

TÌM HIỂU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHỨC NĂNG HÔ HẤP, TẾT PHỤC HỒI PHẾ QUẢN Ở NGƯỜI BỆNH HEN PHẾ QUẢN, BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI KHOA HÔ HẤP-DỊ ỨNG BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

TRINH MẠNH HÙNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đo chức năng hô hấp (CNHH) là kỹ thuật đơn giản, dễ tiến hành và thường được áp dụng một cách rộng rãi, phổ biến tại các cơ sở y tế. Hơn nữa, đo CNHH có vai trò quan trọng không thể thiếu được khi đánh giá tình trạng chung cho bệnh phổi, lồng ngực, hô hấp, dị ứng, phẫu thuật (làm bilan trước mổ) v.v...

Đo CNHH có thể đánh giá được quá trình thông khí của phổi, góp phần chẩn đoán chính xác các bệnh phổi, xác định mức độ nặng nhẹ của bệnh, xác định vị trí của rối loạn thông khí phế quản. Đặc biệt trong hen phế quản (HPQ) và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) đo CNHH có thể xác định mức độ khó thở, xác định chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh (tét kích thích), góp phần chẩn đoán xác định HPQ (tét hồi phục chức năng phế quản), tìm hiểu sự đáp ứng của các thuốc giãn phế quản. Ngoài ra thăm dò chức năng thông khí phổi, đặc biệt là việc đo lưu lượng đỉnh (DEP hay PEF), FEV1, FEV1% nó đã trở thành tiêu chuẩn theo qui ước Quốc tế để phân loại HPQ, COPD theo mức độ nặng nhẹ, cơn cấp và nguy kịch, phác đồ xử trí các cơn (Nghị quyết Hội nghị quốc tế 1992; Gina và Gold từ 2002-2009). Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu sau: Tìm hiểu một số đặc điểm về lâm sàng ở người bệnh HPQ và COPD; Đánh giá một số đặc điểm về CNHH, tết phục hồi phế quản 2 nhóm bệnh này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: bao gồm 37 người bệnh được chẩn đoán HPQ và COPD nằm điều trị nội trú tại Khoa Hô hấp – Dị ứng năm 2009-2010.

- Tiêu chuẩn tuyển chọn người bệnh: HPQ và COPD ở thời kỳ giữa các cơn. Không dùng các thuốc giãn phế quản Riêng với corticoide: không cần ngừng đường hít trước khi đo CNHH.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Nhiễm trùng đường hô hấp giai đoạn cấp: lao, viêm phổi, viêm phế quản, các bệnh viêm cấp đường hô hấp trên. Ho ra máu không rõ nguyên nhân. Tràn khí màng phổi. Tình trạng tim mạch không ổn định. Phình động mạch. Vừa qua phẫu thuật: mắt, lồng ngực, ổ bụng. Các bệnh cấp tính: tiêu chảy, người bệnh không hợp tác.

2. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, mô tả

3. Phương pháp tiến hành: đo CNHH, tết hồi phục phế quản (HPPQ).

Một số thông số hay được chúng tôi sử dụng trong đo CNHH: SVC, TV, IRV, ERV, FVC, FEV1(VEMS), FEV1%, FEV1/FVC. PEF, MEF, MEF 25%-75%...

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm về lâm sàng ở người bệnh HPQ và COPD.

- Tuổi và giới:

+ Giới: nam chiếm tỷ lệ: 70,3% (26 người), nữ chiếm tỷ lệ: 29,7% (11 người)

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh là nam nhiều hơn so với nữ. Có lẽ đây là một đặc điểm của BV Hữu nghị, bên cạnh đó có thể do tỷ lệ nam nói chung bị các bệnh trên cao hơn nữ.

+ Tuổi: tỷ lệ người bệnh tăng lên theo tuổi, có 62,2% số người bệnh > 70 tuổi

Tỷ lệ phân bố theo tuổi:

Tuổi	Tỷ lệ %
≤60	5,4
60 - <70	34,4
> 70	62

- Phân bố nhóm bệnh: HPQ gồm 19 người bệnh (51,3%), COPD gồm 18 người bệnh (48,65%). Nhận xét: tỷ lệ người bệnh COPD và HPQ là tương tự trong nghiên cứu.

- Thời gian nằm viện:

+ Tỷ lệ ngày điều trị trung bình của 2 nhóm là khoảng 15 ngày.

+ Tỷ lệ ngày điều trị trung bình của nhóm HPQ khoảng 12 ngày.

+ Tỷ lệ ngày điều trị trung bình nhóm COPD khoảng 18 ngày.

+ Tỷ lệ người bệnh điều trị 14 ngày cao nhất. Như vậy, cần phải có chẩn đoán và điều trị sớm để rút ngắn ngày điều trị trung bình.

Thời gian mắc bệnh: thể hiện qua bảng 1

< 5 năm		≥ 5 năm – 10 năm		≥ 10 năm	
n	%	n	%	n	%
6	16.22	18	48.64	13	35.14

Nhận xét: người bệnh có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm đến 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,64%.

