

hiện hành vi như đi bất thường, chơi rập khuôn có giảm nhưng không có ý nghĩa. Duy chỉ có động tác định hình và xung động chống đối thay đổi có ý nghĩa. Kết quả này có khác với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Thúy và CS tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy can thiệp tự kỷ qua giao tiếp bằng tranh sau 6 tháng thấy trẻ có tiến bộ rõ rệt về giao tiếp mắt, tương tác xã hội<sup>[3]</sup>. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang cũng cho thấy sau 12 tháng can thiệp 100% trẻ có cải thiện giao tiếp, ngôn ngữ, vận động<sup>[1]</sup>. Sự khác biệt này có thể do thời gian can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ dài (6 tháng), hơn nữa do chúng tôi chưa có chuyên gia về ngôn ngữ trị liệu. Kết quả điều trị của chúng tôi chưa cao, một phần do phối hợp của gia đình trong điều trị tự kỷ còn rất hạn chế, chỉ có 57,8% gia đình tham gia can thiệp cho trẻ. Nhiều nghiên cứu thấy sự tham gia của gia đình là yếu tố quyết định đến thành công của điều trị tự kỷ. Theo Levy S.E và CS gia đình và hệ thống giáo dục là nguồn lực chính trong can thiệp tự kỷ<sup>[7]</sup>.

Chúng tôi thấy sau 6 tháng can thiệp, điểm CARS trung bình ở hai nhóm tự kỷ nặng và trung bình có giảm nhưng không có ý nghĩa. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang thấy sau một năm can thiệp tất cả các khiếm khuyết theo CARS đều thay đổi có ý nghĩa, có thể do thời gian can thiệp dài hơn chúng tôi<sup>[1]</sup>. Quách Thúy Minh và cộng sự can thiệp cho 130 trẻ tự kỷ tại Bệnh viện Nhi cũng thấy sau 3 tháng trẻ có cải thiện tương tác xã hội và ngôn ngữ, sau 9 tháng điểm CARS giảm có ý nghĩa<sup>[3]</sup>. Sự khác biệt này có thể do thời gian can thiệp của chúng tôi còn ngắn, hơn nữa các tác giả trong và ngoài nước đều cho thấy việc điều trị tự kỷ rất khó khăn và cần phải có thời gian đủ dài mới có sự thay đổi mức độ nặng của tự kỷ theo điểm CARS.

## KẾT LUẬN

- Lứa tuổi chẩn đoán tự kỷ tại Bắc Ninh là 27,2 ± 9,3 tháng. Tỷ lệ bệnh nhi nam: nữ là 3,5:1. Tỷ lệ tự kỷ nặng là 44,4%.

- Chỉ số 57,8% gia đình phối hợp điều trị.

- Sau can thiệp các dấu hiệu tự kỷ có thay đổi, nhưng chỉ nhại lời, nói vài từ đơn, biết chỉ đồ vật, xung động chống đối và động tác đình hình thay đổi có ý nghĩa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hương Giang (2012). Nghiên cứu phát hiện sớm tự kỷ bằng M-CHAT23, đặc điểm dịch tễ-lâm sàng và phục hồi chức năng cho trẻ nhỏ tự kỷ, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. Hoang Van Minh et al (2019). "Prevalence of autism spectrum disorder and their relation to selected socio-demographic factors among children aged 18-30 months in northern Vietnam 2017", International Journal of mental health system, 1 (1), pp 27 - 29.

3. Quách Thúy Minh, Nguyễn Hồng Thúy và CS (2008). Một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ban đầu cho trẻ tự kỷ tại khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương, Tạp chí Nghiên cứu Y học, 57(4), 280 - 88.

4. Zwaigenbaum L, Bauman M.L, Choueiri R et al (2015). "Early Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder Under 3 Years of age: Recommendation of practice and Research" Pediatrics, 136, suppl 1, pp 60 - 81.

5. American Psychiatric Association (1994), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - DSM-IV, Washington DC, AA.

6. Lê Thị Kim Dung (2020). Kết quả can thiệp sớm cho trẻ tự kỷ tại tỉnh Thái Nguyên, Tạp chí Y học Việt Nam, 488, 56 - 61.

