

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐƯỢC PHẪU THUẬT CẮT GIẢM THỂ TÍCH PHỔI

Lê Minh Phong¹; Nguyễn Trường Giang²; Tạ Bá Thắng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi. **Đối tượng và phương pháp:** đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng 31 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có khí phế thũng nặng được phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi. **Kết quả và kết luận:** tuổi trung bình $66,16 \pm 5,62$; nhóm tuổi 60 - 69 chiếm tỷ lệ cao nhất (41,94%). Quãng đường đi bộ trong 6 phút trung bình $293,90 \pm 70,79$ mét; điểm CAT trung bình $19,00 \pm 6,06$ điểm; 83,87% bệnh nhân có điểm CAT ≥ 10 ; điểm mMRC trung bình $2,35 \pm 0,98$, trong đó 77,42% bệnh nhân có điểm mMRC ≥ 2 . Các thông số hô hấp lần lượt là: TLC: $140,61 \pm 21,03\%$ SLT; VC: $87,90 \pm 21,91\%$ SLT; FVC: $85,77 \pm 20,00\%$ SLT; FEV1: $52,00 \pm 18,71\%$ SLT; chỉ số Gaensler: $56,13 \pm 15,41\%$; PEF: $50,87 \pm 15,82\%$ SLT và MVV: $50,42 \pm 20,59\%$ SLT đều giảm mạnh, phù hợp với mức độ tắc nghẽn đường thở nặng làm ứ trệ khí phế nang ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có khí phế thũng nặng. Điểm khí phế thũng trung bình trên cắt lớp vi tính $2,67 \pm 0,83$; chủ yếu ở mức độ khí phế thũng nặng độ 4 (45,16%).

* Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; Cắt giảm thể tích phổi; Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) hay COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) được định nghĩa là một bệnh phổ biến, có thể phòng và điều trị được. Bệnh có đặc điểm là giới hạn lưu lượng thở ra dai dẳng, tiến triển và thường kết hợp với đáp ứng viêm mạn tính ở đường thở và nhu mô phổi do các hạt và khí độc hại. Các đợt cấp tính và bệnh đi kèm góp phần làm nặng thêm tình trạng bệnh ở mỗi cá thể [3, 9].

Theo báo cáo của GOLD (2019) cho thấy BPTNMT hiện đang đứng thứ tư trong số các nguyên nhân gây tử vong trên toàn thế giới, ước tính đến năm 2020 sẽ xếp thứ ba trong số các nguyên nhân này. Riêng năm 2012, đã có trên 3 triệu người chết do BPTNMT, chiếm 6% tổng số ca tử vong trên toàn cầu [9]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuyên (2010) trên 25.000 đối tượng > 15 tuổi, tại 70 điểm thuộc 48 tỉnh trên cả nước cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT trên cả nước là 2,2%, ở nam 3,4%; nữ 1,1%; chủ yếu gặp ở nhóm > 40 tuổi (4,2%) [5].

1. Bệnh viện Quân y 175

2. Học viện Quân y

3. Bệnh viện Quân y 103

Người phản hồi (Corresponding): Lê Minh Phong (drminhphong@gmail.com)

Ngày nhận bài: 06/07/2019; **Ngày phản biện đánh giá bài báo:** 19/08/2019

Ngày bài báo được đăng: 26/08/2019

Phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi (Lung Volume Reduction Surgery) là phương pháp phẫu thuật tiến hành cắt bỏ phần phổi khí phế thũng (KPT), làm tăng độ đàn hồi cho phần phổi ít tổn thương, nhằm cải thiện chức năng, giảm các triệu chứng khó thở, tăng khả năng vận động của bệnh nhân (BN) [9, 11]. Đây được xem là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều cơ sở thực hiện được kỹ thuật này, cũng như chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về phương pháp điều trị phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN BPTNMT được phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

31 BN nam, được chẩn đoán xác định BPTNMT, có KPT nặng được phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi tại Khoa Ngoại lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103 từ 2013 - 2018.

* *Tiêu chuẩn chọn BN:*

- BN được chẩn đoán xác định BPTNMT theo tiêu chuẩn của GOLD (2018) [8].

- Lựa chọn BN phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi theo NETT (2011) [10].

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi theo NETT (2011) [10]; các đối tượng có kèm theo bệnh hô hấp khác (bệnh lao phổi, ung thư, hen phế quản...), BN có chống chỉ định đo chức năng hô hấp (mới mắc

nhồi máu cơ tim, tắc mạch phổi, tràn khí màng phổi, suy tim nặng, hạn chế về nhận thức không hợp tác), hoặc BN từ chối tham gia vào nhóm nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở BN mắc BPTNMT với KPT nặng được phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi.

