

## NHẬN XÉT DUNG TÍCH TOÀN PHỔI Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Quang Hưng<sup>1</sup>, Đoàn Thị Phương Lan<sup>2</sup>

*Từ khóa:* TLC, phế thân ký, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả đo dung tích toàn phổi của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 211 bệnh nhân có chẩn đoán xác định là COPD theo GOLD 2020 được điều trị ngoại trú tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 08/2021 đến tháng 08/2022 và đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được khai thác tiền sử, khám lâm sàng, cận lâm sàng và đo phế thân ký để ghi nhận các chỉ số nghiên cứu. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình  $70,12 \pm 7,99$  tuổi; tỷ lệ nam/nữ = 25/1; 94,2% bệnh nhân có hút thuốc, lượng thuốc hút trung bình là  $23,27 \pm 13,31$  bao x năm; 83,4% bệnh nhân có bệnh đồng mắc, hay gặp nhất là tăng huyết áp (43,6%); triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là khó thở (98,1%), ho (92,9%), khạc đờm (72,3%); 19,9% có trầm cảm; triệu chứng thực thể hay gặp nhất là rì rào phế nang giảm hoặc mất (91,5%), gõ lồng ngực vang (71,6%), lồng ngực hình thùng (49,3%); 43,2% có bất thường trên điện tim, bất thường hay gặp nhất là dày nhĩ phải (16,1%); 86,4% tăng áp lực động mạch phổi trên siêu âm tim, ở mức nhẹ hoặc vừa; 78,6% có giãn phế nang trên X-quang ngực, 62,8% có khí phế thũng trên cắt lớp vi tính ngực trong đó hay gặp nhất là thể trung tâm tiểu thùy; FEV1 trung bình là  $45,35 \pm 16,76\%$ , FVC trung bình là  $75,25 \pm 21,67\%$ , Gaensler trung bình là  $45,05 \pm 9,6$ ; TLC trung bình là  $124,15 \pm 35,43\%$ , RV trung bình là  $180,88 \pm 95,9\%$ , FRC trung bình là  $161,67 \pm 66,74\%$ , RV/TLC trung bình là  $138,74 \pm 39,98\%$ . Tỷ lệ TLC, RV, FRC, RV/TLC  $\geq 120\%$  lần lượt là 47,4%, 74,4%, 70,6%, 67,3%; TLC có mối tương quan tuyến tính đơn biến với các yếu tố hút thuốc, mMRC, lồng ngực hình thùng, rale rít ngáy, rì rào phế nang giảm hoặc mất, giãn phế nang trên X-quang, khí phế thũng trên cắt lớp vi tính; trong phân tích tương quan tuyến tính đa biến, lồng ngực hình thùng là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán về sự tăng TLC. **Kết luận:** Tỷ lệ TLC, RV, FRC, RV/TLC  $\geq 120\%$  lần lượt là 47,4%, 74,4%, 70,6%, 67,3%. TLC có mối tương quan tuyến tính đơn biến với các yếu tố hút thuốc, mMRC, lồng ngực hình thùng, rale rít ngáy, rì rào phế nang giảm hoặc mất, giãn phế nang trên X-quang, khí phế thũng trên cắt lớp vi tính. Lồng ngực hình thùng là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán về sự tăng TLC.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF TOTAL LUNG CAPACITY IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE RECEIVING OUTPATIENT TREATMENT AT THE RESPIRATORY CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the results of measuring total lung capacity of patients with chronic obstructive pulmonary disease receiving outpatient treatment at the respiratory center of Bach Mai hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was carried out on 211 patients with a confirmed diagnosis of COPD according to GOLD 2020 who were treated as outpatients at the respiratory center of Bach Mai hospital from August 2021 to August 2022 and agreed to participate in the research. Research subjects' medical history, clinical and para-clinical examination, and measure plethysmography were taken to record research indicators. **Results:** Research subjects' average age was  $70.12 \pm 7.99$  years old; male/female ratio = 25/1; 94.2% of the patients smoked, the average smoking volume was  $23.27 \pm 13.31$  packet x year; 83.4% of the patients had co-morbidities, the most common diseases were hypertension (43.6%); the most common functional symptoms are dyspnea (98.1%), cough (92.9%), sputum production (72.3%); 19.9% of the patients suffered from depression; the most common physical symptoms were decreased or absent alveolar murmur (91.5%), echocardiographic percussion (71.6%), barrel chest (49.3%); 43.2% of the patients had abnormalities on electrocardiogram, the most common abnormalities were right atrial enlargement (16.1%); 86.4% of the patients experienced increased pulmonary artery pressure on echocardiography, at mild or moderate level; 78.6% of the patients had alveolar spaces and bronchial dilatation on chest X-ray, 62.8% had emphysema on chest computed tomography, in which the most common was the centrilobular emphysema form. The mean FEV1 was  $45.35 \pm 16.76\%$ , mean FVC was  $75.25 \pm 21.67\%$ , mean Gaensler was  $45.05 \pm 9.6$ ; Mean TLC was  $124.15 \pm 35.43\%$ , mean RV was  $180.88 \pm 95.9\%$ , mean FRC was  $161.67 \pm 66.74\%$ , mean RV/TLC was  $138.74 \pm 39.98\%$ . The ratio of TLC, RV, FRC, RV/TLC  $\geq 120\%$  was 47.4%, 74.4%, 70.6%, 67.3% respectively; TLC has a univariate linear correlation with factors such as smoking, mMRC, barrel chest, snoring rales, decreased or absent alveolar murmur, alveolar dilatation on radiographs, emphysema on microscopy count; In the multivariable linear correlation analysis, the barrel chest is the most influential factor to increase the TLC value.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Hưng

