



**Hình 6.** Bệnh nhân tái khám sau 3 tháng phẫu thuật và đang lên kế hoạch điều trị giai đoạn 2

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Atkinson CH, Harwood AR, Cummings BI.** A reappraisal of the role of megavoltage irradiation. *Cancer* 1984;53:869-73
2. **Dararnola JO, Ajagbe HA, Oluwasanmi JO.** Recurrent ameloblastoma of the jaws-a review of

- 22 cases. *Plast Reconstr Surg* 1980;65:5 77-9.
3. **Hughes CA, Wilson WR, Olding M.** Giant Ameloblastoma: Report of an Extreme Case and a Description of its Treatment. *Ear, Nose & Throat Journal.* 1999;78(8):568-574
4. **Nakasato S, Okamura S, Kudo K, Takeda Y.** Gigantic ameloblastoma associated with secondary hypoproteinemia. *J Oral Maxillofac Surg* 1991 ;49:764-7.
5. **Regezi J, Ciubba J.** Oral Pathology with Clinical Pathological Correlations. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1983:276-85.
6. **Shafer W, Hine MK, Levy B.** A Textbook of Oral Pathology. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1983:276-85.
7. **Travis LW, McClatchey KD, Hayward JR, et al.** Combined management of ameloblastoma of the jaws . *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol* 1977;84:833-9.
8. **Wenig B.** Atlas of Head and Neck Pathology. 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1993:54-5.

## NGUY CƠ TẾ NGÃ Ở BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Phan Hữu Trí<sup>1</sup>, Lê Khắc Bảo<sup>2</sup>, Đỗ Thị Tường Oanh<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Vấn đề:** Bệnh nhân BPTNMT có các rối loạn tại phổi và ngoài phổi dẫn tới tình trạng teo cơ tứ đầu đùi làm hạn chế khả năng di chuyển và giữ thăng bằng. Nghiệm pháp đứng dậy và đi có khả năng đánh giá nguy cơ té ngã và đồng thời phản ánh được độ nặng của bệnh. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ bệnh nhân BPTNMT có nguy cơ té ngã bằng nghiệm pháp đứng dậy và đi và các câu hỏi tầm soát té ngã. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu trên 117 bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định tại phòng quản lý Hen – BPTNMT ở Bệnh viện Nhân Dân Gia Định (6-8/2023). Thời gian đứng dậy và đi được xác định bằng cách cho bệnh nhân từ tư thế ngồi, đứng dậy và đi 3 mét, sau đó xoay người và đi ngược lại vị trí xuất phát, rồi xoay người và ngồi xuống. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 67 ± 8 tuổi. %FEV1 so với giá trị dự đoán trung bình là 56,6 ± 18,1%. Thời gian đứng dậy và đi của bệnh nhân BPTNMT là 11,2 (9,8 – 12,9). Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian đứng dậy và đi kéo dài trên 12 giây là 35,9%. Tỷ lệ bệnh nhân BPTNMT có té ngã trong năm vừa qua là 10,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tầm soát nguy cơ té ngã dương tính là 34,2%. Ngưỡng cắt tối ưu của thời gian đứng dậy và đi để dự đoán té ngã là 12,2 giây với độ nhạy 67%, độ đặc

hiệu 74%, AUROC 0,71 (KTC 95% 0,55-0,87). **Kết luận:** Khoảng 1/3 dân số bệnh nhân BPTNMT có nguy cơ té ngã. Thời gian đứng dậy và đi và các câu hỏi tầm soát té ngã nên được sử dụng một cách thường quy ở bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định.

