

**TÌNH HÌNH, ĐẶC ĐIỂM MỘT SỐ KIỂU HÌNH BỆNH NHÂN  
BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NGOÀI ĐỢT CẤP TẠI  
BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ**

*Nguyễn Thị Thu Thảo<sup>1\*</sup>, Võ Thị Kim Hoàng<sup>2</sup>,  
Võ Phạm Minh Thư<sup>2</sup>, Đỗ Thị Thanh Trà<sup>2</sup>*

*1. Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long*

*2. Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ*

*\*Email: thao.nguyen6@hoanmy.com*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là bệnh có tính đa dạng về đặc điểm di truyền, biểu hiện lâm sàng, các cận lâm sàng và dự hậu khác nhau trong đáp ứng điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ một số kiểu hình và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoài đợt cấp tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 57 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoài đợt cấp và 30 bệnh nhân hen phế quản và viêm phế quản mạn  $\geq 40$  tuổi. **Kết quả:** Kiểu hình nhóm A và B chiếm đa số trong mẫu nghiên cứu, với tỉ lệ lần lượt là 50,9% và

26,3%; Kiểu hình GOLD II và GOLD III chiếm đa số, với tỉ lệ lần lượt là 51,9% và 25,9%. Tỉ lệ phụ nữ trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ là 5,3%; độ tuổi trung bình bệnh nhân BPTNMT nghiên cứu là  $63,89 \pm 1,04$ . Tỉ lệ hút thuốc lá  $\geq 20$  gói-năm ở bệnh nhân BPTNMT nghiên cứu chiếm tỉ lệ là 84,2%. Thang điểm mMRC =1 chiếm đa số, với tỉ lệ là 52,6%. Tỉ lệ đợt cấp nhập viện trong năm chiếm đa số với tỉ lệ là 22,8%. Tỉ lệ bạch cầu ái toan trong máu tăng  $> 300$  TB/ $\mu$ L là 32,1%. Rối loạn thông khí hỗn hợp chiếm đa số với tỉ lệ là 70%. Thể tích thở ra gắng sức trong 1 giây (FEV1) sau nghiệm pháp hồi phục phế quản trung bình là  $59,65 \pm 20,3\%$ . Chỉ số FEV1/FVC sau hồi phục phế quản trung bình là  $0,56 \pm 0,11$ . **Kết luận:** Sự đa dạng về kiểu hình BPTNMT đang được quan tâm rộng rãi, chẩn đoán sớm và điều trị theo kiểu hình giúp đạt hiệu quả cao trong điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân là yêu cầu cấp thiết hiện nay.

**Từ khóa:** bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, kiểu hình, bạch cầu ái toan

## ABSTRACT

### THE SITUATION, CHARACTERISTICS OF PHENOTYPES ON PATIENTS OF STABLE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Nguyen Thi Thu Thao<sup>1\*</sup>, Vo Thi Kim Hoang<sup>2</sup>,  
Vo Pham Minh Thu<sup>2</sup>, Do Thi Thanh Tra<sup>2</sup>

1. Hoan My Cuu Long Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

**Background:** The chronic obstructive pulmonary disease has the diversity of genetic characteristics, clinical and subclinical manifestation as well as its different prognosis in response to treatment. **Objectives:** Identify prevalence and clinical, subclinical characters of some phenotypes on patients of stable chronic obstructive pulmonary disease in the Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional study including 57 patients with stable chronic obstructive pulmonary disease and 30 patients  $\geq 40$  years old suffering from asthma and chronic bronchitis. **Results:** The phenotypes A and B were mainly present in our study with the percentage of 50.9% and 26.9% respectively. Chronic obstructive pulmonary disease group II and III were mainly seen with the percentage of 51.9% and 25.9% respectively. Female were 5.3%, the average age  $63.89 \pm 1.04$ . In our study, the smoking patients  $\geq 20$  pack-year were 84%, 52.6% of patients with mMRC=1. The study also found 22.8% among them hospitalized due to acute exacerbation. The percentage of patients with eosinophils  $\geq 300$  cell/ $\mu$ l was 32.1. The combined restrictive obstructive lung disorder was about 70%. The FEV1 post bronchodilator was  $63 \pm 20.3\%$  and FEV1/FVC post bronchodilator  $0.56 \pm 0.11$  in average. **Conclusion:** The diversity of COPD phenotypes is being widely concerned, early diagnosis and phenotypic treatment to help achieve high efficiency in treatment and improve the quality of life for patients is an urgent requirement today.

