

ĐỘ NẶNG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH CỦA BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ TẠI PHÒNG KHÁM HÔ HẤP BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG, TP HCM

Nguyễn Như Vinh¹, Lê Thị Kiều Hân²,
Trần Thị Khánh Tường², Trần Đức Sĩ^{*}

TÓM TẮT

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một bệnh lý hô hấp thường gặp, điều trị phức tạp, ảnh hưởng đến sức lao động và chất lượng sống người bệnh. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đã trở thành gánh nặng y tế của các quốc gia có thu nhập thấp- trung bình như Việt Nam và đòi hỏi nỗ lực toàn diện để kiểm soát hiệu quả. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 209 bệnh nhân BPTNMT từ 40 tuổi trở lên điều trị ngoại trú tại phòng khám hô hấp bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 02/2023 đến tháng 08/2023. Kết quả cho thấy phần lớn bệnh nhân là nam giới, tỉ lệ hiện còn hút thuốc lá chiếm 30,10% số bệnh nhân. Tỉ lệ bệnh nhân còn nhiều triệu chứng hô hấp vẫn cao, trong đó 55% có mMRC ≥ 2 và hơn 3/4 bệnh nhân có CAT ≥ 10 điểm. Cần theo dõi sát những bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoài đợt cấp, điều trị để giảm độ nặng và tần suất tái phát đợt cấp. Theo dõi tình trạng hút thuốc lá và kiên trì tư vấn cai thuốc cho bệnh nhân. Nghiên cứu là tiền đề để triển khai những khảo sát sâu hơn.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD, độ nặng, hút thuốc lá.

SUMMARY

SEVERITY OF CHRONIC OBSTRUCTION PULMONARY DISEASE IN OUTPATIENT PATIENTS AT THE RESPIRATORY CLINIC OF NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL, HCMC

Chronic obstructive pulmonary disease is a common respiratory disease, affecting the patient's work capacity and quality of life. COPD has become a health burden in low- and middle-income countries like Vietnam and requires comprehensive efforts for effective control. A cross-sectional study was conducted on 209 COPD outpatients aged 40 years and older treated at the respiratory clinic of Nguyen Tri Phuong hospital from February 2023 to August 2023. The results showed that the majority of patients were men. The rate of current smokers accounted for 30.1% of patients. The proportion of patients with many respiratory symptoms is still high, of which 55.0% have mMRC ≥ 2 and more than 3/4 of patients have CAT ≥ 10 points. Outpatients with COPD need to be closely monitored and treated to reduce the severity and frequency of exacerbations. It is

¹Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Sĩ

Email: sitd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 8.01.2024

necessary to screen for smoking status and to advice patients to quit smoking. Research is the premise for implementing more in-depth surveys.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, COPD, severity, smoking.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là bệnh lý thường gặp, có thể phòng ngừa và điều trị được. Đây là bệnh lý không đồng nhất, đặc trưng bởi triệu chứng hô hấp mạn tính (khó thở, ho, tiết đàm và/hoặc các đợt cấp) và bất thường đường dẫn khí (viêm mạn tính, tái cấu trúc đường thở nhỏ $< 2\text{mm}$) và/hoặc phế nang (khí phế thũng), thường là hậu quả sau khi tiếp xúc đáng kể với các hạt/ khí độc hại và bị ảnh hưởng bởi yếu tố cơ địa gồm bất thường quá trình phát triển của phổi, cuối cùng dẫn đến tắc nghẽn đường thở dai dẳng và thường tiến triển.

Ước tính tỉ lệ hiện mắc BPTNMT trên toàn cầu năm 2023 là trên 10%. Đây là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư ở người từ 50-74 tuổi và thứ ba đối với người từ 75 tuổi trở lên trong 204 quốc gia và vùng lãnh thổ, với khoảng ba triệu ca tử vong mỗi năm. Tại Châu Á, việc tối ưu hóa chẩn đoán bằng hô hấp ký và sử dụng thuốc dẫn phế quản dạng hít vẫn còn là thách thức. Tỉ lệ hút thuốc lá cao hay ô nhiễm môi trường là những rào cản trong quản lý bệnh. Bên cạnh đó, một số yếu tố đặc thù cần được cân nhắc như chỉ số khối cơ thể người Châu Á thấp, tần suất giãn phế quản, tổn thương phổi do lao, phơi nhiễm khí đốt và nhiễm ký sinh còn cao. Số ca mắc BPTNMT tại Việt Nam năm 2010 ước lượng khoảng 385 triệu người. BPTNMT trở thành gánh nặng y tế của các quốc gia có thu nhập thấp- trung bình như Việt Nam và đòi hỏi nỗ lực toàn diện để kiểm soát hiệu quả.