- Tương quan: số ngày nằm viện và thời gian mắc bệnh: thể hiện qua bảng sau:

Số ngày nằm viện	Thời gian mắc bệnh		
	< 5 năm	≥ 5 năm-10 năm	≥ 10 năm
N	6	18	13
Ngày điều trị trung bình	12,83	15,72	19,92
Se (sai số chuẩn)	1,51	1,21	3,87

Nhận xét: số ngày nằm viện trung bình tăng dần theo thời gian mắc bệnh từ 12,83 đến 19,92 ngày, thời gian mắc bệnh càng lâu thì số ngày nằm viện càng dài.

- Vấn đề điều trị dự phòng:

+ Tỷ lệ người bệnh được điều trị dự phòng (LABA): 21/37 chiếm 56,76%.

+ Thuốc hay sử dụng: Seretide (salmeterol 50mcg/flutication propionate 250 mcg), Symbicort (formoterol 4,5 mcg/budesonide 160mcg), Spiriva (tiotropium- anti cholinergic).

Nhận xét: đa số người bệnh điều trị dự phòng bằng thuốc Seretide, chiếm tỷ lệ 85,7%. Điều trị dự phòng bằng thuốc Symbicort là 14,3%, Spiriva là 0%. Không điều trị dự phòng, chiếm tỷ lệ khá cao là 43,24% (chỉ dùng thuốc cắt cơn tác dụng ngắn - SABA).

- Tiền sử bệnh:

Nam: có 23/26 (88,46%) người bệnh có tiền sử viêm phế quản, 100% hút thuốc. Nữ có 11/11 người bệnh có tiền sử viêm phế quản, 0% hút thuốc lá.

Nhận xét: viêm phế quản, hút thuốc lá có liên quan chặt chẽ đến bệnh HPQ và COPD.

2. Đánh giá một số đặc điểm về chức năng hô hấp, xét phục hồi phế quản.

- Chỉ Số FEV1: thường được dùng để đánh giá tình trạng tắc nghẽn phế quản:

Nhận xét: chỉ có 3 người bệnh có chỉ số FEV1 ở mức bình thường, có 35,1% số người bệnh có rối loạn thông khí tắc nghẽn RLTKTN nhẹ, có 29,73% số người bệnh có RLTKTN nặng, 27,03 số người bệnh có RLTKTN rất nặng, thể hiện qua chỉ số FEV1. Như vậy, số người bệnh có RLTKTN nặng và rất nặng chiếm tỷ lệ là: 56,76%.

- Chỉ số MEF: để đánh giá tình trạng RLTK tắc nghẽn (RLTKTN), thể hiện qua bảng 3:

Chỉ số MEF									
Bình thường (≥ 80)		RLTKTN nhẹ (≥ 65 - <80)		RLTKTN nặng (≥ 45 và <65)		RLTKTN rất nặng (<45)		Tổng	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3	8.1	5	13.52	8	21.62	21	56.76	37	100

Nhận xét: Người bệnh có rối loạn thông khí tắc nghẽn rất nặng chiếm tỷ lệ lớn so với các nhóm còn lại là: 56,76% và nhiều hơn so với đánh giá bằng chỉ số FEV1 là 27,03%). Điều u này cho thấy: chỉ số MEF thay đổi sớm và nhanh hơn so với FEV1, dùng chỉ số này có thể tiên lượng mức độ nặng tốt hơn.

- Chỉ số FEV1/VC (chỉ số Tiffeneau) hay FEV1%, thể hiện qua bảng 4:

Chỉ số Tiffeneau (FEV1/VC)									
Bình thường		RLTKTN nhẹ		RLTKTN nặng		RLTKTN rất nặng		Tổng	
n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
5	13.51	9	24.32	16	43.24	7	18.92	37	100

Nhận xét: chỉ số tiffeneau là chỉ số kinh điển để đánh giá sự tắc nghẽn đường thở, dựa vào chỉ số này, chúng ta nhận thấy nhóm RLTKTN mức độ nặng có tỷ lệ cao nhất là 43,24% người bệnh không có RLTK tắc nghẽn là 13.51%.

- Chỉ số FEV1/FVC (chỉ số Gaensler):

Nhận xét: khi đánh giá bằng chỉ số này chúng tôi thấy có sự chuyển dịch, tỷ lệ người bệnh không có RLTKTN và RLTKTN nhẹ tăng lên. Sự thay đổi này có thể do: ở những người bệnh này chỉ số FEV1 giảm và FVC cũng giảm làm cho tỷ số FEV1/FVC bình thường hoặc tăng. Vậy chỉ số Gaensler có độ chính xác không cao khi dùng để đánh giá độ tắc nghẽn.

