

NGHIÊN CỨU DỊCH TỄ HỌC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TRONG DÂN CƯ HUYỆN LẠNG GIANG TỈNH BẮC GIANG

PHAN THU PHƯƠNG,
NGÔ QUÝ CHÂU, DƯƠNG ĐÌNH THIÊN

TÓM TẮT

Mục tiêu:

1. Nghiên cứu tỉ lệ mắc của BPTNMT ở người trên 40 tuổi tại huyện Lạng Giang

2. Đánh giá vai trò của một số yếu tố nguy cơ tới sự xuất hiện và phát triển BPTNMT ở người trên 40 tuổi tại huyện Lạng Giang, tỉnh Bắc Giang. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 1012 người \geq 40 tuổi thuộc 05 xã thuộc huyện Lạng Giang tỉnh Bắc Giang. Các triệu chứng hô hấp, tiền sử bệnh và các yếu tố nguy cơ được phỏng vấn bằng bảng câu hỏi phỏng vấn chuẩn hoá, tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu được khám lâm sàng và đo chức năng hô hấp. Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả: Tỉ lệ mắc BPTNMT chung cho cả hai giới là 3,85% trong đó tỉ lệ mắc BPTNMT ở nam là 6,92% và ở nữ là 1,42%. Tỉ lệ mắc VPQMT đơn thuần là 10,5%. Các yếu tố nguy cơ mắc BPTNMT: hút thuốc \geq 15 bao / năm, tuổi \geq 60 và Hen phế quản có liên quan đến BPTNMT.

Từ khoá: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

SUMMARY

Study the epidemiology of chronic obstructive pulmonary diseases in lang giang district, bac giang province

Objectives: to study the epidemiology of chronic obstructive pulmonary diseases and to determine risk factor for the prevalence of COPD. Patients and methods: 1012 adult (with the age \geq 40 year old) residents of 5 communes of Lang Giang dictricts, Bac Giang Province. It was a cross – sectional survey. Results and Conclusions: the prevalence of COPD was 3.85% in all subjects, 6.92% in male and 1.42 in females; the prevalence of simple chronic bronchitic was 10.5%. Smoking over 15 pack/year, age over 60, history of asthma factors were risk factors associated with COPD.

Keywords: COPD, the epidemiology of COPD.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là danh từ dùng để chỉ một nhóm bệnh lý đường hô hấp có đặc tính chung là sự tắc nghẽn đường thở không hồi phục hoàn toàn, đây là một nhóm bệnh hô hấp thường gặp trên thế giới cũng như ở nước ta. Với tính chất phổ biến, tiến triển kéo dài, chi phí điều trị cao và hậu quả gây tàn phế, BPTNMT đã thực sự trở thành vấn nạn về sức khỏe cho toàn nhân loại [4].

Dự đoán trong thập kỷ này số người mắc bệnh sẽ tăng lên gấp 3 - 4 lần và đến năm 2020 bệnh sẽ đứng hàng thứ 5 trong gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Ngoài ra, đây cũng là căn bệnh gây nhiều tổn kém về chi phí y tế cũng như tổn thất về sức lao động của xã hội.

Ở Anh, có khoảng 4% nam và 3% nữ (lứa tuổi >45) mắc bệnh này, tổng chi phí cho điều trị BPTNMT là 818 triệu bảng/năm, mỗi năm có trên 15.000 người chết do BPTNMT [3].

Theo Ran PX và cộng sự (2005), tỷ lệ mắc BPTNMT ở Trung Quốc là 8,2%, tỷ lệ mắc bệnh ở nam: 12,4% và tỷ lệ mắc bệnh ở nữ: 5,1% [6].

Theo Sobradillo V và cộng sự (2000) nhận thấy tỷ lệ mắc BPTNMT là 9,1%, tuy nhiên tỷ lệ mắc BPTNMT với những người hút thuốc lá là 15%, với những người hút thuốc thụ động là 12,8% và với người hoàn toàn không hút thuốc lá là 4,1% [7].

Ở Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu tỉ lệ mắc BPTNMT và các yếu tố nguy cơ ở một số địa phương, các nghiên cứu này chủ yếu được thực hiện tại khu vực dân cư thành phố [1,2,3,4]. Các nghiên cứu dịch tễ về BPTNMT trên địa bàn khu vực dân cư ngoại thành còn ít. Do vậy để góp phần đánh giá được một cách tổng thể mức độ lưu hành BPTNMT ở Việt Nam chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư huyện Lạng Giang tỉnh Bắc Giang" nhằm mục đích:

Nghiên cứu tỉ lệ mắc của BPTNMT ở người trên 40 tuổi tại huyện Lạng Giang.