Báo cáo mô tả lâm sàng, độ nặng của bệnh nhân BPTNMT ngoài đợt cấp đang điều trị ngoại trú nhằm cung cấp cái nhìn tổng quát, giúp đánh giá và định hướng điều trị cũng như các nghiên cứu sâu hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành 1 nghiên cứu cắt ngang trong năm 2023 tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Dân số chọn mẫu là những bệnh nhân BPTNMT ngoài đợt cấp từ 40 tuổi trở lên, đang

điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội hô hấp. Tiêu chuẩn nhận vào là: 1/ Bệnh nhân được chẩn đoán BPTNMT theo GOLD 2022 (có kết quả hô hấp ký có tỷ số FEV1/FVC < 0,7 sau test giãn phế quản được thực hiện trong vòng 6 tháng). 2/ Bệnh nhân không có sử dụng kháng sinh và/ hoặc steroids toàn thân vì triệu chứng hô hấp nặng lên cấp tính trong vòng 4 tuần trước khi vào nghiên cứu.

Bệnh nhân được đánh giá độ nặng BPTNMT dựa vào: mức độ triệu chứng, số đợt cấp và bằng các thang điểm: mMRC, điểm CAT, phân nhóm ABE, %FEV1, mức độ tắc nghẽn theo GOLD.

Bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn nhận vào và đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được giải thích, hỏi ý kiến đồng thuận trước tiến hành phỏng vấn. Số liệu được mã hóa và quản lý bằng phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm R.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

▪ **Các đặc điểm về nhân trắc của dân số nghiên cứu.** Tuổi trung bình là 65,50 ± 8,25. Tuổi lớn nhất: 96, nhỏ nhất: 41 tuổi. Phần lớn dân số nghiên cứu có độ tuổi tập trung ở 2 nhóm 60-69 tuổi (51,70%) và ≥ 70 tuổi (31,10%), với tổng tỉ lệ là 82,80%. BMI trung bình là 21,50 ± 3,55 kg/m². BMI lớn nhất: 32,47 kg/m². BMI nhỏ nhất: 13,17 kg/m². Có khoảng 1/5 bệnh nhân thiếu cân, tỉ lệ thừa cân- béo phì là 32,50% (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc của bệnh nhân BPTNMT ngoài đợt cấp

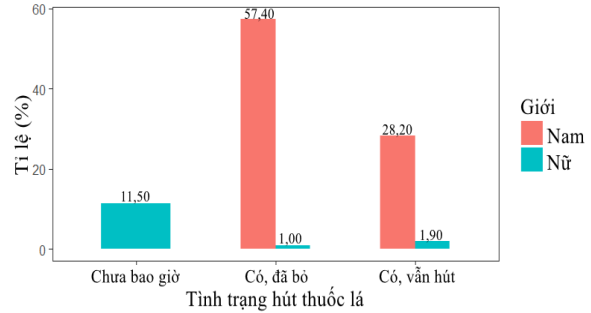
Đặc điểm		n (%)
Nhóm tuổi	≥ 70	65 (31,10%)
	60-69	108 (51,70%)
	50-59	25 (12,00%)
	40-49	11 (5,20%)
Phân loại BMI	Thiếu cân	43 (20,60%)
	Bình thường	98 (46,90%)
	Thừa cân- béo phì	68 (32,50%)
Giới tính	Nam	179 (85,60%)
	Nữ	30 (14,40%)
Học vấn	Mù chữ /Tiểu học	95 (45,40%)
	THCS	85 (40,70%)
	THPT/ Đại học	29 (13,90%)

Hút thuốc lá. Số gói-năm trung bình của dân số nghiên cứu là 23,60±12,50 gói-năm. Số gói-năm lớn nhất: 60 gói-năm. Rất ít bệnh nhân nữ có hút thuốc lá, trong khi tất cả bệnh nhân nam đã từng hút và nhiều người vẫn chưa bỏ thuốc lá (bảng 2, biểu đồ 1).

