

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

PHAN THU PHƯƠNG

NGHIÊN CỨU DỊCH TỄ HỌC BỆNH PHỔI

TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TRONG DÂN CƯ NGOẠI THÀNH

THÀNH PHỐ HÀ NỘI VÀ TỈNH BẮC GIANG

CHUYÊN NGÀNH : NỘI HÔ HẤP

MÃ SỐ : 62.72.20.05

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2010

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

Người hướng dẫn khoa học:

**PGS.TS. NGÔ QUÝ CHÂU
GS.TS. DƯƠNG ĐÌNH THIỆN**

Phản biện 1: GS.TS. Trần Văn Sáng

Phản biện 2: PGS.TS. Trần Quang Phục

Phản biện 3: GS.TS. Phạm Ngọc Đính

**Luận án được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp
Nhà nước tại Trường Đại học Y Hà Nội**

Vào hồi 14 giờ 00 ngày 15 tháng 12 năm 2010

CÓ THỂ TÌM HIỂU LUẬN ÁN TẠI:

- Thư viện Quốc gia
- Thư viện Trường Đại học Y Hà Nội
- Viện thông tin - Thư viện Y học Trung ương

CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN ĐÃ CÔNG BỐ

1. **Phan Thu Phương**, Ngô Quý Châu, Dương Đình Thiện (2009) "*Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư huyện Lạng Giang tỉnh Bắc Giang*". Tạp chí Y học thực hành - Bộ Y tế, 694, tr. 12 -16.
2. **Phan Thu Phương**, Ngô Quý Châu, Dương Đình Thiện (2009) "*Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở người trên 40 tuổi tại 05 xã của huyện Sóc Sơn thành phố Hà Nội*", tạp chí Y học lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai, 45, tr. 12 - 16.
3. Ngô Quý Châu, Chu Thị Hạnh, Nguyễn Hải Anh, Lê Văn Anh, Trần Hoàng Thành, **Phan Thu Phương**, Nguyễn Thanh Hồi, Đoàn Thị Phương Lan (2005). "*Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở thành phố Hà Nội*". Tạp chí Y học thực hành - Bộ Y tế, 13, tr. 69-74.
4. Ngô Quý Châu, Nguyễn Quỳnh Loan, Chu Thị Hạnh, **Phan Thu Phương**, Nguyễn Thanh Hồi, Trần Tuấn, Trần Ngọc Thạch (2006). "*Bộ câu hỏi điều tra dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*". Tạp chí Y học lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai, 11, tr. 90 - 95.
5. Ngô Quý Châu, Chu Thị Hạnh, Nguyễn Hải Anh, Lê Văn Anh, Nguyễn Quỳnh Loan, **Phan Thu Phương**, Nguyễn Thanh Hồi, Đoàn Thị Phương Lan, Lê Thị Trâm, Trần Tuấn, Trần Ngọc Thạch (2006). "*Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở một số tỉnh thành phố khu vực phía bắc Việt Nam*", Tạp chí Y học lâm sàng - Bệnh viện Bạch Mai, 11, tr. 59 - 64.

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 tắc nghẽn đường thở không hồi phục hoàn toàn, đây là một nhóm bệnh hô hấp thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) đến năm 1997 trên toàn thế giới đã có khoảng 600 triệu người mắc BPTNMT, bệnh được xếp hàng thứ tư trong các nguyên nhân gây tử vong và là nguyên nhân gây tàn phế đứng hàng thứ mười hai. Dự đoán trong thập kỷ này số người mắc BPTNMT sẽ tăng gấp 3 - 4 lần và đến năm 2020 bệnh sẽ đứng hàng thứ ba trong các nguyên nhân gây tử vong và đứng hàng thứ năm trong gánh nặng bệnh tật toàn cầu.

Với tính chất phổ biến, tiến triển kéo dài, chi phí điều trị lớn như vậy, BPTNMT đang trở thành mối lo ngại về sức khỏe của nhiều quốc gia trên thế giới. Để có thể ngăn chặn sự diễn tiến của bệnh chúng ta cần phải nhận thức rõ về gánh nặng bệnh tật, các yếu tố nguy cơ gây bệnh và trên cơ sở này đề xuất những giải pháp phòng ngừa, quản lý và điều trị BPTNMT.

Ở Việt Nam, cho đến thời điểm hiện tại đã có một vài nghiên cứu về dịch tễ học BPTNMT trong cộng đồng với kết quả cho thấy tiến triển của BPTNMT ở Việt Nam cũng nằm trong xu hướng chung của thế giới. Các nghiên cứu trước đây chủ yếu được tiến hành tại khu vực nội thành của các thành phố và các tỉnh, để góp phần có hình ảnh toàn thể về tình hình mắc BPTNMT ở Việt Nam và đặc biệt là đánh giá vai trò của các yếu tố nguy cơ lên tỉ lệ mắc BPTNMT, chúng tôi tiến hành đề tài “*Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư ngoại thành thành phố Hà Nội và tỉnh Bắc Giang*” nhằm mục tiêu:

- 1. *Xác định tỉ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở người trên 40 tuổi tại khu vực ngoại thành thành phố Hà Nội và tỉnh Bắc Giang giai đoạn 2007 - 2009.***
- 2. *Phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở người trên 40 tuổi tại khu vực ngoại thành thành phố Hà Nội và tỉnh Bắc Giang giai đoạn trên.***
- 3. *Mô tả về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.***

***Bố cục luận án**

Luận án gồm 106 trang, 4 chương, 26 bảng, 6 biểu đồ với 15 tài liệu tham khảo bằng tiếng Việt, 136 tài liệu tham khảo bằng tiếng Anh và 4 tài liệu tham khảo bằng tiếng Pháp. Luận án gồm các phần: Đặt vấn đề (2 trang) - Tổng quan (40 trang) - Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (13 trang) - Kết quả nghiên cứu (22 trang) - Bàn luận (29 trang) - Kết luận, kiến nghị (3 trang) - Tài liệu tham khảo, Phụ lục (bộ câu hỏi điều tra nghiên cứu, mẫu phiếu ghi kết quả khám lâm sàng và đo chức năng thông khí, danh sách các đối tượng tham gia nghiên cứu).

*** Ý nghĩa thực tiễn và đóng góp mới của luận án**

1. Đề tài nghiên cứu về tỉ lệ mắc BPTNMT, một số yếu tố nguy cơ của BPTNMT và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân mắc BPTNMT tại khu vực dân cư ngoại thành thành phố Hà Nội và tỉnh Bắc Giang để góp phần có hình ảnh toàn thể về tình hình mắc BPTNMT ở Việt nam.
2. Phương pháp phân tích đa biến cũng như các phân tích kiểm định khác đã được sử dụng và xác định được các yếu tố nguy cơ gây ảnh hưởng rõ rệt đến tình hình mắc BPTNMT như: tuổi, tiền sử hút thuốc.
3. Kết quả nghiên cứu này sẽ giúp cho ngành Y tế nói chung, cũng như các nhà lâm sàng nói riêng có một cái nhìn toàn diện về BPTNMT trên cơ sở đó có thể đề xuất các chiến lược quản lý theo dõi, biện pháp dự phòng BPTNMT trong cộng đồng.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN

1.1. Tình hình mắc BPTNMT và một số yếu tố nguy cơ.

1.1.1. Thế giới.

Hầu hết các nghiên cứu dịch tễ học về BPTNMT là những nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn để thu thập thông tin về các triệu chứng hô hấp và tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ. Chi phí cho các nghiên cứu loại này rất lớn do vậy các nghiên cứu về dịch tễ BPTNMT không có nhiều và chủ yếu là xuất phát từ các nước phát triển trên thế giới.