Đánh giá vai trò của một số yếu tố nguy cơ tới sự xuất hiện và phát triển BPTNMT ở người trên 40 tuổi tại huyện Lạng Giang, tỉnh Bắc Giang.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Người lớn ≥ 40 tuổi đang sinh sống tại huyện Lạng Giang tỉnh Bắc Giang được điều tra, khám lâm sàng và đo chức năng thông khí. Từ đó tìm được các đối tượng mắc BPTNMT, nghiên cứu về tỉ lệ mắc của BPTNMT và vai trò của các yếu tố nguy cơ.

2. Phương pháp nghiên cứu.

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Cỡ mẫu

* Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang [7]

$$N = Z^2_{(1-\alpha/2)} \left[\frac{p_1 q_1}{d_1} + \frac{p_2 q_2}{d_2} \right]$$

$p_1 = p_2 = 0.05$ (p là tỷ lệ mắc BPTNMT ước đoán trong cộng đồng dựa theo ước tính của các nghiên cứu khu vực châu Á Thái Bình Dương và kết quả điều tra tại thành phố Hà Nội).

$Z^2_{1-\alpha/2}$: Là hệ số tin cậy.

d = Mức độ tin cậy chọn.

* Với mức độ tin cậy chọn $d = 1\%$ chúng tôi có số đối tượng cần cho nghiên cứu là 912 người. Dự phòng tỉ lệ từ chối không tham gia nghiên cứu là 10%: $n = 912 \times 10\% \approx 1010$ người.

2.3. Chọn mẫu

Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều bậc để chọn 1010 đối tượng ≥ 40 tuổi để tiến hành nghiên cứu.

Bậc 1: Chọn 05 xã của huyện Lạng Giang cho nghiên cứu theo phương pháp sau:

Lập danh sách các xã, thị trấn thuộc huyện Lạng Giang.

Tham khảo các số liệu về dân số của các xã và các thị trấn thuộc huyện Lạng Giang từ kết quả điều tra về dân số năm 1999 của uỷ ban dân số gia đình và trẻ em của tỉnh Bắc Giang.

Tính số dân cộng dồn của mỗi Lạng Giang (tổng số dân tích lũy): 191562

$$\text{Tính } k = \frac{\text{Tổng số dân tích lũy}}{\text{Số xã cần nghiên cứu}} = \frac{191562}{5} = 38312$$

Chọn số ngẫu nhiên (tra bảng số ngẫu nhiên), chúng tôi chọn một số ngẫu nhiên là 25000 (<49253).

Đối chiếu trên bảng cộng dồn dân số của Huyện Lạng Giang, số ngẫu nhiên đã chọn ứng với số là dân số cộng dồn của xã Quang Thịnh, vậy xã Quang Thịnh là xã đầu tiên được chọn.

Xã thứ 2: 28007 + 38312 = 66319, chúng tôi chọn xã Tiên Lục.

Xã thứ 3: 66319 + 38312 = 104631, chúng tôi chọn xã Hương Lạc.

Xã thứ 4: 104631 + 38312 = 142943, chúng tôi chọn xã Phi Mô.

Xã thứ 5: 142943 + 38312 = 181255, chúng tôi chọn xã Đại Lâm.

Bậc 2: Tại mỗi xã chúng tôi chọn 205 người ≥ 40 tuổi theo kỹ thuật chọn ngẫu nhiên hệ thống, dựa trên danh sách của uỷ ban nhân dân xã cung cấp.

2.4. Các bước tiến hành

Thiết kế bộ câu hỏi.

Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu.

Khám lâm sàng.

Đo thông khí phổi với máy.

2.5. Phương pháp đánh giá kết quả và xử lý số liệu

Bệnh nhân có rối loạn thông khí tắc nghẽn:

Chỉ số Tiffeneau (FEV_1/VC) < 70%.

và/hoặc chỉ số Gaensler (FEV_1/FVC) < 70%.

Chẩn đoán xác định BPTNMT

Chỉ số Tiffeneau (FEV_1/VC) < 70% và/hoặc Gaensler (FEV_1/FVC) < 70%.

Sau test HPPQ, các chỉ số này (Tiffeneau và/hoặc Gaensler) vẫn < 70%.