Bảng 2. Tiền căn hút thuốc lá của bệnh nhân BPTNMT ngoài đợt cấp

Tình trạng hút thuốc lá	n (%)
Chưa bao giờ	24 (11,50%) *
Có, đã bỏ	122 (58,40%)
Có, hiện vẫn hút	63 (30,10%)

(*) đều là nữ



Biểu đồ 1. Tình trạng hút thuốc theo giới
Các đặc điểm về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bảng 3. Trung bình về đợt cấp, mức độ tắc nghẽn

Đặc điểm	TB (ĐLC)
Số đợt cấp	0,82 (1,94)
Số đợt cấp nhập viện	0,62 (1,35)
mMRC	1,71 (0,82)
CAT	15,70 (7,09)
%FVC dự đoán	0,66 (0,18)
%FEV1 dự đoán	0,53 (0,18)

Bảng 4. Số đợt cấp, phân loại mức độ tắc nghẽn

Đặc điểm		n (%)
Số đợt cấp	Không có đợt cấp	151 (72,20%)
	Có 1 đợt cấp	25 (12,00%)
	Có 2 đợt cấp	10 (4,80%)
	Có ≥ 3 đợt cấp	23 (11,00%)
mMRC	0-1	94 (45,00%)
	≥ 2	115 (55,00%)
CAT	< 10	51 (24,40%)
	10-19	94 (45,00%)
	≥ 20	64 (30,60%)
GOLD	1	17 (8,10%)
	2	93 (44,50%)
	3	81 (38,80%)
	4	18 (8,60%)
Phân nhóm ABE	A	44 (21,10%)
	B	107 (51,20%)
	E (C+D)	58 (27,70%)

Gần 3/4 bệnh nhân không có đợt cấp trong 12 tháng qua. Tỉ lệ bệnh nhân có từ 1 đợt cấp trở lên là 27,80%.

Điểm CAT trung bình của dân số nghiên cứu là 15,70±7,09 điểm. Nhóm bệnh nhân có nhiều triệu chứng chiếm đa số so với nhóm bệnh nhân

ít triệu chứng dựa trên cả 2 thang điểm mMRC và CAT, trong đó, tỉ lệ mMRC ≥ 2 là 55,00% và CAT ≥ 10 là 75,60%).

Đa số bệnh nhân có mức độ tắc nghẽn trung bình- nặng theo GOLD, tỉ lệ bệnh nhân có phân độ tắc nghẽn GOLD 2 và 3 là 83,30%.

Về phân nhóm bệnh nhân theo GOLD 2024, bệnh nhân ở nhóm B chiếm tỉ lệ $> 50,00\%$, gần 30% bệnh nhân nhóm E.

Bảng 5. Sử dụng thuốc dẫn phế quản ở bệnh nhân

		n (%)
SABA	Có	41 (19,60%)
	Không	168 (80,40%)
SABA+ SAMA	Có	98 (46,90%)
	Không	111 (53,10%)
LAMA	Có	13 (6,20%)
	Không	196 (93,80%)
LABA+ LAMA	Có	1 (0,50%)
	Không	208 (99,50%)
LABA+ ICS	Có	119 (57,00%)
	Không	90 (43,00%)
LABA+ LAMA+ ICS	Có	39 (18,70%)
	Không	170 (81,30%)
ICS +	Có	159 (76,10%)
	Không	50 (23,90%)

Tỉ lệ sử dụng thuốc LAMA, LAMA+ LABA thấp $< 10,00\%$ (14/209).

IV. BÀN LUẬN

Các đặc điểm về nhân trắc của dân số nghiên cứu

Tuổi. Tuổi trung bình trong dân số nghiên cứu là $65,50 \pm 8,25$, tương đồng với nghiên cứu của B.Liang⁴ là 65,80 tuổi, tuy nhiên, thấp hơn K. Nagami⁵ là $71,90 \pm 8,40$. Lý do cho sự chênh lệch này có thể do dân số Nhật Bản có tuổi thọ trung bình cao hơn các nước lân cận.