**Keywords:** chronic obstructive pulmonary disease, phenotype, eosinophil.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là bệnh thường gặp, có thể dự phòng và điều trị hiệu quả, bằng việc quản lý bệnh nhân giảm các nguy cơ tái diễn đợt cấp. Tại Việt Nam, tỷ lệ BPTNMT trong cộng đồng dân cư từ 40 tuổi trở lên là 4,2% [6]. Số lượng người mắc bệnh lớn, chi phí điều trị đã và đang là một gánh nặng kinh tế trên toàn thế giới. Theo khuyến cáo Hiệp hội Chiến lược toàn cầu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (GOLD), bệnh nhân BPTNMT sẽ được đánh giá ở nhiều khía cạnh để phân loại nhiều kiểu hình khác nhau của bệnh, cho phép chúng ta tiếp cận điều trị một cách cá thể hoá, đặc biệt là quản lý dự phòng đợt cấp. Các kiểu hình được xác định theo kiểu cổ điển của viêm phế quản mãn tính

và khí phế thũng, chông lấp hen - BPTNMT... Các nghiên cứu khác dựa vào các yếu tố để dự đoán, đánh giá điều trị và hướng dẫn thay đổi điều trị đối với bệnh nhân BPTNMT ngoài đợt cấp. Hiện tại chưa có nghiên cứu chuyên biệt từng kiểu hình cũng như đánh giá về kết quả điều trị corticoid dạng hít trên bệnh nhân BPTNMT ngoài đợt cấp tại Việt Nam. Xuất phát từ những thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu:

Xác định tỉ lệ một số kiểu hình và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoài đợt cấp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân đến khám từ tháng 6/2020 đến tháng 8/2021 tại phòng quản lý Hen-BPTNMT Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ với: + Chẩn đoán BPTNMT theo GOLD 2020. + Tình trạng lâm sàng ổn định: không có các triệu chứng của đợt cấp ít nhất trong vòng 8 tuần, nhập viện hay phải đi khám cấp cứu trong vòng 8 tuần, được điều trị kháng sinh và/ hoặc corticosteroid toàn thân.

Loại ra khỏi nghiên cứu những bệnh nhân có biến chứng hô hấp nặng như: tràn khí màng phổi, ho ra máu, thuyên tắc phổi...; những bệnh nhân có bệnh lý ác tính tiến triển; bệnh nhân có nhiều bệnh đồng mắc nặng; bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, có đối chứng.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: + Nhóm mẫu: Áp dụng cho công thức ước lượng một tỉ lệ với p là tỉ lệ kiểu hình chông lấp Hen – BPTNMT trong cộng đồng BPTNMT. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn  $p = 0.27$  (theo nghiên cứu của Ngô Quý Châu năm 2011 [1]). Tính được  $n = 54$ . Chọn mẫu thuận tiện. + Nhóm chứng: 30 BN có bệnh lý hô hấp mạn tính (HPQ, VPQMT), độ tuổi  $\geq 40$  để tương đồng so với nhóm mẫu.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: về tuổi, giới, tiền sử hút thuốc lá ( $< 20$  gói-năm,  $\geq 20$  gói-năm); tiền sử đợt cấp trong 12 tháng qua ( $\geq 2$  đợt cấp trung bình hoặc  $\geq 1$  đợt cấp nhập viện trong năm qua);

+ Đặc điểm về Xquang ngực thẳng; khó thở theo thang điểm mMRC (0-4); hô hấp ký: (FEV<sub>1</sub>, FVC) trước và sau nghiệm pháp hồi phục phế quản, kiểu rối loạn thông khí (tắc nghẽn, hỗn hợp); số lượng bạch cầu, bạch cầu ái toan trong máu ( $< 100$  TB/ $\mu$ l, 100 - 300 TB/ $\mu$ l,  $> 300$  TB/ $\mu$ l).