3. Các phương pháp phân tích số liệu sẽ sử dụng

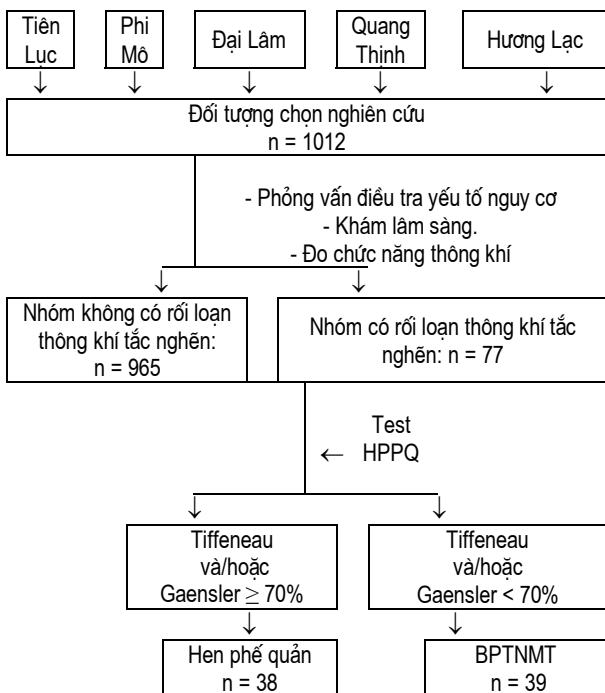
Phần mềm xử lý số liệu STATA.

Các thuật toán sử dụng trong nghiên cứu: phân tích đơn biến, phân tích bảng chéo, sử dụng phân tích hồi quy logistic để xác định tương quan đa biến giữa các yếu tố nguy cơ và tỷ lệ mắc BPTNMT.

Nghiên cứu này sử dụng mức ý nghĩa thống kê 0,05.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tỷ lệ mắc BPTNMT.



Hình 1: Sơ đồ phân bố các đối tượng tham gia nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành phỏng vấn 1012 đối tượng ≥ 40 tuổi sinh sống tại 05 xã thuộc huyện Lạng Giang, tỉnh Bắc Giang. Đối tượng được phân bố như sau: đối tượng nam giới 448 (44,27%) và 564 nữ (55,73%). Các đối tượng có độ tuổi 40 – 49 chiếm tỷ lệ cao nhất (47%).

Phân bố đối tượng mắc BPTNMT: sau khi khám và thăm dò chức năng hô hấp cho các đối tượng nghiên cứu, chúng tôi xác định được 39 (3,85%) đối tượng có rối loạn thông khí tắc nghẽn với test hồi phục phế quản âm tính. Trong đó tỷ lệ mắc ở nam giới là 6,92% và ở nữ là 1,42%. Độ tuổi trung bình của nhóm mắc bệnh là 61,9 (95CI = [58,2 - 65,6]). Nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 70 – 79, chiếm tỷ lệ cao nhất 51,28%, tuổi thấp nhất là 40 và cao nhất là 79.

Trong số 39 đối tượng mắc BPTNMT, đối tượng ở giai đoạn 1 có 2 (5%), đối tượng ở giai đoạn 2 có 18 (46%), đối tượng ở giai đoạn 3 có 16 (41%), đối tượng giai đoạn 4 có 3 (8%).

Bên cạnh đó chúng tôi cũng phát hiện được 106 đối tượng có triệu chứng ho, khạc đờm mạn tính, chức năng hô hấp bình thường (mắc bệnh VPQMT đơn thuần), tỷ lệ mắc VPQMT đơn thuần trong nghiên cứu sẽ là 106/1012 = 10,5%.

2. Kết quả nghiên cứu về ảnh hưởng của một số yếu tố nguy cơ.

2.1. Tình hình phơi nhiễm với một số yếu tố nguy cơ trên các đối tượng được điều tra

Dựa vào kết quả trả lời đầy đủ và chi tiết các câu hỏi của 1012 phiếu điều tra cá nhân, chúng tôi chọn ra những đối tượng có các yếu tố nguy cơ mắc BPTNMT sau:

Có các triệu chứng lâm sàng (TCLS): ho, khạc đờm, khó thở trên 2 năm.

Được chẩn đoán là hen hoặc tiền sử bị hen phế quản (HPQ).

Có tiền sử hút thuốc lá - thuốc lào (HTL) > 15 bao - năm.

Có tiền sử tiếp xúc trực tiếp với khói bếp củi, bếp than (ĐB) > 30 năm.

