

RISK FACTORS STUDY OF SEVERE ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT BINH DINH TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE HOSPITAL IN 2023

Huynh Dinh Nghia*

Binh Dinh Tuberculosis and Lung Disease Hospital – 07 Ho Duc Di, Quy Nhon city, Binh Dinh, Vietnam

Received: 20/04/2024

Revised: 18/05/2024; Accepted: 13/06/2024

ABSTRACT

Objective: The present study intended to determine the risk factors of severe exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease patients and correlation factors.

Material and Method: A descriptive study was conducted at the Binh Dinh Tuberculosis and Lung disease Hospital from March 2022 to September 2023. The clinical and paraclinical relevant data for acute exacerbation (age, sex, Smoking status, BMI, Disease duration, Acute attack per year, co-morbidity, severity of COPD, COPD medication, annual influenza vaccination, compliance with inhaled drug use, chest radiographic abnormality, white blood cells, Neutrophil/ lymphocyte ratio, C reaction Protein, sputum culture) were compared between severe AECOPD and mild- moderate AECOPD patients by logistic regression analysis.

Results: Out of 140 AECOPD patients, 112 (80%) had severe AECOPD. The eleven risk factors BMI underweight (OR: 3.92 95% CI 1.59 – 9.66); Smoking > 20 packs-year (OR 3.32 95% CI 1.35- 8.45); Disease duration > 5 years (OR 23.56 95% CI 7.75 – 71.6); hypertension (OR 2.75 95% CI 1.04 – 7.31); chronic kidney disease (OR 9.88 95% CI 1.29 – 75.91); improper use of inhaled devices (OR 3.50 95% CI 1.68 – 9.23); Influenza non-vaccination (OR 5.47 95% CI 2.6- 38.4) white blood cells > 10 Giga/L (OR 9.40 95% CI 3.74 – 23.66); Neutrophil/Lymphocyte ratio >4 (OR 2.58 95% CI 1.09 – 6.10); emphysema (OR 4.09 95% CI 1.09- 6.10); sputum culture positive (OR 11.77 95% CI 4.54 – 30.54). There were positive correlation between CRP and white blood cell count, CRP and N/L ratio.

Conclusion: Eleven risk factors of severe AECOPD among patients.

Keywords: Acute Exacerbation, COPD, Risk factor.

* Corresponding author
E-mail: huynhdinhnghia@gmail.com
Phone number: (+84) 905 341 459
<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD5.1245>

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ĐỢT CẤP NẶNG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI BÌNH ĐỊNH NĂM 2023

Huỳnh Đình Nghĩa*

Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Bình Định – 07 Hồ Đắc Di, TP. Quy Nhơn, Bình Định, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/04/2024

Chỉnh sửa ngày: 18/05/2024; Ngày duyệt đăng: 13/06/2024

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm xác định các yếu tố nguy cơ của đợt cấp nặng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các yếu tố tương quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả được thực hiện tại Bệnh viện lao và bệnh phổi Bình Định từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 9 năm 2023. Dữ liệu liên quan về lâm sàng và cận lâm sàng cho đợt cấp (tuổi, giới, tình trạng hút thuốc, BMI, thời gian mắc bệnh, tần số đợt cấp trong năm, bệnh kèm, mức độ nặng BPTNMT, thuốc điều trị BPTNMT, vaccine cúm hàng năm, tuân thủ việc sử dụng thuốc hít, bất thường x-quang phổi, số lượng bạch cầu, tỷ lệ Neutrophil/Lymphocyte, phản ứng C protein, cấy đàm) được so sánh giữa bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nặng và bệnh nhân đợt cấp BPTNMT trung bình- nhẹ bằng phân tích hồi quy logistic.

Kết quả: Trong số 140 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT, 112 (80%) có đợt cấp BPTNMT nặng. Có 11 yếu tố nguy cơ: BMI gây (OR: 3,92 95% CI 1,59 – 9,66), hút thuốc > 20 gói- năm (OR 3,32 95% CI 1,35- 8,45), thời gian mắc bệnh trên 5 năm (OR 23,556 95% CI 7,75 – 71,6), tăng huyết áp (OR 2,75 95% CI 1,04 – 7,31), bệnh thận mạn (OR 9,88 95% CI 1,29 – 75,91), dùng dụng cụ hít không đúng cách (OR 3,50 95% CI 1,68 – 9,23), Không tiêm phòng cúm (OR 5,47 95% CI 2,6- 38,4), số lượng bạch cầu > 10 Giga/L (OR 9,40 95% CI 3,74 – 23,66), tỷ lệ bạch cầu trung tính/bạch cầu lympho > 4 (OR 2,58 95% CI 1,09 – 6,10), khí phế thũng (OR 4,09 95% CI 1,09- 6,10), cấy đàm dương tính (OR 11,77 95% CI 4,54 – 30,54). Có tương quan thuận giữa CRP và số lượng bạch cầu, CRP và tỷ lệ N/L.