+ Tỉ lệ kiểu hình theo ABCD: nhóm A: bệnh nhân ít triệu chứng, nguy cơ thấp; nhóm B: nhiều triệu chứng, nguy cơ thấp; nhóm C: ít triệu chứng, nguy cơ cao; nhóm D: nhiều triệu chứng, nguy cơ cao, kiểu hình tăng bạch cầu ái toan (BCAT trong máu  $> 300$   $\mu$ l/TB),

+ kiểu hình theo GOLD 2020: GOLD I: FEV<sub>1</sub>  $> 80\%$ ; GOLD II: FEV<sub>1</sub> 50-79%; GOLD III: FEV<sub>1</sub> 30-49%; GOLD IV: FEV<sub>1</sub>  $< 30\%$ ).

- Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn đối tượng và khám lâm sàng. Ghi nhận kết quả trên máy xét nghiệm, máy đo hô hấp ký KoKo, Xquang ngực.

- Phương pháp xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 18.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung

Tỉ lệ phụ nữ ở BN BPTNMT chiếm tỉ lệ là 5,3%. Độ tuổi trung bình nhóm mẫu là 63,89  $\pm 1,04$ , nhóm chứng là 60,40  $\pm 1,94$ . Chiều cao trung bình ở nhóm mẫu là 162,67  $\pm 0,85$  Kg. Cân

nặng trung bình của nhóm mẫu là 56,63±1,49cm. Tỷ lệ hút thuốc lá ≥20 gói-năm ở nhóm mẫu chiếm tỷ lệ là 84,2%, tỷ lệ hút thuốc lá <20 gói-năm là 15,8%. Tiền sử bản thân mắc hen phế quản trong nhóm mẫu chiếm tỷ lệ là 31,6% và mắc tăng huyết áp chiếm tỷ lệ là 22,8%.

### 3.2. Tỷ lệ một số kiểu hình

Bảng 1. Tỷ lệ kiểu hình A,B,C,D theo GOLD 2020 [7]

Kiểu hình	Nhóm A	Nhóm B	Nhóm C	Nhóm D
Số lượng (n)	29	15	5	8
Tỷ lệ %	50,9	26,3	8,8	14,0

Nhận xét: Kiểu hình nhóm A và B chiếm đa số trong nghiên cứu với tỷ lệ lần lượt là 50,9% và 26,3%

Bảng 2. Tỷ lệ kiểu hình theo chức năng thông khí

Kiểu hình	Nhóm mẫu		Nhóm chứng		p
	n=57	Tỷ lệ %	n=30	Tỷ lệ %	
GOLD I	9	16,6	24	80	<0,001
GOLD II	28	51,9	6	20	
GOLD III	14	25,9	0	00	
GOLD IV	3	5,6	0	00	

Nhận xét: Kiểu hình GOLD II và GOLD III chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu với tỷ lệ lần lượt là 51,9% và 25,9%.

### 3.3. Đặc điểm lâm sàng

**Triệu chứng lúc khám:** số bệnh nhân có triệu chứng khạc đàm sâu ở nhóm mẫu chiếm tỷ lệ 56,1%. Triệu chứng ho kéo dài, khô khè, lồng ngực hình thùng chưa ghi nhận sự biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Bảng 3. Thang điểm mMRC

mMRC	Nhóm mẫu		Nhóm chứng		p
	n=57	Tỷ lệ %	n=30	Tỷ lệ %	
0	4	7,0	30	100	<0,001
1	30	52,6	0	0	
2	18	31,6	0	0	
3	5	8,8	0	0	

Nhận xét: bệnh nhân thuộc nhóm mẫu có thang điểm mMRC =1 chiếm đa số với tỷ lệ là 52,6% và mMRC = 2 chiếm tỷ lệ là 31,6%.

Bảng 4 . Tần suất đợt cấp

Đợt cấp	Nhóm mẫu (%)	Nhóm chứng (%)	p
≥1 đợt cấp nhập viện trong 12 tháng qua	22,8	0,00	<0,001
Khác	77,2	100	

Nhận xét: tỷ lệ đợt cấp nhập viện ở nhóm mẫu là 22,8%.

### 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 5. Đặc điểm X quang ngực

Đặc điểm X quang ngực	Nhóm mẫu		Nhóm chứng		p
	n=57	Tỷ lệ %	n=30	Tỷ lệ %	
Hình phổi bản	14	24,6	5	16,7	0,397
Phổi tăng sáng	12	21,1	1	3,3	0,028
Khác	31	54,3	24	80,0	0,299

Nhận xét: bệnh nhân ở nhóm mẫu có hình ảnh phổi bản chiếm tỷ lệ là 24,6%, có hình

ảnh phổi tăng sáng là 21,1%.