7. Levy SE, Mandell DS, Schultz RT (2009). [Autism](#), Lancet, 374(9701):1627 - 38.

## TỔNG QUAN VỀ CHỒNG LẤP HEN – BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

NGUYỄN THU HẰNG<sup>1</sup>, ĐOÀN MINH SANG<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Vinh

<sup>2</sup>Trường Đại học Dược Hà Nội

### TÓM TẮT

Chồng lấp hen - bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (ACO) là một tình trạng bệnh đặc trưng bởi giới hạn luồng khí không hồi phục, bệnh nhân

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thu Hằng

Email: [thuhang@vnu.edu.vn](mailto:thuhang@vnu.edu.vn)

Ngày nhận: 26/4/2021

Ngày phản biện: 04/6/2021

Ngày duyệt bài: 22/6/2021

vừa có triệu chứng của hen vừa có triệu chứng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. ACO có thể là một kiểu hình đặc biệt của một nhóm bệnh tắc nghẽn đường thở mạn tính, trong đó hen và COPD là hai thái cực của nhóm bệnh này. Bệnh nhân mắc ACO thường có các triệu chứng nghiêm trọng đường hô hấp, chất lượng cuộc sống kém, tăng nguy cơ đợt cấp, nhập viện và cần sử dụng nhiều nguồn lực y tế hơn so với

bệnh nhân bị hen hoặc COPD đơn thuần. Trong bài báo này, chúng tôi hệ thống lại cách định nghĩa, các tiêu chuẩn chẩn đoán và cách điều trị ACO đưa ra những tư vấn thiết thực cho các bác sĩ, dược sĩ lâm sàng.

**Từ khoá:** ACO, chồng lấp hen-COPD.

#### **SUMMARY**

*Asthma-COPD overlap (ACO) is characterized by persistent airflow limitation with several features usually associated with asthma and several features usually associated with COPD. Asthma-COPD overlap is therefore identified in clinical practice by the features that it shares with both asthma and COPD. Compared with their counterparts with asthma or COPD alone, patients with ACOS have significantly worse respiratory symptoms, poorer quality of life, and increased risk of exacerbations, hospital admissions and consume a disproportionate amount of healthcare resources. In this review, we will systemize the definition, diagnosis and therapeutic treatment of ACO.*

**Keywords:** ACO, Asthma-COPD overlap

#### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là 2 bệnh phổi mạn tính thường gặp nhất tại các phòng khám hô hấp<sup>[1]</sup>. Tỷ lệ bệnh nhân mắc hen và COPD ước tính có khoảng 330 triệu người mắc hen và 384 người mắc COPD trên toàn thế giới<sup>[2]</sup>. Trong thực hành lâm sàng, có nhiều trường hợp khó khăn trong chẩn đoán hen hay COPD hoặc có thể chẩn đoán vừa hen vừa COPD; thường được mô tả như “COPD có yếu tố hen”, “hen hút thuốc lá”, “hen tắc nghẽn cố định”. Chồng lấp hen -COPD (ACO) là một kiểu hình đặc biệt của một nhóm bệnh tắc nghẽn đường thở mạn tính, trong đó hen và COPD là hai thái cực của nhóm bệnh này<sup>[3]</sup>. ACO ảnh hưởng đến khoảng một phần tư số bệnh nhân mắc COPD và khoảng một phần ba bệnh nhân mắc hen. Khi so sánh với những bệnh nhân COPD hay hen thông thường, bệnh nhân mắc ACO thường có các triệu chứng nghiêm trọng đường hô hấp, chất lượng cuộc sống kém, tăng nguy cơ đợt cấp và nhập viện<sup>[4]</sup>. Bệnh nhân ACO cần sử dụng nhiều nguồn lực y tế do họ có nhiều diễn tiến bệnh và kết cục lâm sàng xấu hơn so với bệnh nhân bị hen hoặc COPD đơn thuần. Chính vì vậy, nhóm bệnh nhân này cần được quan tâm đặc biệt hơn, cá thể hóa điều trị nên được áp dụng cho bệnh nhân có ACO để đạt hiệu quả điều trị tối ưu với hạn chế tác dụng phụ<sup>[5],[6]</sup>.