Email: tranquanghung2401@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2022

Ngày duyệt bài: 22.11.2022

**Conclusion:** The ratio of TLC, RV, FRC, RV/TLC  $\geq$  120% was 47.4%, 74.4%, 70.6%, 67.3% respectively. TLC has a univariate linear correlation with factors such as smoking, mMRC, barrel chest, snoring rales, decreased or absent alveolar murmur, alveolar dilatation on radiographs, emphysema on microscopy count. The barrel-shaped thorax is an independent predictor of increased TLC.

**Keywords:** total lung capacity, plethysmography, chronic obstructive pulmonary disease

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một vấn đề lớn của sức khỏe cộng đồng. Theo ước tính năm 2010 trên thế giới có khoảng 328 triệu người mắc bệnh và gây tử vong khoảng 2,9 triệu người<sup>1,2</sup>. Tổ chức y tế thế giới dự báo vào năm 2030 COPD sẽ là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ 4 và gây tàn phế hàng thứ 7 trên thế giới<sup>3</sup>. Ở bệnh nhân COPD, tình trạng căng phồng phổi quá mức gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng như giảm khả năng gắng sức, khó thở, giảm thông khí, tăng CO<sub>2</sub> máu và rối loạn chức năng tim mạch<sup>4</sup>. Theo các nghiên cứu, sự xuất hiện căng phồng phổi quá mức trong COPD diễn ra một cách âm thầm. Ở giai đoạn sớm (GOLD I) hiện tượng căng phồng phổi quá mức cũng đã xuất hiện<sup>6,7</sup>.