Bảng 6. Số lượng BCAT trong máu

Dấu ấn sinh học	Nhóm chứng n=57	Nhóm mẫu n=30	p
BCAT %	4,16±5,00	4,16±5,09	0,998
BCAT > 300 TB/μL	32,1%	35,2%	0,783

Nhận xét: tỉ lệ BCAT tăng > 300 TB/μL ở nhóm mẫu là 32,1%, trung bình là 4,16 ±5,00%.

Bảng 7. Kiểu rối loạn thông khí

Kiểu RLTK	Nhóm chứng		Nhóm mẫu		p
	Số lượng (n=30)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n=57)	Tỉ lệ (%)	
Tắc nghẽn đơn thuần	4	15,4	13	26	0,292
Hỗn hợp	8	30,8	35	70	0,001
Bình thường	14	53,8	2	4	<0,001

Nhận xét: Trong 50 bệnh nhân, có 70% bệnh nhân có rối loạn dạng hỗn hợp và 26% bệnh nhân có rối loạn dạng tắc nghẽn đơn thuần.

Bảng 8. Chức năng thông khí

Chức năng thông khí	Nhóm chứng n= 30	Nhóm mẫu n=57	p
FEV1 (trước test hồi phục phế quản) %	83,23±18,74	55,1±18,89	<0,001
FEV1/FVC (trước test hồi phục phế quản)	0,71±0,09	0,56±0,10	<0,001
FEV1 (sau test hồi phục phế quản) %	91,63±18,88	59,65±20,3	<0,001
FEV1/FVC (sau test hồi phục phế quản)	0,737±0,09	0,56±0,11	<0,001

Nhận xét: thể tích thở ra gắng sức trong 1 giây (FEV1) trước nghiệm pháp hồi phục phế quản ở nhóm mẫu là 55,1±18,89, sau nghiệm pháp hồi phục phế quản là 59,65±20,3. Chỉ số FEV1/FVC sau hồi phục phế quản là 0,56±0,11.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu (NC) bao gồm 57 bệnh nhân BPTNMT theo tiêu chuẩn GOLD 2020 [7]. Trong đó, nam giới chiếm tỉ lệ là 94,7% so với nữ giới là 5,3%. Kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Võ Phạm Minh Thư với tỷ lệ nam, nữ lần lượt là 99,2% và 0,8% [2]. Nhưng kết quả của chúng tôi không tương đồng với nghiên cứu của Cosio B.G và cs (2020) với tỷ lệ nữ giới chiếm tỷ lệ là 35% [11], NC của Coxson HO và cs nữ giới chiếm tỷ lệ 60% [9], nghiên cứu Regan EA và cs tỷ lệ nữ giới là 50% [8]. Sự khác biệt này là do sự khác nhau về thói quen hút thuốc lá ở nữ giới của người Việt Nam và phương tây. Tuy số lượng mẫu của chúng tôi còn ít nhưng đã phản ánh đặc trưng giới tính trong dân số BPTNMT, bệnh lý có liên quan chặt chẽ đến tình trạng hút thuốc lá.

Tuổi trung bình trong NC là 63,89 ±1,04, tương đồng so với NC của Võ Phạm Minh Thư là 74,11 ± 10,41 [2], nhưng khá cao so với NC của Coxson HO và cs là 47,30 ± 2,7 [9], nghiên cứu Regan EA là 47,80 ± 1,5 [8]. Tỷ lệ hút thuốc lá ≥ 20 gói-năm trong NC là 84,2% có sự khác biệt so với nhóm mẫu, sự khác biệt này rất có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Điều này có thể kết luận tình trạng hút thuốc lá có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ mắc BPTNMT.