Trong dân số nghiên cứu, người có tuổi lớn nhất là 96, nhỏ nhất là 41 tuổi, nhóm bệnh nhân có tuổi ≥ 70 lên đến 31,10%. Điều này phù hợp với xu hướng già hóa dân số và tỉ lệ mắc BPTNMT ngày càng tăng ở nhóm dân số cao tuổi. Trong nghiên cứu quốc gia tại Hàn Quốc của Sang Hyuk Kim³, xấp xỉ 1/3 bệnh nhân BPTNMT thuộc nhóm lớn hơn hoặc bằng 70 tuổi. Do đó, tuổi cao cũng trở thành một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của bệnh lý này, bên cạnh các yếu tố khác như hút thuốc lá, nam giới, BMI, tiền căn lao phổi,...³.

BMI. Theo y văn, tình trạng thiếu cân có ảnh hưởng tiêu cực đến BPTNMT. BMI trung bình của nghiên cứu là $21,50 \pm 3,55 \text{ kg/m}^2$, nằm trong giới hạn BMI bình thường. BMI lớn nhất là $32,47 \text{ kg/m}^2$, BMI nhỏ nhất là $13,17 \text{ kg/m}^2$.

Tuy nhiên, về phân loại BMI, tỉ lệ bệnh nhân thiếu cân trong nghiên cứu của chúng tôi là 20,60%, là một tỉ lệ khá cao. Tỉ lệ BMI $< 18,50$ trong nghiên cứu của Sang Hyuk Kim³ là 2,30%. Điều này phản ánh tình trạng suy dinh dưỡng ở bệnh nhân BPTNMT tại Việt Nam còn cao.¹

Giới. Nghiên cứu của chúng tôi có 30 bệnh nhân nữ (14,40%) và 179 bệnh nhân nam (85,60%), tương đồng với một số nghiên cứu về BPTNMT tại Việt Nam gần đây⁸. Tỉ lệ nữ trong nghiên cứu thấp là do nguyên nhân về văn hóa; phụ nữ Việt Nam ít khi hút thuốc lá. Tuy nhiên, vấn đề còn tồn tại quan niệm BPTNMT là bệnh của nam giới, lớn tuổi, hút thuốc lá nhiều, có thể dẫn đến việc chẩn đoán dưới mức BPTNMT ở nữ giới hiện nay tại Việt Nam.

Học vấn. Tỉ lệ bệnh nhân có học vấn từ trung học phổ thông trở lên chỉ chiếm 13,90%, trong khi đó, có hơn 45% bệnh nhân chỉ mới đạt trình độ tiểu học trở xuống, còn lại hơn 40,00% bệnh nhân ở mức trung học cơ sở. Nghiên cứu trước đó trên dân số Việt Nam cho tỉ lệ bệnh nhân trình độ tiểu học trở xuống chiếm tỉ lệ là 32,70%; trình độ trung học phổ thông trở lên chiếm 33,70%.⁸ Sự khác biệt này có thể do tuổi trung bình của dân số nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (65,50 so với 56,00). Tại một nước gần kề là Indonesia, tỉ lệ tiểu học/ mù chữ ở bệnh nhân BPTNMT cũng còn khá cao, lên đến 59,90%.⁷ Nghiên cứu của Sang Hyuk Kim³ tại Hàn Quốc thì cho kết quả về trình độ học vấn lần lượt là 20,10%; 44,90% và 31,80% cho 3 mức: tốt nghiệp tiểu học, trung học cơ sở/ trung học phổ thông và đại học/ cao đẳng. Các số liệu này cho thấy, nhìn chung, đa số bệnh nhân BPTNMT có trình độ học vấn không cao.