Phế thân ký (plethysmography) là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán giãn phế nang. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá mức độ giãn phế nang ở bệnh nhân COPD bằng phế thân ký. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Nhận xét kết quả đo dung tích toàn phổi của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu cắt ngang trên 211 bệnh nhân có chẩn đoán xác định là bệnh COPD theo GOLD 2020 được điều trị ngoại trú tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ 08/2021 đến tháng 08/2022 và đồng ý tham gia vào nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được

**Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng**

Khó thở		98,1%	Gầy sút cân		5,2%
Ho		92,9%	Trầm cảm		19,9%
Khò khè, tức ngực		24,2%	RRPN giảm		91,5%
Khạc đờm		89,6%	Gõ lồng ngực vang		71,6%
Tính chất đờm	Không khạc đờm	10,9%	Lồng ngực hình thùng		49,3%
	Nhầy, trong	59,2%	Rale rít, ngáy		32,7%
	Trắng đục, vàng, xanh	29,9%	Ngón tay dùi trống		13,7%

**Nhận xét:** Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là khó thở (98,1%), ho (92,9%), khạc đờm (72,3%). Tỷ lệ trầm cảm là 19,9%. Triệu chứng thực thể hay gặp nhất là rì rào phế nang giảm hoặc mất (91,5%), gõ lồng ngực vang (71,6%), lồng ngực hình thùng (49,3%).

chẩn đoán xác định và chẩn đoán giai đoạn BPTNMT theo GOLD 2020. Bệnh nhân đều được đo thể tích ký thân. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân bị các bệnh phổi hợp như lao phổi, bụi phổi, nấm phổi, ung thư phổi. Bệnh nhân bị các bệnh nội khoa khác: bệnh lý tim mạch không ổn định, Basedow, tâm thần, tai biến mạch não mới. Bệnh nhân bị dị tật về lồng ngực, cột sống. Bệnh nhân bị suy hô hấp nặng hoặc biến chứng tràn khí màng phổi hoặc ho máu không rõ nguyên nhân.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Tổng số đối tượng nghiên cứu thu nhận được là 211 bệnh nhân.

**2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định COPD đồng ý tham gia vào nghiên cứu được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, đo phế thân ký và làm các xét nghiệm cận lâm sàng, ghi nhận các thông tin, chỉ số phục vụ nghiên cứu vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

**2.2.4. Xử lý số liệu:** Phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Số liệu phân tích thống kê mô tả biểu thị bằng bảng tần số, phần trăm, tính trị số trung bình, tính tương quan tuyến tính đơn biến và đa biến.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.** Trong tổng số 211 đối tượng nghiên cứu: tuổi trung bình là 70,12  $\pm$  7,99 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 89 tuổi, ít tuổi nhất là 46 tuổi, Tỷ lệ nam/nữ là 25/1, 91,4% bệnh nhân trong nhóm tuổi từ 50 – 80 tuổi; 94,2% bệnh nhân có hút thuốc, lượng thuốc hút trung bình là 23,27  $\pm$  13,31 bao x năm; 83,4% bệnh nhân có bệnh đồng mắc, hay gặp nhất là tăng huyết áp (43,6%); GOLD B và GOLD II - III chiếm chủ yếu với tỷ lệ lần lượt là 54%, 81%.

**Bảng 3.2. Cận lâm sàng**

Điện tâm đồ (n = 192)			Siêu âm tim (n = 184)	
Dấu hiệu dày nhĩ phải	16,1%		Tăng ALĐMP	86,4%
Block nhánh	10,4%		<b>X-quang ngực thẳng (n = 210)</b>	
Nhịp nhanh xoang	9,9%		Giãn phế nang	78,6%
Dấu hiệu dày thất trái	4,7%		<b>Cắt lớp vi tính ngực (n = 43)</b>	
Rung nhĩ	3,6%		Trung tâm tiểu thùy	62,68%
Rối loạn khác	Ngoại tâm thu thất	1,6%	Toàn tiểu thùy	2,3%
	Ngoại tâm thu nhĩ	2,1%	Cạnh vách	4,7%
	Thiếu máu cục bộ cơ tim	0,5%	Trung tâm tiểu thùy và toàn tiểu thùy	2,3%
	Tổng	4,2%	Trung tâm tiểu thùy và cạnh vách	7,0%
Dấu hiệu dày thất phải	0,5%		Cả 3 thể	4,7%
Bình thường	56,8%		Tổng	83,7%
<b>Chức năng hô hấp (n = 211)</b>		FEV1: 45,35 ± 16,76%; FVC: 75,25 ± 21,67% FEV1/FVC: 45,05 ± 9,6		

