HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG HÔ HẤP CHO BỆNH NHÂN COPD TẠI BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI TRUNG ƯƠNG

NGUYỄN VIẾT NHUNG, ĐÀO BÍCH VÂN
NGUYỄN THU HÀ, NGUYỄN THỊ PHƯƠNG ANH
PHẠM THỊ BÍCH DIỆP, NGUYỄN TRỌNG THÀNH, NGUYỄN HOÀI BẮC
Bệnh viện lao và bệnh phổi trung ương

TÓM TẮT

Điều trị phục hồi chức năng hô hấp (PHCNHH) cho bệnh nhân (BN) COPD là một thành phần rất quan trọng, tuy nhiên chưa được quan tâm đúng mức cả từ phí thầy thuốc và bệnh nhân. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của chương trình ĐTPHCNHH cho bệnh nhân COPD tại bệnh viện lao và bệnh phổi trung ương.

***Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu được thiết kế đánh giá hiệu quả lâm sàng của một phương pháp điều trị can thiệp có đối chứng thực hiện trên trên 60 BN COPD từ giai đoạn II trở lên (GOLD 2006), trong đó có 30 BN có PHCNHH trong 8 tuần và 30 BN đối chứng. Đánh giá dựa trên các tiêu chí định sẵn bao gồm lâm sàng, khả năng vận động và chất lượng cuộc sống.*

***Kết quả:** Sau can thiệp, giảm khó thở rõ rệt ở nhóm can thiệp qua thang điểm MRC, tăng khoảng cách đi bộ 6 phút trung bình 77,9 mét, giảm PaCO2 trung bình 6,1 mmHg và giảm 11,7 điểm SGRQ so với nhóm chứng (P<0.01). Hơn nữa, nhóm can thiệp còn có hiệu quả trên tỷ lệ bỏ thuốc lá, BMI và chức năng hô hấp, tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê.*

***Kết luận:** ĐTPHCNHH có hiệu quả tốt cho BN COPD từ giai đoạn II trở lên, làm giảm triệu chứng, tăng khả năng vận động và chất lượng cuộc sống.*

***Từ khóa:** phục hồi chức năng hô hấp, COPD.*

SUMMARY

Pulmonary rehabilitation (PR) is the most important component in COPD management, but it is still not adequately interested by both doctors and patients. This study evaluates the effectiveness of PR for COPD patients treated in NHTRD.

***Subjects and method:** The study is designed as a clinical trial to evaluate effectiveness of PR treatment intervention applied for 30 COPD patient in 8 weeks compared to 30 COPD patients as control group.*

***Results:** after 8 weeks of intervention, dyspnea scale reduction, increased 6MWD of 77.9 m, decreased PaCO2 of 6.1mmHg and decreased SGRQ of 11.7 points on average were observed in this study. In addition, the intervention group has shown benefit in smoking cessation, BMI and lung function, but not yet statistcical significant.*

***Conclusion:** PR has good effectiveness for COPD patients with stage II or above in symptom redcution, improvement of exercise capacity and COPD related quality of life.*

***Keywords:** COPD, Pulmonary rehabilitation, MRC, SGRQ, 6MWD.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

COPD là một bệnh mạn tính khá phổ biến, cả ở những nước phát triển và đang phát triển. Bệnh đặc trưng bởi sự suy giảm chức năng hô hấp, giảm FEV1 dẫn đến suy hô hấp mạn tính và cuối cùng là tàn phế và tử vong. Về sinh bệnh học, những nghiên cứu gần đây cho thấy COPD là một bệnh lý đa thành phần gây ra những rối loạn tại phổi và toàn thân mà biểu hiện chủ yếu là khó thở, giảm khả năng vận động và chất lượng cuộc sống. Vậy tăng khả năng vận động, giảm tình trạng khó thở là yếu tố hết sức quan trọng trong điều trị COPD. Để có thể giải quyết được mục tiêu này cần áp dụng một chương trình tập luyện nhiều thành phần tác động đến phổi, cơ bắp, chuyển hoá, tinh thần và hiểu biết cũng như kỹ năng thực hành của người bệnh, gọi là "Chương trình điều trị phục hồi chức năng hô hấp" - CT ĐTPHCNHH.

Hướng dẫn GOLD đã nêu rõ vai trò quan trọng của CTPHCNHH trong điều trị COPD. Hội lồng ngực Mỹ (ATS) và Hội hô hấp châu Âu (ERS) đã ra tuyên bố chung về vai trò CT ĐTPHCNHH trong điều trị COPD và các bệnh phổi mạn tính khác.

Tại nhiều nước, CTPHCNHH được thực hiện bởi mạng lưới vật lý trị liệu trong bệnh viện cũng như ở cộng đồng một cách hệ thống và rất có hiệu quả.