Tiền sử nghề nghiệp: công nhân mỏ, công nhân hoá chất, công nhân dệt...(Tiếp xúc bụi: TXB) > 30 năm.

2.2. Ảnh hưởng của một số yếu tố nguy cơ trên nhóm mắc BPTNMT

Bảng 1. Liên quan giữa khói thuốc (>15 bao/năm) với tỷ lệ mắc BPTNMT trong mẫu nghiên cứu

Khu vực	Nhóm mắc BPTNMT	Nhóm BT	OR	95%CI
Chung	Hút thuốc	18	4.3	[2.9-10.7]
	Không	21		

Nhận xét: Những đối tượng hút thuốc có nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 4.3 lần (95%CI = [2,9 – 10,7]) những đối tượng không hút thuốc.

Bảng 2. Liên quan giữa tiếp xúc bụi (Phơi nhiễm nghề nghiệp) với tỷ lệ mắc BPTNMT trong mẫu nghiên cứu

Khu vực	Nhóm mắc BPTNMT	Nhóm BT	OR	95%CI
Chung	Tiếp xúc	5	1.8	[0.4-12.4]
	Không	38		

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự liên quan giữa tiếp xúc với bụi với tỷ lệ mắc BPTNMT.

Bảng 3. Liên quan giữa tiếp xúc khói bếp ≥ 30 năm với tỷ lệ mắc BPTNMT trong mẫu nghiên cứu

Khu vực	Nhóm mắc BPTNMT	Nhóm BT	OR	95%CI
Chung	Tiếp xúc	34	3,2	[2,4-20,8]
	Không	5		

Nhận xét: Nguy cơ mắc BPTNMT trên các đối tượng có tiếp xúc với khói bếp thường xuyên ≥ 30 năm cao gấp 3,2 lần so với đối tượng không tiếp xúc (95%CI = [2,4 – 20,8]).

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic mô tả liên quan BPTNMT và các yếu tố nguy cơ:

Mắc BPTNMT (0 = không; 1 = có)		OR	p
Thuốc lá	Không hút (reference)	1	
	Hút < 15 bao - năm	3.9	0.014
	Hút 15 - < 30 bao - năm	5.3	0.002
	> 30 bao - năm	5.6	0.002
Tuổi	30 - 59 tuổi (reference)	1	
	60 - 69 tuổi	8.5	0.000
	≥ 70 tuổi	7.1	0.002
Tiền sử hen phế quản (0 = không; 1 = có)		5.8	0.000
Triệu chứng lâm sàng (0 = không; 1 = có)		3.1	0.001
Tiếp xúc khói bếp ≥ 30 năm (0: < 30 năm; 1 ≥ 30 năm)		1.4	0.569
Tiếp xúc bụi ≥ 30 năm (0: < 30 năm; 1 ≥ 30 năm)		0.8	0.890
Nam giới (0 = nữ; 1 = nam)		0.7	0.665
R ²		0.42	

Nhận xét: Qua phân tích hồi quy Logistic về mối liên quan giữa các yếu tố: tuổi, giới, hút thuốc lá ≥ 15 bao năm, tiếp xúc khói bếp ≥ 30 năm, tiền sử Hen phế quản, triệu chứng lâm sàng ho, khạc đờm, khó thở kéo dài trên 3 tháng mỗi năm và trong ít nhất 02 năm liên tiếp nhận thấy có các biến có liên quan có ý nghĩa thống kê với tỉ lệ mắc BPTNMT như sau:

Tuổi ≥ 60 tuổi có nguy cơ bị mắc BPTNMT gấp 8,5 lần so với các đối tượng ≤ 60 tuổi.

Hút thuốc lá, thuốc lào ≥ 15 bao năm: Những đối tượng này có nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 4,3 lần

Tiền sử hen phế quản có nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 3 lần so với các đối tượng không có tiền sử Hen phế quản

Triệu chứng lâm sàng: Những đối tượng có triệu chứng lâm sàng có nguy cơ mắc BPTNMT gấp 3,1 lần.

Những yếu khác như tiếp xúc khói bếp ≥ 30 năm, giới tính không có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê với tỉ lệ mắc BPTNMT.