#### **NỘI DUNG TỔNG QUAN**

##### **1. Định nghĩa**

Hen phế quản là một bệnh có đặc điểm là viêm mạn tính niêm mạc phế quản làm tăng

phản ứng của phế quản thường xuyên với nhiều tác nhân kích thích, dẫn đến co thắt lan toả cơ trơn phế quản. Sự co thắt phế quản không cố định, thường có thể hồi phục tự nhiên hoặc sau khi dùng thuốc giãn phế quản<sup>[7]</sup>.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh hô hấp phổ biến có thể phòng và điều trị được. Bệnh đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp dai dẳng và giới hạn luồng thông khí, là hậu quả của những bất thường đường thở và/hoặc phế nang thường do phơi nhiễm với các phân tử hoặc khí độc hại, trong đó khói thuốc lá, thuốc lào là yếu tố nguy cơ chính, ô nhiễm không khí và khói chất đốt cũng là yếu tố nguy cơ quan trọng gây bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính<sup>[8]</sup>.

Chồng lấp hen - COPD (ACO) được định nghĩa là một nhóm bệnh nhân có bệnh lý tắc nghẽn đường hô hấp mang đặc trưng của cả hen và bệnh COPD. Do đó, ACO được nhận biết bằng các triệu chứng vừa giống bệnh hen vừa giống bệnh COPD. Cũng giống như hen và COPD là những bệnh lý đường hô hấp không đồng nhất, mỗi bệnh có một loạt các cơ chế tiềm ẩn, sự chồng lấp hen - COPD cũng không đại diện cho một bệnh hoặc một kiểu hình đơn lẻ. Tuy nhiên, một số nghiên cứu đã bao gồm các quần thể rộng lớn, do đó cơ chế của sự chồng lấp cơ bản chưa được biết rõ và không thể đưa ra được định nghĩa chính thức<sup>[9]</sup>.

GINA 2014 đưa ra tên Hội chứng chồng lấp hen - COPD (ACOS) đề xuất cách chẩn đoán, xử trí ban đầu và các xét nghiệm chuyên sâu<sup>[9]</sup>. GINA/GOLD 2017 đổi tên thành chồng lấp hen - COPD (ACO) để tránh nhầm lẫn vì ACO không là một căn bệnh mà có thể có nhiều kiểu hình liên quan nhiều có chế bệnh sinh khác nhau. ACO được thừa nhận sẽ có một số kiểu hình có thể xác định bằng cách mô tả chi tiết hơn trên cơ sở các dấu hiệu lâm sàng, sinh lý bệnh và di truyền vì sự chồng lấp hen - COPD bao gồm một số kiểu hình lâm sàng khác nhau và có thể có một số cơ chế khác nhau. Mục đích là dựa trên bằng chứng hiện tại đưa ra những tư vấn thiết thực cho các bác sĩ lâm sàng về chẩn đoán, điều trị ban đầu an toàn<sup>[3]</sup>.

##### **2. Dịch tễ**

Theo ước tính của WHO, tỷ lệ mắc hen phế quản trên toàn thế giới là hơn 262 triệu người [10]. Dựa trên các nghiên cứu dịch tễ học, số ca mắc COPD ước tính là khoảng 385 triệu năm 2010, với tỷ lệ mắc trên thế giới là 11,7% và khoảng 3 triệu ca tử vong hàng năm. Ở Việt Nam, nghiên cứu về dịch tễ học của COPD năm 2009 cho thấy tỷ lệ mắc ở người > 40 tuổi là 4,2%. 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 trên 4,5 triệu trường hợp tử vong hàng năm do COPD và các rối loạn liên quan<sup>[8]</sup>.

Tỷ lệ mắc của ACO được báo cáo khác nhau tùy thuộc vào thiết kế, tiêu chuẩn chẩn đoán và dân số nghiên cứu. Trong số các bệnh nhân đã được chẩn đoán hen trước đó, bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh ACO khi có biểu hiện viêm phế quản mạn tính (ho kéo dài ít nhất 3 tháng trong ít nhất 2 năm) và/hoặc giảm khả năng khuếch tán khí CO của phổi (DLCO), tỷ lệ mắc của ACOS là 29%<sup>[11]</sup>. Trong số các bệnh nhân được chẩn đoán COPD trước đó, bệnh nhân được chẩn đoán ACO nếu có tiền căn đã từng được bác sĩ chẩn đoán mắc bệnh hen trước 40 tuổi, tỷ lệ mắc ACO là 13%; tỷ lệ này tăng lên 55% nếu bệnh nhân có bất kỳ tiêu chuẩn nào của bệnh hen<sup>[12]</sup>. Trong dân số chung, tỷ lệ mắc của ACO là 1,8% trong nghiên cứu PLATINO tại châu Mỹ La tinh khi ACO được chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng và hô hấp kỹ<sup>[13]</sup>. Tại Mỹ, tỷ lệ này là 2,7% khi ACO được chẩn đoán dựa vào tiền căn đã từng được bác sĩ chẩn đoán từng mắc hen và mắc COPD<sup>[14]</sup>. Nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai và Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2016 của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Lan và Ngô Quý Châu cho thấy trong số các bệnh nhân COPD đến khám, tỷ lệ ACO chiếm 27,3%<sup>[15]</sup>.