Tiền căn hút thuốc lá. Tỉ lệ có hút thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi là 88,50%; trong đó có 58,40% bệnh nhân đã từng hút thuốc lá nhưng hiện đã bỏ và 30,10% bệnh nhân hiện vẫn còn hút thuốc. Còn lại 11,50% là tỉ lệ bệnh nhân chưa từng hút thuốc. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu trên đối tượng BPTNMT ngoại trú tại Việt Nam của Phan Thanh Thủy⁸ gần đây, với tỉ lệ chưa từng hút thuốc/ đã từng hút thuốc/ hiện vẫn đang hút thuốc lần lượt là 17,30%; 61,90% và 20,80%.

Khi xem xét tình trạng hút thuốc lá theo giới, 24/209 trường hợp chưa từng hút thuốc lá trong nghiên cứu này đều là nữ, tỉ lệ nữ có hút thuốc lá chỉ có 2,90%. BPTNMT trước đây được hiểu theo một cách truyền thống là bệnh lý đơn lẻ có nguyên nhân do hút thuốc lá. Nhưng điều này dẫn đến sự thất bại trong việc giải thích sự đa

dạng và không đồng nhất về diễn tiến và biểu hiện lâm sàng của bệnh lý này. Theo Nguyễn Việt Nhung,⁷ tỉ lệ BPTNMT không hút thuốc lá tại Việt Nam nói chung là 8,10%; ở thành thị với tỉ lệ cao hơn là 11,10%, mà một phần có thể do vấn đề ô nhiễm môi trường. Nghiên cứu này cũng nêu ra có đến 94,00% những trường hợp BPTNMT này chưa được chẩn đoán trước đó.⁷ Sáng kiến Toàn cầu về BPTNMT năm 2024 đề xuất bảng phân loại nguyên nhân của BPTNMT giúp khái quát những nguyên nhân có thể dẫn đến BPTNMT gồm yếu tố gene, bất thường phát triển phổi, ô nhiễm chất đốt và không khí, nhiễm trùng, hen và không rõ nguyên nhân, bên cạnh BPTNMT do hút thuốc lá. Những điều trên góp phần lý giải tại sao BPTNMT có xu hướng gia tăng ở nữ và người không hút thuốc lá trong những năm gần đây.

Các đặc điểm về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Số đợt cấp. Nghiên cứu có gần 3/4 bệnh nhân không có đợt cấp trong 12 tháng qua. Tỉ lệ bệnh nhân có ≥ 1 đợt cấp là 27,80%, tương tự nghiên cứu của Baldomero (26,80%);² và hầu hết đều là đợt cấp nhập viện (tỉ lệ số đợt cấp nhập viện trung bình/ số đợt cấp trung bình là 0,62/0,82). Có đến hơn 10% có ≥ 3 đợt cấp. Trong nghiên cứu của Phan Thanh Thủy,⁸ có đến 52,90% bệnh nhân BPTNMT ngoại trú có ít nhất một đợt cấp trong 12 tháng. Sự chênh lệch này có thể do sai số nhớ lại từ bệnh nhân hoặc nhận thức dưới mức các đợt cấp BPTNMT không cần nhập viện cũng như việc tuân thủ hay đáp ứng điều trị.

Mức độ triệu chứng. Điểm CAT trung bình của dân số nghiên cứu là $15,70 \pm 7,09$ điểm. Khi so sánh với nghiên cứu của S. Nagami,⁵ điểm CAT trung bình là $11,28 \pm 6,97$ điểm.

Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân có nhiều triệu chứng hô hấp chiếm tỉ lệ cao hơn so với nhóm ít triệu chứng ở cả 2 thang điểm mMRC và CAT, trong đó, tỉ lệ mMRC ≥ 2 là 55% và hơn 3/4 bệnh nhân có CAT ≥ 10 điểm). Ở nghiên cứu của Baldomero,² tỉ lệ mMRC ≥ 2 là 45%, thấp hơn của chúng tôi. Bệnh nhân còn nhiều triệu chứng có thể do nhiều nguyên nhân như còn hút thuốc lá, có nhiều bệnh đồng mắc, sử dụng thuốc dẫn phế quản không hiệu quả hoặc điều trị hiện tại chưa phù hợp.