BÀN LUẬN

1. Tỉ lệ mắc bệnh.

Với tiêu chuẩn sàng lọc xác định BPTNMT có chỉ số FEV1/Vc và/hoặc FEV1/FVC < 70% và test HPPQ âm tính trong kết quả đo chức năng hô Hấp, trong số 1012 đối tượng tham gia nghiên cứu, chúng tôi đã phát hiện được 39 trường hợp mắc BPTNMT chiếm tỉ lệ 3,85% trong đó tỉ lệ mắc ở nam là 6,92% và ở nữ là 1,42%.

Khi so sánh kết quả của chúng tôi với các nghiên cứu đã làm trước đây ở trong nước. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ mắc BPTNMT cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Quý Châu và CS (2005), nghiên cứu trên 2583 đối tượng trong cộng đồng dân cư tại thành phố Hà Nội nhận thấy tỉ lệ mắc chung cho cả hai giới là 2,0%, trong đó nam là 3,4% và nữ là 0,7% [2]. Nghiên cứu của Lê Văn Anh (2006) nghiên cứu dịch tễ học BPTNMT trong cộng đồng dân cư tại thành phố Bắc Giang có tỉ lệ mắc chung cho cả hai giới là 2,3 % trong đó nam là 3% và nữ là 1,7% [1].

Tuy nhiên sự lựa chọn đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu của chúng tôi có khác so với các nghiên cứu trên. Vì vậy cần phải nghiên cứu trên phạm vi rộng hơn thì mới đánh giá được chính xác sự khác biệt này.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu ở nước ngoài. Tzanakis N. (2004) nghiên cứu trên 888 đối tượng ≥ 35 tuổi nhận thấy tỉ lệ lưu hành của BPTNMT ở Hy Lạp là 8,4%, tỉ lệ mắc bệnh với nam là 11,6% và với nữ là 4,8% [9].

Nghiên cứu dịch tễ học ở Trung Quốc và Hồng Kông cho thấy tỉ lệ mắc BPTNMT ở những đối tượng hút thuốc lá ở Trung Quốc là 14% và ở Hồng Kông là 17% [10]. Sở dĩ có sự khác biệt này có lẽ do các nghiên cứu không thống nhất trong tiêu chuẩn xác định bệnh.

2. Tác động của các yếu tố nguy cơ

Đã có rất nhiều nghiên cứu về sinh bệnh học và các nghiên cứu điều tra trong cộng đồng cho thấy thuốc lá là nguyên nhân hàng đầu gây BPTNMT, ngoài ra các yếu tố khác như sự tiếp xúc thường xuyên với khói bếp rơm, bếp than, bếp củi, tiếp xúc bụi cũng là một trong những yếu tố nguy cơ gây BPTNMT.

Yếu tố thuốc lá

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 330/1012 (33,1%) các đối tượng có hút thuốc, trong đó hút ≥ 15 bao năm có 160 đối tượng (15,8%). Những đối tượng hút thuốc lá, thuốc lào có nguy cơ mắc BPTNMT gấp 4,3 lần so với đối tượng không hút thuốc.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả như: Ngô Quý Châu và CS (2006), những đối tượng hút thuốc có nguy cơ mắc BPTNMT gấp 3,6 lần (95%CI = [2,7 – 4,8]) [3].

Theo Silva G.E và CS (2004), những đối tượng hiện có hút thuốc có nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 2,9 lần (95%CI = [1,7 – 4,9]) [8].

Yếu tố đun bếp

Khi nghiên cứu ảnh hưởng của khói bếp đến nhóm mắc BPTNMT, chúng tôi chọn những đối tượng có tiếp xúc với khói bếp ≥ 30 năm là những đối tượng có yếu tố nguy cơ mắc BPTNMT. Chúng tôi nhận thấy ở những đối tượng này có tỉ lệ mắc BPTNMT cao hơn nhóm không có yếu tố nguy cơ gấp 3,2 lần (9,5% CI = [2,4 – 20,8]). Tuy nhiên khi chúng tôi tiến hành phân tích dựa vào mô hình Logistic các yếu tố gây nhiễu như hút thuốc lá, tuổi, giới, tiền sử bệnh được khống chế ngang nhau thì không thấy có sự liên quan giữa tiếp xúc khói bếp ≥ 30 năm với tỉ lệ mắc của bệnh (OR = 1,4; p = 0,569).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như ở một số nghiên cứu khác như Lê Văn Anh (2006) [1] và Ngô Quý Châu (2006) [3] cho thấy không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữ sự tiếp xúc với khói bếp ≥ 20 năm với tỉ lệ mắc BPTNMT.