### 3. Gánh nặng bệnh tật của ACO

Khi so sánh với những bệnh nhân COPD hay hen thông thường, bệnh nhân mắc ACO thường có các triệu chứng nghiêm trọng đường hô hấp, chất lượng cuộc sống kém, tăng nguy cơ đợt cấp và nhập viện. Vì ACO thường gặp ở người lớn tuổi, bệnh nhân ACO thường có nhiều vấn đề làm ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của họ. Bệnh nhân ACO thường khó thở nhiều hơn, khó khè nhiều hơn, có nhiều đợt kịch phát hơn, có chất lượng sống liên quan đến hô hấp thấp hơn và có mức độ hoạt động thể lực thấp hơn bệnh nhân COPD đơn thuần<sup>[4]</sup>. Nghiên cứu quan sát đa trung tâm của tác giả Milanese M. và cộng sự cho thấy nhóm bệnh nhân ACO có điểm kiểm soát hen trung bình thấp hơn ( $18 \pm 4$  so với  $20 \pm 4$ ,  $p < 0,01$ ) và nhiều đợt cấp khi so sánh với nhóm bệnh nhân hen (43% so với 18%,  $p < 0,01$ )<sup>[11]</sup>. Khảo sát của tác giả Ana Maria B Meneze và cộng sự được thực hiện đa trung tâm tại 5 nước Châu Mỹ Latin cho thấy các đối tượng ACO có nhiều triệu chứng hô hấp hơn, chức năng phổi kém hơn, sử dụng nhiều

thuốc hô hấp hơn, nhập viện và đợt cấp nhiều hơn, và có tình trạng sức khỏe tổng quát nặng hơn so với những người bị COPD<sup>[13]</sup>.

Kết quả các nghiên cứu liên quan đến tỉ lệ tử vong do ACO thì không thống nhất. Trong một nghiên cứu theo dõi dọc qua 18 năm, bệnh nhân ACO có nguy cơ tử vong cao nhất với tỉ số nguy cơ (hazard ratio-HR) là 1,83 (CI 95%: 1,34 - 2,49), tiếp đến là COPD đơn thuần (HR 1,44, CI 95%: 1,28 - 1,62) và cuối cùng là hen đơn thuần (HR 1,16, CI 95%: 0,94 - 1,42) khi so với bệnh nhân không mắc bệnh tắc nghẽn đường thở mạn tính. Mức độ khác biệt này giảm xuống sau khi hiệu chỉnh cho chức năng phổi ban đầu, nhưng bệnh nhân ACO vẫn có nguy cơ tử vong cao nhất (HR 1,45, KTC 95%: 1,06 - 1,98), tiếp đến là COPD đơn thuần (HR 1,28, KTC 95%: 1,13 - 1,45) và cuối cùng là hen đơn thuần (HR 1,04, KTC 95%: 0,85 - 1,27)<sup>[14]</sup>. Trong một nghiên cứu khác theo dõi dọc 4 năm, tỉ lệ tử vong không khác nhau giữa bệnh nhân ACO, hen và COPD ( $P = 0,320$ )<sup>[16]</sup>.

### 4. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Theo hướng dẫn của GINA và GOLD 2017<sup>[3]</sup> đưa ra hướng dẫn chẩn đoán ACO dựa theo bảng 1, đếm số ô thỏa mãn trong từng cột.

