

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG NẶNG ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Giang Cẩm Nhung^{1}, Cao Thị Mỹ Thúy²*

1. Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu

2. Bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ

**Email: giangcamnhung1709@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính vẫn đang là một thách thức lớn đối với vấn đề sức khỏe toàn cầu vì sự phổ biến, chi phí điều trị và tỷ lệ tử vong cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ và khảo sát một số yếu tố tiên lượng nặng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích trên 90 bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nặng sau nhập viện 72 giờ chiếm 31,1%. Các yếu tố tiên lượng nặng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 72 giờ sau nhập viện có ý nghĩa thống kê: Tần số mạch ≥ 110 lần/phút (OR=2,97); SpO₂<88% (OR=8,55); co kéo cơ hô hấp phụ (OR=9,48); xanh tím (OR=12,73); PaCO₂>45mmHg (OR=2,83); mức độ tắc nghẽn; bệnh đồng mắc (OR=2,716). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nặng sau nhập viện 72 giờ chiếm 31,1%. Tần số mạch ≥ 110 lần/phút, nồng độ SpO₂<88%, thở co kéo cơ hô hấp phụ, xanh tím, PaCO₂>45mmHg, mức độ tắc nghẽn, bệnh đồng mắc là các yếu tố tiên lượng nặng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 72 giờ sau nhập viện.

Từ khóa: Yếu tố tiên lượng, đợt cấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

ABSTRACT

RISK FACTORS FOR SEVERITY OF ACUTE EXACERBATIONS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Giang Cam Nhung^{1}, Cao Thi My Thuy²*

1. Bac Lieu Medical College

2. Can Tho Central General Hospital

Background: Chronic obstructive pulmonary disease remains a major health challenge for global medicine because of the popularity, the cost of treating large and high mortality rates. **Objectives:** To determine the rate and to evaluate some risk factors for the severity of acute exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary disease at Can Tho Central General Hospital. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study with analytics on 90 patients in acute exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **Results:** The rate of the severity of acute exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary disease at 72 hours after admission is 31.1%. Risk factors of severe disease at 72 hours after admission: Pulse ≥ 110 times/minute (OR=2.97); SpO₂<88% (OR=8.55); contraction of accessory respiratory muscles (OR=9.48); pale (OR=12.73); PaCO₂>45mmHg (OR=2.83); GOLD severity of airflow limitation; comorbidities (OR=2.716). **Conclusions:** The rate of the severity of acute exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary disease at 72 hours after admission is 31.1%. Pulse ≥ 110 times/minute, SpO₂<88%, contraction of accessory respiratory muscles, pale, PaCO₂>45mmHg, GOLD severity of airflow limitation, comorbidities are risk factors of severe exacerbations at 72 hours after admission.

Keywords: Risk factor, exacerbation, chronic obstructive pulmonary disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một bệnh thường gặp, đặc trưng bởi sự tắc nghẽn luồng khí thở ra không hồi phục hoàn toàn. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang được xem là vấn đề sức khỏe cộng đồng có tính toàn cầu, đây không những là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu về bệnh tật mà còn là một gánh nặng về kinh tế, xã hội và có xu hướng ngày càng gia tăng (do sự tăng tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ và tình trạng già đi của dân số) [8]. Theo tổ chức Y tế Thế giới ước tính tới năm 2060, có khoảng 5,4 triệu người tử vong có liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [15].

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hiện nay là một gánh nặng rất lớn cho ngành y tế cũng như gia đình và cá nhân bệnh nhân vì đây là một bệnh mạn tính, nặng dần theo thời gian, chi phí ngày càng nhiều theo mức độ nặng dần của bệnh nhất là những đợt cấp. Theo Bollmeier SG năm 2020, chi phí chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng dao động từ 7.000 đến 39.200 đô la [7].

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng khi bệnh nhân có đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sẽ thường có nguy cơ mắc đợt cấp nhiều hơn. Theo Tam Dang Tan năm 2017, tần suất xuất hiện đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trên những bệnh nhân đã từng có đợt cấp là 34,3/100 bệnh nhân/năm [13]. Đến thời điểm hiện tại, nhiều nghiên cứu đã được thực hiện để tìm yếu tố tiên lượng nặng của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tuy nhiên, kết quả này vẫn chưa được thống nhất trong tất cả các nghiên cứu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu cụ thể sau: (1) Xác định tỷ lệ đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng sau nhập viện 72 giờ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2022. (2) Khảo sát một số yếu tố tiên lượng nặng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện khoa Hô hấp-Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 04/2021 đến tháng 06/2022.

