

tương nghiên cứu ở xã can thiệp có mức độ kiến thức, thái độ, thực hành cao hơn so với xã đối chứng với $p < 0,05$.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy can thiệp TT-GDSK mang lại hiệu quả cho phòng bệnh ở bà mẹ. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu được thực hiện trước đó [5],[6],[9]. Kết quả cho thấy rằng cần duy trì và mở rộng các mô hình TT-GDSK nâng cao kiến thức và thực hành về phòng TCM bà mẹ có con dưới 5 tuổi và cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ có con dưới 5 tuổi lần lượt là 29,3%; 22,3% và 18,8%.

KIẾN NGHỊ. Cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống bệnh tay chân miệng tại tuyến xã, đồng thời cung cấp các tài liệu truyền thông phòng chống tay chân miệng cho người dân, tập trung truyền thông vào các hành vi dự phòng lây nhiễm bệnh tay chân miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế- Cục Y tế dự phòng (2013)**, Báo cáo số 887/BC-BYT: Báo cáo tình hình bệnh tay chân miệng ở Việt Nam, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2011)**, Quyết định 2554/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tay chân miệng, Hà Nội.

3. **Huỳnh Kiều Chinh và Nguyễn Đỗ Nguyên (2014)**, "Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại huyện dương minh châu, tỉnh tây ninh năm 2013", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 18(6), tr. 266-270.
4. **Trần Thị Anh Đào và cộng đồng (2014)**, "Kiến thức và thực hành về phòng bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi ở huyện Long Thành, tỉnh Đồng Nai", Tạp chí Y học thực hành. 23(911), tr. 1-6.
5. **Lê Thị Lan Hương (2018)**, Đánh giá kết quả can thiệp cải thiện kiến thức, thực hành phòng chống bệnh Tay - chân - miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại xã An Lão, Bình Lục, Hà Nam Luận án tiến sĩ, Khoa Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
6. **Hồ Thị Thiên Ngân và cộng sự (2015)**, "Thực hành phòng bệnh tay chân miệng tại cộng đồng: Nghiên cứu cắt ngang tại khu vực phía nam năm 2014", Tạp chí Y học dự phòng. 5(165), tr. 464-469.
7. **Mai Văn Phước (2015)**, Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh tay Chân miệng cho trẻ dưới 5 tuổi của bà mẹ và một số Yếu tố liên quan tại 02 xã, huyện Vị Thủy, tỉnh Hậu Giang năm 2015, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
8. **Võ Thị Tiên và Tạ Văn Trâm (2012)**, "Kiến thức, thái độ, hành vi của bà mẹ về phòng chống bệnh tay chân miệng", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 16(4), tr. 83 - 92.
9. **Zahari., Abu Zarin Bin, et al (2012)**, An interventional study on the knowledge, attitude and practice on hand, foot and mouth disease among the parents or caregivers of children aged 10 and below at Nanga Sekauu resettlement scheme from 26th March to 10th June 2012, Faculty of Medicine and Health Science, University Malaysia Sarawak, Malaysia.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY ĐỢT CẤP THƯỜNG XUYÊN Ở BỆNH NHÂN CÓ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NHẬP VIỆN TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phùng Thị Thanh¹, Chu Thị Hạnh²,
Trần Thị Nương¹, Vũ Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố nguy cơ gây đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân có đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) nhập viện tại khoa Hô hấp, bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang với 118 bệnh nhân đợt cấp COPD điều trị tại khoa Hô hấp, bệnh viện Bạch Mai – cỡ mẫu

tính theo công thức nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** thời gian mắc bệnh >5 năm, điểm CAT ≥ 10 làm tăng nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 4,9 lần và 4,35 lần so với nhóm còn lại (tương ứng $p < 0,05$ và $p < 0,01$). BPTNMT có bệnh đồng mắc có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 2 lần so với nhóm có không có bệnh đồng mắc, $p < 0,05$. Không tuân thủ theo đơn điều trị có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 3,3 lần so với tuân thủ điều trị theo đơn, $p < 0,05$. Sử dụng ICS có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 3,2 lần so với không sử dụng ICS, $p < 0,05$. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng còn hút thuốc và chỉ số FEV1 với đợt cấp thường xuyên nhập viện. **Kết luận:** thời gian mắc bệnh > 5 năm, điểm CAT ≥ 10 , có bệnh đồng mắc, không tuân thủ điều trị theo đơn, không sử dụng ICS là những yếu tố làm