Khi bệnh nhân có số lượng các đặc trưng (từ 3 trở lên) được liệt kê cho bệnh hen hoặc COPD trong trường hợp thiếu các đặc điểm chẩn đoán thay thế thì khả năng cao là chẩn đoán hen điển hình hoặc COPD điển hình. Khi một bệnh nhân có nhiều điểm giống nhau của cả bệnh hen và COPD thì đây được mô tả là hen chồng lấp COPD.

Tuy nhiên, tiêu chuẩn chẩn đoán theo các bước của GOLD và GINA khá phức tạp, khó áp dụng trong thực tế lâm sàng trong điều kiện Việt Nam. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 2018 của Việt Nam đưa ra hướng dẫn chẩn đoán ACO dựa vào triệu chứng lâm sàng đo chức năng thông khí phổi và xét nghiệm bạch cầu ưa acid của Tây Ban Nha được trình bày ở hình 1 đơn giản và dễ áp dụng trong điều kiện thực hành lâm sàng tạo Việt Nam<sup>[8]</sup>.

### 5. Khuyến cáo điều trị

Vì bệnh nhân ACO thường bị loại khỏi các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng cho hen hoặc COPD, đáp ứng của ACO với điều trị vẫn chưa được biết nhiều. Về nguyên tắc, mục tiêu điều trị của ACO cũng tương tự như của hen và COPD: kiểm soát và làm giảm triệu chứng, giảm số đợt kịch phát, giảm tốc độ sụt giảm chức năng phổi và hạn chế tác dụng phụ của thuốc điều trị<sup>[17]</sup>. Điều trị có thể bao gồm các thành phần sau: giáo dục bệnh

nhân, cai thuốc lá, tránh dị nguyên, chủng ngừa cúm, vật lý trị liệu phục hồi chức năng hô hấp và điều trị bệnh đồng mắc<sup>[18]</sup>.

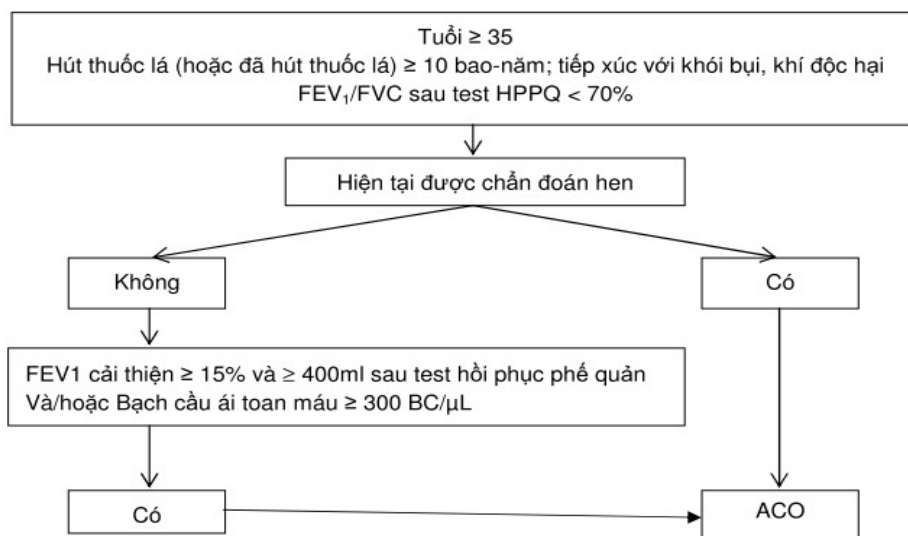
Bảng 1. Đặc trưng xuất hiện ở hen và COPD

Đặc điểm	Có khả năng là hen nếu có những đặc điểm	Có khả năng là COPD nếu có những đặc điểm
Tuổi khởi phát	Khởi phát trước tuổi 20	Khởi phát sau tuổi 40
Triệu chứng đường hô hấp	- Triệu chứng thay đổi theo phút, giờ hoặc ngày - Triệu chứng tệ hơn về đêm hoặc sáng sớm - Triệu chứng xảy ra khi tập thể dục, do cảm xúc kể cả cười lớn, do bụi hoặc các dị nguyên	- Triệu chứng duy trì mặc dù đã điều trị - Có những ngày tốt hơn hoặc những ngày tệ hơn nhưng luôn có triệu chứng hàng ngày và khó thở khi gắng sức - Ho mạn tính và đờn tiết
Chức năng phổi	Có ghi nhận thay đổi giới hạn thông khí (đo phế dung, lưu lượng đỉnh)	Có ghi nhận giới hạn thông khí kéo dài (sau giãn phế quản FEV <sub>1</sub> /FVC < 0,7)
Chức năng phổi tại thời điểm có triệu chứng	Chức năng phổi bình thường trong lúc có triệu chứng	Chức năng phổi bất thường trong lúc có triệu chứng
Tiền sử hoặc tiền sử gia đình	- Được chẩn đoán hen trước đó - Gia đình có tiền sử hen hoặc có tình trạng dị ứng khác (như viêm mũi dị ứng hoặc eczema)	- Được chẩn đoán COPD, viêm phế quản mạn tính hoặc khí phế thũng - Tiếp xúc thường xuyên với các tác nhân nguy cơ: khói thuốc, khói nhiên liệu