- Tiêu chuẩn chọn:

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính khi thỏa 1 trong 2 tiêu chuẩn sau:

+ Tiêu chuẩn 1: Theo GOLD 2020, áp dụng cho bệnh nhân đã có chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước đó, dựa vào hồ sơ quản lý ngoại trú có kết quả đo chức năng hô hấp trong vòng 12 tháng với $FEV_1/FVC < 0,7$ sau nghiệm pháp hồi phục phế quản [8].

+ Tiêu chuẩn 2: Áp dụng cho bệnh nhân lần đầu nhập viện chưa được quản lý ngoại trú: Sử dụng bảng điểm chẩn đoán CT-COPDs với lâm sàng và X quang ngực, chẩn đoán khi ≥ 210 điểm [2].

- Tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: Theo Anthonisen (1987), chẩn đoán đợt cấp dựa vào triệu chứng tăng khó thở, tăng lượng đàm khạc và khạc đàm mủ, có hay không có nhiễm khuẩn hô hấp trên. Chẩn đoán khi có 1 trong 3 triệu chứng trở lên [5].

Bệnh nhân nhập viện điều trị và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính kèm theo hen phế quản, dẫn phế quản, viêm phổi, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, tâm phế mạn,

thuyên tắc phổi, phù phổi cấp do tim, nhồi máu cơ tim cấp, suy tim cấp, bệnh nhân có trạng thái tâm thần không ổn định, bệnh nhân bỏ điều trị hoặc chuyển viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.
- **Cỡ mẫu:** Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{\frac{1-\alpha}{2}}^2 \frac{p \times (1 - p)}{d^2}$$

n: Cỡ mẫu tối thiểu.

P: Là ước đoán tỷ lệ bệnh nhân đợt cấp nặng. Trong nghiên cứu của Pothirat C 2017, tỷ lệ này là 12,4%. Chọn $p = 12,4\%$ [9].

D: Sai số cho phép ($d = 0,07$).

Z: Hệ số tin cậy. Với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$ thì $Z = 1,96$.

Thay vào công thức, ta tính được $n \approx 85$. Vậy, cỡ mẫu tối thiểu cần thực hiện trong nghiên cứu là $n = 85$. Thực tế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 90 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn tất cả bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện phù hợp tiêu chuẩn chọn bệnh trong thời gian thu thập số liệu cho đến khi đủ số lượng cần thiết.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Định nghĩa bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện: Bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được xem là nặng 72 giờ sau nhập viện khi có ít nhất hai trong các yếu tố sau: Rối loạn tri giác, huyết áp tụt (huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc huyết áp trung bình < 70 mmHg hoặc huyết áp tâm thu giảm từ 40 mmHg trở lên so với trị số bình thường theo tuổi), $SpO_2 < 88\%$, nhịp thở > 25 lần/phút.

+ Các yếu tố tiên lượng nặng của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được nghiên cứu gồm: Dấu hiệu sinh tồn (huyết áp, mạch, nhịp thở, nồng độ oxy mao mạch bão hòa), xanh tím, co kéo cơ hô hấp phụ, khí máu động mạch, giai đoạn tắc nghẽn, bệnh đồng mắc.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được mã hóa và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện

Bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nặng	28	31,1
Không nặng	62	68,9
Tổng	90	100

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận được 28 trường hợp bệnh nặng sau nhập viện 72 giờ chiếm 31,1%.

3.2. Một số yếu tố tiên lượng nặng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bảng 2. Mối liên quan giữa dấu hiệu sinh tồn lúc nhập viện và bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện

Dấu hiệu sinh tồn	Bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện		
	OR	KTC 95%	p
Huyết áp tâm thu < 90 mmHg	1,11	0,97 – 12,79	1

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 56/2023

Dấu hiệu sinh tồn	Bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện		
	OR	KTC 95%	p
Mạch ≥ 110 (lần/phút)	2,97	1,15 – 7,70	0,022
Nhịp thở ≥ 25 (lần/phút)	2,42	0,56 – 10,46	0,249
SpO ₂ < 88%	8,55	2,62 – 27,87	<0,001

Nhận xét: Tần số mạch ≥ 110 lần/phút và SpO₂ < 88% lúc nhập viện là yếu tố nguy cơ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện (p < 0,05).