Kết luận: Có 11 yếu tố nguy cơ đợt cấp nặng BPTNMT

Từ khóa: BPTNMT, đợt cấp, yếu tố nguy cơ.

* Tác giả liên hệ

E-mail: huynhdingnghia@gmail.com

Điện thoại: (+84) 905 341 459

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD5.1245>



1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) đang là gánh nặng bệnh tật toàn cầu bởi tỉ lệ mắc cũng như tỉ lệ tử vong ngày càng gia tăng, chi phí điều trị cao và hậu quả gây tàn phế của bệnh. Tỉ lệ mắc BPTNMT thay đổi trong khoảng 3-11%, khác nhau tùy theo mỗi nước. Ở Việt Nam (2010), tỉ lệ BPTNMT ở lứa tuổi trên 40 là 4,2% và tỉ lệ mắc bệnh chung cho các lứa tuổi trên 15 là 2,2%. Đợt cấp BPTNMT là tình trạng thay đổi cấp tính các biểu hiện lâm sàng: khó thở tăng, ho tăng, khạc đờm tăng và hoặc thay đổi màu sắc của đờm. Những biến đổi này đòi hỏi phải có thay đổi trong điều trị. Đợt cấp BPTNMT là những biến cố nghiêm trọng trong diễn tiến tự nhiên của bệnh, bệnh nhân BPTNMT với những đợt cấp thường xuyên có sự suy giảm chức năng phổi nhanh hơn, chất lượng cuộc sống thấp hơn, viêm đường hô hấp gia tăng và tăng tỷ lệ tử vong. Mục tiêu của đề tài: Đánh giá các yếu tố nguy cơ đợt cấp nặng BPTNMT và các yếu tố tương quan.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu, địa điểm, thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang bệnh nhân đợt cấp BPTNMT nặng tại Bệnh viện Lao và bệnh phổi Bình Định từ năm 2022-2023.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong vòng 24 giờ nhập viện, có tiền sử chẩn đoán BPTNMT đã xác định bằng hô hấp ký FEV1/FVC < 0,7 trong vòng 6 tháng trước lúc nhập viện. Chẩn đoán BPTNMT theo GOLD 2020: Tuổi ≥ 40 tuổi, Có tiền sử tiếp xúc với yếu tố nguy cơ (hút thuốc, tiếp xúc với khói bụi); Có tiền sử ho, khạc đờm mạn tính 3 tháng trong một năm và trong 2 năm liên tiếp hoặc hơn; Khó thở với đặc điểm dai dẳng, tiến triển liên tục, nặng dần và tăng lên khi tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ, khi hoạt động hoặc có nhiễm trùng hô hấp.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán và không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân không có dữ liệu về đo hô hấp ký trước đó, bệnh nhân HIV, bệnh nhân suy tim sung huyết, bệnh nhân lao phổi.

Phân loại mức độ tắc nghẽn đường dẫn khí theo GOLD 2020:

Giai đoạn GOLD	Giá trị FEV1 sau test hồi phục phế quản
Giai đoạn 1	FEV1 ≥ 80% trị số lý thuyết
Giai đoạn 2	50% ≤ FEV1 < 80% trị số lý thuyết
Giai đoạn 3	30% ≤ FEV1 < 50% trị số lý thuyết
Giai đoạn 4	FEV1 < 30% trị số lý thuyết

Tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính:

Theo GOLD, tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp BPTNMT theo **Anthonisen 1987**

Một đợt cấp BPTNMT cần phải có một trong ba biểu hiện sau đây: gia tăng mủ trong đờm, gia tăng thể tích đờm, khó thở xấu hơn.