Một nghiên cứu về BPTNMT tại 12 nước thuộc vùng Châu Á Thái Bình Dương với mục đích ước tính tỉ lệ BPTNMT ở những đối tượng từ 30 tuổi trở lên dựa vào mức độ phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ gây bệnh nhận thấy tỉ lệ mắc BPTNMT rất khác nhau giữa các nước, trong đó thấp nhất là 3,5% ở Hồng Kông và Singapore, cao nhất ở Việt Nam với tỉ lệ 6,7%. Nghiên cứu

BOLD (2007) tiến hành tại 12 thành phố khác nhau trên thế giới, nghiên cứu tiến hành trên 9.425 đối tượng trên 50 tuổi, các đối tượng nghiên cứu trả lời bộ câu hỏi để phát hiện các triệu chứng hô hấp mạn tính, tình trạng phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ và tiêu chuẩn chẩn đoán xác định BPTNMT dựa theo tiêu chuẩn của GOLD, kết quả nhận thấy tỉ lệ nữ mắc BPTNMT cao nhất ở Cape Town - Nam Phi với 16,7% và thấp nhất ở Quảng Châu - Trung Quốc với 5,1%, tỉ lệ nam mắc cao nhất ở Cape Town - Nam Phi với 22,2% và thấp nhất ở Reykjavik - Iceland với 8,5%.

1.1.2. Việt Nam.

Trong vài năm trở lại đây có một vài nghiên cứu về dịch tễ BPTNMT trong cộng đồng. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quỳnh Loan (2002), tỉ lệ mắc BPTNMT trong cộng đồng dân cư phường Khương Mai, quận Thanh Xuân, Hà Nội là 1,53%. Nghiên cứu của Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai (2005) nhận thấy tỉ lệ mắc BPTNMT trong cộng đồng dân cư có tuổi từ 40 trở lên ở khu vực nội thành thành phố Hà Nội là 2%, tỉ lệ mắc bệnh ở nam là 3,4% và ở nữ là 0,7%, tỉ lệ mắc VPQMT đơn thuần là 4,8%. Nghiên cứu của Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai (2006) cho kết quả là tỉ lệ mắc BPTNMT trong dân cư một số tỉnh thành phố phía bắc là 5,1%, trong đó tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới là 6,7% và ở nữ giới là 3,3%. Nghiên cứu của Chu Thị Hạnh (2007) về tỉ lệ mắc BPTNMT tại đối tượng công nhân các nhà máy công nghiệp cho thấy tỉ lệ mắc BPTNMT là 3% trong đó tỉ lệ mắc ở nam giới là 4,5% và ở nữ giới là 0,7%.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Đề tài được tiến hành tại khu vực ngoại thành thành phố Hà Nội và tỉnh Bắc Giang

2.2. Đối tượng nghiên cứu: người từ 40 tuổi trở lên, sống tại khu vực ngoại thành thành phố Hà Nội và tỉnh Bắc Giang trong thời gian từ 05 năm trở lên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang có so sánh nhằm xác định tỉ lệ mắc và phân tích các yếu tố nguy cơ của BPTNMT ở các đối tượng từ 40 tuổi trở lên sinh sống tại khu vực dân cư ngoại thành thành phố Hà Nội và tỉnh Bắc Giang.

- **Cỡ mẫu:**

– Công thức tính cỡ mẫu:

$$n_1 = n_2 = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$$

Trong đó:

- $p = 0,05$ (tỉ lệ đối tượng mắc ước tính ở khu vực dân cư ngoại thành thành phố Hà Nội và tỉnh Bắc Giang).
 - $Z_{1-\alpha/2}$ (hệ số tin cậy) = 1,96 (phân vị chuẩn ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$).
 - d : mức độ tin cậy (độ chính xác mong muốn).
 - $DE = 2$ (hệ số thiết kế nghiên cứu).
- Từ công thức tính cỡ mẫu chọn $d = 2\%$.
 - Chúng tôi có số đối tượng cần cho nghiên cứu là $n_1 = n_2 = 912$ người.
 - Dự phòng sẽ có một số đối tượng vắng mặt và từ chối tham gia nghiên cứu nên chúng tôi tăng số đối tượng được mời tham gia nghiên cứu thêm 10%.
 - Thực tế chúng tôi nghiên cứu được 2005 đối tượng.
- **Chọn mẫu:** Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều bậc để chọn ra đối tượng từ 40 tuổi trở lên để tiến hành nghiên cứu.
 - **Bậc 1:** Chọn chủ định huyện Sóc Sơn và huyện Lạng Giang là 02 huyện ngoại thành của thành phố Hà Nội và tỉnh Bắc Giang
 - **Bậc 2:** Mỗi huyện Lạng Giang và Sóc Sơn chúng tôi tiến hành chọn 05 xã theo phương pháp chọn ngẫu nhiên:
 - + Huyện Sóc sơn: Minh Phú, Mai Đình, Hồng kỳ, Đức Hòa, Tiên Dược.
 - + Huyện Lạng Giang: Quang Thịnh, Tiên Lục, Hương Lạc, Phi Mô, Đại Lâm.
 - **Bậc 3:** Tại mỗi xã chúng tôi chọn 205 người từ 40 tuổi trở lên theo kỹ thuật chọn ngẫu nhiên hệ thống dựa vào danh sách do ủy ban Nhân dân xã cung cấp.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu được phỏng vấn theo bộ câu hỏi, khám lâm sàng và đo chức năng thông khí. Từ đó tìm ra các đối tượng mắc BPTNMT, nghiên cứu về vai trò của các yếu tố nguy cơ và đặc điểm lâm sàng.

2.3.3. Một số định nghĩa

* Tiêu chuẩn xác định mắc BPTNMT (theo GOLD 2006): kết quả đo CNTK có biểu hiện rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn sau test HPPQ, chỉ số Gaensler (FEV_1/FVC) $< 70\%$.

* Tiêu chuẩn xác định VPQMT: ho, khạc đờm kéo dài trên 3 tháng mỗi năm, trong 2 năm liên tiếp và sự ho khạc này không do một nguyên nhân nào khác gây ra. Kết quả đo CNTK không có rối loạn thông khí tắc nghẽn hay hướng tới rối loạn thông khí hỗn hợp, chỉ số Gaensler (FEV_1/FVC) $\geq 70\%$.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới, tuổi đời

Đối tượng nghiên cứu	Sóc Sơn		Lạng Giang		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Giới tính						
Nam	463	46,7	448	44,3	911	45,4
Nữ	530	53,3	564	55,7	1094	54,6
Tổng số	993	100	1012	100	2005	100
Nhóm tuổi						
40 - 49	398	40,1	476	47,0	874	43,6
50 - 59	267	26,9	274	27,1	541	27
60 - 69	180	18,1	161	15,9	341	17
70 - 79	127	12,8	84	8,3	211	10,5
≥ 80	21	2,1	17	1,7	38	1,9
Tổng số	993	100	1012	100	2005	100

Nhận xét: tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu tại hai huyện Lạng Giang và Sóc Sơn là 2005 đối tượng, nam giới chiếm tỉ lệ 45,4% và nữ giới chiếm 54,6%. Các đối tượng ở độ tuổi 40-59 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (70,6%).