Tuy nhiên, ở nước ta phục hồi chức năng hô hấp còn chưa được chú ý thực hiện thường xuyên trong thực hành cũng như chưa có một hướng dẫn cụ thể chi tiết, chưa có nhiều nghiên cứu đầy đủ về hiệu quả đối với bệnh nhân Việt Nam.

Vì vậy nghiên cứu này nhằm đánh giá tính khả thi và hiệu quả của CTPHCNHH áp dụng tại đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính (CMU), bệnh viện lao và bệnh phổi trung ương.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân được chẩn đoán COPD từ giai đoạn II trở lên (theo tiêu chuẩn của GOLD), sau điều trị nội trú ra đăng kí quản lí ngoại trú tại đơn vị CMU, Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Trung ương từ tháng 7/2008 đến 6/2009.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được chẩn đoán COPD có FEV1/FVC < 70%, FEV1 < 80% sau test phục hồi phế quản

Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

Suy hô hấp cấp, bệnh lí tim mạch (cơn đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim, cao huyết áp không kiểm soát).

Không có khả năng hợp tác trong chương trình như khó nhận thức, khó giao tiếp thính lực, thị lực kém

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng

Nhóm Can thiệp:

30 bệnh nhân thực hiện đầy đủ CTPHCNHH trong thời gian 8 tuần, mỗi tuần 2 buổi tập theo hướng dẫn tại khoa Thăm dò và phục hồi chức năng và 1 buổi tập tại nhà theo bài tập định sẵn. Một buổi tập kéo dài 1giờ trong đó tư vấn 15phút, luyện tập 45phút Các chỉ tiêu theo dõi được đánh giá lúc đăng ký và sau 8 tuần.

Nhóm chứng:

30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhưng không có điều kiện tham gia (nhà xa, không có điều kiện đi lại, không có thời gian) được khám đánh giá lúc đăng ký và đánh giá lại sau 8 tuần theo các chỉ tiêu tương tự như đối với nhóm có can thiệp. Khi khám đánh giá ban đầu, bệnh nhân vẫn được tư vấn và cung cấp các tài liệu giáo dục cần thiết.

Nội dung của CTPHCNHH

CTPHCNHH được thục hiện cho nhóm can thiệp bao gồm:

Tư vấn sức khỏe: trung bình 15phút cho mỗi buổi tập, lần lượt với các chủ đề: kiến thức về COPD, kỹ thuật thở và cơ chế điều khiển nhịp thở, các yếu tố nguy cơ của bệnh và đợt cấp, tác hại thuốc lá và cai nghiện thuốc lá, chế độ dinh dưỡng hợp lý, hỗ trợ tâm lý lạc quan chống trầm cảm, lo lắng, lập kế hoạch luyện tập phù hợp và kỹ năng dùng thuốc điều trị).

Vật lý trị liệu hô hấp: ho hữu hiệu và tập thở hoành, thở chúm môi.

Vận động thể lực: Các bài tập bao gồm

Tập sức bền của chân (đi bộ trên băng chuyền, đạp xe).

Tập sức mạnh của chân (tạ chân, đạp xe có tải)

Tập sức bền của tay (tạ nhẹ 1kg)

Tập sức mạnh của tay (bóng mềm, bóng cứng, tập với thiết bị kéo dãn)

Các bài tập toàn thân: mềm dẻo, căng dãn, cân bằng

3. Các chỉ tiêu đánh giá.

thống nhất sử dụng cho nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Lâm sàng: thang điểm khó thở MRC, tình trạng dinh dưỡng qua chỉ số BMI, khả năng vận động bằng nghiệm pháp đi bộ 6 phút, chất lượng cuộc sống bằng bộ câu hỏi SGRQ

Cận lâm sàng; Đo thông khí phổi, điện tim, SpO2 và khí máu,

4. Xử lí số liệu.

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata, xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học sử sụng phần mềm SPSS 10.0

KẾT QUẢ

1. Thông tin chung về bệnh nhân nghiên cứu.

Tổng số bệnh nhân được lựa chọn đăng ký là 126 bệnh nhân: 86 trường hợp đồng ý tham gia chương trình phục hồi chức năng, 56 trường hợp do điều kiện riêng không hoàn thành đủ chương trình 8 tuần chúng tôi cũng không đưa vào phân tích kết quả, chỉ có 30 trường hợp hoàn thành chương trình theo đúng yêu cầu – là nhóm can thiệp trong phân tích hiệu quả điều trị; 42 trường hợp vì không có điều kiện tham gia chương trình PHCNHH nên sau khi đánh giá ban đầu, chúng tôi hẹn khám lại sau 8 tuần, trong đó có 30 bệnh nhân đến khám lại đúng hẹn – nhóm chứng. Như vậy nghiên cứu này phân tích hiệu quả điều trị PHCNHH trên 60 bệnh nhân: 30 bệnh nhân thuộc nhóm can thiệp và 30 bệnh nhân thuộc nhóm chứng.