### 4.2. Tỉ lệ các kiểu hình BPTNMT

Tỉ lệ kiểu hình nhóm A chiếm đa số với tỷ lệ là 50,9%, nhóm B chiếm tỷ lệ 26,3%. Tỷ lệ này không tương đồng với kết quả NC của Cao Thị Mỹ Thúy cho thấy nhóm C và D chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 23,2% và 43% [3], NC của Võ Phạm Minh Thư (2017) tập trung chủ yếu ở 2 nhóm B và C với tỷ lệ lần lượt là 43,3% và 45,8% [2]. Kết quả này có thể bị ảnh hưởng một phần do đơn vị quản lý hen và BPTNMT ở Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ được thành lập khoảng 2 năm và chủ yếu quản lý, sàng lọc bệnh từ ngoại trú, nên sự khác biệt này có thể giải thích được.

Phân nhóm theo GOLD 2019 [10] thì nhóm GOLD II chiếm đa số với tỷ lệ là 51,9%, nhóm GOLD III chiếm tỉ lệ là 25,9% rất khác biệt so với nhóm chứng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

#### 4.3. Đặc điểm lâm sàng BN BPTNMT

**Triệu chứng lúc khám:** số bệnh nhân có triệu chứng khạc đàm sâu ở nhóm mẫu chiếm tỉ lệ 56,1% so với nhóm chứng là 0,00%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Triệu chứng ho kéo dài, khô khè, lồng ngực hình thùng chưa ghi nhận sự biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu. Bệnh nhân thuộc nhóm chứng có thang điểm mMRC = 1 chiếm đa số với tỉ lệ là 52,6% và mMRC = 2 chiếm tỉ lệ là 31,6%, sự khác biệt với nhóm mẫu là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Tần suất đợt cấp nhập viện trong 12 tháng qua trong nhóm mẫu chiếm tỉ lệ là 22,8% với  $p < 0,001$ .

#### 4.4. Đặc điểm cận lâm sàng BN BPTNMT

Xquang ngực chủ yếu là hình ảnh phổi bản và phổi tăng sáng với tỷ lệ lần lượt là 24,6% và 21,1%, sự khác biệt so với nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,397$ ). Theo NC của tác giả Cao Thị Mỹ Thúy thì tỉ lệ phổi tăng sáng là 13,5% [3]. Tuy nhiên, theo Miniati M. (2008) thì khả năng xác định phổi tăng sáng trên Xquang ngực kém hơn so với CT ngực [12].

Bệnh nhân có tăng BCAT là 32,1%. Kết quả này cũng tương tự với NC của tác giả Võ Phạm Minh Thư là 27,5% [2], tác giả Singh D (2010) là 37,4% [13]. Điều này cho thấy tỉ lệ tăng BCAT ở bệnh nhân BPTNMT khá cao, cho nên chỉ số BCAT trong máu rất quan trọng trong điều trị và quản lý bệnh nhân BPTNMT, giúp chọn lựa phương pháp điều trị và tiên lượng bệnh nhân.

Kiểu hình rối loạn thông khí hỗn hợp chiếm đa số (70%), 13 trường hợp rối loạn thông khí tắc nghẽn (26%). Tỉ lệ này ở nhóm chứng lần lượt là 30,8% và 15,4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở kiểu hình hỗn hợp với  $p < 0,005$ . Kiểu rối loạn thông khí hỗn hợp tăng nổi bật so với rối loạn thông khí tắc nghẽn ở nhóm mẫu. Kết quả này tương đồng với NC của Nguyễn Đình Tiến (1999) và của Mai Xuân Khấn (2005)[4],[5]. Tuy nhiên, kết quả này không tương đồng với NC của Võ Phạm Minh Thư với tỉ lệ 2 nhóm không có sự khác biệt rõ rệt (56%; 44%) [2]. Điều này có thể là do số lượng mẫu trong NC chưa đủ lớn, bệnh nhân ngoại trú nên không thuộc nhóm bệnh nhân nặng.

Theo Bảng 8, chỉ số FEV1 trước hồi phục phế quản là  $55,1 \pm 18,89\%$ , sau hồi phục phế quản là  $59,65 \pm 20,3\%$ , có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Trong NC của Cosio B.G. tỉ lệ này lần lượt là  $64,7 \pm 20,1\%$  và  $71,3 \pm 20,7$ [11], tỉ lệ này khá cao so với NC của chúng tôi, nhưng có sự tương đồng là sau nghiệm pháp hồi phục phế quản thì chỉ số FEV1 tăng không đáng kể, điều này cho thấy bản chất tắc nghẽn không hồi phục trong BPTNMT. Tuy nhiên, theo NC của Coxson H.O. và cs thì chỉ số FEV1 sau hồi phục phế quản là  $49,0 \pm 18,0\%$  [9] cho thấy bệnh nhân có tắc nghẽn nặng chiếm đa số. Bên cạnh đó, chỉ số FVC trước hồi phục phế quản ở nhóm mẫu  $73,34 \pm 18,33\%$ , ở nhóm chứng là