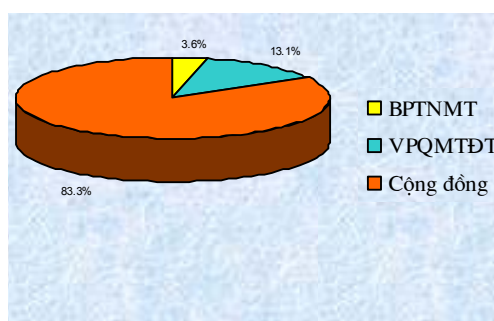
Bảng 3.2. Tiếp xúc với các yếu tố ảnh hưởng mắc BPTNMT của các đối tượng nghiên cứu

Các yếu tố ảnh hưởng		Tổng		Giới tính				P
		n = 2005		Nam (n= 911)		Nữ (n = 1094)		
		n	%	n	%	n	%	
Hút thuốc	Có	682	34,3	665	73,0	17	1,6	< 0,05
	Không	1323	65,7	246	27,0	1077	98,4	
Khói bếp	Có	1974	98,5	894	98,1	1080	98,7	> 0,05
	Không	31	1,5	17	1,9	14	1,3	
Bụi nghề nghiệp	Có	38	1,9	25	2,7	13	1,2	> 0,05
	Không	1967	98,1	886	97,3	1081	98,8	

Nhận xét: Nghiên cứu tình trạng tiếp xúc với các yếu tố ảnh hưởng của 2005 đối tượng: Số đối tượng hút thuốc chiếm tỉ lệ 34,3%, trong đó đa số là nam giới (chiếm 73%). 98,5% các đối tượng tiếp xúc khói bếp củi, bếp than. Chỉ có 1,9% (38/2005) các đối tượng có tiếp xúc với bụi nghề nghiệp.

3.2. Kết quả về tỉ lệ mắc BPTNMT

Dựa vào kết quả phỏng vấn bằng bộ câu hỏi, thăm khám lâm sàng và đo CNTK cùng với test hồi phục phế quản để định bệnh trên 2005 đối tượng từ 40 tuổi trở lên. Kết quả chúng tôi thu được như sau: 72 đối tượng mắc BPTNMT và 210 đối tượng mắc VPQMT. Trong đó huyện Sóc Sơn có 33/993 các đối tượng tham gia nghiên cứu mắc BPTNMT, tỉ lệ mắc chung cho cả hai giới là 3,32%, trong đó tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới là 6,1% và tỉ lệ mắc bệnh ở nữ giới là 0,9%, tỉ lệ mắc VPQMT đơn thuần là 10,5%. Huyện Lạng Giang có 39/1012 các đối tượng tham gia nghiên cứu mắc BPTNMT, tỉ lệ mắc chung cho cả hai giới là 3,85%, trong đó tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới là 6,92% và tỉ lệ mắc bệnh ở nữ giới là 1,42%, tỉ lệ mắc VPQMT đơn thuần là 10,5%. Tỉ lệ mắc BPTNMT chung cho cả hai giới là 3,6%, trong đó tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới là 6,5% và tỉ lệ mắc bệnh ở nữ giới là 1,2%, tỉ lệ mắc VPQMT đơn thuần là 10,5%.



Biểu đồ 1: Tỉ lệ mắc BPTNMT tại cộng đồng

3.3. Liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng với BPTNMT

3.3.1. Liên quan giữa tuổi với BPTNMT

Bảng 3.3. Liên quan giữa tuổi với BPTNMT (n= 72)

Tình trạng Nhóm tuổi	Mắc BPTNMT		Không mắc BPTNMT		OR	95% CI
	n	%	n	%		
40 - 49	6	8,3	868	44,9		
50 - 59	12	16,7	529	27,4	3,2	[1,1 - 10,3]
60 - 69	22	30,6	319	16,5	9,7	[3,8 - 29,4]
≥ 70	32	44,4	217	11,2	20,4	[8,3 - 60,3]

Nhận xét: Nguy cơ mắc BPTNMT tăng theo tuổi, lứa tuổi 50 - 59: OR = 3,2 với 95% CI [1,1 - 10,3]; lứa tuổi 60 - 69: OR = 9,7 với 95% CI [3,8 - 29,4]; lứa tuổi ≥ 70: OR = 20,4 với 95% CI [8,3 - 60,3] khi so sánh với lứa tuổi < 50.

3.3.2. Liên quan giữa giới tính với BPTNMT

Bảng 3.4. Liên quan giữa giới tính với BPTNMT (n= 72)

Bệnh		Mắc BPTNMT		Không mắc BPTNMT		OR	95% CI
		n	%	n	%		
Khu vực, Giới							
Lạng Giang	Nam	31	79,5	417	42,9	5,8	[3,6 -9,8]
	Nữ	8	20,5	556	57,1		
Sóc Sơn	Nam	28	84,8	435	45,3	5,2	[3,7- 8,7]
	Nữ	5	15,2	525	54,7		
Chung	Nam	59	81,9	852	44,1	5,7	[3,1- 11,5]
	Nữ	13	18,1	1081	55,9		

Nhận xét: Nam giới có nguy cơ mắc BPTNMT cao hơn gấp 5,7 lần so nữ giới.

3.3.3. Liên quan giữa hút thuốc với BPTNMT

Bảng 3.5. Liên quan giữa khói thuốc (≥ 15 bao/năm) với BPTNMT (n = 72)

Bệnh		Mắc BPTNMT		Không mắc BPTNMT		OR	95% CI
		n	%	n	%		
Khu vực, hút thuốc							
Lạng Giang	Không phơi nhiễm	21	53,8	821	84,4	1	[2,6 -10,8]
	Phơi nhiễm	18	46,2	152	15,6	5,3	
Sóc Sơn	Không phơi nhiễm	21	63,6	834	86,9	1	[1,7- 8,7]
	Phơi nhiễm	12	36,4	126	13,1	4	
Chung	Không phơi nhiễm	42	58,3	1655	85,6	1	[2,9- 8,1]
	Phơi nhiễm	30	41,7	278	14,4	4,9	

Nhận xét: Những đối tượng hút thuốc ≥ 15 bao/năm có nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 4,9 lần (95%CI = [2,9 - 8,1]) những đối tượng hút thuốc < 15 bao/năm và không hút.

3.3.4. Liên quan giữa phơi nhiễm với khói bếp và BPTNMT

Bảng 3.6. Liên quan giữa phơi nhiễm với khói bếp ≥ 30 năm với BPTNMT (n = 72)

Bệnh		Mắc BPTNMT		Không mắc BPTNMT		OR	95% CI
		n	%	n	%		
Lạng Giang	Không phơi nhiễm	3	9,1	274	29,1	1	[1,2 - 20,9]
	Phơi nhiễm	30	90,9	686	71,5	4,1	
Sóc Sơn	Không phơi nhiễm	5	12,8	469	48,2	1	[2,4 - 20,8]
	Phơi nhiễm	34	87,2	504	51,8	3,2	
Chung	Không phơi nhiễm	8	11,1	743	38,4	1	[1,7 - 8,9]
	Phơi nhiễm	64	88,9	1190	61,6	3,7	

Nhận xét: Nguy cơ mắc BPTNMT trên các đối tượng có tiếp xúc với khói bếp thường xuyên ≥ 30 năm cao gấp 3,7 lần so với đối tượng không tiếp xúc (95%CI = [1,7- 8,9]).

3.3.5. Liên quan giữa phơi nhiễm bụi nghề nghiệp và BPTNMT

Bảng 3.7. Liên quan giữa phơi nhiễm với bụi nghề nghiệp ≥ 20 năm với BPTNMT (n = 72)

Bệnh		Mắc BPTNMT		Không mắc BPTNMT		OR	95% CI
		n	%	n	%		
Lạng Giang	Không phơi nhiễm	34	87,2	959	98,6	1	[0,4-12,4]
	Phơi nhiễm	5	12,8	14	1,4	1,8	
Sóc Sơn	Không phơi nhiễm	33	100	941	98	1	[0,0-5,9]
	Phơi nhiễm	0	0	19	2	0	
Chung	Không phơi nhiễm	67	93,1	1900	98,3	1	[0,02-5,0]
	Phơi nhiễm	5	6,9	33	1,7	0,8	

Nhận xét: không thấy có sự liên quan giữa phơi nhiễm của bụi nghề nghiệp với tỉ lệ mắc BPTNMT với OR = 0,8; 95%CI [0,02 - 5,0].