Bảng 1. Thông tin chung các bệnh nhân đăng ký ban đầu

Giai đoạn GOLD	Tuổi				Nhóm chứng *		Nhóm ĐT PHCNHH		
	41-50	51-60	61-70	>70	Đ. Kí	Sau 8 tuần	<4 tuần	<8 tuần	8 tuần
G.đoạn II	9	15	13	9	17	12	10	11	11
G.đoạn II	9	18	16	9	22	12	11	10	12
G.đoạn VI	6	10	8	4	10	6	5	7	7
Tổng	24	43	37	22	49	30	26	28	30

* Là những trường hợp không có điều kiện tham gia chương trình được đánh giá chỉ tiêu cơ bản sau đó hẹn khám lại sau 8 tuần.

2. Thông tin chung về 60 bệnh nhân nghiên cứu khi đánh gia ban đầu.

Tỷ lệ nam/nữ là 3/1, có 50 BN tuổi >50 chiếm 83,3%. Giai đoạn II, III chiếm 78,3% giai đoạn IV là 21,5%. 45 BN (80%) có liên quan đến hút thuốc lá, trong đó có 19 BN còn đang tiếp tục hút thuốc (31,6%). Về tình trạng dinh dưỡng, số BN có BMI thấp, trung bình cao là 17, 28 và 15 (chiếm 28,3 %, 46,7% và 25%). Kết quả điện tim cho thấy 42 BN có nhịp xoang nhanh (70 %) và 27 BN (45%) có dầy nhĩ phải và thất phải.

Không có sự khác biệt về các chỉ tiêu này giữa 2 nhóm trước điều trị can thiệp PHCNHH.

3. Mức độ khó thở của người bệnh đánh giá theo thang điểm MRC.

Bảng 2. Tình trạng khó thở trước can thiệp:

Thang điểm MRC	Chung	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
MRC 2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
MRC 3	23 (38.3)	11 (36.7)	12 (40.0)	> 0.05
MRC 4	24 (40)	12 (40.0)	12 (40.0)	> 0.05
MRC 5	13 (21.7)	7 (23.3)	6 (20.0)	> 0.05
Tổng	60 (100.0)	30 (100)	30 (100)	

Ở cả hai nhóm không có bệnh nhân nào khó thở ở thang điểm MRC2, các bệnh nhân chủ yếu khó thở ở mức MRC3 (23 bệnh nhân chiếm 38.3%) và MRC4 (24 bệnh nhân chiếm 40%)

So sánh hai nhóm với nhau chúng tôi thấy không có sự khác biệt về mức độ khó thở trước điều trị can thiệp.

4. Chỉ số đánh giá trước can thiệp.

Bảng 3. Tổng hợp các chỉ số đánh giá trước can thiệp:

Thông số		Trước can thiệp		
		Nhóm can thiệp (n = 30)	Nhóm chứng (n = 30)	P
CN Hô hấp	FEV1	1,27± 0,33	1,28± 0,38	>0,05
	FVC	1.93 ± 0,73	1.96 ± 0,75	>0,05
SpO2 gắng sức		90,21 ±3,45	91,14 ±3,39	>0,05
Khí máu	PaO2	78,0 ± 9,0	77,0 ± 8,5	>0,05
	SaO2	94,0 ± 3,5	94,0 ± 4,0	>0,05
	PaCO2	47,0 ± 12,0	47,6 ± 11,6	>0,05
Khả năng vận động		393,68 ± 79,49	390,23 ± 84,58	>0,05
Điểm CLCS SGRQ		53,64±13,87	54,06±13,85	>0.05

Đánh giá trước can thiệp của cả 2 nhóm về chức năng thông khí, SpO2 sau gắng sức, PaO2, PaCO2, SaO2, khoảng cách đi bộ 6 phút và điểm SGRQ không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05)

5. Các chỉ số đánh giá sau 8 tuần của nhóm điều trị PHCNHH (nhóm can thiệp) và nhóm chứng.

a) Kết quả tư vấn cai nghiện thuốc lá: 19 BN đang hút thuốc đều được khuyên cai nghiện thuốc lá khi đăng ký và đánh giá ban đầu, tuy nhiên 10 BN nhóm có can thiệp đã bỏ thuốc lá sau 8 tuần, trong khi chỉ có 3 trong 9 BN nhóm chứng bỏ được thuốc lá. Như vậy, tư vấn cai nghiện thuốc lá đặc biệt có hiệu quả cao trong CTPHCNHH.