Bảng 3. Mối liên quan giữa cơ kéo cơ hô hấp phụ, xanh tím lúc nhập viện và bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện

Yếu tố		Nặng		Không nặng		OR	p
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)		
Cơ kéo cơ hô hấp phụ	Có	25	46,3	29	53,7	9,48	< 0,001
	Không	3	8,3	33	91,7		
Xanh tím	Có	11	78,6	3	21,4	12,73	< 0,001
	Không	17	22,4	59	77,6		

Nhận xét: Cơ kéo cơ hô hấp phụ và dấu hiệu xanh tím lúc nhập viện là yếu tố nguy cơ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện (p < 0,001).

Bảng 4. Mối liên quan giữa khí máu động mạch lúc nhập viện và bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện

Khí máu động mạch	Bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện		
	OR	KTC 95%	p
pH < 7,34	2,46	0,87 – 6,99	0,085
PaCO ₂ > 45 mmHg	2,83	1,08 – 7,43	0,032
PaO ₂ < 75 mmHg	0,74	0,30 – 1,83	0,508

Nhận xét: PaCO₂ lúc nhập viện tăng trên 45mmHg làm tăng nguy cơ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện lên 2,83 lần (KTC 95% 1,08 – 7,43).

Bảng 5. Mối liên quan giai đoạn tắc nghẽn và bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện

Giai đoạn tắc nghẽn (n=60)	Nặng		Không nặng		$\chi^2 = 8,702$ p = 0,013
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
GOLD 2	2	9,5	19	90,5	
GOLD 3	9	31	20	69	
GOLD 4	6	60	4	40	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện tăng dần theo giai đoạn tắc nghẽn, chiếm tỷ lệ cao nhất ở giai đoạn GOLD 4 là 60%, không ghi nhận được trường hợp thuộc nhóm GOLD 1. Mức độ tắc nghẽn càng nặng nguy cơ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện càng cao (p < 0,05).

Bảng 6. Mối liên quan giữa bệnh đồng mắc và bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện

Bệnh đồng mắc	Nặng		Không nặng		OR = 2,716 p = 0,035
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Có	13	46,4	15	53,6	
Không	15	24,2	47	75,8	

Nhận xét: Bệnh đồng mắc là yếu tố nguy cơ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được 28 trường hợp bệnh nặng sau nhập viện 72 giờ chiếm 31,1%, 62 trường hợp bệnh không nặng sau nhập viện 72 giờ chiếm 68,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác nghiên cứu của Trần Xuân Quỳnh năm 2015 ghi nhận 20 trường hợp bệnh nặng ngày 3 chiếm 19,6% [1]. Trong nghiên cứu của Pothirat C 2017, tỷ lệ này là 12,4% [9]. Tỷ lệ tử vong bệnh viện là 6,9% theo Aburto M năm 2011 [4].

4.2. Một số yếu tố tiên lượng nặng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Dấu hiệu sinh tồn

- Huyết áp: Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy mối liên quan giữa huyết áp lúc nhập viện với bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Trần Xuân Quỳnh năm 2015 [1]. Theo nghiên cứu tổng hợp của Steer J (2010), tụt huyết áp là yếu tố độc lập dự đoán tử vong trong bệnh viện [11].

- Mạch: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mạch ≥ 110 lần/phút là yếu tố nguy cơ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện với OR = 2,97 (KTC 95% của OR = 1,15 – 7,70), $p = 0,022$. Theo Steer J (2010), nhịp tim nhanh là yếu tố độc lập dự đoán tử vong trong bệnh viện [11]. Stiell IG (2014) cũng đưa ra kết luận: Nhịp tim ≥ 110 lần/ phút là yếu tố tiên lượng biến cố nặng (tử vong, đặt nội khí quản, nhập đơn vị chăm sóc đặc biệt) với OR = 3,05, khoảng tin cậy 95% 1,68 – 5,55 [12].

- Nhịp thở: Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân tích hồi quy logistic đơn biến cũng cho thấy không có mối liên quan giữa nhịp thở lúc nhập viện với bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện ($p > 0,05$). Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Trần Xuân Quỳnh năm 2015 [1]. Aburto M (2011) đưa ra mối liên quan giữa nhịp thở và nguy cơ tử vong bệnh viện nhưng là nhịp thở sau nhập viện 2 giờ (OR = 2,25, khoảng tin cậy 95% 1,01 – 5,05, $p = 0,0484$). Tần số thở trung bình sau 2 giờ nhập viện của bệnh nhân tử vong là $28,5 \pm 10,4$ lần/phút, so với bệnh nhân còn sống là $24,4 \pm 5,7$ lần/phút [4].