Bảng 3.8. Phân tích đa biến hồi quy Logistic các yếu tố ảnh hưởng liên quan đến BPTNMT

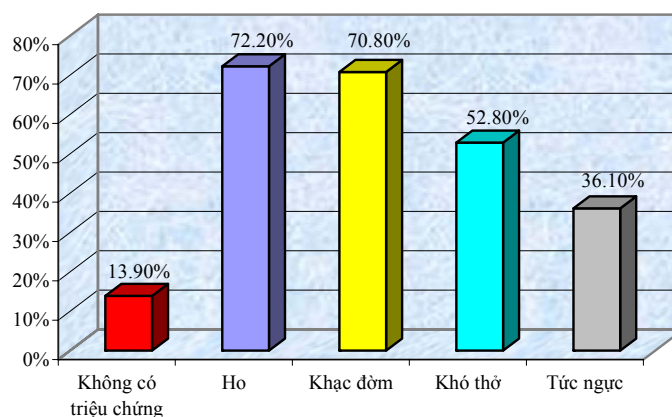
BPTNMT (1: mắc, 2: không mắc)	OR	95% CI
Thuốc lá		
<i>Không hút thuốc</i>	1	
<i>Hút thuốc <15 bao/năm</i>	2,3	(0,9 - 5,3)
<i>Hút thuốc 15-30 bao/năm</i>	3,6	(1,5 - 8,7)
<i>Hút thuốc ≥ 30 bao/năm</i>	4,8	(1,9 - 12)
Tiếp xúc với khói bếp (1: ≥ 30 năm; 0: < 30 năm)	1,1	(0,3 - 3)
Tuổi đời		
<i>40 - 49</i>	1	
<i>50 - 59</i>	4,9	(1,1 - 8)
<i>≥ 60</i>	13,0	(5,3 - 31,9)
Giới tính (1: Nam, 0: nữ)	2,2	(0,9 - 5,2)

Nhận xét: Có 2 biến có quan hệ có ý nghĩa thống kê với BPTNMT đó là tuổi đời và thuốc lá:

- Người hút thuốc ≥ 15 bao/năm thì có nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 3,6 lần so với không hút hoặc hút dưới 15 bao/năm.
- Nguy cơ mắc bệnh ở độ tuổi 50 - 59 cao gấp 4,9 lần so với độ tuổi 40 - 49. Những đối tượng ở lứa tuổi ≥ 60 có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 13 lần so với độ tuổi 40 - 49.

3.4. Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của BPTNMT

3.4.1. Các triệu chứng lâm sàng



Biểu đồ 2: Tỷ lệ biểu hiện các triệu chứng cơ năng trong nhóm BN mắc BPTNMT

Nhận xét: Triệu chứng ho, khạc đờm, khó thở là 3 triệu chứng của BPTNMT gặp với tỷ lệ cao (72,2%, 70,8%, và 52,8%). Trong đó 13,9% số bệnh nhân mắc BPTNMT không có triệu chứng lâm sàng nào.

Bảng 3.9. Biểu hiện của các triệu chứng thực thể của nhóm mắc BPTNMT

Biểu hiện KQ khám	Bình thường			Bất thường		
	Đánh giá	n	%	Đánh giá	n	%
Tần số thở (n = 72)	≤ 20 l/ph	30	41,7	> 20 l/ph	42	58,3
Hình dạng lồng ngực (n = 72)	Bình thường	54	75	Có biến dạng	18	25
RRFN (n = 72)	Bình thường	44	61,1	Giảm	28	38,9
Gõ (n = 72)	Bình thường	47	65,3	Tăng	25	34,7
Nghe (n = 72)	Bình thường	63	87,5	Có ran	9	12,5

Nhận xét: Thăm khám lâm sàng hô hấp của 72 đối tượng mắc BPTNMT, triệu chứng gặp nhiều nhất là tần số thở > 20 lần /phút (58,3%), RRFN giảm (38,9%), gõ vang (34,7%).

3.4.2. Kết quả CNTK của bệnh nhân mắc BPTNMT.

Bảng 3.10. Kết quả CNTK trung bình của nhóm mắc BPTNMT trước test HPPQ tính theo % (n = 72)

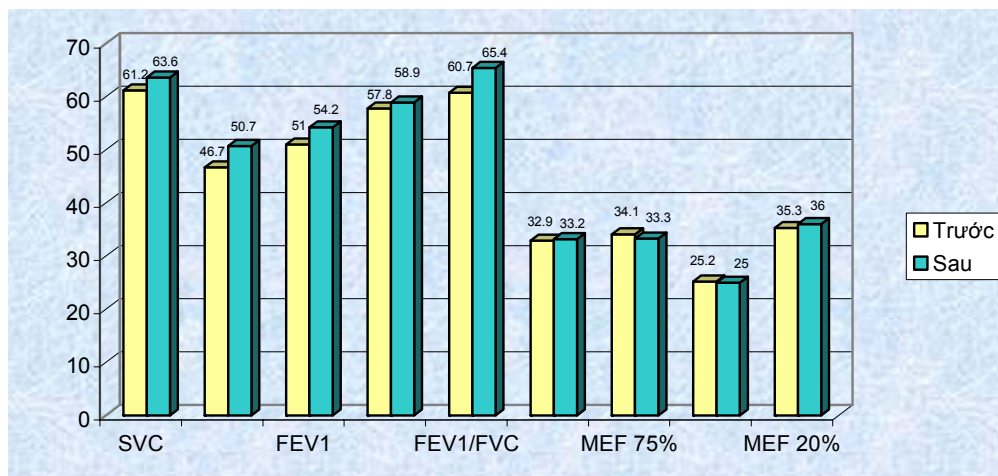
Chỉ tiêu	Trước Test				
	Trung bình	SD	Tối thiểu	Tối đa	95% CI
SVC	61,2	19,8	22,7	110,0	[56,6 - 65,9]
FVC	46,7	16,3	12,0	78,9	[42,9 - 50,6]
FEV ₁	51,0	17,5	13,6	118,3	[46,9 - 55,1]
FEV ₁ / SVC	57,8	8,8	28,3	69,2	[55,7 - 59,9]
FEV ₁ / FVC	64,7	11,1	40,8	69,3	[68,4 - 73,6]
MMEF	32,9	15,6	8,3	99,5	[29,3 - 36,6]
MEF 75%	34,1	23,5	8,9	166,7	[28,5 - 39,6]
MEF 50%	25,2	14,5	4,9	98,6	[21,8 - 28,6]
MEF 25%	35,3	18,2	9,7	122,8	[31,0 - 39,6]

Nhận xét: Trước test HPPQ các chỉ số FVC, FEV₁, FEV₁/ SVC, MEF 75%, MEF 50%, MEF 25% đều giảm so với số lý thuyết.

Bảng 3.11. Kết quả CNTK trung bình của nhóm mắc BPTNMT sau test HPPQ tính theo % (n = 72)

Chỉ tiêu	Sau Test				
	Trung bình	SD	Tối thiểu	Tối đa	95% CI
SVC	63,6	19,6	30,9	123,3	[59 - 68,3]
FVC	50,7	19,1	12,6	109,3	[46,2 - 55,2]
FEV ₁	54,2	18,7	14,4	107,7	[49,8 - 58,6]
FEV ₁ / SVC	58,9	10,2	26,1	69,6	[56,5 - 61,3]
FEV ₁ / FVC	65,4	9,2	40,8	69,9	[69,2 - 73,5]
MMEF	33,2	15,1	8,0	89,2	[29,7 - 36,8]
MEF 75%	33,3	18,0	8,6	110,6	[29,1 - 37,6]
MEF 50%	25,0	14,0	6,1	98,8	[21,7 - 28,3]
MEF 25%	36,0	18,0	5,2	88,7	[31,7 - 40,2]

Nhận xét: Sau test HPPQ các chỉ số FVC, FEV₁, FEV₁/ SVC, MEF 75%, MEF 50%, MEF 25% đều tăng ít nhưng tăng không có ý nghĩa thống kê (có các khoảng trùng nhau của 95% CI).