- + Típ I (nặng): có tất cả ba triệu chứng.
- + Típ II (trung bình): có hai triệu chứng.
- + Típ III (nhẹ): có một triệu chứng cộng thêm ít nhất một trong những triệu chứng sau đây: nhiễm trùng đường hô hấp trên trong năm ngày qua, sốt không rõ nguyên nhân, gia tăng ran rít, gia tăng ho, hay gia tăng tần số hô hấp, hay tần số tim trên 20% bình thường [1].

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu trong nghiên cứu được áp dụng công thức tính cỡ mẫu

$$n = Z^2 \frac{p \times (1-p)}{e^2}$$

Trong đó n : kích thước mẫu Z= 1,96, p : tỷ lệ đợt cấp nặng dựa vào nghiên cứu trước 10%, e sai số chọn 0,05. Tính được n= 138 chọn 140 bệnh nhân

2.4. Nội dung nghiên cứu, kỹ thuật thu thập số liệu và biến số

Các bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT được tuyển chọn vào nghiên cứu sẽ được làm xét nghiệm công thức máu, nồng độ CRP, xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn, x-quang lồng ngực, CT ngực và dữ liệu hô hấp ký FEV1/FVC < 0,7 trong vòng 6 tháng trước lúc nhập viện, bệnh nhân HIV được loại ra khỏi nghiên cứu, bệnh nhân không thu thập đủ các biến số nghiên cứu bị loại ra khỏi nghiên cứu.

- Thông tin về nhân chủng học: Tuổi, giới, nghề nghiệp
- Tiền sử hút thuốc lá, số lượng gói-năm
- Triệu chứng cơ năng: ho khạc đờm, khó thở, khò khè đau tức ngực
- Triệu chứng toàn thân: sốt, gầy sút cân
- Triệu chứng thực thể: ran ẩm ran nổ, ran rít ran ngáy
- X-quang ngực: căng dẫn phổi, cơ hoành phẳng, bóng khí, khí phế thũng, bóng tim hẹp
- CT ngực: đặc điểm tổn thương khí phế thũng, vị trí tổn thương

2.5. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được ghi nhận và nhập vào hệ thống dữ liệu điện tử bằng phần mềm thông dụng và chuyên biệt Microsoft Office Excel, SPSS phiên bản 20, với cách tiếp cận

thống kê mô tả. Các chỉ số tần số, tỷ lệ được sử dụng cho biến số định tính. Giá trị trung bình và trung vị, độ lệch chuẩn được sử dụng cho các biến định lượng.

OR, hồi quy logistic đơn biến và đa biến (lựa chọn những yếu tố độc lập và phụ thuộc một cách ngẫu nhiên không hiệu chỉnh nhiều và tương tác bằng hệ số R bình phương) được sử dụng để phân tích mối liên quan giữa các yếu tố của người BPTNMT với đợt cấp nặng. Sử dụng kiểm định khi bình phương được áp dụng để đánh giá mối liên quan này, kĩ thuật hồi quy logistic đơn biến và đa biến để đưa ra các yếu tố có liên quan đợt cấp nặng.

Trình bày mối liên quan bằng biểu đồ chấm điểm để định hướng và kiểm định bằng hệ số tương quan Spearman. Đánh giá hệ số tương quan r như sau: Không tương quan khi r từ $\pm 0,01 \rightarrow \pm 0,1$; Tương quan thấp khi r từ $\pm 0,2 \rightarrow \pm 0,3$; Tương quan trung bình khi r từ $\pm 0,4 \rightarrow \pm 0,5$; Tương quan cao khi r từ $\pm 0,6 \rightarrow$

$\pm 0,7$; Tương quan rất cao khi $r > \pm 0,8$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Khoa học và Hội đồng đạo đức Bệnh viện Lao và bệnh phổi Bình Định.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trước khi phân tích tương quan chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu các biến số về tuổi theo lớp 10 năm, biến số về hút thuốc lá, biến số về BMI, thời gian mắc bệnh, bệnh kèm, tiền sử điều trị, tiền sử tiêm phòng cúm và cách dùng dụng cụ hít, các xét nghiệm cận lâm sàng công thức máu, CRP, x-quang ngực, CT ngực ở nhóm đợt cấp nặng và đợt cấp trung bình nhẹ ở bệnh nhân BPTNMT theo Anthonisen, giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