**Từ khóa:** Thời gian đứng dậy và đi, nguy cơ té ngã, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

#### SUMMARY

#### FALL RISK IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

**Background:** Patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) often experience lung and extra-pulmonary impairments that lead to quadriceps muscle atrophy, limiting mobility and balance. The timed-up-and-go test is capable of evaluating fall risk and reflecting disease severity. **Objective:** To determine the fall risk prevalence in COPD patients using the timed-up-and-go test and fall risk screening questions. **Methods:** A study was conducted on 117 stable COPD patients at the Asthma - COPD Management Unit of Gia Dinh People's Hospital (6-8/2023). The time taken for the timed-up-and-go test was measured as patients transitioned from sitting to standing, walked 3 meters, turned around and walked back to the starting position, then turned around and sat down. **Results:** The mean age of patients was 67 ± 8 years. %FEV1 compared to the average predicted value was 56,6 ± 18,1%. The timed-up-and-go value for COPD patients was 11,2 seconds (9,8 – 12,9). The proportion of COPD patients with timed-up-and-go value exceeding 12,2 seconds was 29,9%. The fall incidence rate among COPD patients in the past year was 10,3%. The proportion of COPD patients with positive fall risk screening results was 34,2%. The

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhân dân Gia Định

<sup>3</sup>Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hữu Trí

Email: drhuutri@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023

optimal cutoff threshold for predicting falls based on timed-up-and-go value was 12,2 seconds, with sensitivity of 67%, specificity of 74%, AUROC of 0.71 (95% CI 0.55-0.87). **Conclusion:** Approximately one-third of the COPD patient population is at risk of falls. Timed-up-and-go test, along with fall risk screening questions, should be routinely implemented in stable COPD patients. **Keywords:** fall risk screening, timed-up-and-go test, chronic obstructive pulmonary disease.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân BPTNMT có nhiều tổn thương tại phổi và ngoài phổi dẫn tới tăng nguy cơ té ngã và đồng thời làm các biến cố té ngã này nặng hơn<sup>1</sup>. Đối với bệnh nhân BPTNMT, ngoài việc đánh giá các tổn thương tại phổi, cần phải đánh giá thêm các tổn thương ngoài phổi kèm theo vì chúng có ảnh hưởng rất lớn tới cuộc sống người bệnh. BPTNMT khi tiến triển có tình trạng tăng công hô hấp dẫn tới sự phân phối năng lượng cho các phần cơ trong cơ thể không đồng đều, dẫn tới teo cơ và yếu cơ vùng chi dưới, đặc biệt là cơ tứ đầu đùi<sup>1</sup>. Các cơ vùng chi dưới đóng vai trò quan trọng trong di chuyển và khả năng kiểm soát thăng bằng. Đánh giá nguy cơ té ngã có thể được thực hiện qua các câu hỏi thăm soát hoặc sử dụng các nghiệm pháp đánh giá thăng bằng<sup>2,3</sup>. Trong các nghiệm pháp thăng bằng đã được sử dụng trên lâm sàng, nghiệm pháp đứng dậy và đi được xem là nghiệm pháp đơn giản, an toàn và có nhiều bằng chứng cho thấy có mối liên quan rất tốt với nguy cơ té ngã trên nhiều đối tượng khác nhau bao gồm cả BPTNMT<sup>2,4</sup>. Nghiệm pháp đứng dậy và đi yêu cầu bệnh nhân bắt đầu ở tư thế ngồi trên ghế, đứng dậy, đi một khoảng 3 mét, sau đó xoay người đi ngược lại nơi xuất phát, rồi xoay người một lần nữa và ngồi xuống. Nghiệm pháp này phản ánh một hành động đơn giản được lặp đi lặp lại trong cuộc sống hằng ngày, việc bệnh nhân không thực hiện được hay cần quá nhiều thời gian để thực hiện nghiệm pháp này cho thấy chức năng của bệnh nhân bị hạn chế trầm trọng. Trên thế giới hiện đã có nghiên cứu về nghiệm pháp đứng dậy và đi ở bệnh nhân BPTNMT, nhưng số lượng nghiên cứu được thực hiện ở châu Á còn rất hạn chế. Bởi vì nghiệm pháp này yêu cầu sự di chuyển của bệnh nhân nên chịu ảnh hưởng từ thói quen, thành phần cơ thể của bệnh nhân dẫn tới có thể có sự khác nhau giữa châu Á và Âu Mỹ. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để xác định tỷ lệ bệnh nhân BPTNMT ở dân số Việt Nam có nguy cơ té ngã dựa vào các câu hỏi thăm soát té ngã và nghiệm pháp đứng dậy và đi là bao nhiêu, nhằm góp phần vào dữ liệu chung cho các nghiên cứu tiếp tục sau này về nguy cơ

té ngã ở bệnh nhân BPTNMT.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, thăm khám và theo dõi trên lâm sàng, được tiến hành tại phòng quản lý Hen – BPTNMT của bệnh viện Nhân dân Gia Định.

**Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh được chẩn đoán BPTNMT giai đoạn ổn định thoả tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian từ 6/2023 – 7/2023.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** ≥ 18 tuổi. Người bệnh được chẩn đoán BPTNMT theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính" của Bộ Y tế Việt Nam năm 2023<sup>2</sup>.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Những bệnh nhân có tình trạng lâm sàng không ổn định: trong vòng 4 tuần trước thời điểm nghiên cứu có sử dụng thuốc kháng sinh, kháng viêm hay thay đổi thuốc điều trị BPTNMT giai đoạn ổn định. Bệnh nhân có các bệnh đồng mắc hô hấp: hen phế quản, lao phổi đang điều trị, bệnh phổi mô kẽ, thuyên tắc phổi, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng phổi, gù vẹo cột sống, đã cắt thùy phổi. Bệnh nhân có một số bệnh đồng mắc ngoài hô hấp làm ảnh hưởng tới kết quả nghiệm pháp đứng dậy và đi: bao gồm các bệnh về tim mạch, cơ xương khớp, huyết học, thần kinh nặng dẫn tới khó khăn khi di chuyển, suy tim NYHA III, IV, tai biến mạch máu não, thiếu máu mạn nặng, Parkinson, thoái hóa khớp dẫn tới hạn chế về di chuyển, đã bị cắt cụt một hoặc cả 2 chi. Những bệnh nhân hạn chế không nên thực hiện nghiệm pháp đứng dậy và đi: nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực không ổn định trong vòng 1 tháng trước nghiên cứu. Bệnh nhân không hợp tác thực hiện bài kiểm tra. Bệnh nhân đang mang thai. Những bệnh nhân không có nguy cơ té ngã (bất động hoặc di chuyển bằng xe lăn). Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu

**Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu được tính bằng công thức ước lượng cỡ mẫu dựa trên một tỷ lệ.

$$N = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \times p \times (1-p)}{d^2} = 112$$

Trong đó: N là cỡ mẫu tối thiểu, p là tỷ lệ bệnh nhân có thời gian đứng dậy và đi kéo dài,  $Z_{\alpha}$  là hệ số tương ứng với khoảng tin cậy 95%,  $\alpha = 5\%$ ,  $d = 9\%$ . Nghiên cứu của Haddad<sup>4</sup> (Anh Quốc) cho biết tỷ lệ bệnh nhân có thời gian đứng dậy và đi kéo dài là 38%. Áp dụng vào công thức trên, ước tính được cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu là 112 người.

**Biến số nghiên cứu:** Các biến số về đặc điểm nhân trắc (tuổi, giới), số gói năm, tình trạng hút thuốc lá hiện tại, chỉ số khối cơ thể ( $\text{kg/m}^2$ ) = cân nặng (kg)/[chiều cao(m)]<sup>2</sup>. Các đặc điểm về nguy cơ té ngã bao gồm số lần té ngã trong năm vừa rồi, có thấy không an tâm khi bước đi, có bao giờ sắp té ngã nhưng sau đó không té ngã nhờ chụp lại được và thời gian đứng dậy và đi. Ghi nhận kết quả hô hấp ký. Các thông số liên quan BPTNMT được ghi nhận bao gồm mức độ khó thở theo mMRC, điểm CAT phân loại BPTNMT theo GOLD 2023<sup>5</sup>.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Người bệnh được hỏi bệnh sử và khám lâm sàng, phỏng vấn theo bảng thu thập số liệu. Ghi nhận chẩn đoán và tiền căn bệnh lý dựa vào hồ sơ bệnh án điện tử và sổ khám bệnh. Nghiên cứu viên tư vấn người bệnh về nguy cơ té ngã và sau đó sử dụng bộ 3 câu hỏi đánh giá nguy cơ té ngã và cho bệnh nhân thực hiện nghiệm pháp đứng dậy và đi. Bệnh nhân được bắt đầu ở tư thế ngồi trên ghế, lưng tựa vào lưng ghế. Nghiên cứu viên sau đó giải thích toàn bộ quá trình cho bệnh nhân, sau khi bệnh nhân đã nắm rõ các bước thực hiện thì nghiên cứu viên sẽ bắt đầu nghiệm pháp. Nghiên cứu viên nói bắt đầu và bấm thời gian khi lưng và mông bệnh nhân rời khỏi ghế. Bệnh nhân đứng dậy đi với tốc độ bình thường một đoạn dài 3 mét, sau đó xoay người và đi ngược lại vị trí xuất phát. Khi đã quay lại ghế ban đầu, bệnh nhân xoay người và ngồi xuống. Nghiên cứu viên kết thúc đếm thời gian ghi lưng và mông bệnh nhân chạm vào ghế. Thời gian được tính bằng giây, ghi nhận tới 1 số thập phân. Bài kiểm được thực hiện 2 lần, lấy kết quả tốt nhất giữa 2 lần.