**Nhận xét:** Có 43,2% có bất thường trên điện tim, bất thường hay gặp nhất là dày nhĩ phải (16,1%); 86,4% tăng áp lực động mạch phổi trên siêu âm tim, ở mức nhẹ hoặc vừa. 78,6% có giãn phế nang trên X-quang ngực, 62,8% có khí phế thũng trên cắt lớp vi tính ngực trong đó hay gặp nhất là thể trung tâm tiểu thùy. FEV1 trung bình là 45,35 ± 16,76%, FVC trung bình là 75,25 ± 21,67%, Gaensler trung bình là 45,05 ± 9,6.

**3.2. Đặc điểm thể thân ký và TLC**

**Bảng 3.3. Phế thân ký (N = 211)**

	< 80%	80 – 119%	>= 120%
TLC	5,7%	46,9%	47,4%
RV	11,4%	14,2%	74,4%
FRC	4,3%	25,1%	70,6%
RV/TLC	8,1%	24,6%	67,3%
TLC%: 124,15 ± 35,43 Max: 293; Min: 49;		RV%: 180,88 ± 95,9 Max: 630; Min: 7	
FRC%: 161,67 ± 66,74 Max: 483; Min: 14;		RV/TLC%: 138,74 ± 39,98 Max: 274; Min: 9	

**Nhận xét:** TLC trung bình là 124,15 ± 35,43%, RV trung bình là 180,88 ± 95,9%, FRC trung bình là 161,67 ± 66,74%, RV/TLC trung bình là 138,74 ± 39,98%. Tỷ lệ TLC, RV, FRC, RV/TLC ≥ 120% lần lượt là 47,4%, 74,4%, 70,6%, 67,3%.

**Bảng 3.4. Tương quan đơn biến giữa TLC, RV, RV/TLC với hút thuốc (1), mMRC (2), lồng ngực hình thủng (3), rale rít ngáy (4), rì rào phế nang giảm hoặc mất (5), giãn phế nang trên X-quang (6), khí phế thũng trên cắt lớp vi tính (7)**

		1	2	3	4	5	6	7	1,2,3,4,5,6
TLC	R <sup>2</sup>	0,018	0,051	0,147	0,023	0,029	0,092	0,091	0,233
	p	0,05	0,00	0,00	0,03	0,01	0,00	0,05	0,00

**Nhận xét:** TLC có mối tương quan tuyến tính đơn biến với các yếu tố hút thuốc, mMRC, lồng ngực hình thủng, rale rít ngáy, rì rào phế nang giảm hoặc mất, giãn phế nang trên X-quang, khí phế thũng trên cắt lớp vi tính. Lồng ngực hình thủng là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán về sự tăng giá trị TLC.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Về tuổi, giới: tuổi trung bình là 70,12 ± 7,99 tuổi, 91,4% bệnh nhân trong nhóm tuổi từ 50 – 80 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 25/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Văn Luân độ tuổi trung bình là 67,03 ± 10,91 tuổi; tỷ lệ nam/nữ

=35/1, nhóm tuổi từ 50 – 80 chiếm 76,3%<sup>8</sup>. Alfred Fishman, Fernando Martinez báo cáo tuổi trung bình là 66,7±5,9; nam/nữ = 16/9<sup>9</sup>.

Về tình trạng hút thuốc: 94,2% bệnh nhân có hút thuốc, lượng thuốc hút trung bình là 23,27 ± 13,31 bao x năm tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Thủy có 98,1% hút thuốc với số bao x năm trung bình là 25,5 ± 15,6<sup>10</sup>.