3.1. Các yếu tố nguy cơ đợt cấp nặng BPTNMT

Bảng 3.1. Yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ đợt cấp nặng BPTNMT	OR	95% CI	p
≥ 60 tuổi	3,24	0,68 – 15,40	0,143
Hút thuốc lá > 20 gói- năm	3,32	1,35- 8,45	0,04
BMI Gậy	3,92	1,59 – 9,66	0,003
Thời gian mắc bệnh > 5 năm	23,56	7,75 – 71,6	0,000
Tăng huyết áp	2,75	1,04 – 7,31	0,042
Bệnh thận mạn	9,88	1,29 – 75,91	0,028
Điều trị SABA đơn	1,28	0,56 – 2,95	0,554
Dùng dụng cụ hít không đúng cách	3,50	1,68 – 9,23	0,043
Bạch cầu > 10 G/L	9,40	3,74 – 23,66	0,001
N/L > 4	2,58	1,09 – 6,10	0,031
Khí phế thũng	4,09	1,25- 13,36	0,020
Cấy đàm +	11,77	4,54 – 30,54	0,001
Không tiêm phòng cúm	5,47	2,6- 38,4	0,001

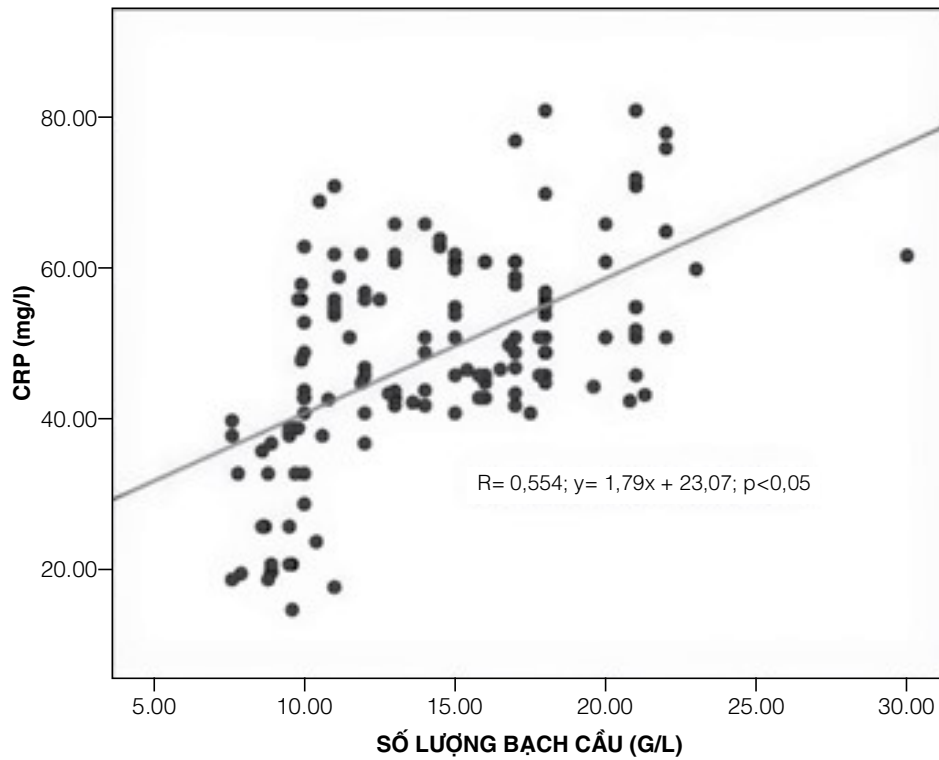
Nhận xét: Tuổi ≥ 60 tuổi (OR 3,24; 95% CI 0,68- 15,40); Hút thuốc > 20 gói- năm (OR 3,32; 95% CI 1,35- 8,45); BMI gậy (OR = 3,92; 95% CI 1,59 – 9,66); Thời gian mắc bệnh > 5 năm (OR = 23,56; 95% CI 7,75 – 71,6); Tăng huyết áp (OR = 2,75 95% CI 1,04 – 7,31); Bệnh thận mạn (OR = 9,88; 95% CI 1,29 – 75,91); Điều trị SABA đơn (OR 1,28; 95% CI 0,56 – 2,95); Dùng dụng cụ hít không đúng cách (OR 3,50; 95% CI 1,68 – 9,23);

Bạch cầu > 10 G/L (OR 9,40; 95% CI 3,74 – 23,66); N/L > 4 OR 2,58; 95% CI 1,09 – 6,10); Khí phế thũng (OR 4,09; 95% CI 1,25- 13,36); Cấy đàm dương (OR= 11,77; 95% CI 4,54 – 30,54); Không tiêm phòng cúm (OR 5,47; 95% CI 2,6- 38,4).