**Xử lý số liệu:** Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn, so sánh bằng phép kiểm T-Test và trung vị và khoảng tứ phân vị nếu phân phối không chuẩn, so sánh bằng phép kiểm Mann-Whitney. Các biến danh định được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Số liệu nghiên cứu được lưu trữ và xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 16. Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm kết cục lâm sàng của dân số nghiên cứu (N=117)**

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi, trung vị (KTPV)	66 (62 – 71)
Nam, n (%)	113 (96,6%)
Chỉ số khối cơ thể ( $\text{kg/m}^2$ ), TB ± ĐLC	20,9 ± 3,6

Tiền căn hút thuốc lá (gói – năm), TB ± ĐLC	41,5 ± 21,2
%FEV1 so với giá trị dự đoán (%), TB ± ĐLC	56,7 ± 18,2
Phân độ GOLD A/B/E (%)	5,1/39,3/55,6
Điểm mMRC, trung vị (KTPV)	2 (1 – 3)
Điểm CAT, TB ± ĐLC	12,3 ± 4,7

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn; KTPV: khoảng tứ phân vị

**Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong khoảng thời gian nghiên cứu, có 117 người bệnh BPTNMT giai đoạn ổn định đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu. Tuổi trung vị của dân số trong nghiên cứu là 66 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 49, tuổi lớn nhất là 90. Có 113 người bệnh nam (chiếm 96,6%), và 4 người bệnh nữ (chiếm 3,4%), tỉ số Nam:Nữ là 28:1. Chỉ số khối cơ thể trung bình là  $20,9 \pm 3,6 \text{ kg/m}^2$ . Về mức độ nặng của BPTNMT, %FEV1 so với dự đoán trung bình là  $56,7 \pm 18,2\%$ . Khi phân loại theo hướng dẫn mới của GOLD 2023 về BPTNMT, trên 50% dân số nghiên cứu ở nhóm E.

**Bảng 2. Phân bố về nguy cơ té ngã của dân số nghiên cứu (N=117)**

Biến số liên quan đến té ngã	Giá trị
Có té ngã trong năm vừa rồi, n (%)	12 (10,3%)
Có từng sắp bị té ngã, n (%)	31 (26,5%)
Có thấy không an tâm khi bước đi, n (%)	23 (19,7%)
Có kết quả tầm soát "Có" với bất cứ 1 trong 3 câu hỏi, n (%)	39 (33,3%)
Thời gian đứng dậy và đi $\geq 12$ giây, n (%)	42 (35,9%)
Thời gian đứng dậy và đi (giây), trung vị (KTPV)	11,2 (9,8 – 12,6)

**Đặc điểm nguy cơ té ngã:** Khi đánh giá nguy cơ té ngã bằng 3 câu hỏi tầm soát theo WHO, có 12 trường hợp bị té ngã trong năm vừa rồi, chiếm 10,3% và khi dùng kết quả là "Có" với bất cứ 1 trong 3 câu hỏi tầm soát thì có 39 bệnh nhân (tương đương với 33,3%) dân số nghiên cứu có nguy cơ té ngã. Về nghiệm pháp đứng dậy và đi, có 42/117 bệnh nhân có thời gian đứng dậy và đi kéo dài khi sử dụng ngưỡng cắt là 12 giây. Thời gian đứng dậy và đi ở bệnh nhân BPTNMT trong nghiên cứu của chúng tôi có trung vị là 11,2 giây.

