

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ NỒNG ĐỘ CRP, NT-ProBNP Ở NGƯỜI BỆNH ĐỢT CẤP CỦA BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Vũ Phi Hùng¹, Chu Thị Hạnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ CRP, NT-ProBNP ở người bệnh đợt cấp COPD. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 115 người bệnh được chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại Trung tâm Hô hấp bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Đợt cấp của bệnh COPD chủ yếu là nam giới (88.7%), độ tuổi trên 60 tuổi là chủ yếu chiếm 88.7%. Có 80.7% người bệnh nghiên cứu có hút thuốc lá, thuốc lào. Trong các dấu hiệu lâm sàng, dấu hiệu rì rào phế nang giảm chiếm tỉ lệ cao nhất (87.8%). Trong các loại ral thì ral rít và ral ngáy chiếm tỷ lệ cao nhất (75.6%). CRP: 6.04 ± 8.67 mg/dl, NT-ProBNP: $132,11 \pm 392,83$ (pmol/L). Type I xuất hiện nhiều nhất với tỷ lệ 81.7% và type II là 7.8%. Nồng độ CRP có xu hướng tăng cao ở bệnh nhân type I

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, CRP, NT-ProBNP.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND LEVERS OF CRP, NT-ProBNP IN PATIENTS WITH EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Objectives: To determine clinical, laboratory parameters and levers of CRP, NT-ProBNP in patients COPD acute exacerbation. **Subjects and methods:** A Cross-sectional descriptive study was conducted on 116 patients diagnosed acute exacerbation of COPD hospitalized by the Respiratory center at Bach Mai hospital. **Results:** Exacerbations of COPD were mainly male (88.7%), over 60 years old mainly accounted for 88.7%. 80.7% of the study patients smoked or smoked pipe tobacco. Among the clinical signs, the sign of alveolar murmur decreased highest rate (87.8%). Among the types of snoring, hissing and snoring accounted for the highest rate (75.6%). CRP: 6.04 ± 8.67 mg/dl; NT-ProBNP: $132,11 \pm 392,83$ (pmol/L). Type I appeared the most with the rate of 81.7% and type II was 7.8%. CRP levels tend to be elevated in type I patients

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, CRP, NT-ProBNP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một vấn đề sức khỏe của toàn thế giới, là nguyên

nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên thế giới cũng như Việt Nam dẫn đến gánh nặng kinh tế xã hội do bệnh lý này ngày càng gia tăng¹. Với sự gia tăng tỷ lệ hút thuốc lá tại các nước đang phát triển và sự già hóa dân số ở những quốc gia phát triển, tỷ lệ mắc COPD được dự đoán sẽ tăng cao trong những năm tới và đến năm 2030 ước tính có 5,8 triệu trường hợp tử vong hàng năm do COPD². Mặc dù có nhiều tiến bộ trong việc hiểu rõ cơ chế sinh lý bệnh của đợt cấp COPD, nhưng trong thực hành đánh giá đợt cấp chủ yếu chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng mà chúng có thể thay đổi và khó tiên đoán². Hiện nay chẩn đoán đợt cấp chỉ dựa trên yếu tố chủ quan, vì thế những nhà khoa học đã tìm những chỉ điểm sinh học để đảm bảo tính chất khách quan.

Do đó để tăng cường hiểu biết về căn bệnh phổ biến nhất của chuyên khoa hô hấp hiện nay, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ CRP, NT-ProBNP ở người bệnh đợt cấp COPD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD tại TT Hô Hấp-BV Bạch Mai từ 10/2021 đến 6/2022 thỏa mãn các tiêu chuẩn:

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD nhập viện tại TT Hô Hấp-BV Bạch Mai. Tiêu chuẩn chẩn đoán COPD đợt cấp theo tiêu chuẩn của Anthonisen (1987). Bệnh nhân đã được chẩn đoán COPD đợt cấp xuất hiện một hoặc nhiều triệu chứng sau:

- + Khó thở tăng.
- + Ho tăng, khạc đờm tăng.
- + Đờm chuyển thành đờm mủ.

Độ nặng đợt cấp của COPD được phân làm 3 mức độ:

- + Mức độ nặng: nếu có cả ba triệu chứng.
- + Mức độ vừa: nếu có hai trong ba triệu chứng.
- + Mức độ nhẹ: nếu có một triệu chứng

- Được làm xét nghiệm CRP, NT-Pro BNP
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc một số bệnh hô hấp cấp tính như hen phế quản cấp, viêm phổi hoặc nhập viện không vì đợt cấp COPD

- Được chẩn đoán nhồi máu cơ tim hoặc đau

¹Đại Học Y Dược Thái Bình

²Bệnh Viện Đa Khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Phi Hùng

Email: vuphihung23793@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2022

Ngày duyệt bài: 9.9.2022

thắt ngực không ổn định.