3.2. Các yếu tố tương quan

3.2.1. Tương quan giữa CRP với số lượng bạch cầu

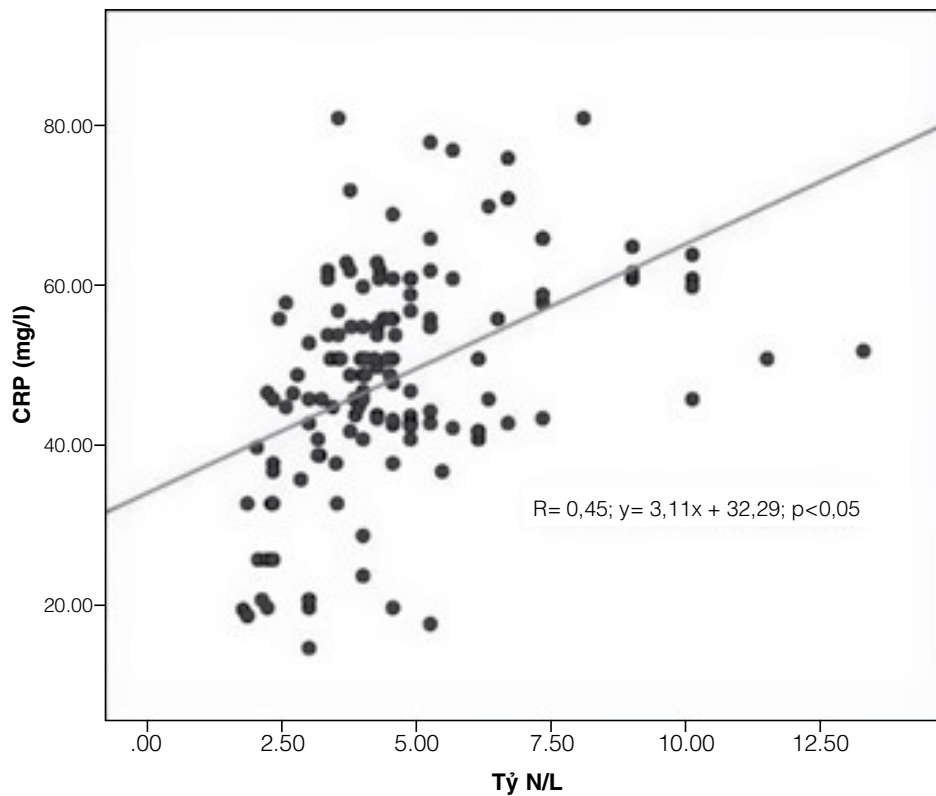
Biểu đồ 3.1. Tương quan giữa CRP với số lượng bạch cầu



Nhận xét: Có tương quan thuận giữa CRP và SLBC phương trình $y= 1,79x + 23,07$.

3.2.2. Tương quan giữa tỷ N/L với CRP

Biểu đồ 3.2. Tương quan giữa tỷ N/L với CRP



Nhận xét: Có tương quan thuận giữa CRP và tỷ N/L , phương trình $y = 3,11x + 32,29$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Yếu tố nguy cơ đợt cấp nặng BPTNMT