**Bảng 3. Các ngưỡng cắt khác nhau của thời gian đứng dậy và đi trong dự đoán té ngã**

Ngưỡng cắt (giây)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)	Chỉ số Youden

11,2	83	50	45	40	0,34
11,3	75	54	45	48	0,29
11,7	67	68	50	50	0,34
12,0	67	74	56	48	0,41
12,3	58	75	54	53	0,34

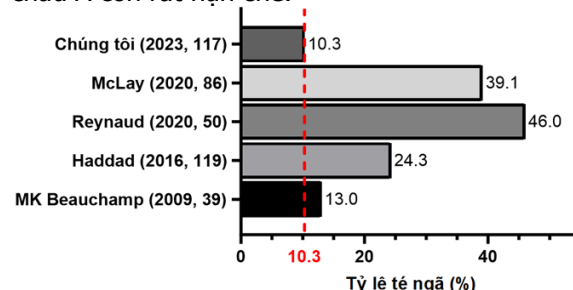
LR(+): chỉ số khả dĩ dương; LR(-): chỉ số khả dĩ âm

Bảng 3 cho thấy giá trị của các ngưỡng cắt khác nhau về thời gian đứng dậy và đi đối với khả năng tiên đoán té ngã. Kết quả cho thấy ngưỡng cắt 12 giây có khả năng tiên đoán té ngã trong năm rồi tốt nhất với độ nhạy là 67% và độ đặc hiệu là 74%.

#### IV. BÀN LUẬN

Cho đến thời điểm bắt đầu nghiên cứu, chúng tôi chưa ghi nhận được kết quả nào khác được công bố về nguy cơ té ngã ở bệnh nhân BPTNMT được thực hiện ở khu vực châu Á. Các nghiên cứu đi trước được thực hiện ở dân số châu Âu và châu Mỹ. Kết quả của chúng tôi cho thấy sự tương đồng về thời gian đứng dậy và đi cũng như về tỷ lệ bệnh nhân có thời gian đứng dậy và đi kéo dài. Nghiệm pháp TUG là một bài kiểm tra được thực hiện trên lâm sàng yêu cầu bệnh nhân phải di chuyển và nhờ đó đánh giá tình trạng bệnh từ góc nhìn chức năng, chính vì thế mà kết quả của bài kiểm tra này sẽ phụ thuộc vào kích thước cơ thể và thói quen hằng ngày, vốn có sự thay đổi đáng kể giữa các vùng với nhau. Điều này đồng nghĩa với việc tái đánh giá giá trị của nghiệm pháp này ở khu vực châu Á là vô cùng quan trọng trong bối cảnh mà các kết quả đi trước chỉ được thực hiện ở khu vực Âu Mỹ. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng ngưỡng cắt 12 giây, kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có thời gian TUG kéo dài là 29,9%. Tỷ lệ tương tự được ghi nhận trong nghiên cứu của Haddad<sup>4</sup> và của Mesquita<sup>2</sup> với tỷ lệ bệnh nhân có thời gian TUG kéo dài lần lượt là 38,7% và 33%. Kết quả về thời gian đứng dậy và đi của chúng tôi là 11,2 giây, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước được thực hiện ở các nhóm bệnh nhân có cùng độ tuổi và độ nặng của bệnh. Mặc dù đa phần các nghiên cứu đi trước được thực hiện trên dân số Âu Mỹ nhưng khi so sánh với nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên dân số Châu Á, kết quả vẫn cho thấy không có sự thay đổi về mối liên quan giữa thời gian đứng dậy và đi với tuổi của người bệnh. Vì vậy, chúng tôi cho rằng nghiệm pháp đứng dậy và đi là một nghiệm pháp có khả năng đánh giá mức độ bệnh, tương tự với mức độ tắc nghẽn đường dẫn khí hoặc mức độ khó thở, bất kể chủng tộc. Tuy nhiên,

chúng tôi cũng cho là việc đưa ra các kết luận chắc chắn về giá trị của nghiệm pháp đứng dậy và đi là quá sớm bởi vì dữ liệu về nghiệm pháp này ở dân số Đông Nam Á cũng như ở dân số châu Á còn rất hạn chế.