- SpO₂: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận SpO₂ < 88% làm tăng nguy cơ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện lên 8,55 lần (KTC 95% của OR = 2,62 – 27,87), $p < 0,001$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Trần Xuân Quỳnh (2015), SpO₂ lúc mới nhập viện là yếu tố tiên lượng bệnh nặng trong thời gian nằm viện với OR = 0,8 ($p < 0,05$) [1].

Co kéo cơ hô hấp phụ

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện ở nhóm có co kéo cơ hô hấp phụ cao hơn ở nhóm không co kéo cơ hô hấp phụ. Mối liên quan giữa co kéo cơ hô hấp phụ lúc nhập viện và bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện có ý nghĩa thống kê (OR = 9,48, $p < 0,001$). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Xuân Quỳnh (2015) cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ bệnh nặng trong thời gian nằm viện ở ba nhóm co kéo cơ hô hấp phụ ($p \leq 0,001$) [1]. Theo kết quả nghiên cứu của Roche N (2008), tỷ lệ bệnh nhân có kéo cơ hô hấp phụ mức độ nặng tử vong là 52,5% so với không tử vong là 36,7%, khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [10].

Xanh tím

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện ở nhóm xanh tím là 78,2%, ở nhóm không xanh tím là 22,4%. Dấu hiệu xanh tím là yếu tố nguy cơ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện (OR = 12,73, $p < 0,001$). Kết quả trong nghiên cứu của Trần

Xuân Quỳnh (2015) cũng cho thấy xanh tím lúc mới nhập viện là yếu tố nguy cơ bệnh nặng ở ngày 3 sau nhập viện (OR = 5,6, khoảng tin cậy 95% 1,9 – 16,4) [1]. Trong nghiên cứu của Roche N (2008), tỷ lệ bệnh nhân tử vong có xanh tím là 50,9% so với không tử vong là 27,3%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [10].

Khí máu động mạch

- pH: Toan máu luôn biểu hiện một đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng. Nghiên cứu của Trần Xuân Quỳnh (2015) ghi nhận khi pH giảm làm tăng nguy cơ bệnh nặng trong thời gian nhập viện [1]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy được mối liên quan giữa sự giảm pH và nguy cơ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện ($p > 0,05$).

- PaCO₂: Tăng CO₂ máu là biểu hiện của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng cũng như đợt cấp nặng. Theo nghiên cứu tổng hợp của Steer J (2010), tăng CO₂ máu chưa được chứng minh có tiên lượng độc lập cho tử vong bệnh viện trong 5 nghiên cứu. Điều này do PaCO₂ trung bình trong các nghiên cứu thường cao (>7 kPa) nên khoảng chênh lệch giá trị PaCO₂ giữa các đối tượng thường hẹp và không tìm ra mối liên quan. Ba nghiên cứu khác có giá trị PaCO₂ trung bình thấp hơn (<6 kPa và $<6,5$ kPa) thì cho thấy tăng CO₂/máu tiên lượng độc lập tử vong bệnh viện [11]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự, PaCO₂ lúc nhập viện tăng trên 45mmHg làm tăng nguy cơ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện lên 2,83 lần (KTC 95% 1,08 – 7,43).

- PaO₂: Qua phân tích, chúng tôi thấy rằng mối liên quan giữa PaO₂ lúc nhập viện và bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Các nghiên cứu khác không đề cập đến giá trị này.

Giai đoạn tắc nghẽn

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện tăng dần theo giai đoạn tắc nghẽn, chiếm tỷ lệ cao nhất ở giai đoạn GOLD 4 là 60%, không ghi nhận được trường hợp thuộc nhóm ≥ 80 . Tỷ lệ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện khác nhau có ý nghĩa theo giai đoạn tắc nghẽn ($\chi^2 = 8,702$, $p = 0,013$). Nghiên cứu của Huỳnh Văn Thừa (2019) cũng cho rằng mức độ tắc nghẽn càng nặng nguy cơ tử vong càng cao ($p < 0,05$) [3].