Bảng 3.1: Trong nghiên cứu này của chúng tôi tuổi ≥ 60 tuổi (OR 3,24 95% CI 0,68-15,40 $p > 0,05$). Nghiên cứu này cũng tương đương với Nghiên cứu Jiang và nghiên cứu Piquet [2],[6]. BPTNMT có đặc điểm là bệnh tiến triển từ từ và liên quan đến tình trạng viêm mạn tính ở phế quản và phổi. Quá trình viêm này được bắt đầu ngay sau khi tiếp xúc với yếu tố nguy cơ gây bệnh, tiến triển kéo dài trong nhiều năm cho đến khi xuất hiện tắc nghẽn đường thở và rối loạn này thường gặp ở đối tượng trên 40 tuổi, thậm chí quá trình viêm này vẫn còn tiếp tục sau khi bệnh nhân không còn tiếp xúc với yếu tố nguy cơ do đó tuổi càng cao thì nguy cơ mắc BPTNMT càng tăng. Các nghiên cứu về BPTNMT của các tác giả trên cho dù tuổi trung bình không giống nhau nhưng từ những kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy đặc điểm về tuổi phù hợp với các y văn cho rằng lứa tuổi mắc BPTNMT xảy ra ở người trên 40 tuổi và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chiếm tỷ lệ cao ở người cao tuổi [1]. Hút thuốc lá trong nghiên cứu này > 20 gói-năm (OR 3,32; 95% CI 1,35- 8,45; $p < 0,05$.) Hút thuốc là yếu tố thúc đẩy sự phá hủy nhu mô phổi và kết quả là làm khởi phát BPTNMT sớm hơn. Những người hút thuốc thường tiết nhiều đờm hơn những người không hút thuốc mà khả năng đưa đờm ra khỏi đường hô hấp lại kém hơn. Điều này là do hệ thống lông chuyển ở người hút thuốc bị liệt thậm chí bị phá hủy. Khói thuốc cũng làm thay đổi cấu trúc các tuyến tiết nhầy và do vậy thành phần của chất nhầy cũng bị thay đổi. Hậu quả cuối cùng là chất nhầy ở những người hút thuốc bị nhiễm nhiều các chất độc hại và bị giữ lại nhiều trong tổ chức phổi cản trở sự lưu thông trao đổi khí[1]. Trong nghiên cứu này của chúng tôi BMI gây OR = 3,24; $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu Jiang và nghiên cứu Pothirat [2],[3]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng ở bệnh nhân BPTNMT thường xuất hiện tình trạng rối loạn dinh dưỡng. Rối loạn dinh dưỡng ở bệnh nhân BPTNMT đã được ghi nhận bao gồm: thay đổi lượng calo trong khẩu phần thức ăn hàng ngày, thay đổi chuyển hóa cơ bản, xuất hiện tình trạng chuyển hóa không hoàn toàn, chuyển hóa trung gian, giảm trọng lượng của bệnh nhân. Tần suất rối loạn dinh dưỡng và sút cân ở bệnh nhân BPTNMT phụ thuộc vào mức độ nặng, tình trạng suy hô hấp mạn tính và giai đoạn của bệnh. BMI thấp dẫn đến giảm khả năng gắng sức của bệnh nhân tỷ lệ FEV1/FVC giảm điều này làm gia tăng BPTNMT vấn đề này đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu trước đây. Thời gian mắc bệnh trong nghiên cứu này của chúng tôi > 5 năm OR = 23,556; $p < 0,05$. Trong nghiên cứu Jiang thời gian mắc bệnh > 5 năm cũng cho thấy gặp ở bệnh nhân có đợt cấp nặng[2]. Nghiên cứu Pothirat thời gian chẩn đoán đợt cấp nặng trung bình $7,3 \pm 6,0$ năm và $7,4 \pm 5,7$. Bệnh kèm tăng huyết áp trong nghiên cứu này OR = 2,75; $p < 0,05$,

bệnh thận mạn OR = 9,88; $p < 0,05$. Bệnh kèm nghiên cứu Pothirat đái tháo đường 5,9% ở nhóm nặng, tăng huyết áp 64,7% ở nhóm nặng, tăng lipid máu 29,4% ở nhóm nặng, bệnh thận mạn 5,9% ở nhóm nặng và 6,7% ở nhóm trung bình nhẹ, bệnh động mạch vành 23,5% ở nhóm nặng [3]. Nghiên cứu Mohapatra cũng cho thấy các bệnh kèm trong đợt cấp nặng đái tháo đường và tiền sử lao, tăng huyết áp, đái tháo đường và tăng huyết áp, trầm cảm tăng áp động mạch phổi nặng, đái tháo đường, tăng huyết áp và bệnh động mạch vành gặp ở đợt cấp nặng nhiều hơn[4]. Ngày nay có nhiều bằng chứng cho thấy BPTNMT là một bệnh lý rất phức tạp có kèm theo các bệnh phối hợp đồng mắc chứ không đơn thuần là tắc nghẽn đường dẫn khí. Phát hiện này đóng vai trò rất quan trọng giúp cho các bác sĩ lâm sàng quan tâm đúng mức đến những bệnh phối hợp đồng mắc, có cách tiếp cận toàn diện đối với BPTNMT chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời các bệnh phối hợp đồng mắc với BPTNMT sẽ phòng ngừa được biến chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống giảm tỷ lệ tàn phế và tử vong do BPTNMT nặng. Bạch cầu > 10 G/L trong nghiên cứu này OR = 9,40 $p < 0,05$; N/L > 4 OR=2,58 $p < 0,05$, khí phế thũng OR = 4,09, cấy đàm dương OR= 11,77 $p < 0,05$. Nghiên cứu của Teng có tỷ lệ N/L nhập viện trong đợt cấp nặng cũng cao hơn[11]; nghiên cứu của Pascual cho thấy có liên quan giữa tỷ số N/L với thang điểm khó thở mMRC[12].