Mức độ tắc nghẽn. Kết quả %FEV1 trung bình của nghiên cứu là $53\% \pm 18\%$. Khi so sánh với các nghiên cứu về BPTNMT, kết quả này gần nhất với nghiên cứu của S. Nagami⁵ $58,87\% \pm 19,74\%$ nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của

B. Liang⁴ ($64,20\% \pm 7,00\%$) và Baldomero² ($77\% \pm 23\%$) và chỉ cao hơn nghiên cứu của Hà Thanh Nguyên⁶ $49,30\% \pm 23,10\%$. %FVC dự đoán trung bình của chúng tôi là $66\% \pm 18\%$, nhìn chung cũng thấp hơn các nghiên cứu kể trên. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có mức độ tắc nghẽn trung bình- nặng theo GOLD. Tỉ lệ bệnh nhân có phân độ tắc nghẽn GOLD 2 và 3 là 83,30%.

Ngoài ra, khi xem xét đồng thời %FEV1 và %FVC dự đoán, có thể thấy được đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có kết quả hô hấp ký dạng hỗn hợp, tức có cả hội chứng tắc nghẽn và hạn chế. Tình trạng có bệnh đồng mắc và đặc biệt là tiền căn lao phổi có thể góp phần lý giải cho điều này.

Phân nhóm ABE. So với phân nhóm ABCD trước đó, GOLD 2023 có sự thay đổi là gộp chung nhóm C và D thành nhóm E để làm nổi bật ý nghĩa lâm sàng của đợt cấp BPTNMT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ở nhóm B chiếm tỉ lệ $> 50\%$ và gần 30% bệnh nhân nhóm E. Tỉ lệ bệnh nhân nhóm E thấp hơn nghiên cứu của Phan Thanh Thủy⁸ là 45,50%, một phần là tỉ lệ bệnh nhân có đợt cấp của chúng tôi thấp hơn (27,80% so với 52,90%) như đã đề cập ở trên.

Đặc điểm sử dụng thuốc dẫn phế quản. Do nơi lấy mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là phòng khám bảo hiểm, các thuốc dẫn phế quản được kê cho bệnh nhân phụ thuộc vào nguồn thuốc bảo hiểm và tình trạng kinh tế của bệnh nhân. Để thấy tỉ lệ sử dụng LAMA, LABA+LAMA trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp, đồng thời tỉ lệ sử dụng thuốc dẫn phế quản có chứa ICS khá cao. Dù đây là thực trạng còn tồn tại, chưa phù hợp với hướng dẫn điều trị BPTNMT hiện nay, nhưng với nguồn lực hạn chế hiện nay, việc sử dụng các thuốc có sẵn đã giúp bệnh nhân dễ tuân thủ và tiếp tục theo đuổi điều trị lâu dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 209 bệnh nhân BPTNMT từ 40 tuổi trở lên điều trị ngoại trú tại phòng khám hô hấp bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 02/2023 đến tháng 08/2023. Kết quả cho thấy phần lớn bệnh nhân là nam giới, tỉ lệ hiện còn hút thuốc lá chiếm 30,10% số bệnh nhân. Tỉ lệ bệnh nhân còn nhiều triệu chứng hô hấp vẫn cao, trong đó 55% có mMRC ≥ 2 và hơn 3/4 bệnh nhân có CAT ≥ 10 điểm. Tỉ lệ sử dụng các thuốc dẫn phế quản tác dụng kéo dài còn thấp.