**Hình 4.1. Biểu đồ so sánh tỷ lệ té ngã giữa các nghiên cứu**

Ngoài việc đánh giá nguy cơ té ngã dựa vào bài kiểm tra đứng dậy và đi, chúng tôi cũng đánh giá nguy cơ té ngã của bệnh nhân dựa vào các câu hỏi thăm soát. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi sử dụng ba câu hỏi thăm soát té ngã của WHO<sup>3</sup> đề ra hơn là sử dụng các câu hỏi của EFST (Elder Fall Screening Test – bài kiểm tra thăm soát té ngã ở người cao tuổi)<sup>6</sup>. Chúng tôi sử dụng các câu hỏi này thay vì dựa vào EFST vì khả năng ứng dụng của chúng cao hơn. Trong khi EFST yêu cầu các bác sĩ phải đánh giá điểm cho từng hạng mục và yêu cầu bệnh nhân di chuyển nhiều lần thì các câu hỏi của WHO chỉ dựa vào việc là bệnh nhân trả lời có với bất cứ câu hỏi nào. Khi so sánh kết quả của chúng tôi với các kết quả của các nước Âu Mỹ, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân bị té ngã qua đánh giá hỏi cứu bằng cách hỏi bệnh thấp hơn đáng kể<sup>4,7-9</sup>. Sự khác biệt này có thể do khác biệt về đặc điểm sinh hoạt của khu vực châu Á và khác biệt về phân bố bệnh theo giới tính.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng đưa ra một ngưỡng cắt tham khảo của thời gian đứng dậy và đi là 12 giây với độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm lần lượt là 67%, 74%, 56% và 48%.

#### V. KẾT LUẬN

Qua 117 trường hợp bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định đến khám tại phòng quản lý Hen – BPTNMT ở Bệnh Viện Nhân dân Gia Định, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân có thời gian đứng dậy và đi kéo dài ở bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định chiếm khoảng 1/3 dân số. Đối với dân số người Việt, cần nhắc sử dụng ngưỡng cắt thời gian đứng dậy và đi  $\geq 12,2$  giây để xác định những bệnh nhân có tăng nguy cơ té ngã. Thời gian đứng dậy và đi có liên quan mật thiết với

nguy cơ té ngã, vì thế nên được xem xét sử dụng như một chỉ số bổ sung trong đánh giá tình trạng bệnh ở bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roig M, Eng JJ, Road JD, Reid WD. Falls in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A call for further research. *Respir Med.* 2009;103(9): 1257-1269. doi: 10.1016/J.RMED.2009.03.022
2. Mesquita R, Wilke S, Smid DE, et al. Measurement properties of the Timed Up & Go test in patients with COPD. *Chron Respir Dis.* 2016;13(4): 344-352. doi:10.1177/1479972316647178
3. Center for Disease Control and Prevention. STEADI - Older Adult Fall Prevention | CDC. Accessed August 7, 2023. <https://www.cdc.gov/STEADI/>
4. Al Haddad MA, John M, Hussain S, Bolton CE. Role of the timed up and go test in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2016;36(1):49-55. doi: 10.1097/HCR.0000000000000143
5. Agustí, Alvar, Bartolome R. Celli, et al. Global initiative for chronic obstructive lung disease 2023 report: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2023;207(7): 819-837. doi: 10.1016/ S2213-2600(22)00494-5
6. Cwikel JG, Fried AV, Biderman A, Galinsky D. Validation of a fall-risk screening test, the Elderly Fall Screening Test (EFST), for community-dwelling elderly. *Disabil Rehabil.* 1998;20(5):161-167. doi:10.3109/09638289809166077
7. McLay R, Kirkwood RN, Kuspinar A, et al. Validity of balance and mobility screening tests for assessing fall risk in COPD. *Chron Respir Dis.* 2020;17. doi:10.1177/1479973120922538
8. Reynaud V, Muti D, Pereira B, et al. A TUG Value Longer Than 11 s Predicts Fall Risk at 6-Month in Individuals with COPD. *Journal of Clinical Medicine* 2019, Vol 8, Page 1752. 2019;8(10): 1752. doi:10.3390/JCM8101752
9. Beauchamp MK, Hill K, Goldstein RS, Janaudis-Ferreira T, Brooks D. Impairments in balance discriminate fallers from non-fallers in COPD. *Respir Med.* 2009;103(12): 1885-1891. doi: 10.1016/J.RMED.2009.06.008