Bệnh đồng mắc

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thường đồng hiện diện với các bệnh khác làm ảnh hưởng quan trọng đến tiên lượng. Nhiễm trùng nặng, đặc biệt là nhiễm trùng hô hấp, hội chứng chuyển hóa và bệnh đái tháo đường cũng thường gặp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và có ảnh hưởng đến tiên lượng [8]. Theo Alexopoulos (2015), BN có 2 – 4 bệnh đồng mắc có nguy cơ mắc đợt cấp và nhập viện gấp 3 lần so với dự kiến, nguy cơ phải nhập viện cấp cứu gấp 5 lần so với người không mắc bệnh [6]. Nghiên cứu của Westerik (2017) cho thấy có mối liên quan giữa đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thường xuyên với các bệnh đồng mắc: Suy tim với OR = 1,72 (1,38 – 2,14); ung thư phổi với OR = 1,85 (1,28-2,67); trầm cảm với OR = 1,48 (1,14 – 1,91) [14]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện ở nhóm không có bệnh đồng mắc (24,2%) thấp hơn ở nhóm có bệnh đồng mắc (46,4%). Bệnh đồng mắc là yếu tố nguy cơ bệnh nặng 72 giờ sau nhập viện (OR = 2,716, $p = 0,035$).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nặng sau nhập viện 72 giờ chiếm 31,1%. Tần số mạch ≥ 110 lần/phút, nồng độ SpO₂ $< 88\%$, thở cơ kéo cơ hô hấp phụ, xanh tím, PaCO₂ > 45 mmHg, mức độ tắc nghẽn,

bệnh đồng mắc là các yếu tố tiên lượng nặng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 72 giờ sau nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Xuân Quỳnh, Nguyễn Văn Thành (2015), Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng nặng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 2.
2. Nguyễn Văn Thành, Cao Thị Mỹ Thúy, Võ Phạm Minh Thư và cộng sự (2012), *Xây dựng mô hình hệ thống quản lý và điều trị hiệu quả COPD và Hen phế quản trong bệnh viện và cộng đồng*, NXB Y học.
3. Huỳnh Văn Thừa, Trần Ngọc Dung, Đoàn Thị Kim Châu (2019), Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2018-2019, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, tr. 21.
4. Aburto M, Esteban C, *et al.* (2011), COPD exacerbation Mortality Prognosis Factors in a Respiratory Care Unit, *Arch Bronconeumol*, 47 (2), pp. 79-84.
5. Anthonisen NR, Warren CPW, *et al.* (1987), Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease, *Ann Int Med*, 106, pp. 196–204.
6. Alexopoulos EC (2015), Frequency and risk factors of COPD exacerbations and hospitalizations: A nationwide study in Greece, *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 10, pp. 2665–2674.
7. Bollmeier SG, Hartmann AP (2020), Management of chronic obstructive pulmonary disease: A review focusing on exacerbations, *American Journal of Health-System Pharmacy*, 77(4), pp. 259-268.
8. Global Initiative for chronic Obstructive lung Disease (GOLD), Global strategy for the diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Initiative for chronic Obstructive lung Disease (GOLD) report updated 2020.
9. Pothirat C, Pothirat T, Liwsrisakun C (2017), Risk Factors of Severe Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Among Patients Regularly Managed by Pulmonologists, *J Med Assoc Thai* 2017, 100 (2), pp. 142-148.
10. Roche N, Zureik M, Soussan D *et al.* (2008), Predictors of outcomes in COPD exacerbation cases presenting to the emergency department, *Eur Respir J*, 32, pp. 953 – 961.
11. Steer J, Gibson GJ and Bourke SC (2010), Predicting outcomes following hospitalization for acute exacerbations of COPD, *QJ Med*, 103, pp. 817 – 829.
12. Stiell IG, Clement CM, Aaron SD *et al.* (2014), Clinical Characteristics associated with adverse events in patients with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A prospective cohort study, *Canadian Medical Association Journal*, 186 (6), pp. 193 – 204.
13. Tam Dang Tan, Zhang S (2017), The Burden of illness related to chronic obstructive pulmonary disease Exacerbations in Québec, Canada, *Canada Respiratory Journal*, 2017, pp.1-10.
14. Westerik JA, Metting EI (2017), Associations between chronic comorbidity and exacerbation risk in primary care patients with COPD, *Respiratory Research*, 18(1), 31.
15. WHO (2018), Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by region, pp. 2000-2016.

(Ngày nhận bài: 05/9/2022 – Ngày duyệt đăng: 28/12/2022)