Tiến triển	- Các triệu chứng không nặng lên theo thời gian. Triệu chứng thay đổi theo mùa và cả theo năm - Có thể cải thiện từ từ hoặc nhanh chóng (đáp ứng với giãn phế quản hoặc corticoid đường hít sau nhiều tuần)	- Triệu chứng nặng lên theo thời gian (tiến triển theo năm) - Thuốc giãn phế quản tác dụng nhanh chỉ có tác dụng giảm nhẹ
Xquang ngực	Bình thường	Căng phồng phổi nghiêm trọng

FEV<sub>1</sub>: Thể tích thở ra hết sức trong 1 giây, FVC: chỉ số dung tích sống gắng sức

Theo khuyến cáo Tổ chức toàn cầu phòng chống hen GINA năm 2020 được trình bày ở bảng 2, bệnh nhân ACO nên bắt đầu điều trị như hen cho đến khi các xét nghiệm các đánh giá sâu hơn được thực hiện. Vai trò quan trọng của ICS nhằm giảm tỷ lệ bệnh tật và tử vong trên bệnh nhân không kiểm soát được triệu chứng hen, với những bệnh nhân có triệu chứng nhẹ (so với những bệnh nhân COPD mức độ trung bình và nghiêm trọng) có thể gây ra nguy cơ đe dọa tính mạng. Đối với bệnh nhân ACO, ICS nên được sử dụng ban đầu với liều thấp hoặc liều trung bình tùy theo mức độ triệu chứng và nguy cơ tác dụng phụ, bao gồm cả viêm phổi. Bệnh nhân ACO thường được khuyến cáo bổ sung LABA và/ hoặc LAMA để kiểm soát triệu chứng<sup>[20]</sup>.



Hình 1. Sơ đồ tiếp cận chẩn đoán ACO theo khuyến cáo Tây Ban Nha (HPPQ: Hồi phục phế quản)

## 6. Cá thể hoá điều trị

Cũng giống như hen và COPD là những bệnh lý đường hô hấp không đồng nhất, mỗi bệnh có một loạt các cơ chế tiềm ẩn, ACO cũng không đại diện cho một bệnh hoặc một kiểu hình đơn lẻ. Để tối ưu hóa kết cục điều trị, mỗi bệnh nhân nên được đánh giá kỹ càng để tìm các đặc điểm phù hợp cho điều trị cụ thể. Cách tiếp cận này phù hợp với xu hướng hiện thời: trong cùng một bệnh, nhận dạng một nhóm bệnh nhân có cùng đặc điểm lâm sàng, kết cục lâm sàng, và quan trọng hơn, có đáp ứng tương tự nhau với các điều trị hiện có.

Trên bệnh nhân COPD có kiểu hình tăng bạch cầu ưa acid: Trong nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi có đối chứng với giả dược trên 67 bệnh nhân COPD đang điều trị bằng giãn phế quản (29 bệnh nhân  $\neq$  có bạch cầu ưa acid trong đờm > 3%) được kết hợp thêm uống prednisolon 30mg/ngày trong 2 tuần làm giảm 6 lần bạch cầu ưa acid đờm được trong đờm và điều này không quan sát được thấy trong nhóm dùng giả dược. Trong nghiên cứu này không có sự thay đổi nào liên quan đến thay đổi chức năng phổi và điểm triệu chứng. Tuy nhiên, FEV<sub>1</sub> sau giãn phế quản (sự khác biệt trung bình 0,19L, 95% khoảng tin cậy 0,06 - 0,32) và điểm chức năng hô hấp (điểm khác biệt trung bình 0,62, 95% khoảng tin cậy 0,31 - 0,93) có cải thiện ở nhóm sử dụng prednisolon so với nhóm giả dược<sup>[20]</sup>.