- Tiền sử suy thận hoặc có nồng độ Creatinin máu > 130µmol/l.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu, phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý theo chương trình SPSS 20.0 .

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=115)

Đặc điểm		Người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<60	13	11.3
	≥60	102	88.7
Giới	Nam	102	88.7
	Nữ	13	11.3
Tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào	Có	99	80.7
	Không	16	19.3

Nhận xét: 115 người bệnh COPD đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu. Nam giới chiếm 88.7%, độ tuổi trên 60 tuổi là chủ yếu chiếm 88.7%. Có 80.7% người bệnh nghiên cứu có hút thuốc lá, thuốc lào.

Bảng 2: Đặc điểm triệu chứng thực thể của đối tượng nghiên cứu (n=115)

Triệu chứng	Kết quả	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Suy hô hấp	60	52.2
Suy tim phải	13	11.3
Lồng ngực hình thùng	51	44.3
RRPN giảm	101	87.8
Rale rít, ran ngáy	87	75.6
Rale ẩm, nổ	76	66.1
Tổng	115	100%

Nhận xét: Trong các dấu hiệu khám ngực, dấu hiệu rì rào phế nang giảm chiếm tỉ lệ cao nhất (87.8%). Trong các loại ral thì ral rít và ral ngáy chiếm tỷ lệ cao nhất (75.6%)

Bảng 3. Kết quả một số xét nghiệm (n=115)

Các chỉ tiêu	Trung bình	Std	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Số lượng bạch cầu	11.957	4.18	5.1	24.3
CRP	6.04	8.67	0.04	52
NT-ProBNP	132,11	392,83	1,09	3603
ALĐMP	36.75	12.29	21	84

Nhận xét: - Số lượng bạch cầu có giá trị trung bình 11.957 ± 4.18 G/l cao hơn giá trị bình thường (4-10 G/L)

- Chỉ số CRP có giá trị trung bình 6.04 ± 8.67

mg/dl cao hơn giá trị bình thường (<0.5 mg/dl)

- Chỉ số NT-ProBNP có giá trị trung bình là $132,11 \pm 392,83$ (pmol/L) cao hơn giá trị bình thường (<14,47/L)

- Chỉ số ALĐMP có giá trị trung bình 36.75 ± 12.29 mmHg cao hơn giá trị bình thường (<25mmHg)

Bảng 4: Phân loại đợt cấp theo tiêu chuẩn Anthonisen (n =115)

Type đợt cấp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Type I	94	81.7
Type II	9	7.8
Type III	12	10.4

Nhận xét: Type I xuất hiện nhiều nhất với tỷ lệ 81.7% và type II là 7.8%.

Bảng 5: Liên quan nồng độ CRP theo phân loại đợt cấp Anthonisen

Type	CRP	X̄	SD	min	max
Type I		6.97	1.06	0.06	52
Type II		3.88	1.45	0.38	9.29
Type III		1.71	0.68	0.04	5.87

Nhận xét: Nồng độ CRP có xu hướng tăng cao ở bệnh nhân type I là $6,97 \pm 1,06$ mg/dl sau đó là type II là $3,88 \pm 1,45$ mg/dl và type III là $1,17 \pm 0,68$ mg/dl.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân COPD trong nghiên cứu ở độ tuổi trên 60 (chiếm 88,7%), tỉ lệ nam giới bị bệnh chiếm chủ yếu là 88,7%, tỉ lệ nam/nữ là 7,8. Chúng tôi nhận thấy có 80,7% bệnh nhân có hút thuốc lá, trong đó đa số là nam giới. Số bệnh nhân không hút thuốc lá chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (19,3%). Tương tự như nghiên cứu khác Yii, A.C và công sự (2019) thì độ tuổi trung bình là 75 tuổi trong đó nam giới chiếm phần lớn 93,7% và tỉ lệ hút thuốc lá là 100%³.

Triệu chứng thực thể không phải là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán BPTNMT. Với nghiên cứu này chúng tôi thấy rì rào phế nang giảm là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm 87,8%, ran rít, ran ngáy là tiếng ran điển hình ở bệnh nhân BPTNMT tương ứng là 75,6%; ran ẩm, ran nổ chiếm 66,1% là dấu hiệu của đợt cấp do tăng viêm, tăng xuất tiết đờm, dịch phế quản. Kết quả này gần tương tự với kết quả của tác giả Hà Thị Tuyết Trinh (2015) với rì rào phế nang giảm đều hai phổi chiếm 73,8%, ran rít ran ngáy là 60,2%⁴.

Số lượng bạch cầu có giá trị trung bình 11.957 ± 4.18 G/l tương tự như kết quả của Nguyễn Thanh Hiếu (2018) số lượng bạch cầu trung bình là $11,23 \pm 4,96$ G/l⁵, Hà Thị Tuyết

Trinh (2015) là $12,093 \pm 4,56G/l^4$.