89,42±16,47%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Điều này phù hợp với kết quả kiểu hình rối loạn hỗn hợp là chiếm ưu thế ở nhóm bệnh nhân BPTNMT.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân BPTNMT ngoài đợt cấp đa số là nam giới (94,7%), nhóm tuổi  $\geq 60$  chiếm đa số (71,9%). Đa số bệnh nhân có cả hai triệu chứng ho khạc đàm sâu (56,1%) và khó khè (50,9%). Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc  $\geq 20$  gói năm là 84,2%. Bệnh nhân thể trạng trung bình chiếm đa số (50,9%).

Tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu có BCAT trong máu tăng  $> 3\%$  (300TB/ $\mu$ l) là 32,1%.

Thang điểm mMRC =1 chiếm đa số với tỷ lệ là 52,6% và mMRC = 2 chiếm tỷ lệ là 31,6% trong nghiên cứu của chúng tôi.

Phân nhóm ABCD theo GOLD 2020 cho thấy nhóm A và B chiếm đa số (50,9% và 26,3%). Kiểu hình GOLD II và GOLD III chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 51,9% và 25,9%. Kiểu hình rối loạn thông khí hỗn hợp chiếm đa số (70%) trong nghiên cứu.

Đa số bệnh nhân có mức độ giới hạn luồng khí trung bình với giá trị trung bình là 59,65±20,3% sau nghiệm pháp hồi phục phế quản.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu (2016), Nghiên cứu tình hình dịch tễ BPTNMT ở Hà Nội, *Đặc san Y học Lâm sàng*, Bệnh viện Bạch Mai.
2. Võ Phạm Minh Thư (2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, tác nhân vi sinh và một số dấu ấn sinh học trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Luận án tiến sĩ, Học viện Quân Y, Hà Nội, tr 87-92.
3. Cao Thị Mỹ Thúy (2019), *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn học của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định*, Luận án tiến sĩ, Học viện Quân Y, Hà Nội.
4. Mai Xuân Khôn (2005), *Một số đặc điểm lâm sàng, chức năng hô hấp, nội soi và tế bào dịch rửa phế quản của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
5. Nguyễn Đình Tiến (1999), *Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và chức năng hô hấp trong các đợt bùng phát của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
6. Nguyễn Thị Xuyên (2010), “Nghiên cứu tình hình dịch tễ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam”, *Tạp chí Y học Thực hành*, 704(2), tr. 8-10.
7. GOLD Update 2020, *Global strategy for diagnosis, management, and prevention of BPTNMT*, Available from: [www.goldBPTNMT.org](http://www.goldBPTNMT.org).
8. Regan EA, Murphy JR, et al (2010), “Genetic epidemiology of COPD (COPDGene) study design”, *COPD*, 7, pp. 32–43.
9. Coxson HO, Dirksen A, Edwards L, et al (2013), “The presence and progression of emphysema in COPD as determined by CT scanning and biomarker expression: a prospective analysis from the ECLIPSE study”, *Lancet Respir*, 1, pp.129–136.
10. GOLD 2019, *Global strategy for diagnosis, management, and prevention of BPTNMT*, Available from: [www.goldBPTNMT.org](http://www.goldBPTNMT.org).
11. Cosio B.G, Pascual-Guardia S, et al (2020), “Phenotypic characterisation of early COPD: a prospective case–control study”, *ERJ Open Res*, 6, pp.00047-2020.
12. Miniati M, et al (2008), “Value of chest radiography in phenotyping chronic obstructive pulmonary disease”, *Eur Respir Jour*, 31(3), pp. 509-15.
13. Singh D., Kolsum U., et al (2014), “Eosinophilic inflammation in COPD: prevalence and clinical characteristics”, *Eur Respir J*, 44(6), pp.1697-1700.

(Ngày nhận bài: 22/4 /2021 – Ngày duyệt đăng: 31/7 /2021)