Bảng 2. Điều trị ban đầu đối với bệnh nhân hen, COPD và ACO

Hen	ACO	COPD
ICS là cần thiết để giảm nguy cơ đợt cấp và tử vong. Có thể thêm liều thấp ICS-formoterol như là thuốc cắt cơn.	ICS là cần thiết để giảm nguy cơ đợt cấp nghiêm trọng và tử vong. Thường xuyên thêm LABA và/hoặc LAMA	Điều trị COPD theo GOLD Bắt đầu bằng LAMA và/ hoặc LABA. Thêm ICS đối với những bệnh nhân nhập viện $\geq$ đợt cấp/năm yêu cầu corticoid đường uống hoặc bạch cầu ưa acid $\geq$ 300/ $\mu$ l
Không dùng LABA và/hoặc LAMA mà không có ICS. Tránh duy trì corticoid đường uống	Điều trị COPD theo GOLD Không dùng LABA và/hoặc LAMA mà không có ICS. Tránh duy trì corticoid đường uống	Tránh liều cao ICS, corticoid đường uống ICS không được khuyến cáo để cắt triệu chứng

Theo dõi 2 - 3 tháng sau điều trị

ICS: Corticoid đường hít, LABA: kích thích  $\beta_2$ -Adrenergic tác dụng kéo dài, LAMA: kháng

cholinergic tác dụng kéo dài, GOLD: Chiến lược toàn cầu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Sử dụng tiotropium đợt cấp xuống 21% và cải thiện chức năng phổi cũng như các triệu chứng khi thêm vào bệnh cạnh ICS và LABA với những bệnh nhân chưa kiểm soát được triệu chứng. Do đó, tiotropium có vẻ dung nạp tốt trên bệnh nhân hen và nên đề xuất phác đồ 3 thuốc trên những bệnh nhân hen nghiêm trọng có tắc nghẽn phế quản kéo dài<sup>[21]</sup>.

## KẾT LUẬN

Chồng lấp hen - COPD được định nghĩa là một nhóm bệnh nhân có bệnh lý tắc nghẽn đường hô hấp mang đặc trưng của cả hen và bệnh COPD. Tuy nhiên, sự chồng lấp hen - COPD cũng không đại diện cho một bệnh hoặc một kiểu hình đơn lẻ. Nhóm bệnh nhân ACO cần được quan tâm đặc biệt hơn, cá thể hóa điều trị nên được áp dụng để nâng cao độ an toàn và hiệu quả điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peter K Jeffery (2004). "Remodeling and inflammation of bronchi in asthma and chronic obstructive pulmonary disease," Proc. Am. Thorac. Soc, 1, pp. 176 - 183.
2. Adeloje D (2015). "Global and regional estimates of COPD prevalence: systematic review and meta-analysis.," J Glob Heal, 5, p. 0204 - 15.
3. GINA AND GOLD (2017). "A Joint Project of GINA and GOLD: Asthma COPD and Asthma - COPD Overlap", pp 2 - 20.
4. Janice M Leung, Don D Sin (2017). "Asthma-COPD overlap syndrome: Pathogenesis, clinical features, and therapeutic targets," pp. 1 - 14.
5. Tae-Bum Kim, Yeon Mok Oh, et al. (2012). "The reality of an intermediate type between asthma and COPD in practice," Respir. Care, 57, pp. 1248-1253.
6. Marc Miravittles, Isabel Andreu, et al. (2012). "Difficulties in differential diagnosis of COPD and asthma in primary care," Br. J. Gen. P, 62, pp. 68 - 75,.
7. Bộ Y tế (2020). "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản ở người lớn và trẻ em >12 tuổi," trang 7.
8. Bộ Y tế (2018). "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COPD", trang 13-21.
9. GINA (2014). "Global Strategy for Asthma Management and Prevention", pp 74-81.
10. WHO (2020). Chronic respiratory diseases: asthma. <https://www.who.int/news-room/g-a-detail/chronic-respiratory-diseases-asthma>, update 15/5/2020.
11. Milanese M, Marco FD, et al. (2014.). "Asthma control in elderly asthmatics. An Italian

observational study,” *Respir. Med.*, 108, pp. 1091–1099.