¹Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thị Thanh

Email: drthanhpung@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2022

Ngày duyệt bài: 25.4.2022

tăng nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD, đợt cấp

Chữ viết tắt: BN: Bệnh nhân
BPTNMT: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
CAT: Bộ câu hỏi đánh giá bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
FEV1: Thể tích thở ra gắng sức ở giây đầu tiên
ICS: Corticosteroid dạng hít (inhaled corticosteroid)

SUMMARY

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH FREQUENTLY EXACERBATIONS IN ACUTE CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENT HOSPITALIZED AT RESPIRATORY CENTRE OF BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To identify associations of some factors of frequent exacerbations in hospitalized patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Method:** 118 COPD exacerbations inpatients treated at the respiratory center of Bach Mai hospital collected. **Results:** the group of patients had disease duration >5 years, CAT score ≥ 10 suffered from frequent exacerbations 4.9 times and 4.35 times more likely in comparison with other patients ($p < 0.05$ and $p < 0.001$, respectively). COPD patients with co-morbidities had double risk of frequent exacerbations compared with the group with non-co-morbidities, $p < 0.05$. Non-compliance with prescriptions had a risk of frequent exacerbations of hospitalization 3.3 times higher than that of patients who adherence to prescriptions, $p < 0.05$. Using ICS was 3.2 times more likely to have frequent exacerbations of hospitalization than not using ICS, $p < 0.05$. There was no statistically significant relationship between smoking status and FEV1 index with frequent exacerbations of hospitalization. **Conclusions:** Disease duration > 5 years, CAT score ≥ 10 , co-morbidities, non-adherence to prescription treatment, not use ICS are factors that associated with frequent exacerbations of COPD patients.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, COPD, exacerbation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một bệnh lý hô hấp mạn tính có xu hướng ngày càng gia tăng do tăng tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ và sự già đi của dân số. BPTNMT thường hay có các đợt diễn biến cấp tính do các nguyên nhân khác nhau. Những bệnh nhân có đợt cấp thường xuyên sẽ để lại hậu quả là giảm chức năng thông khí phổi, giảm khả năng gắng sức, tăng chi phí chăm sóc sức khỏe, chất lượng cuộc sống giảm sút và đồng nghĩa với thời gian sống còn rút ngắn. Vì vậy ngăn ngừa đợt cấp là một mục tiêu bức thiết trong thực hành quản lý và điều trị BPTNMT. Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên

cứu về BPTNMT nhưng chưa có nhiều đề tài nghiên cứu đầy đủ về các yếu tố nguy cơ gây đợt cấp thường xuyên nhập viện. Nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ gây thúc đẩy đợt cấp thường xuyên BPTNMT nhập viện giúp các bác sỹ lâm sàng có thể nhìn được một bức tranh tổng thể hơn về đợt cấp BPTNMT từ đó đưa ra các quyết định điều trị hiệu quả, tư vấn phòng ngừa các đợt cấp tiếp theo cho bệnh nhân nhằm hạn chế sự suy giảm chức năng hô hấp cũng như trực tiếp nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** 118 đối tượng được chẩn đoán xác định mắc đợt cấp BPTNMT theo tiêu chuẩn GOLD 2018 [2], điều trị nội trú tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2018- tháng 8/2019.

- **Thiết kế nghiên cứu:** tiến cứu mô tả. Chọn mẫu thuận tiện không xác suất.

- Các chỉ số nghiên cứu:

+ Tình trạng hút thuốc, thời gian mắc bệnh.
+ Số đợt cấp trong vòng 1 năm trở lại đây: dựa vào giấy ra viện của BN với chẩn đoán Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; đợt cấp có triệu chứng nặng lên tại nhà phải thay đổi điều trị cần dùng kháng sinh và/ hoặc corticoid; đợt cấp thường xuyên được định nghĩa là mắc hai hoặc nhiều đợt cấp mỗi năm, đợt cấp không thường xuyên là có ≤ 1 đợt cấp mỗi năm.

- FEV1 được xác định bằng đo chức năng thông khí phổi, thăm dò này được tiến hành khi tình trạng bệnh nhân ổn định, ngừng các thuốc giãn phế quản theo đúng quy định.

- Bệnh đồng mắc: là các bệnh lý nền mạn tính mà BN mắc phải.

- Sự tuân thủ điều trị: đánh giá sự tuân thủ đúng theo đơn của bác sỹ bằng bộ câu hỏi phỏng vấn của Morisky (MAQ – medication adherence questionnaire – Morisky 8) [2].