Biểu đồ 3: Giá trị trung bình các chỉ tiêu thông khí (tính theo % so với lý thuyết trước và sau test HPPQ ở nhóm BPTNMT)

Nhận xét: So sánh kết quả CNTK của nhóm đối tượng mắc BPTNMT trước và sau test hồi phục phế quản, CNTK của các đối tượng mắc BPTNMT không tăng hoặc tăng rất ít (khoảng 1 - 2%), thậm chí giảm hơn so với trước khi làm test HPPQ.

3.4.3. Kết quả X - quang phổi

Bảng 3.12. Dấu hiệu X quang phổi của các bệnh nhân mắc BPTNMT (n=72).

Tổn thương	n	Tỉ lệ %
1. Bình thường	2	2,7
2. Hình ảnh phổi bản	64	88,9
3. Vòm hoành phẳng (không đều)	51	70,8
4. Trường phổi 2 bên quá sáng	40	55,6
5. Xương sườn nằm ngang	36	50,0
6. Dày thành phế quản	30	41,7
7. Khoang liên sườn giãn rộng	21	29,2
8. Tim hình giọt nước	13	18,1

Nhận xét: Hình ảnh phổi bản gặp với tỉ lệ cao nhất (88,9%), vòm hoành phẳng chiếm tỉ lệ 70,8%, trường phổi hai bên quá sáng chiếm tỉ lệ 55,6%, triệu chứng dày thành phế quản chiếm tỉ lệ 41,7%, có 2 bệnh nhân (chiếm 2,7%) có hình ảnh X - quang bình thường.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Tình hình mắc BPTNMT

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 2005 đối tượng từ 40 tuổi trở lên được chọn ngẫu nhiên tại hai huyện Lạng Giang (1012 đối tượng) và Sóc Sơn (993 đối tượng). Các đối tượng tham gia nghiên cứu được phỏng vấn, thăm khám lâm sàng và đo chức năng thông khí. Với tiêu chuẩn xác định bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo GOLD 2006 ($FEV_1/FVC < 70\%$ sau test HPPQ). Kết quả của nghiên cứu cho thấy trong 2005 đối tượng tham gia nghiên cứu chúng tôi đã phát hiện được 72 trường hợp mắc BPTNMT. Tỉ lệ mắc BPTNMT chung cho cả 2 giới là 3,6%, trong đó tỉ lệ mắc ở nữ là 1,2%, ở nam giới là 6,5%, ngoài ra có 210 (10,5%) trường hợp có biểu hiện của các triệu chứng lâm sàng của VPQMT nhưng chưa có rối loạn CNTK (biểu đồ 1), đây là những đối tượng có nguy cơ mắc BPTNMT giai đoạn sau vì vậy cần phải có các biện pháp phòng chống và ngăn ngừa phát triển bệnh từ những

giai đoạn sớm của bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở khu vực ngoại thành của thành phố Hà Nội (huyện Sóc Sơn) cho thấy tỉ lệ mắc bệnh chung cho hai giới là 3,32% trong đó tỉ lệ mắc bệnh ở nam là 6,1% và ở nữ là 0,9%, tỉ lệ mắc VPMT đơn thuần là 10,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn khi so sánh với nghiên cứu của khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai (2005) với tỉ lệ mắc BPTNMT trong cộng đồng dân cư có tuổi từ 40 trở lên tại khu vực nội thành của thành phố Hà Nội là 2%, tỉ lệ mắc bệnh ở nam là 3,4% và ở nữ là 0,7%, tỉ lệ mắc VPQMT đơn thuần là 4,8%. Cũng như vậy kết quả nghiên cứu tại khu vực ngoại thành của tỉnh Bắc Giang (huyện Lạng Giang) cho thấy tỉ lệ mắc bệnh chung cho hai giới là 3,85% trong đó tỉ lệ mắc bệnh ở nam là 6,92% và ở nữ là 1,42% tỉ lệ mắc VPQMT đơn thuần là 10,5%. Tỉ lệ mắc bệnh này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Văn Anh (2006) trong cộng đồng dân cư có tuổi từ 40 trở lên của thành phố Bắc Giang là 2,3% trong đó tỉ lệ mắc bệnh ở nam là 3% và ở nữ là 1,7%, tỉ lệ mắc VPQMT đơn thuần là 6,4%.

Như vậy cùng tiêu chuẩn chẩn đoán xác định bệnh, các đối tượng tham gia nghiên cứu đều từ 40 tuổi trở lên thì tỉ lệ mắc BPTNMT tại khu vực ngoại thành thành phố Hà Nội và tỉnh Bắc Giang cao hơn khu vực nội thành. Tuy nhiên hai nghiên cứu thực hiện tại khu vực nội thành chỉ đo chức năng thông khí trên những đối tượng có các yếu tố nguy cơ của BPTNMT (hút thuốc, tiếp xúc khói bếp, tiếp xúc bụi nghề nghiệp...) còn trong nghiên cứu của chúng tôi đo chức năng thông khí được tiến hành trên toàn bộ các đối tượng tham gia nghiên cứu để tránh bỏ sót các đối tượng BPTNMT ở giai đoạn sớm chưa có biểu hiện các triệu chứng hô hấp hoặc không rõ các tiền sử tiếp xúc các yếu tố nguy cơ. Nhận xét này của chúng tôi cũng tương tự như nhận xét của Đinh Ngọc Sỹ và CS (2009) nhận thấy tỉ lệ mắc BPTNMT ở nông thôn cao hơn thành thị.

Khi so sánh kết quả của chúng tôi với kết quả nghiên cứu trên 2976 đối tượng dân cư tuổi từ 40 trở lên thuộc 10 xã trong 13 quận huyện ngoại thành của thành phố Hải Phòng, thì kết quả của chúng tôi thấp hơn. Trong nghiên cứu này, các tác giả nhận thấy tỉ lệ mắc BPTNMT chung cho 2 giới là 5,65%, trong đó tỉ lệ mắc bệnh ở nam là 7,91% và ở nữ là 3,63%, tỉ lệ mắc VPQMT là 14,4%. Có thể thấy tỉ lệ mắc BPTNMT trong nghiên cứu này cao hơn so với kết quả của chúng tôi. Theo các tác giả của nghiên cứu này thì địa điểm **nghiên cứu khi chọn ngẫu nhiên đã rơi vào một số làng làm nghề thủ công có**

thể có ô nhiễm của khói bụi, một số khu dân cư gần khu vực nhà máy xi măng và có một số địa phương chuyên canh trồng thuốc lá. Đó chính là những nguyên nhân làm cho tỉ lệ mắc bệnh trong nghiên cứu của họ cao hơn hẳn so với các nghiên cứu khác ở trong nước.

Nghiên cứu của chúng tôi về tỉ lệ mắc BPTNMT cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới. Takemura và CS (2005) đã tiến hành nghiên cứu về BPTNMT tại Nhật Bản trên 12.760 đối tượng cho kết quả tỉ lệ mắc BPTNMT là 3,6% trong đó nam chiếm 4,5% và nữ chiếm 1,8%, lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất ở nam là 50-60 tuổi và lứa tuổi gặp nhiều nhất ở nữ là trên 60 tuổi. Xu Fei và CS (2005) nghiên cứu trên 29.319 người sinh sống ở 3 thành phố và 2 vùng nông thôn khác nhau thuộc tỉnh Jiangsu của Trung quốc nhận thấy tỉ lệ mắc BPTNMT là 5,9%. Kim S và CS (2006) tiến hành nghiên cứu trên 3.642 đối tượng ở Hàn Quốc, các đối tượng tham gia nghiên cứu được phỏng vấn để điều tra về tuổi, giới, thu nhập, các triệu chứng hô hấp, đo chức năng thông khí và có làm test hồi phục phế quản. Kết quả là có 3,7% bệnh nhân mắc BPTNMT theo tiêu chuẩn GOLD. Nghiên cứu của Zhong và CS (2007) tiến hành trên 20.245 đối tượng từ 40 tuổi trở lên sống ở 7 tỉnh và thành phố của Trung Quốc nhận thấy tỉ lệ mắc BPTNMT là 8,2% (trong đó ở nam là 12,4% và nữ là 5,1%). Bệnh nhân mắc BPTNMT gặp nhiều ở nông thôn, có tiền sử hút thuốc, tuổi cao và trình độ văn hóa thấp. BPTNMT là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư ở thành phố lớn và đứng hàng đầu ở nông thôn với trên 50% nam giới hút thuốc.