Tính điểm CAT dựa vào bảng câu hỏi CAT (COPD assessment test) theo GOLD (2015) gồm 8 câu hỏi khảo sát về vấn đề ho, khạc đờm, khó thở, nặng ngực, hoạt động, giao tiếp xã hội, giấc ngủ, sức khỏe, mỗi câu cho điểm từ 0 - 5 điểm. Tính điểm trung bình tổng thể bằng tổng điểm của 8 câu hỏi. Tính điểm mMRC theo bộ câu hỏi mMRC của GOLD (2015) theo mức độ khó thở, điểm cho từ 0 - 4. Tính mức độ KPT dựa theo diện tích vùng KPT: 0%: 0 điểm; < 5%: 0,5 điểm; 5 đến < 25%: 1 điểm; 25 đến < 50%: 2 điểm; 50 đến < 75%: 3 điểm và ≥ 75%: 4 điểm.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 và Excel 2016.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Đặc điểm BN theo nhóm tuổi.

Nhóm tuổi	Số BN (n = 31)	Tỷ lệ (%)
< 60	6	19,35
60 - 69	13	41,94
≥ 70	12	38,71
Tổng	31	100
Tuổi trung bình	66,16 ± 5,62	
Min - max	55 - 74	

100% BN trong nghiên cứu là nam giới.

Trong 31 BN nghiên cứu, trẻ nhất 55 tuổi, cao nhất 74 tuổi. Nhóm tuổi 60 - 69 chiếm tỷ lệ cao nhất (13 BN = 4,94%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đào Ngọc Bằng (2019) với tuổi trung bình BN mắc BPTNMT: $65,80 \pm 6,96$, nhóm tuổi

60 - 69 gặp tỷ lệ cao nhất (45,45%) [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Huy Lực (2010) cũng cho thấy nam giới nhóm tuổi > 50 gặp tỷ lệ cao (92%) [2]. Nghiên cứu của Hruna Akane và CS (2010) cho kết quả tuổi trung bình $68,7 \pm 7,0$; với tỷ lệ nam/nữ là 15,7/1 [6].

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng.

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất
Quãng đường đi bộ trong 6 phút (m)	$293,90 \pm 70,79$	197	440
BMI (kg/m^2)	$20,46 \pm 3,03$	15,24	29,04
CAT	$19,00 \pm 6,06$	8	27
mMRC	$2,35 \pm 0,98$	1	4

Quãng đường đi bộ trong 6 phút $293,90 \pm 70,79$ m, tương đồng với nghiên cứu của Đào Ngọc Bằng (2019) là $302,82 \pm 59,33$ m [1], của Frank C. Scirba $333,9 \pm 87,4$ m [7].

- Chỉ số BMI của nhóm nghiên cứu $20,46 \pm 3,03 \text{ kg}/\text{m}^2$, trong đó cao nhất 29,04 và thấp nhất 15,24; phù hợp với nghiên cứu của Đào Ngọc Bằng (2019): $18,26 \pm 2,46 \text{ kg}/\text{m}^2$, của Haruna và CS (2010): $21,4 \pm 3,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ [1, 6].

- Điểm mMRC trung bình trong toàn bộ nhóm nghiên cứu là $2,35 \pm 0,98$ điểm; 77,42% BN có điểm mMRC ≥ 2 .

Điểm CAT trung bình của nhóm nghiên cứu $19,00 \pm 6,06$, trong đó 83,87% BN có điểm CAT ≥ 10 . Theo Đào Ngọc Bằng (2019), điểm CAT là $19,38 \pm 3,26$, mMRC $2,38 \pm 0,84$ điểm. Nghiên cứu của Đỗ Quyết và Nguyễn Thị Thu Hà (2010): điểm CAT trung bình $18,59 \pm 4,66$ [1, 4], phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 3: Đặc điểm các thông số thông khí phổi.

Thông số hô hấp	$\bar{X} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất
TLC (%SLT)	$140,61 \pm 21,03$	108	227
VC (%SLT)	$87,90 \pm 21,91$	49	144
FVC (%SLT)	$85,77 \pm 20,00$	43	133
FEV ₁ (%SLT)	$52,00 \pm 18,71$	23	106
Gaensler (%)	$56,13 \pm 15,41$	14	87
PEF (%SLT)	$50,87 \pm 15,82$	22	82
MVV (%SLT)	$50,42 \pm 20,59$	22	104

- Giá trị trung bình của VC và FVC của nhóm nghiên cứu giảm, trong đó FVC giảm nhiều hơn VC. Thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên (FEV_1) giảm nặng: trung bình $52,00 \pm 18,71\%$ SLT. Chúng tôi đánh giá về chức năng hô hấp, cho kết quả thông số TLC: $140,61 \pm 21,03\%$ SLT, phù hợp với nghiên cứu của Đào Ngọc Bằng (2019): TLC: $140,67 \pm 26,17 \%$ SLT [1].