Về bệnh đồng mắc: 83,4% bệnh nhân có bệnh đồng mắc, hay gặp nhất là tăng huyết áp (43,6%). Tác giả Phan Thị Hạnh nghiên cứu những bệnh nhân BPTNMT tại phòng quản lý bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp chiếm 43,3%.

Về phân nhóm và giai đoạn bệnh: GOLD B và GOLD II - III chiếm chủ yếu với tỷ lệ lần lượt là 54%, 81%. Theo Hoàng Thị Thùy, GOLD B chiếm 17,9%, GOLD C chiếm 7,6%, GOLD D chiếm 74,5%, GOLD I chiếm 3,8%, GOLD II chiếm 24,5%, GOLD III chiếm 36,8%, GOLD IV chiếm 34,9%<sup>10</sup>.

Về triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là khó thở (98,1%), ho (92,9%), khạc đờm (72,3%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Đinh Văn Luân với tỷ lệ khó thở là 98,7%, ho là 87,5%, khạc đờm là 72,3%<sup>8</sup>, Hoàng Thị Thùy với tỷ lệ khó thở là 90,6%, ho là 92,5%, khạc đờm là 78,3%<sup>10</sup>. Tỷ lệ trầm cảm là 19,9%, thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thị Tâm nghiên cứu trên 60 BN COPD tại BV Bạch Mai năm 2014 cho thấy tỷ lệ trầm cảm chung là 78,3%<sup>12</sup>, điều này là do tác giả Phạm Thị Tâm nghiên cứu trên nhóm đối tượng bệnh nhân COPD nằm viện và bệnh nhân COPD trong nghiên cứu của chúng tôi được kiểm soát bệnh tốt và được giáo dục nâng cao kiến thức về bệnh qua các câu lạc bộ bệnh nhân COPD. Triệu chứng thực thể hay gặp nhất là rì rào phế nang giảm hoặc mất (91,5%), gõ lồng ngực vang (71,6%), lồng ngực hình thùng (49,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Thùy (2019) rì rào phế nang giảm hoặc mất chiếm 95,3%, lồng ngực hình thùng chiếm 50,9%, rale rít rale ngáy chiếm 38,7%<sup>10</sup>.

Về cận lâm sàng: Có 43,2% có bất thường trên điện tim, bất thường hay gặp nhất là dày nhĩ phải (16,1%), block nhánh (10,4%), nhịp nhanh xoang (9,9%). Theo Đinh Văn Luân (2019), có 23,6% bệnh nhân có một trong các dấu hiệu P phẩy, phì đại thất phải, phì đại nhĩ phải, tăng gánh tâm thu thất phải<sup>8</sup>. Có 86,4% tăng áp lực động mạch phổi trên siêu âm tim, ở mức nhẹ hoặc vừa. Theo Đinh Văn Luân (2019), tỷ lệ tăng áp lực động mạch phổi mức độ vừa trở lên là 14,9%<sup>8</sup>. Có 78,6% có giãn phế nang trên X-quang ngực, 62,8% có khí phế thũng trên cắt lớp vi tính ngực trong đó hay gặp nhất là thể trung tâm tiểu thùy. Theo Đinh Văn Luân (2015), 62,5% BN được ghi nhận lại có các dấu hiệu của giãn phế nang trên kết quả X-quang ngực<sup>8</sup>. FEV1 trung bình là 45,35 ± 16,76%, FVC trung bình là 75,25 ± 21,67%, Gaensler trung bình là 45,05 ± 9,6. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Văn Luân (2019), FEV1% = 42,21 ± 19,43, FVC% = 63,43 ± 20,89, Gaensler = 47,17 ± 9,73<sup>8</sup> và Hoàng Thị Thùy (2019), FEV1% = 41,2 ± 18,3<sup>10</sup>.