Matheson M.C. và CS (2005) nghiên cứu trên 1232 đối tượng cũng không thấy có sự liên quan giữa tiếp xúc với khói bếp với tỉ lệ mắc BPTNMT với OR = 1,63 (95% CI = [0,83 – 3,22]) [5].

Yếu tố tiếp xúc với bụi (phơi nhiễm nghề nghiệp)

Cũng như với cách phân tích về mối liên quan giữa hút thuốc lá và tiếp xúc với khói bếp đến BPTNMT. Chúng tôi không thấy có sự liên quan có ý nghĩa giữa tiếp xúc với bụi (phơi nhiễm nghề nghiệp) với tỉ lệ mắc BPTNMT. Nhận xét này của chúng tôi cũng phù hợp tác giả Lê Văn Anh (2006) [1].

3. Một số kết quả trên nhóm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Tuổi và giới:

Nghiên cứu của chúng tôi xác định được 39 đối tượng mắc BPTNMT, tuổi trung bình là 61,9 (95% CI = [58,2 – 65,6]), tuổi thấp nhất là 40 và tuổi cao nhất là 79. Trong số 39 đối tượng mắc BPTNMT chỉ có 8 đối tượng là nữ chiếm tỉ lệ 20,51% số còn lại là nam giới chiếm tỉ lệ 79,49 %. Cũng như nhiều nghiên cứu khác ở Việt Nam và trên thế giới, các nghiên cứu ở cộng đồng cũng như trong bệnh viện đều cho thấy tỉ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn ở nữ [1, 2, 3].

Giai đoạn bệnh

Theo tiêu chuẩn của GOLD 2006 trong 39 đối tượng mắc BPTNMT, đối tượng ở giai đoạn 1 có 2 (5%), đối tượng ở giai đoạn 2 có 18 (46%), đối tượng ở giai đoạn 3 có 16 (41%), đối tượng giai đoạn 4 có 3 (8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phát hiện được nhiều BPTNMT ở giai đoạn bệnh 2 và giai đoạn 3.

Kết quả NC của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Văn Anh và CS (2006) đối tượng giai đoạn II chiếm 55,9% và giai đoạn III chiếm 32,8% [1].

KẾT LUẬN

Căn cứ vào kết quả nghiên cứu dịch tễ học BPTNMT trong cộng đồng dân cư huyện Lạng Giang chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Tỉ lệ mắc BPTNMT chung cho cả hai giới là 3,85%.

Tỉ lệ mắc BPTNMT ở nam là 6,92% và ở nữ là 1,42%.

Tỉ lệ mắc VPQMT đơn thuần 10,5%.

Các yếu tố nguy cơ mắc BPTNMT: hút thuốc ≥ 15 bao/năm, tuổi ≥ 60 và Hen phế quản có liên quan đến BPTNMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Anh (2006), " Nghiên cứu dịch tễ, lâm sàng, thông khí phổi của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại thành phố Bắc Giang". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II.

2. Ngô Quý Châu và cộng sự (2005), "Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở thành phố Hà Nội". Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ Y tế.

3. Ngô Quý Châu và cộng sự (2006), "Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở một số tỉnh, thành phố khu vực phía bắc Việt Nam ". Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ Y tế.

4. NHLBI / WHO (2003), "Global strategy for diagnosis management and prevention of copd" NHLBI/WHO workshop report.

5. Matheson M.C, Benke G, Raven J, Sim M.R, Kromhout H, Vermeulen R, Johns D.P, Walters E.H, Abramson M.J. (2005). "Biological dust exposure in the workplace is a risk factor for chronic obstructive pulmonary disease". Thorax, 60 (8): 645-51.

6. Ran PX, Liu SM, Zhou YM, Zheng JP, Wang C, Yao WZ, Chen P, Kang J, Huang SG, Chen BY, Wang CZ, Ni DT, Zhong NS (2005). "Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in China". 10th Congress of the APSR. P: 28.

7. Sobradillo V., Miravittles M., et al (2000), "Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: Results of the IBERPOC multicentre epidemiological study", Chest, 118, pp. 981 - 989.

8. Silva G.E., Sherril D.L. (2004), "Asthma as a risk factor for COPD in a longitudinal study", Chest, 126, pp. 59 - 65.

9. Tzanakis N. (2004), "Prevalence of COPD in Greece", Chest, 125, pp. 892 - 900.

10. Zielinski. J., Bednarek. M., Gorecka. D., Vieg. G., Hurd. S., Fukuchi. Y et all (2006), "Increasing COPD awareness ", Eur Respir Rev, 27.