4.2. Ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ

4.2.1. Tuổi và BPTNMT

BPTNMT có đặc điểm là bệnh tiến triển từ từ và liên quan đến tình trạng viêm mạn tính ở phế quản và phổi. Nghiên cứu của chúng tôi đã phát hiện được 72 bệnh nhân mắc BPTNMT. Trong mô hình logistic đa biến, khi phân tích ảnh hưởng của tuổi đối với BPTNMT (bảng 3.8) chúng tôi nhận thấy, tuổi càng cao thì nguy cơ mắc BPTNMT càng tăng. Ở độ tuổi 50 - 59

nguy cơ mắc cao gấp xấp xỉ gần 4,9 lần với 95% CI [1,1- 8] so với độ tuổi trẻ hơn, còn ở độ tuổi trên 60 thì nguy cơ mắc cao hơn nữa tới xấp xỉ 13 lần với 95% CI [5,3 — 31,9]. Khi so sánh với kết quả của các nghiên cứu trong nước, nhận xét của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai khi nghiên cứu dịch tễ học BPNMT trong dân cư nội thành thành phố Hà Nội, theo Đinh Ngọc Sỹ và CS (2009) tỉ lệ mắc BPTNMT tăng theo lứa tuổi một cách rõ rệt từ 0,4% ở nhóm tuổi từ 15 - 40 tuổi, 4,1% ở lứa tuổi từ 40 trở lên và 9,3% ở nhóm từ 65 tuổi trở lên. Một nghiên cứu ở Hàn Quốc trên 1.160 đối tượng cho kết quả là những đối tượng từ 45 tuổi trở lên có tỉ lệ mắc BPTNMT cao gấp 4,3 lần so với những người trẻ hơn (95% CI [2,6 - 7,0]). Nghiên cứu của Lundback và CS (2003) trên 1.237 đối tượng từ 45 tuổi trở lên thấy có 50% các đối tượng nhiều tuổi có hút thuốc bị mắc BPTNMT. Kết quả các nghiên cứu dịch tễ học đã cho thấy rằng BPTNMT phát triển âm thầm và BPTNMT đã không được để ý đến trong quá trình tiến triển tự nhiên của nó. Nếu không được phát hiện sớm bằng các nghiên cứu dịch tễ, cũng như qua khám sức khoẻ định kỳ hàng năm hay đi khám vì một bệnh khác thì đa số các đối tượng vào viện khi bệnh đã tiến triển qua một thời gian dài, như vậy có thể thấy tuổi cao cũng là một yếu tố nguy cơ có liên quan đến tỉ lệ mắc BPTNMT.

4.3.2. Giới tính và BPTNMT

Trước đây, các nghiên cứu nhận thấy rằng tỉ lệ mắc BPTNMT ở nam giới cao hơn so với nữ giới, tuy nhiên khoảng 15 năm trở lại đây thì tỉ lệ mắc tăng ở nữ giới. Nghiên cứu về ảnh hưởng của giới tính lên tỉ lệ mắc BPTNMT, nhiều nghiên cứu về dịch tễ học BPTNMT trên thế giới cho thấy tỉ lệ mắc BPTNMT ở nam giới cao hơn so với nữ giới, tỉ lệ mắc BPTNMT giữa hai giới có sự khác biệt có thể do bị tác động bởi tiền sử tiếp xúc và tình trạng đáp ứng của cơ thể nam và nữ là khác nhau đối với các yếu tố nguy cơ (đặc biệt là hút thuốc). Một nghiên cứu ở Anh (2003) cho thấy tỉ lệ mắc BPTNMT ở nam

giới là 1,7% và ở nữ giới là 1,4%, nghiên cứu này còn nhận thấy xu hướng mắc bệnh ổn định ở nam và tăng ở nữ có liên quan đến tiền sử hút thuốc. Nghiên cứu của Buist và CS (2007) tiến hành ở Áo trên 1.258 đối tượng từ 40 tuổi trở lên cho kết quả tỉ lệ mắc BPTNMT là tương đương nhau ở cả nam và nữ và các đối tượng nghiên cứu đều có tiền sử hút thuốc là tương đương nhau ở cả hai giới.

Chúng tôi thấy rằng, trong đánh giá ảnh hưởng của giới tính đến tỉ lệ mắc BPTNMT có lẽ tiền sử hút thuốc là một yếu tố gây nhiễu nên cần phải tiến hành phân tích kết quả nghiên cứu theo mô hình đa biến, để có được kết luận chính xác về mối liên quan giữa BPTNMT với giới tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 59 nam (81,9%) và 13 nữ (18,1%) mắc BPTNMT, tỉ lệ mắc giữa nam và nữ là 4,5/1, nhưng trong tổng số 682 đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi có hút thuốc thì chỉ có 17 đối tượng là nữ hút thuốc (bảng 3.2). Khi tiến hành phân tích giữa 2 biến (BPTNMT và giới tính), chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt rõ rệt về tỉ lệ mắc BPTNMT giữa nam và nữ (bảng 3.4) (OR=5,7), 95%CI [3,1 - 11,5]. Nếu với những nhận xét như vậy thì giới tính có mối liên quan chặt chẽ với BPTNMT. Thực tế lý do của sự khác biệt này không phải do yếu tố giới tính mà có thể do 1 yếu tố gây nhiễu khác đó là hút thuốc. Khi phân tích mô hình logistic đa biến đã chứng minh điều này. Trong mô hình phân tích đa biến này khi các yếu tố nguy cơ gây bệnh được khống chế ngang bằng thì nam giới và nữ giới không có sự khác biệt về tỉ lệ mắc bệnh (bảng 3.8) (OR = 2,2; 95%CI [0,9 — 5,2]).

Như vậy giới tính có thể không phải là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới tỉ lệ mắc BPTNMT, mà chỉ là yếu tố bị tác động của các yếu tố nguy cơ khác, bên cạnh đó đáp ứng đường thở của cơ thể nam giới và nữ giới khác nhau đối với các yếu tố nguy cơ, dẫn đến làm cho tỉ lệ mắc bệnh có vẻ có sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ.

4.3.3. Ảnh hưởng của thuốc lá đến BPTNMT

Theo GOLD (2003), thuốc lá là nguyên nhân chủ yếu của BPTNMT, là yếu tố quyết định quan trọng nhất của mức độ lưu hành của bệnh ở từng quốc gia. Trong số 2005 đối tượng trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 682 đối tượng hút thuốc chiếm tỉ lệ 34,17%. Trong đó số các đối tượng hút thuốc có 665/682 là nam giới và chỉ có 17 đối tượng là nữ giới (bảng 3.2). Phân tích mối liên quan giữa thói quen hút thuốc với tỉ lệ mắc BPTNMT (bảng 3.5) chúng tôi nhận thấy những đối tượng hút thuốc ≥ 15 bao/năm có nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 4,9 lần (95%CI = 2,9 - 8,1) so với những đối tượng không hút thuốc hoặc hút thuốc ≤ 15 bao/năm. Khi phân tích trên mô hình đa biến Logistic về ảnh hưởng của hút thuốc đến mức BPTNMT sau khi đã khống chế các yếu tố gây nhiễu khác chúng tôi nhận thấy mối quan hệ này càng chặt chẽ, những người hút thuốc ≥ 15 bao/năm có nguy cơ mắc gấp 3,6 lần so với các đối tượng không hút thuốc hoặc hút thuốc dưới 15 bao/năm với 95% CI [1,5 - 8,7] (bảng 3.8).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả trong nước và trên thế giới. Nguyễn Bá Hùng và CS (2001) nhận thấy trong nhóm mắc BPTNMT thì tỉ lệ đối tượng hút thuốc chiếm tỉ lệ rất cao (97%) và tìm thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa thói quen hút thuốc và mức độ giảm của CNTK trong nhóm mắc BPTNMT. Khi nghiên cứu dịch tễ học BPTNMT trên 2.976 dân cư ngoại thành thành phố Hải Phòng, Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai (2006) nhận thấy mối liên quan rõ rệt của khói thuốc lá, thuốc lào với BPTNMT (OR = 4,28; 95%CI [2,86 - 6,52]).