+ Đánh giá mức độ triệu chứng bằng thang điểm mMRC (5 mức độ từ 0-4) và bộ câu hỏi CAT: được tiến hành khi tình trạng bệnh nhân ổn định (không phải thở oxy, đi lại được trong phòng và không có cơn khó thở cấp). Bảng điểm CAT: gồm 8 câu hỏi, do bệnh nhân tự đánh giá mức độ từ nhẹ tới nặng, mỗi câu đánh giá có 6 mức độ, tổng điểm từ 0 – 40 điểm trong đó CAT < 10: ít triệu chứng, CAT ≥ 10 : nhiều triệu chứng [2].

Xử lý số liệu: theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa tình trạng hút thuốc và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

Phơi nhiễm	TS đợt cấp		Không thường xuyên		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
Còn tiếp xúc	2	50,0	2	50,0	4		> 0,05	
Không tiếp xúc	28	24,6	86	75,8	114			
Tổng		30		88	118			

Mối liên quan giữa tình trạng còn hút thuốc với đợt cấp thường xuyên nhập viện của nhóm đối tượng nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05, mức độ tin cậy 95%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

Thời gian	TS đợt cấp		Không thường xuyên		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
< 5 năm	28	30,1	65	69,9	93		< 0,05 OR = 4,9 (1,0 – 22,4)	
≥ 5 năm	2	8,0	23	92,0	25			
Tổng		30		88	118			

Nhóm BN mắc BPTNMT ≥ 5 năm có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện nhiều lần gấp 4,9 lần (95% CI 1,0 – 22,4) so với nhóm BN có thời gian mắc bệnh < 5 năm, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với p = 0,02.

Bảng 3. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống (CAT) và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

Điểm CAT	TS đợt cấp		Không thường xuyên		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
CAT < 10	19	90,9	24	9,1	43		< 0,05 OR = 4,35 (1,81-10,4)	
CAT ≥ 10	11	51,4	64	48,6	75			
Tổng		30		88	118			

Nhóm BN mắc BPTNMT có điểm CAT ≥ 10 có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện nhiều lần gấp 4,35 lần (95% CI 1,81-10,4) so với nhóm BN có CAT < 10, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 4. Mối liên quan giữa FEV1 và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

FEV1	TS đợt cấp		Không thường xuyên		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
> 80%	0	0,0	4	100,0	4		> 0,05	
50 - 80%	6	21,4	22	78,6	28			
30 - 50%	14	32,6	29	67,4	43			
< 30%	10	23,3	23	76,7	43			
Tổng		30		88	118			

Mối liên quan giữa FEV1 với nguy cơ đợt cấp thường xuyên nhập viện của nhóm đối tượng nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05, mức độ tin cậy 95%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa bệnh đồng mắc và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

Bệnh đồng mắc	TS đợt cấp		Không thường xuyên		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
Không có	12	35,3	22	64,7	34		< 0,05; OR = 2 (0,83 – 4,80)	
Có	18	21,4	66	78,6	84			

Nhóm BN mắc BPTNMT có bệnh đồng mắc kèm theo có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 2 (95% CI, 0,83 – 4,80) lần so với nhóm BN có không có bệnh đồng mắc, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với p < 0,05, mức độ tin cậy 95%.

Bảng 6. Mối liên quan giữa việc tuân thủ điều trị và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

Tuân thủ	TS đợt cấp		Không thường xuyên		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
Có	5	12,5	35	87,5	40		< 0,05	

Không	25	32,1	53	67,9	78	OR = 3,3 (1,0 – 5,4)
Tổng	30		88		118	

Nhóm BN mắc BPTNMT không tuân thủ theo đơn điều trị có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 3,3 lần (95% CI 1,0 – 5,4) so với nhóm BN tuân thủ điều trị theo đơn, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$, mức độ tin cậy 95%.

Bảng 7. Mối liên quan giữa tình trạng sử dụng corticoid và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện

Sử dụng corticoid	TS đợt cấp		Thường xuyên		Tổng	p (95% CI)
	Không thường xuyên	Thường xuyên	n	Tỷ lệ %		
Sử dụng ICS	24	32,9	49	67,1	73	< 0,05 OR = 3,2 (1,18 – 8,55)
Không sử dụng ICS	6	13,3	39	86,7	45	
Tổng	30		88		118	

Nhóm BN mắc BPTNMT không sử dụng ICS có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện gấp 3,2 lần (95% CI 1,18 – 8,55) so với nhóm BN có sử dụng ICS, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,021$, mức độ tin cậy 95%.