12. **Marsh SE, Travers J, et al.** (2008). “Proportional classifications of COPD phenotypes,” *Thorax*, 63, pp. 761–767.

13. **Ana Maria B Menezes, Maria Montes de Oca, et al.** (2014). “Increased risk of exacerbation and hospitalization in subjects with an overlap phenotype: COPD-asthma” *Chest*, pp. 297–304.

14. **Diaz-Guzman E, Mehdi Khosravi, David M Mannino** (2011). “Asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and mortality in the U.S. population”, *COPD*, 8, pp. 400–407.

15. **Nguyễn Thị Tuyết Lan, Ngô Quý Châu và cs** (2017). “Nghiên cứu về thực trạng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chồng lấp hen tại Việt Nam,” *Tạp chí Y học lâm sàng*, 9(99), trang 253 - 260.

16. **Juan-Juan Fu 1, Peter G Gibson, et al.** (2014). “Longitudinal changes in clinical outcomes in older patients with asthma, COPD and asthma-COPD overlap syndrome,” *Respiration*, vol. 87, pp. 63 - 74.

17. **Louie S, Zeki AA, et al.** (2013). “The asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome: pharmacotherapeutic considerations”, *Expert Rev. Clin. Pharmacol.*, 6, pp.197-219.

18. **Montuschi P, Malerba M, et al.** (2014). “Pharmacological treatment of chronic obstructive pulmonary disease: from evidence-based medicine to phenotyping”, *Drug Discov. Today*, 19, pp.1928 - 35.

19. GINA (2020). “Global Strategy for Asthma Management and Prevention”, pp 130 - 137.

20. **Brightling, C.E. et al.** (2000). “Sputum eosinophilia and short-term response to prednisolone in chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial”, *Lancet*, 356, pp.1480–1485.

21. **Kerstjens HA, Engel M, et al.** (2012). “Tiotropium in asthma poorly controlled with standard combination therapy”, *N Engl J Med*, 367(13), pp.1198 - 207.

## CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN THỰC TRẠNG ỨNG PHÓ VỚI STRESS CỦA SINH VIÊN BỊ RÚT TÍN NĂM THỨ NHẤT TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH

BÙI THỊ HIỆU

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định*

### TÓM TẮT

Nghiên cứu này được chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu định tính. Chúng tôi đã sử dụng phương pháp thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu trên 20 sinh viên trong số 46 sinh viên có biểu hiện stress. Kết quả nghiên cứu cho thấy có hai nhóm yếu tố ảnh hưởng đến stress của sinh viên. Về nhóm yếu tố chủ quan bao gồm nền tảng kiến thức của sinh viên, kinh nghiệm sống và tính cách của sinh viên. Về nhóm yếu tố khách quan bao gồm cách thức tổ chức đào tạo theo tín chỉ của nhà trường, giáo viên bộ môn, cố vấn học tập, thay đổi môi trường sống.

**Từ khóa:** Stress, yếu tố ảnh hưởng, học tập theo tín chỉ.

### SUMMARY

*This Research is we are used to use the method of the research format. We used group discussion and in-depth interviews on 20 students out of 46 who showed signs of stress. The results of the study show that: There is a group of two factors affecting the stress of students. Group factors include: Students' knowledge base, student experience and personality. The group factor system includes: How to organize training according to the signal of the school, subject educators, academic advisors, changing living environment.*

**Keywords:** Stress, Factors affecting, credit-based learning.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Học chế tín chỉ đã được triển khai áp dụng ở nhiều trường đại học trên thế giới và Việt Nam<sup>[3]</sup>. Trường Đại học Điều dưỡng (ĐHDD) Nam Định đào tạo tín chỉ từ năm 2014 - 2015. Hình thức đào tạo này, bên cạnh những mặt tích cực, cũng tạo ra rất nhiều yếu tố gây stress cho sinh viên (SV). Theo thống kê Phòng Công tác

---

Chịu trách nhiệm: Bùi Thị Hiệu  
Email: buithihieu@ndun.edu.vn  
Ngày nhận: 24/5/2021  
Ngày phân biện: 24/6/2021  
Ngày duyệt bài: 06/7/2021