Chỉ số viêm CRP có giá trị trung bình $6.04 \pm 8.67mg/dl$ và NT-ProBNP có giá trị trung bình là $132,11 \pm 392,83$ (pmol/L) cao hơn giá trị bình thường ($<14,47/L$) tương tự như kết quả của Hà Thị Tuyết Trinh (2015) với CRP trung bình là $6,89$ md/dl⁴, Nguyễn Thị Thúy Vinh (2010) CRP trung bình là $5,34 \pm 1,75$ mg/dl⁶.

Chỉ số ALĐMP có giá trị trung bình 36.75 ± 12.29 mmHg tương tự như Nguyễn Thanh Hiếu (2018) ALĐMP trung bình là $37,33 \pm 10,69$ mmHg⁵.

Phân loại đợt cấp theo tiêu chuẩn Anthonisen Type I xuất hiện nhiều nhất với tỷ lệ 81.7% và type II là 7.8% không có sự khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Trần Hoàng Thành và CS (2006): 73,3% type 1, 18% type 2, 8,7% type 3 trong 150 đối tượng nghiên cứu tại trung tâm Hồ hấp Bệnh viện Bạch Mai⁷.

Nồng độ CRP có xu hướng tăng cao ở bệnh nhân type I là $6,97 \pm 1,06$ mg/dl. Theo nghiên cứu của chúng tôi nồng độ CRP máu tăng cao hơn ở những bệnh nhân đợt cấp type I theo phân loại Anthonisen. Còn theo tác giả Stolz nghiên cứu trên 167 bệnh nhân đợt cấp COPD, thấy nồng độ CRP tăng cao hơn ở type 1 với $p < 0,003^8$.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân đợt cấp COPD thường là người cao tuổi, nam mắc nhiều hơn nữ. Thuốc lào thuốc lá là yếu tố nguy cơ chính của bệnh. Trong các dấu hiệu khám lâm sàng, dấu hiệu rì rào phế nang giảm chiếm tỉ lệ cao nhất. Trong các loại ral thì

ral rít và ral ngáy chiếm tỷ lệ cao nhất (75.6%). Type I xuất hiện nhiều nhất và nồng độ CRP có xu hướng tăng cao ở bệnh nhân type I.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ y Tế (2018).** Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Bệnh Phổi Tác Nghẽn Mạn Tính, Nhà Xuất Bản Y Học, Hà Nội.
- Celli BR, Locantore N, Yates J, et al.** Inflammatory Biomarkers Improve Clinical Prediction of Mortality in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Am J Respir Crit Care Med. 2012;185(10):1065-1072. doi:10.1164/rccm.201110-1792OC
- Yui, A.C.A., et al (2019).** A clinical prediction model for hospitalized COPD exacerbations based on "treatable traits". International Journal of COPD, **14**, 719-728
- Hà Thị Tuyết Trinh (2015),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Trung Ương, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội
- Nguyễn Thanh Hiếu (2018).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến diễn biến đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội
- Nguyễn Thị Thúy Vinh (2010).** Nghiên cứu một số yếu tố chỉ điểm viêm CRP, TNF, IL6 ở bệnh nhân COPD đợt cấp, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
- Trần Hoàng Thành và CS (2006),** Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng đợt cấp của 150 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại khoa Hồ Hấp bệnh viện Bạch Mai theo phân loại Anthonisen, Tạp chí nghiên cứu khoa học, **53(5)**, 100-3
- Stolz D (2007), Copectin,** CRP and procalcitonin as prognostic biomarker in AECOPD, Chest, **131**, 1058-67.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NANG CHÂN RĂNG CÓ GHÉP XƯƠNG NHÂN TẠO KẾT HỢP HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU

Lê Đức Thành*, Phạm Hoàng Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sớm sau phẫu thuật cắt nang chân răng và ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 31 bệnh nhân được chẩn đoán là nang chân răng được điều trị phẫu thuật cắt nang và ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu tại khoa

Phẫu thuật Hàm mặt – Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 2 năm 2022. **Kết quả:** Tuổi trung vị của các bệnh nhân là 41 (13-74 tuổi), đa số các bệnh nhân là nữ giới (61,3%), đa số kích thước nang nằm trong khoảng 2-3 cm² (64,5%), vị trí thường gặp của răng nguyên nhân là răng cửa (67,7%) và hàm trên (64,5%). Đánh giá lâm sàng đạt mức tốt sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng lần lượt là 67,7%; 87,1% và 100%. Đánh giá trên Xquang sau 3 tháng có tỷ lệ đạt mức tốt là 93,5%. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật cắt nang chân răng và ghép xương nhân tạo kết hợp huyết tương giàu tiểu cầu đem lại kết quả bước đầu khả quan với tỷ lệ đánh giá tốt trên lâm sàng và Xquang ở mức cao và tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Nang chân răng, ghép xương nhân tạo, huyết tương giàu tiểu cầu

*BV Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Thành

Email: dr.lethanh1982@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2022

Ngày duyệt bài: 8.9.2022