#### 4.2. Đặc điểm phế thân ký và TLC

- Về giá trị TLC: TLC trung bình là 124,15 ± 35,43%, RV trung bình là 180,88 ± 95,9%, FRC trung bình là 161,67 ± 66,74%, RV/TLC trung bình là 138,74 ± 39,98%. Tỷ lệ TLC, RV, FRC, RV/TLC ≥ 120% lần lượt là 47,4%, 74,4%, 70,6%, 67,3%. Hoàng Thị Thùy (2019) nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân COPD có đo phế thân ký và chụp cắt lớp vi tính ngực thì giá trị trung bình của TLC là 119,19 ± 31,9, giá trị trung bình của FRC là 165,6 ± 62,2, giá trị trung bình của RV là 190,8 ± 95,17<sup>10</sup>.

- Tương quan của TLC với các yếu tố khác: TLC có mối tương quan tuyến tính đơn biến với các yếu tố hút thuốc, mMRC, lồng ngực hình thùng, rale rít ngáy, rì rào phế nang giảm hoặc mất, giãn phế nang trên X-quang, khí phế thũng trên cắt lớp vi tính. Lồng ngực hình thùng là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán về sự tăng giá trị TLC.

#### V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình là 70,12 ± 7,99 tuổi, nam/nữ là 25/1.

- 94,2% bệnh nhân có hút thuốc, lượng thuốc hút trung bình là 23,27 ± 13,31 bao x năm.

- 83,4% bệnh nhân có bệnh đồng mắc, hay gặp nhất là tăng huyết áp (43,6%).

- Có 43,2% có bất thường trên điện tim, bất thường hay gặp nhất là dày nhĩ phải (16,1%).

- 86,4% tăng áp lực động mạch phổi trên siêu âm tim, ở mức nhẹ hoặc vừa.

- 78,6% có giãn phế nang trên X-quang ngực, 62,8% có khí phế thũng trên cắt lớp vi tính ngực trong đó hay gặp nhất là thể trung tâm tiểu thùy.

- FEV1 trung bình: 45,35 ± 16,76%, FVC trung bình: 75,25 ± 21,67%, Gaensler trung bình: 45,05 ± 9,6.

- Tỷ lệ TLC, RV, FRC, RV/TLC ≥ 120% lần lượt là 47,4%, 74,4%, 70,6%, 67,3%.

- TLC có mối tương quan tuyến tính đơn biến với hút thuốc, mMRC, lồng ngực hình thùng, rale rít ngáy, rì rào phế nang giảm hoặc mất, giãn phế nang trên X-quang, khí phế thũng trên cắt lớp vi tính.

- Lồng ngực hình thùng là yếu tố độc lập có ý nghĩa dự đoán về sự tăng TLC.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2163–2196. doi:10.1016/S0140-6736(12)61729-2
2. López-Campos JL, Tan W, Soriano JB. Global burden of COPD. *Respirology*. 2016;21(1):14–23.

