 4,18 (KTC 95%, 2,12-8,26) đối với nhóm có BMI từ 45 kg/m² trở lên [8]. Từ đó, có thể thấy BMI càng cao thì nguy cơ bệnh nặng càng tăng.

Nghiên cứu không tìm thấy mối liên hệ giữa sử dụng vắc xin và độ nặng lúc nhập viện. Điều này không có nghĩa là vắc xin không có hiệu quả phòng bệnh cũng như giảm nguy cơ diễn tiến nặng đối với cơ địa thừa cân, béo phì mà xuất phát từ việc nghiên cứu chọn mẫu từ những bệnh nhân nặng nhập viện, số lượng người tiêm vắc xin trong nghiên cứu thấp (38,9%) cũng như nghiên cứu không ghi nhận về thời điểm từ lúc tiêm vắc xin cho tới khi nhập viện nhằm ước đoán thời gian vắc xin tạo miễn dịch bảo vệ. Vì vậy, cần có thêm nhiều nghiên cứu nhằm đánh giá chính xác hiệu quả của vắc xin trong dự phòng nhiễm bệnh cũng như giảm nguy cơ diễn tiến nặng ở nhóm dân số đặc biệt này.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

COVID-19 thừa cân, béo phì nhập viện tương tự dân số chung bao gồm sốt, ho và khó thở. Các xét nghiệm dấu ấn viêm cũng như tỉ lệ bão cytokine tăng, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân béo phì độ I. Nhóm béo phì độ II cùng với tăng huyết áp là các yếu tố liên quan độc lập đối với COVID-19 nặng và nguy kịch nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Quyết định về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19, 2021: Hà Nội.
2. **Võ Thanh Lâm**, "Đặc điểm dịch tễ, diễn tiến lâm sàng và cận lâm sàng ở người nhiễm SARS-CoV-2 tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2020", Đại học Y Dược TPHCM 2021.
3. **Rottoli Matteo, Bernante Paolo, Belvedere Angela, Balsamo Francesca, Garelli Silvia, et al.**, "How important is obesity as a risk factor for respiratory failure, intensive care admission and death in hospitalised COVID-19 patients? Results from a single Italian centre %J European Journal of Endocrinology". 2020, 183 (4), pp. 389-397.
4. **Hamer Mark, Gale Catharine R., Kivimäki**

- Mika, Batty G. David**, "Overweight, obesity, and risk of hospitalization for COVID-19: A community-based cohort study of adults in the United Kingdom". Proceedings of the National Academy of Sciences, 2020, 117 (35), pp. 21011.
5. **Hu Z., Huang X., Zhang J., Fu S., Ding D., et al.**, "Differences in Clinical Characteristics Between Delta Variant and Wild-Type SARS-CoV-2 Infected Patients". Front Med (Lausanne), 2021, 8, pp. 792135.
6. **Ramatillah D. L., Gan S. H., Pratiwy I., Syed Sulaiman S. A., Jaber A. A. S., et al.**, "Impact of cytokine storm on severity of COVID-19 disease in a private hospital in West Jakarta prior to vaccination". PLoS One, 2022, 17 (1), pp. e0262438.
7. **Yang Jun, Hu Jiahui, Zhu Chunyan**, "Obesity aggravates COVID-19: A systematic review and meta-analysis". 2021, 93 (1), pp. 257-261.
8. **Alegre-Díaz Jesus, Friedrichs Louisa G, Ramirez-Reyes Raul, Wade Rachel, Bragg Fiona, et al.**, "Body mass index and COVID-19 mortality: prospective study of 120000 Mexican adults". International Journal of Epidemiology, 2022, 51 (5), pp. 1698-1700.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ CỦA BỆNH NHÂN CÓ TỔN THƯƠNG DẠNG U ĐƠN ĐỘC NGOẠI VI PHỔI CĂN NGUYÊN DO LAO

Vũ Anh Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính lồng ngực và hình ảnh tổn thương quan sát được trong PTNS ở bệnh nhân u lao với ung thư phổi nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả bệnh nhân có tổn thương dạng u đơn độc ở ngoại vi phổi được Phẫu thuật nội soi chẩn đoán và điều trị tại Khoa Ngoại lồng ngực - Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, thời gian từ 11/2011 đến 7/2014. **Kết quả:** Có 147 bệnh nhân, trong đó 47 trường hợp u lao và 100 BN UTP. Bệnh nhân u lao có tuổi trung bình thấp hơn ($49,7 \pm 11,2$ so với $60,0 \pm 10,4$), tiền sử mắc bệnh lao phổi nhiều hơn (4,1% so với 1,4%), triệu chứng ho ra máu chiếm tỷ lệ thấp hơn (2,0% so với 13,6%). Trên phim CLVT lồng ngực, u lao phổi chiếm tỷ lệ cao hơn khi kích thước $u \leq 2,0\text{cm}$, u có bờ rõ nhẵn; khi kích thước $u > 3,0\text{cm}$, bờ khối u có múi, đa cung hay tua gai khả năng cao là UTP. Quan sát hình ảnh tổn thương đại thể trong PTNS cho thấy, khi có dấu hiệu dày dính màng phổi tại vị trí u, khả năng cao là u lao, khi có dấu hiệu nhấn nhúm màng phổi tạng trên u, khả năng cao khối u có bản chất UTP, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:**

Tuổi, tiền sử bệnh lao phổi, triệu chứng ho ra máu; đặc điểm kích thước, bờ khối u trên phim CLVT lồng ngực và tổn thương đại thể trong mổ (dày dính màng phổi tại vị trí u và nhấn nhúm màng phổi tạng trên u) có giá trị định hướng bản chất tổn thương dạng u ngoại vi của phổi.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi lồng ngực; u phổi ngoại vi; u lao; ung thư phổi.

SUMMARY

COMMENT ON SOME CHARACTERISTICS OF TUBERCULOSIS PATIENTS WHO HAD PERIPHERAL SOLITARY TUMOR-LIKE LESIONS

Objectives: To compare some clinical characteristics, thoracic computed tomography, and lesions observed by video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) of tuberculosis patients to primary lung cancer. **Subjects and methods:** Prospective study, describing patients who had peripheral solitary tumor-like lesions of the lung underwent diagnosis and treatment by VATS at the Department of Thoracic Surgery - Pham Ngoc Thach Hospital, from 11/2011 to 7/2014. **Results:** There were 147 patients, including 47 cases of tuberculosis and 100 patients of primary lung cancer. Patients with tuberculosis had a lower mean age (49.7 ± 11.2 vs 60.0 ± 10.4), and a history of pulmonary tuberculosis was more common (4.1% vs 1.4%), symptoms of hemoptysis accounted for a lower proportion (2.0% vs 13.6%). On CT images, pulmonary tuberculosis accounted for a higher proportion when the tumor size was $\leq 20\text{mm}$ or had

¹Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Hải

Email: vuanhhai.ncs@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023