4.2. Các yếu tố tương quan

Biểu đồ 3.1. Tương quan giữa CRP và số lượng bạch cầu có tương quan thuận giữa CRP và SLBC phương trình $y = 1,79x + 23,07$. Nghiên cứu của MiLiacic (2016) cũng cho thấy nồng độ CRP tương quan thuận với số lượng bạch cầu[10]; nghiên cứu của tác giả Brican cho thấy nồng độ CRP có mối tương quan thuận với số lượng bạch cầu[8]; nghiên cứu của Gallego cũng cho thấy CRP tương quan thuận với số lượng bạch cầu[7].

Biểu đồ 3.2. Tương quan giữa tỷ N/L với CRP Có tương quan thuận giữa CRP và tỷ N/L, phương trình $y = 3,11x + 32,29$ nghiên cứu Sakurai cũng tương tự tỷ N/L liên quan thuận với CRP và liên quan nghịch với FEV1 và BMI [16], nghiên cứu Dwedar tỷ N/L liên quan thuận với CRP và ngày nằm viện[15].

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 140 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Bình Định nhóm nghiên cứu chúng tôi rút ra một số kết luận: các yếu tố nguy cơ đợt cấp nặng BPTNMT: Hút thuốc > 20 gói- năm (OR 3,32 95% CI 1,35- 8,45); BMI gây (OR 3,92 95% CI 1,59 – 9,66); Thời gian mắc bệnh > 5 năm (OR 23,56 95% CI 7,75 – 71,6); Tăng huyết áp (OR 2,75 95% CI 1,04 - 7,31); Bệnh thận mạn (OR 9,88 95% CI 1,29 – 75,91); Dùng dụng cụ hít không đúng cách (OR 3,50 95% CI 1,68 – 9,23); Không tiêm phòng cúm (OR 5,47

95% CI 2,6- 38,4). Cận lâm sàng: Bạch cầu >10 G/L (OR 9,40 , 95% CI 3,74 – 23,66); N/L > 4 (OR 2,58 95% CI 1,09 – 6,10); Khí phế thũng (OR 4,09; 95% CI 1,25- 13,36); Cấy đàm dương (OR 11,77 95% CI 4,54 – 30,54). Tương quan thuận giữa CRP với số lượng bạch cầu và tương quan thuận giữa CRP và tỷ N/L.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD 2020).
- [2] Jiang J, Zhao J et al., Risk factors associated with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A retrospective analysis in 4624 patients, Biomedical Research, 2017, 28 (9): 3855-3859.
- [3] Chaicharn P, Thatawan P, Chalerm L et al., Risk Factors of Severe Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Among Patients Regularly Managed by Pulmonologists, J Med Assoc Thai; 2017, 100 (2): 142-148.
- [4] Mohapatra PR, Janmeja AK, Factors Associated with Hospital Admission in Patients with Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, The Indian Journal of Chest Diseases & Allied Sciences, 2010, Vol 52, 203-206.
- [5] Songsong Y, Qiuhong F, Yinjuan L, Independent factors associated with pneumonia among hospitalized patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease, Medicine, 2018, 1-6.
- [6] Jacques P, Jean-Michel C, Philippe D et al., High-risk patients following hospitalisation for an acute exacerbation of COPD, Eur Respir J, 2013, 42: 946–955
- [7] Miguel G, Xavier P, Silvia C et al, C-reactive protein in outpatients with acute exacerbation of COPD: its relationship with microbial etiology and severity, International Journal of COPD: 11, 2016.
- [8] Ahmet B, Munire G, Ozkan K et al., C-Reactive Protein Levels in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Role of Infection, Med Princ Pract, 2008; 17:202–208.
- [9] Yanyan L, Linlin X, Shuzhen X et al., Values of procalcitonin and C-reactive proteins in the diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease having concomitant bacterial infection, Pak J Med Sci, 2017, Vol. 33 No 3.
- [10] MiLacic N et al., Correlation of c-reactive protein and copd severity, Acta Clin Croat, Vol. 55, No.1, 2016.