- doi:10.1111/resp.12660
- Mathers CD, Loncar D.** Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLOS Medicine*. 2006;3(11):e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
  - Nguyễn Văn Thành.** Tổng quan: Căng phồng phổi quá mức và điều trị. Accessed June 13, 2021. <http://www.hoihohaptphcm.org/chuyende/benh-phoi/209-tong-quan-cang-phong-phoi-qua-muc-va-dieu-tri>
  - Deesomchok A, Webb KA, Forkert L, et al.** Lung Hyperinflation and Its Reversibility in Patients with Airway Obstruction of Varying Severity. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2010;7(6):428-437. doi:10.3109/15412555.2010.528087
  - Ofir D, Laveneziana P, Webb KA, Lam YM, O'Donnell DE.** Mechanisms of Dyspnea during Cycle Exercise in Symptomatic Patients with GOLD Stage I Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;177(6):622-629. doi:10.1164/rccm.200707-1064OC
  - O'Donnell DE, Laveneziana P, Ora J, Webb KA, Lam YM, Ofir D.** Evaluation of acute bronchodilator reversibility in patients with symptoms of GOLD stage I COPD. *Thorax*. 2009;64(3):216-223. doi:10.1136/thx.2008.103598
  - Đình Văn Luân.** Đặc điểm rối loạn thông khí của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có giãn phế nang. Hà Nội, Đại học Y Hà Nội; 2019.
  - Fishman A, Martinez F, Naunheim K, et al.** A randomized trial comparing lung-volume-reduction surgery with medical therapy for severe emphysema. *N Engl J Med*. 2003;348(21):2059-2073. doi:10.1056/NEJMoa030287
  - Hoàng Thị Thùy.** Nghiên cứu mối liên quan giữa lâm sàng phế thân ký và cắt lớp vi tính định lượng phổi ở bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Hà Nội, Đại học Y Hà Nội; 2019.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Anh Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Việt Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kết quả điều trị bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày được điều trị tại bệnh viện Bạch mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu 101 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan có giãn vỡ tĩnh mạch thực quản tại Trung tâm cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch mai từ 2021 – 2022. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, có 80 bệnh nhân (79,2%) được truyền hồng cầu khối với thể tích là  $1108,38 \pm 645,88$  ml, có 20 bệnh nhân (19,8%) được truyền tiểu cầu với lượng là  $347,0 \pm 141,31$  ml và 31 bệnh nhân (30,7%) được truyền huyết tương tươi đông lạnh với lượng  $667,74 \pm 456,94$  ml. 100% bệnh nhân được nội soi để chẩn đoán, trong đó 47 bệnh nhân (46,5%) được nội soi thắt vòng cao su và 41 bệnh nhân (40,5%) được nội soi tiêm xơ bằng Histoacryl. 96 bệnh nhân cầm máu thành công chiếm 95,1%. Số bệnh nhân phải đặt ống nội khí quản là 10 tương ứng với 9,9% số bệnh nhân. Tỷ lệ nặng xin về và tử vong là 17/101 bệnh nhân (16,8%). **Kết luận:** Truyền các chế phẩm máu theo chỉ định và nội soi can thiệp kịp thời là những phương pháp điều trị chủ yếu và có hiệu quả cho nhóm bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa giãn tĩnh mạch dạ dày, phù hợp với môi trường tại khoa cấp cứu.

**Từ khóa:** xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch dạ dày, truyền máu, nội soi can thiệp.

### SUMMARY

#### THE RESULT OF TREATMENT FOR CIRRHOTIC PATIENTS WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO GASTRIC VARICOSE VEINS AT BACH MAI HOSPITAL

**Objective:** Describe the result of treating for cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding due to gastric varicose veins at Bach Mai Hospital. **Method:** Prospective, Descriptive study to treatment for 101 cases of cirrhosis with gastrointestinal bleeding due to gastric varicose veins at Bach Mai Hospital from 2021-2022. **Results:** In the study, 80 patients (79.2%) received red blood cells transfusion with a volume of  $1108.38 \pm 645.88$  ml, and 20 patients (19.8%) received a platelet transfusion with a volume of  $347.0 \pm 141.31$  ml and 31 patients (30.7%) were transfused fresh frozen plasma with the amount of  $667.74 \pm 456.94$  ml. 100% of patients had diagnostic endoscopy, of which 47 patients (46.5%) had endoscopic variceal ligation and 41 patients (40.5%) had endoscopic injection sclerotherapy. 96 patients (95.1%) got successful hemostasis. The number of patients requiring endotracheal intubation was 10, corresponding to 9.9% of patients. The rate of very severe illness and death was 17/101 patients (16.8%). **Conclusion:** Infusion of blood products according to indications and timely interventional endoscopy are the main and effective treatments for cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding due to gastric varicose veins and accord with circumstance in emergency department.

**Keywords:** gastrointestinal bleeding due to gastric varicose veins, infusion of blood products, interventional endoscopy.

<sup>1</sup>Trung tâm cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: bstuanccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 25.11.2022