IV. BÀN LUẬN

Mối liên quan giữa tình trạng hút thuốc và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Hút thuốc là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây BPTNMT, những người hút thuốc có nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 10 lần so với những người không hút thuốc [3]. Ngừng hút thuốc là biện pháp hữu hiệu nhất, kinh tế nhất để phòng ngừa cũng như ngăn chặn sự tiến triển của BPTNMT.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì việc còn tiếp xúc với khói thuốc không có mối liên quan với nguy cơ thúc đẩy đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT ($p > 0,05$) do chúng tôi chỉ có 4 BN còn hút thuốc, 114 BN đã bỏ thuốc lá, thuốc lào.. Tại Việt Nam có một nghiên cứu ở khoa Nội hô hấp Bệnh viện Chợ Rẫy của tác giả Trần Văn Ngọc và Mã Vĩnh Đạt (2018) chỉ ra những bệnh nhân đang hút thuốc lá có nguy cơ nhập viện gấp 4,5 lần so với nhóm không hút thuốc lá và cao hơn 3,3 lần so với nhóm đã từng hút thuốc lá với p lần lượt là 0,033 và 0,012 [5].

Mối liên quan giữa thời gian mắc BPTNMT với đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Theo kết quả nghiên cứu, nhóm BN mắc BPTNMT ≥ 5 năm có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 4,9 lần so với nhóm BN có thời gian mắc bệnh < 5 năm, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$. Kết quả này cao hơn kết quả của Trần Văn Ngọc và Mã Vĩnh Đạt (2018) thì nhóm mắc bệnh trên 5 năm có nguy cơ nhập viện do đợt cấp gấp 2,41 lần [5] và cao hơn nghiên cứu của Cao Z. và CS (2006): BN mắc BPTNMT ≥ 5 năm có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 2,32 lần so với nhóm BN có thời gian mắc bệnh < 5 năm ($p < 0,05$) [3].

Mối liên quan giữa thang điểm CAT và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Nhóm BN mắc BPTNMT có

điểm chất lượng cuộc sống CAT ≥ 10 có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 4,35 lần (95% CI 1,81- 10,4) so với nhóm BN có CAT < 10 , mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này thấp hơn so với tác giả Tomioka R. và CS (2016) thì điểm CAT ≥ 10 làm tăng nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 3,83 lần [7]. Như vậy khi chất lượng cuộc sống kém đồng nghĩa với bệnh nhân có nhiều triệu chứng trên lâm sàng làm tăng nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên dẫn đến phụ thuộc vào người chăm sóc nhiều hơn, nguy cơ sử dụng thuốc để điều trị các triệu chứng nhiều hơn, tăng gánh nặng kinh tế và tăng nguy cơ xuất hiện các biến cố trong tương lai.

Mối liên quan giữa chỉ số FEV1 với đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Chúng tôi thấy mối liên quan giữa mức độ tắc nghẽn hô hấp (biểu thị bằng chỉ số FEV₁) với sự xuất hiện đợt cấp thường xuyên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Tân (2016) không có mối liên quan giữa FEV₁ với đợt cấp BPTNMT với $p = 0,32$ [6]. Cao Z. và CS (2006): nhóm bệnh nhân có FEV₁ $< 50\%$ có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 2,6 lần nhóm có FEV₁ $\geq 50\%$ ($p = 0,018$) [3].

Nhận xét sự hiện diện của các bệnh đồng mắc với đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Kết quả nghiên cứu thấy nhóm BN mắc BPTNMT có bệnh đồng mắc kèm theo có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 2 lần (95% CI 0,83- 4,8) so với nhóm BN có không có bệnh đồng mắc, mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, mức độ tin cậy 95%. So với nghiên cứu của Trần Văn Ngọc, Mã Vĩnh Đạt (2018) thì không thấy có mối liên quan giữa bệnh đồng mắc với đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân mắc BPTNMT [5].

Mối liên quan giữa việc tuân thủ điều trị

và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Tuân thủ điều trị là tối ưu hóa hiệu quả điều trị, giảm chi phí cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm BN mắc BPTNMT không tuân thủ theo đơn điều trị có nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên gấp 3,3 lần (95% CI 1,0 – 5,4) so với nhóm BN tuân thủ điều trị theo đơn, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$, mức độ tin cậy 95%. Kết quả này cũng tương tự kết quả của Trần Văn Ngọc và Mã Vĩnh Đạt (2018) những bệnh nhân không tuân thủ điều trị có nguy cơ nhập viện vì đợt cấp cao gấp 5,95 lần với $p = 0,001$ [5].