Lindberg và CS (2005) nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ của BPTNMT, kết quả nghiên cứu được phân tích theo mô hình đa biến để đánh giá ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ thấy ở những người hút thuốc có nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 5 lần so với những người không hút thuốc (OR = 5,37 theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh của BTS, OR = 4,56 theo tiêu chuẩn GOLD). Xu

Fei và CS (2005) tiến hành nghiên cứu trên 29.319 đối tượng trên 35 tuổi tại cả khu vực thành thị và nông thôn nhận thấy tỉ lệ mắc BPTNMT ở những người hút thuốc cao hơn so với ở những người không hút thuốc sau khi đã loại trừ các yếu tố nhiễu khác như tuổi, giới, khói bếp, bụi nghề nghiệp, uống rượu, trọng lượng cơ thể.... và nguy cơ mắc BPTNMT tăng lên theo mức độ hút thuốc.

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự như các nghiên cứu về dịch tễ học BPTNMT trong nước và trên thế giới nhận thấy hút thuốc là yếu tố nguy cơ thực sự và hàng đầu gây BPTNMT.

4.3.4. Ảnh hưởng của khói bếp đến BPTNMT

Các nghiên cứu về yếu tố nguy cơ của BPTNMT cũng đã nhận thấy vai trò của khói của các nhiên liệu đốt sử dụng đun nấu như bếp củi, than tổ ong, rơm rạ, khí sinh học...đối với sự xuất hiện của BPTNMT ở những nước phát triển. Tuy nhiên kết quả của các nghiên cứu về ảnh hưởng của yếu tố nguy cơ này đến tỉ lệ mắc BPTNMT chưa có sự thống nhất giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành ở hai huyện thuộc khu vực nông thôn của miền Bắc Việt Nam là huyện Lạng Giang thuộc tỉnh Bắc Giang và huyện Sóc Sơn thuộc thành phố Hà Nội, đây là khu vực dân cư mà chất đốt người dân dùng chủ yếu là than, củi... qua bảng câu hỏi phỏng vấn chúng tôi thấy số đối tượng nghiên cứu có tiếp xúc với khói bếp củi, bếp than ≥ 30 năm chiếm tỉ lệ rất cao (62,5%).

Khi phân tích ảnh hưởng của khói bếp (củi, than..) lên tỉ lệ mắc BPTNMT (bảng 3.6) chúng tôi thấy các đối tượng có tiếp xúc với khói bếp thường xuyên ≥ 30 năm cao gấp 3,7 lần so với đối tượng không phơi nhiễm hoặc phơi nhiễm với khói bếp dưới 30 năm với 95% CI [1,7 — 8,9]. Tuy nhiên khi phân tích dựa vào mô hình phân tích đa biến khi đó các yếu tố nhiễu như khói thuốc, tiếp xúc bụi, tuổi, giới được khống chế bằng nhau thì

không thấy có mối liên quan giữa tiếp xúc với khói bếp ≥ 30 năm với tỉ lệ mắc BPTNMT (bảng 3.8) (OR = 1,1; 95%CI [0,3 - 3]).

Nhận xét của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai (2006) nghiên cứu dịch tễ học BPTNMT ở một số tỉnh và thành phố khu vực phía bắc cũng nhận thấy ảnh hưởng của khói bếp đến mắc BPTNMT chưa rõ ràng. Matheson và cộng sự (2005) nghiên cứu trên 1.232 đối tượng cũng nhận thấy không có sự liên quan giữa tiếp xúc với khói bếp với tỉ lệ mắc BPTNMT. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi khi hỏi về tiền sử tiếp xúc với khói bếp, các đối tượng nghiên cứu khó nhớ được chính xác thời gian đun bếp củi, than (mà chỉ ước lượng), bên cạnh đó còn không tính được mức độ tiếp xúc đó là sẽ có thời gian các đối tượng tiếp xúc nhiều, có thời gian tiếp xúc ít. Ảnh hưởng của tiếp xúc với khói bếp đến BPTNMT còn phải tính đến tình trạng thông thoáng khí của khu vực nhà bếp. Vì vậy đánh giá mối liên quan giữa tiếp xúc với khói bếp và BPTNMT trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế và cần thiết phải tiến hành trên phạm vi rộng hơn.

4.3.5. Ảnh hưởng của bụi nghề nghiệp đến BPTNMT

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng đề cập đến yếu tố phơi nhiễm với bụi nghề nghiệp đến nguy cơ mắc BPTNMT. Tuy nhiên vì địa điểm nghiên cứu của chúng tôi là ở khu vực nông thôn, các đối tượng chủ yếu là làm nông nghiệp nên chỉ có 38/2005 đối tượng tham gia vào nghiên cứu có phơi nhiễm với bụi nghề nghiệp, trong đó chỉ có 05 đối tượng mắc BPTNMT có tiền sử phơi nhiễm với bụi nghề nghiệp ≥ 20 năm (03 bệnh nhân là công nhân mỏ than, 02 bệnh nhân là công nhân nhà máy xi măng, các công nhân có tham gia trực tiếp sản xuất và tiếp xúc thường xuyên với bụi). Và khi so sánh tìm hiểu mối liên quan giữa phơi nhiễm với bụi nghề nghiệp với tỉ lệ mắc BPTNMT thì chúng tôi thấy không có sự liên quan giữa BPTNMT với tiếp xúc bụi nghề nghiệp với OR = 0,8; 95%CI [0,002 - 5,0] (bảng 3.7), nhưng do

trong nghiên cứu của chúng tôi các đối tượng có tiếp xúc với bụi nghề nghiệp là quá ít nên kết quả không cho phép kết luận về mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ này với BPTNMT. Nhiều nghiên cứu trên thế giới chứng tỏ được rằng phơi nhiễm bụi nghề nghiệp cũng là một yếu tố nguy cơ của BPTNMT.

4.4. Triệu chứng lâm sàng của BPTNMT

Phân tích trong nhóm BPTNMT chúng tôi thấy có tới 72,2% số bệnh nhân có biểu hiện của triệu chứng ho, 70,8% số bệnh nhân có biểu hiện của khạc đờm, triệu chứng khó thở gặp ở 52,8% số bệnh nhân. Đặc biệt có 10 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 13,9% không có bất kỳ 1 triệu chứng lâm sàng nào (biểu đồ 2), như vậy nếu không được thăm khám và đo CNTK thì sẽ có 13,9% số bệnh nhân không được phát hiện bệnh. Chính vì vậy, việc phối hợp các phương pháp để chẩn đoán là rất quan trọng, tránh bỏ sót một số lượng tương đối nhiều bệnh nhân mắc BPTNMT không được phát hiện. Một nghiên cứu đa trung tâm ở châu Âu, được thực hiện trên 1.277 đối tượng có tuổi trung bình là 52 tuổi và nam giới chiếm 74% cho kết quả là hơn 3/4 (78%) số đối tượng có biểu hiện của triệu chứng ho và khạc đờm, trên 90% đối tượng có ít nhất một triệu chứng hô hấp. Nghiên cứu của Kornmann O và CS (2003) tiến hành trên 210 bệnh nhân BPTNMT thấy các triệu chứng cơ năng làm cho bệnh nhân đến khám để xác định bệnh là ho (84%), khó thở khi gắng sức (70%), khạc đờm (45%) và các triệu chứng kéo dài trung bình khoảng 12 tháng.