So sánh giá trị trung bình chỉ số FEV1 ở người bệnh có điều trị dự phòng và không điều trị dự phòng, thể hiện qua bảng 5:

Chỉ số	Có điều trị dự phòng	Không điều trị dự phòng
Số lượng	21	16
Giá trị trung bình FEV1	63,04	46,99
Sai số chuẩn (Se)	3,08	4,3

Nhận xét: khi so sánh giá trị trung bình của FEV1 trên những người bệnh có điều trị dự phòng và không điều trị dự phòng, chúng tôi thấy những người bệnh có điều trị dự phòng có giá trị trung bình của FEV1 cao hơn so với những người bệnh không điều trị dự phòng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0.018 < 0.05$.

Giá trị trung bình MEF ở người bệnh có, không điều trị dự phòng, qua bảng 6:

Chỉ số	Có điều trị dự phòng	Không điều trị dự phòng
Số lượng	21	16
Giá trị trung bình MEF	58,84	30,62
Sai số chuẩn (Se)	6,78	3,72

Nhận xét: Khi so sánh giá trị trung bình của MEF trên những người bệnh có điều trị dự phòng và không điều trị dự phòng chúng tôi thấy: ở những người bệnh có điều trị dự phòng giá trị trung bình của MEF cao hơn những người bệnh không điều trị dự phòng, sự khác biệt này có ý nghĩa với $p= 0.001$.

- Test hồi phục phế quản: dương tính chiếm tỷ lệ 48,65%, âm tính là 51,35%

- Mối quan hệ giữa test hồi phục phế quản này với chẩn đoán: ở nhóm HPQ có 13/18 cho kết quả dương tính (72,22%), trong khi đó ở nhóm COPD có 5/18 có kết quả dương tính.

Nhận xét: sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với $P=0.005$. Những người bệnh HPQ khi làm test phục hồi phế quản khả năng dương tính gấp 7.28 lần so với người bệnh COPD. Vậy test HPPQ có thể dùng để chẩn đoán phân biệt giữa HPQ và COPD. Test Khi bình phương cho thấy sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$.

- So sánh giá trị trung bình chỉ số FEV1 với thời gian mắc bệnh, thể hiện qua bảng 7:

Chỉ số FEV1	Thời gian mắc bệnh			Tổng
	<5 năm	≥ 5 năm-10 năm	>10 năm	
Số lượng	6	18	13	37
Giá trị trung bình	65.32	57.52	49.89	56.10
Sai số chuẩn (Se)	6.18	4.10	4.69	2.84

Nhận xét: thời gian mắc bệnh càng lâu thì giá trị trung bình của FEV1 càng giảm.

KẾT LUẬN

1. Một số đặc điểm lâm sàng: tỷ lệ người bệnh là nam nhiều hơn nữ, có 62,2% số người bệnh > 70 tuổi. Ngày điều trị trung bình nhóm COPD ~ 18 ngày, HPQ là 12 ngày. Tỷ lệ số người bệnh có thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm - 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,64%, ≥ 10 năm là 35,14%. Số ngày nằm viện trung bình tăng dần theo thời gian mắc bệnh từ 12,83 đến 19,92 ngày, thời gian mắc bệnh càng lâu thì số ngày nằm viện càng dài. Tỷ lệ người bệnh được điều trị dự phòng (LABA): 21/37 chiếm 56,76%. Trong tiền sử bệnh có liên quan đến viêm phế quản và hút thuốc lá (88,46%-100%).

2. Một số đặc điểm về chức năng hô hấp, xét phục hồi phế quản: chỉ số FEV1: số người bệnh có RLTKTN nặng và rất nặng chiếm tỷ lệ là: 56,76% (rất nặng 27,03 %). Thời gian mắc bệnh càng lâu thì giá trị trung bình FEV1 càng giảm. Chỉ số MEF: số người bệnh có RLTKTN nặng và rất nặng chiếm tỷ lệ là: 78,38%, (rất nặng 56,76%). Chỉ số MEF thay đổi sớm và nhanh hơn so với FEV1. Chỉ số Tiffeneau: là chỉ số kinh điển, chính xác nhất để đánh giá RLTKTN. Giá trị trung bình

FEV1, MEF trên người bệnh có điều trị dự phòng cao hơn so với nhóm không dự phòng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ và $p < 0.001$. Xét phục hồi phế quản có thể dùng để chẩn đoán phân biệt giữa HPQ và COPD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Năng An và cộng sự. Đánh giá chức năng hô hấp trên bệnh nhân hen phế quản tại Khoa Dị ứng – MDLS Bệnh Viện Bạch Mai trong 2 năm 1994-1995. Công trình NCKH Bệnh Viện Bạch Mai 1997-1998; Tập I; 525.
2. Chu thị cúc Hương. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và thông khí phổi ở bệnh nhân hen phế quản điều trị tại Bệnh Viện Bạch Mai. Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ – 2008.
3. Lê thị Tuyết Lan. Hô hấp ký. Nhà xuất bản Y học 2005.
4. Calverley và cộng sự. New Eng J Med 2007; 356; 775-789.
5. GINA Executive and science committees. Global strategy for asthma management and prevention. Revised 2006.
6. Gold W.M; 2000. Pulmonary junction testing. Textbook of respiratory medicine 3rd Eds: Murray J.M Philadelphia; Vol 2; 525-2.535.