Mối liên quan giữa tình trạng sử dụng ICS và đợt cấp thường xuyên ở bệnh nhân BPTNMT nhập viện: Nhóm BN mắc BPTNMT sử dụng ICS có nguy cơ mắc đợt cấp nhập viện nhiều lần gấp 3,2 lần (95% CI 1,18-8,55) so với nhóm BN không sử dụng ICS, mối liên quan có ý nghĩa thống kê với $p = 0,021$, mức độ tin cậy 95%. Trên thế giới cũng có một số nghiên cứu về sử dụng ICS với sự xuất hiện đợt cấp BPTNMT. Theo tác giả Bishwakarma, R., et al (2017) nhóm BN sử dụng LABA+ ICS có nguy cơ nhập viện hơn so với nhóm không dùng (7,8% so với 5,0%, giá trị $P < 0,0001$ và OR 1,48 [95% CI, 1,18-1,86]) [1]. Cùng kết quả đó Mc Garvey L. và CS (2015) cũng chỉ ra dùng ICS+ LABA làm tăng 3,57 lần xuất hiện đợt cấp thường xuyên [4].

V. KẾT LUẬN

Thời gian mắc bệnh > 5 năm, điểm CAT ≥ 10 , có bệnh đồng mắc, không tuân thủ điều trị theo

đơn, không sử dụng ICS là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc đợt cấp thường xuyên nhập viện của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bishwakarma, R., et al (2017), Long-acting bronchodilators with or without inhaled corticosteroids and 30-day readmission in patients hospitalized for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, **12**, 477-486.
2. Brat K., Plutinsky M., Hejduk K., et al (2018). Respiratory parameters predict poor outcome in COPD patients, category GOLD 2017 B. *International Journal of COPD*, **13**.
3. Cao Z., Ong K. C., Eng P. et al, (2006). Frequent hospital readmissions for acute exacerbation of COPD and their associated factors. *Respirology*, **11** (2), 188-195.
4. McGarvey L., Amanda J., Roberts J. et al, (2015). Characterisation of the frequent exacerbator phenotype in COPD patients in a large UK primary care population. *Respiratory Medicine*, **109**, 228-237.
5. Trần Văn Ngọc, Mã Vĩnh Đạt, (2018). Đặc điểm lâm sàng và yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện thường xuyên ở nhóm nguy cơ cao. *Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, **22** (2), 186- 193
6. Nguyễn Mạnh Tân, (2016), Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ gây nhiều đợt cấp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội.
7. Tomioka R., Kawayama T., Suetomo M., et al, (2016). "Frequent exacerbator" is a phenotype of poor prognosis in Japanese patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of COPD*, **11**, 207-216.
8. World Health Organization, (2004), International statistical classification of diseases and related health problems, World Health Organization.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ NHIỄM LIÊN CẦU NHÓM B Ở THAI PHỤ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Duy Ánh*, Lê Thị Mai Phương*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: xác định tỷ lệ nhiễm liên cầu khuẩn (LCK) nhóm B và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ có thai từ 34-36 tuần tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội và xác định mức độ nhạy cảm của một số kháng sinh với nhiễm LCK nhóm B. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 220 thai phụ tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Các thai

phụ có tuổi thai từ 34-36 tuần sẽ được lấy mẫu bệnh phẩm ở hai vị trí là 1/3 ngoài của âm đạo và ở trực tràng. Bệnh phẩm được gửi đến khoa Vi sinh trong vòng 3 giờ kể từ khi lấy mẫu để phân lập và định danh vi khuẩn. Thai phụ nhiễm LCK nhóm B sẽ được làm kháng sinh đồ, sau đó điều trị và theo dõi chuyển dạ để theo đúng quy định. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở các thai phụ có tuổi thai từ 34-36 tuần trong thời gian nghiên cứu là 13,2%. Trong nhóm có tiền sử sảy thai, tiền sử sảy thai có nguy cơ nhiễm liên cầu nhóm B gấp 4,36 lần so với nhóm không có tiền sử sảy thai lần nào (OR =4,36, 95% CI : 1,3-13,2). Tỷ lệ nhiễm LCK nhóm B ở nhóm thai phụ thực rửa âm đạo chiếm 40,0% cao hơn so với nhóm không có thói quen vệ sinh này, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Độ nhạy cảm của Penicillin, Ampicillin,

*Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Ánh

Email: bsanhbnhn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 28.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2022

Ngày duyệt bài: 26.4.2022