Cần theo dõi sát những bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoài đợt cấp, điều trị để giảm độ nặng và tần suất tái phát đợt cấp. Tăng dự trữ các thuốc nhóm LAMA, LABA+LAMA trong danh mục thuốc bảo hiểm để phù hợp hơn với các hướng dẫn điều trị hiện nay. Kiểm tra tình trạng hút thuốc lá của bệnh nhân khi tái khám và kiên trì tư vấn cai thuốc cho bệnh nhân nếu cần. Nghiên cứu là tiền đề để triển khai những khảo sát sâu hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Nam Khánh, Phạm Thị Mai Ngọc, Chu Hải Đăng, Nguyễn Thị Thu Liễu, Đỗ Mạnh Cẩm, Vũ Văn Thành, Nguyễn Việt Nhung, Nguyễn Thanh Hà.** Tình hình dinh dưỡng của người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;508
2. **Baldomero AK, Wendt CH, Petersen A, et al.** Impact of gastroesophageal reflux on longitudinal lung function and quantitative computed tomography in the COPDGene cohort. Respir Res. Aug 3 2020;21(1):203. doi:10.1186/s12931-020-01469-y
3. **Kim SH, Lee H, Kim Y, et al.** Recent Prevalence of and Factors Associated With Chronic Obstructive Pulmonary Disease in a Rapidly Aging Society: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2015-2019. J Korean Med Sci. Apr 10 2023;38(14):e108. doi:10.3346/jkms.2023.38.e108
4. **Liang B, Wang M, Yi Q, Feng Y.** Association of gastroesophageal reflux disease risk with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Dis Esophagus. Aug 2013;26(6):557-60. doi:10.1111/dote.12014
5. **Nagami S, Oku Y, Yagi N, et al.** Breathing-swallowing discoordination is associated with frequent exacerbations of COPD. BMJ Open Respir Res. 2017;4(1):e000202. doi:10.1136/bmjresp-2017-000202
6. **Nguyen HT, Collins PF, Pavey TG, Nguyen NV, Pham TD, Gallegos DL.** Nutritional status, dietary intake, and health-related quality of life in outpatients with COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2019;14:215-226. doi:10.2147/COPD.S181322
7. **Nguyen Viet N, Yunus F, Nguyen Thi Phuong A, et al.** The prevalence and patient characteristics of chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers in Vietnam and Indonesia: An observational survey. Respirology. May 2015;20(4):602-11. doi:10.1111/resp.12507
8. **Phan TT, Vu VG, Tuyet-Lan LT, Nguyen VN, Ngo QC.** Medication Adherence Assessment and Cost Analysis of COPD Treatment Under Out-Patient Clinic in Vietnam. Health Serv Insights. 2023;16:11786329231177545. doi:10.1177/11786329231177545

TỔN THƯƠNG NIÊM MẠC ĐA CƠ QUAN TRONG HỘI CHỨNG BEHÇET BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP BỆNH

Đỗ Thiên Ân¹, Lê Thị Ngọc Duyên¹, Nguyễn Văn Đĩnh^{2,3,4}

TÓM TẮT

Hội chứng Behçet – một bệnh lý viêm mạch máu mãn tính hiếm gặp, đặc trưng bởi triệu chứng viêm loét ở vùng niêm mạc. Các triệu chứng này tái đi tái lại và biến đổi liên tục ở nhiều bộ phận khác nhau, thậm chí có thể gây tổn thương nội tạng không hồi phục. Bệnh lý gây ra sự không thoải mái và tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống kể cả thể chất và tinh thần của người bệnh. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân mắc hội chứng Behçet với biến chứng da niêm và nội tạng. Người bệnh đã được thăm khám và điều trị nhiều nơi trong suốt ba năm nhưng chưa được chẩn đoán xác định nguyên nhân cụ thể. Thời gian từ khi có triệu chứng ban đầu đến khi chẩn

đoán xác định bệnh Behçet khá dài. Do vậy, trong thực hành lâm sàng cần lưu ý xem viêm mạch hệ thống như một chẩn đoán phân biệt, đặc biệt khi triệu chứng xuất hiện ở nhiều cơ quan.

Từ khóa: Hội chứng Behçet, báo cáo trường hợp, viêm mạch hệ thống.

SUMMARY

VARIOUS ORGAN MUCOSA-ASSOCIATED LESIONS IN BEHÇET SYNDROME: A CASE REPORT

Behçet syndrome – a rare chronic vasculitis disorder marked by the emergence of ulcerative signs, particularly in the mucosal area. Recurrence, constant change, and even irreparable organ damage are all possible outcomes of these symptoms in various organs. The medical condition makes the sufferer uncomfortable and exerts a detrimental effect on their emotional and physical well-being. We report a case of a patient with visceral and mucocutaneous complications associated with Behçet disease. For three years, the patient has received numerous examinations and treatments, but no clear cause has been identified. The delay between early symptoms and a verified diagnosis of Behçet's illness is extremely

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

³Đại Học VinUniversity

⁴Đại Học Penn State, Pennsylvania, Hoa Kỳ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đĩnh

Email: v.dinhnv6@vinmec.com

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024