- Chỉ số PEF, Gaensler giảm nhiều, chỉ còn $50,87 \pm 15,82\%$ SLT và $56,13 \pm 15,41\%$ SLT, kết quả này phù hợp với mức độ tắc nghẽn đường thở nặng làm ứ trệ khí phế nang ở BN BPTNMT có KPT nặng. Các thông số khác gồm FVC, FEV_1 , Gaensler, PEF, MVV cao hơn so với Đào Ngọc Bằng (2019), FVC: $64,18 \pm 14,87\%$ SLT, FEV_1 : $35,02 \pm 13,22\%$ SLT, PEF: $31,20 \pm 14,22\%$ SLT, MVV: $30,88 \pm 12,25\%$ SLT [1] nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Huy Lực về thông số FEV_1 , tốp BB: $53,80 \pm 6,86\%$ SLT, tốp PP: $65,41 \pm 15,44\%$ SLT, tương đồng về thông số Gaensler (tốp BB: $47,07 \pm 6,41$; tốp PP: $58,84 \pm 12,12$) [2]. Kết quả khác nhau là do đối tượng nghiên cứu đang ở giai đoạn bệnh khác nhau, nhưng nhìn chung đều giảm các thông số hô hấp.

Bảng 4: Đặc điểm KPT và phân độ trên cắt lớp vi tính.

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$	
Điểm KPT	$2,67 \pm 0,83$	
Phân độ	Số BN (n = 31)	Tỷ lệ (%)
Độ 2	5	16,13
Độ 3	12	38,71
Độ 4	14	45,16
Tổng	31	100

Điểm KPT trung bình của nhóm nghiên cứu trên cắt lớp vi tính là $2,67 \pm 0,83$ điểm. Phần lớn BN có KPT độ 4 (45,16%). Nghiên cứu của Đào Ngọc Bằng (2019) cũng cho điểm KPT tương đồng ($2,76 \pm 0,48$), nhưng KPT mức độ nặng (45,45%), mức độ rất nặng (51,52%) cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [1].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 31 BN, chúng tôi rút ra một số nhận xét:

- Tuổi trung bình $66,16 \pm 5,62$, thấp nhất 55 tuổi, cao nhất 74 tuổi.

- Điểm mMRC trung bình của nhóm nghiên cứu $2,35 \pm 0,98$, trong đó 77,42% BN có điểm mMRC ≥ 2 . Điểm CAT trung bình $19,00 \pm 6,06$; trong đó 83,87% BN có điểm CAT ≥ 10 .

- Thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên (FEV_1) giảm nặng. Chỉ số PEF, Gaensler giảm nhiều chỉ còn $50,87 \pm 15,82\%$ SLT và $56,13 \pm 15,41\%$ SLT. Kết quả này phù hợp với mức độ tắc nghẽn đường thở nặng làm ứ trệ khí phế nang ở BN BPTNMT có KPT nặng.

- Điểm KPT trung bình của nhóm nghiên cứu trên cắt lớp vi tính $2,67 \pm 0,83$; chủ yếu gặp BN có mức độ KPT độ 4 (45,16%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Ngọc Bằng. Nghiên cứu hiệu quả điều trị giảm thể tích phổi qua nội soi phế quản bằng van một chiều ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Luận án Tiến sĩ Y học. Học viện Quân y. 2019

2. Nguyễn Huy Lực. Nghiên cứu đặc điểm thông khí phổi và hình ảnh X quang phổi chuẩn theo thể và giai đoạn bệnh ở bệnh nhân

bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt bùng phát. Tạp chí Y học Thực hành. 2010, 4 (714), tr.26-29.

3. Nguyễn Huy Lực. Bệnh hô hấp. Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân. 2012, tr.41-60.

4. Đỗ Quyết, Nguyễn Thị Thu Hà. Kết quả sử dụng bộ câu hỏi CAT đánh giá tình trạng sức khỏe bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Khoa Lao và Bệnh phổi Bệnh viện Quân y 103. Tạp chí Y học Thực hành. 2010, 12 (745), tr.53-56.

5. Nguyễn Thị Xuyên, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Viêt Nhung và CS . Nghiên cứu tình hình dịch tễ bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam. Tạp chí Y học Thực hành. 2010, 2 (704), tr.8-11.

6. Akane Haruna et al. CT-scan findings of emphysema predict mortality in COPD. Chest. 2010, 138 (3), pp.635-640.

7. Frank C. Sciurba et al. A randomized study of endobronchial valves for advanced

emphysema. The New England Journal of Medicine. 2010, 363 (13), pp.1233-1244.

8. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2018.

9. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention (a guide for health care professionals 2019 edition). 2019.

10. Francis Cordova Gerard J. Criner, Alice L. Sternberg, Fernando J. Martinez. The National Emphysema Treatment Trial (NETT) Part II: Lessons learned about lung volume reduction surgery. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2011, 184, pp.881-893.

11. Eberhardt R, Gompelmann D, Herth F. Endoscopic lung volume reduction. Ann Am Thorax Soc. 2013, 10 (6), pp.657-666.