Khi thăm khám thực thể ở nhóm mắc BPTNMT, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận các triệu chứng nổi bật là: 28/72 bệnh nhân (38,9%) đối tượng mắc BPTNMT có rì rào phế nang giảm khi nghe phổi, 42/72 bệnh nhân (58,3%) có bất thường về tần số hô hấp (tần số thở >20 lần/phút), dấu hiệu gõ vang có 25/72 bệnh nhân (34,7%) và nghe phổi có ran gập 9/72 bệnh nhân (12,5%) (bảng 3.9).

4.5. Đặc điểm của chức năng thông khí

Đo chức năng thông khí được coi là phương tiện quan trọng trong chẩn đoán xác định BPTNMT và đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới khẳng định. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về CNTK ở nhóm BPTNMT cho thấy tất cả các chỉ tiêu thông khí đều giảm dưới mức bình thường (bảng 3.10; bảng 3.11). FEV₁ giảm: 51% (95%CI [46,9 - 55,1]); FVC giảm nhiều: 46,7% (95%CI [42,9 - 50,6]) SLT; chỉ số Gaensler (FEV₁/FVC) giảm < 70%; FEF_{25-75%}: 32,9% (95%CI [42,9 - 50,6]); MEF_{75%}: 34,1% (95%CI [42,9 - 50,6]); MEF_{50%}: 25,2% (95%CI [42,9 - 50,6]); MEF_{25%}: 35,3 % (95%CI [42,9 - 50,6]). Như vậy các chỉ tiêu đánh giá RLTKTN đường thở trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của các tác giả trong nước. Nhận xét về kiểu RLTK ở các đối tượng mắc BPTNMT trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có 28/72 (chiếm 38,1%) trường hợp có RLTKTN và 44/72 (chiếm 61,9%) trường hợp có RLTKHH. Có nhiều nghiên cứu nhận xét rằng bắt đầu từ giai đoạn II của bệnh, RLTK thường biểu hiện kiểu RLTKHH (vừa có tắc nghẽn vừa có hạn chế). Nguyễn Đình Tiến nghiên cứu trên 90 bệnh nhân BPTNMT nhận thấy RLTKHH chiếm tỉ lệ cao (93,3%), RLTKTN chiếm tỉ lệ 6,7%. Một số tác giả trên thế giới đã khuyến cáo, để phát hiện sớm RLTKTN đường thở nhỏ khi chưa có biểu hiện lâm sàng hoặc khi FEV₁ và tỉ số FEV₁/FVC vẫn bình thường, thì nên tham khảo các chỉ số như FEF_{25 - 75%}, MEF_{75%}, MEF_{50%}, MEF_{25%}.

4.6. Đặc điểm về X-quang phổi chuẩn

Hình ảnh x-quang mà chúng tôi gặp nhiều nhất đó là hình ảnh phổi bản 64/72 trường hợp (88,9%), vòm hoành phẳng (70,8%), và hình ảnh trường phổi hai bên quá sáng (50,7%) (bảng 3.12). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với một số tác giả khác trong nước khi nghiên cứu về BPTNMT. Theo Đào Nam Lượng (1999) nghiên cứu 41 bệnh nhân BPTNMT ở bệnh viện thấy 2 triệu chứng X-quang hay gặp đó là hình ảnh căng giãn phổi (49%) và hội

chứng phế quản (75%). Trong hội chứng phế quản có 56% có hình ảnh phổi bản, hội chứng mạch máu do TALĐMP gặp 15%. Thực tế đối tượng nghiên cứu của các tác giả này là bệnh nhân BPTNMT phải nhập viện có nghĩa là bệnh đã ở giai đoạn nặng, do vậy tổn thương trên X-quang sẽ rõ rệt hơn.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu về BPTNMT trên 1012 đối tượng từ 40 tuổi trở nên tại huyện Lạng Giang và 993 đối tượng từ 40 tuổi trở nên tại huyện Sóc Sơn, chúng tôi rút được một số kết luận sau:

1. Tỷ lệ mắc BPTNMT

* Tại khu vực ngoại thành tỉnh Bắc Giang (huyện Lạng Giang)

- Tỷ lệ mắc BPTNMT chung cho cả 2 giới là: 3,85%.
- Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới: 6,92% và ở nữ giới: 1,42%.
- Tỷ lệ mắc viêm phế quản mạn tính đơn thuần: 10,5%.

* Tại khu vực ngoại thành thành phố Hà Nội (huyện Sóc Sơn)

- Tỷ lệ mắc BPTNMT chung cho cả 2 giới là: 3,32%.
- Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới: 6,1% và ở nữ giới: 0,9%.
- Tỷ lệ mắc viêm phế quản mạn tính đơn thuần: 10,5%.

2. Một số yếu tố nguy cơ của BPTNMT

- Các yếu tố nguy cơ có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê đối với BPTNMT
 - + Hút thuốc lá ≥ 15 bao/năm (OR = 3,6; 95% CI [1,5 - 8,7]).
 - + Tuổi ≥ 50 (OR = 4,9, 95% CI [1,1 - 8]).
- Giới tính, khói bếp, bụi nghề nghiệp không có ảnh hưởng rõ rệt đối với BPTNMT trong nghiên cứu này.

3. Đặc điểm lâm sàng, x - quang phổi và CNTK của nhóm mắc BPTNMT

- Triệu chứng ho, khạc đờm là triệu chứng gặp nhiều nhất: 70,8 - 72,2%.
- 13,9% số đối tượng mắc BPTNMT không có triệu chứng lâm sàng hô hấp.

- Biểu hiện lâm sàng gặp khi thăm khám phổi: rì rào phế nang giảm (38,9%), tần số thở > 20 lần/phút (58,3%), gõ vang (34,7%), các triệu chứng khác gặp ít hơn.
- Đặc điểm của X-quang phổi chuẩn: hình ảnh phổi bản (88,9%), vòm hoành phẳng (70,8%), hình ảnh căng giãn phổi (55,6%), các dấu hiệu khác gặp ít hơn.
- Đặc điểm của CNTK:
 - + Rối loạn thông khí tắc nghẽn chiếm 38,9%, rối loạn thông khí hỗn hợp chiếm 61,1%.
 - + Các chỉ số FVC, FEV1, chỉ số Tiffeneau và các chỉ số MEF25%, MEF50%, MEF75% đều giảm so với trị số lý thuyết.

KIẾN NGHỊ

Qua một số kết quả của nghiên cứu này tôi xin đề xuất một số các biện pháp để giảm tối thiểu tỉ lệ mắc và tỉ lệ bệnh nặng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính:

1. Khám sức khỏe và đo CNTK định kỳ cho các đối tượng có triệu chứng ho, khạc đờm mạn tính hoặc không có triệu chứng nhưng có tiền sử tiếp xúc yếu tố nguy cơ để phát hiện và điều trị sớm BPTNMT.
2. Tập huấn cho cán bộ Y tế cơ sở phát hiện BPTNMT và các yếu tố nguy cơ gây BPTNMT.
3. Giáo dục sức khỏe trên truyền thông về BPTNMT để giúp cộng đồng biết về BPTNMT.
4. Tuyên truyền, giáo dục loại bỏ thói quen hút thuốc và đẩy mạnh chương trình tư vấn cai nghiện thuốc lá.
5. Khuyến cáo người dân sử dụng bếp có hệ thống thông khí tốt.