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NỘI SOI ÁNH SÁNG BLI KẾT HỢP PHÓNG ĐẠI TRONG CHẨN ĐOÁN TỔN THƯƠNG LOẠN SẢN DẠ DÀY

Hà Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Công Long<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Vân Hồng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm hình ảnh nội soi ánh sáng thường, nội soi ánh sáng BLI kết hợp phóng đại trong tổn thương loạn sản dạ dày và đối chiếu hình ảnh nội soi BLI phóng đại với kết quả mô bệnh học. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 40 bệnh nhân có tổn thương loạn sản dạ dày tại Trung tâm tiêu hoá – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2022 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 60,2 ± 10,8, tỉ lệ nam/nữ là 1,86/1. Phần lớn tổn thương ở hang vị (72,5%), chủ yếu type 0-IIac (55%), kích thước trung bình là 23,7±11,3mm trong đó phần lớn >10mm (90%), 82,5% tổn thương có bất thường hoặc mất cấu trúc vi bề mặt/vi mạch máu. Với loạn sản độ thấp: type 0-IIa chiếm chủ yếu (55,6%), 100% có ranh giới, tỉ lệ bình thường về cấu trúc vi bề mặt và cấu trúc vi mạch máu chiếm đa số (61,1% và 77,8%); với loạn sản độ cao: chủ yếu là type 0-IIac (60%), 100% có ranh giới, tỉ lệ bất thường về cấu trúc vi bề mặt và cấu trúc vi mạch máu chiếm đa số (66,7% và 73,3%). Tỉ lệ phù hợp

giữa kết quả mô bệnh học trước và sau can thiệp là 70%. **Kết luận:** Nội soi BLI phóng đại giúp tăng tỉ lệ sinh thiết chính xác tổn thương nghi ngờ loạn sản dạ dày. **Từ khóa:** nội soi BLI, nội soi phóng đại, loạn sản dạ dày, cắt tách dưới niêm mạc qua nội soi.

### SUMMARY

#### BLI COMBINED WITH MAGNIFYING ENDOSCOPY FOR DIAGNOSIS OF GASTRIC DYSPLASIA LESIONS

**Objectives:** To assess the image characteristics of white light endoscopy, BLI magnification endoscopy in gastric dysplastic lesions and Compare BLI magnification endoscopic images with pathological diagnosis. **Subjects and methods:** Randomized prospective, cross-sectional descriptive study on 40 patients with gastric dysplastic lesions at the Gastroenterology and Hepatology Center - Bach Mai Hospital from June 2022 to July 2023. **Results:** The average age was 60.2 ± 10.8 years old, the male/female ratio was 1.86/1. Most lesions were in antrum (72.5%), mainly type 0-IIac (55%), average size was 23.7±11.3mm, of which the majority were >10mm (90%), 82.5% of lesions were irregular or absent of microvascular/microtubule structure. With low-grade dysplasia: mainly type 0-IIa (55.6%), 100% had dividing line, the regular rate of microtubule and microvascular structure accounted for the majority (61.1% and 77.8%); with high-grade dysplasia: mainly type 0-IIac (60%), 100% had dividing line, the rate of irregular in microtubule and microvascular

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023