b) Mức độ khó thở theo thang điểm MRC: Các BN điều trị theo CTPHCNHH đều cho cho thấy giảm triệu chứng khó thở, trong đó 16 BN (53,3%) có sự giảm bậc khó thở rõ rệt (4 BN giảm từ MRC3 xuông MRC2, 8 BN giảm từ MRC4 xuống MRC3 và 4 BN giảm từ MRC5 xuống MRC4). Trong khi đó, điểm MRC ở nhóm chứng hầu như không thay đổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

Bảng 4: Mức độ khó thở theo thang điểm MRC sau điều trị PHCNHH:

Điểm MRC	Nhóm can thiệp				P	Nhóm chứng				P*
	Trước		Sau			Trước		Sau		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
MRC 2	0	0	4	13.0		0		0		
MRC 3	12	40.0	16	54.0		11	36.0	12	40.0	
MRC 4	14	47.0	10	33.0	0,02	14	47.0	14	47.0	0,02
MRC 5	4	13.0	0	0		5	17.0	4	13.0	
Tổng	30	100	30			30	100	30	100.	

c) Chỉ số BMI

Bảng 5: Sự thay đổi BMI sau áp dụng chương trình điều trị PHCNHH

BMI Kg/m^2)	Nhóm Can thiệp				P	Nhóm chứng				P
	Trước		sau			Trước		sau		
	N	%	n	%		n	%	N	%	
Thấp	9	30,0	2	6,0		8	26,7	12	40.0	
T. bình	13	43,3	24	81,0	<0,001	15	50,0	13	40.0	>0.05
Cao	8	26,7	4	13,0		7	23,3	6	20.0	
Tổng	30	100	30	100		30	100	30	100.0	

Tư vấn về dinh dưỡng thành phần quan trọng trong chương trình điều trị PHCNHH cho BN COPD. Sau 8 tuần ở số BN ở nhóm can thiệp có BMI ở mức bình thường tăng lên rõ rệt từ 13 BN lên 24 BN với sự khác biệt có ý nghĩa thông kê. Trong khi ở nhóm chứng, tỷ lệ BN có BMI thấp tăng lên, sự thay đổi này không có ý nghĩa thông kê.

d) Tác động của chương trình điều trị PHCNHH đến chỉ số FEV1

Bảng 6. Sự thay đổi FEV1 sau áp dụng chương trình điều trị PHCNHH

Giai đoạn	FEV1 trung bình							
	Nhóm can thiệp (n=30)				Nhóm chứng (n=30)			
	Bắt đầu	sau 8 tuần	Chênh	p	Bắt đầu	sau 8 tuần	Chênh	P
II	1,45 ± 0,45	1,65± 0,55	0,2	p > 0,05	1,50 ± 0,48	1,45± 0,48	- 0,05	p> 0,05
III	1,34 ± 0,35	1,48± 0,65	0,14		1,37 ± 0,30	1,31 ± 0,30	- 0,06	
IV	1,04 ± 0,40	1.15± 0,80	0,11		1,09 ± 0,35	1,01± 0,35	- 0,08	
T.bình	1,27± 0,33	1,42± 0,38	0,15		1,32 ± 0,38	1,26± 0,38	- 0,06	

Bảng 5 cho thấy, FEV1 trung bình của nhóm can thiệp tăng 0,15 lít, tăng nhiều hơn ở các BN giai đoạn II, tuy nhiên sự thay đổi này chưa có ý nghĩa thông kê. Trong khi nhóm chứng FEV1 hầu như không thay đổi.

e) Kết quả tổng hợp của chương trình PHCNHH

Bảng 7: So sánh giá trị trung bình các chỉ tiêu đánh giá hiệu quả PHCNHH giữa 2 nhóm sau 8 tuần theo dõi.

Thông số		Sau CTPHCNHH			
		Nhóm can thiệp (n = 30)	Nhóm chứng (n = 30)	Chênh	P
CN Hô hấp	FEV1	1,42± 0,38	1,26± 0,38	0,16	>0,05
	FVC	2.15 ± 0,54	1.95±0,75	0,2	>0,05
SpO2 (sau gắng sức)		91,81 ±3,45	91,11± 3,40	0,7	>0,05
Khí máu	PaO_2	82,0 ± 6,5	78,2 ± 9,5	3,8	>0,05
	SaO_2	96,0 ± 2,5	94,5 ± 4,8	1,5	>0,05
	$PaCO_2$	41,5 ± 8,0	47,6 ± 12,0	- 6,1	<0,01
Đi bộ 6 phút (mét)		454,49± 75,57	376,61± 93,08	77,88	<0,001
Điểm SGRQ		42,97± 14,23	54,65± 12,47	- 11,68	<0,001

Số liệu bảng 6 cho thấy chỉ số FEV1, FVC, PaO_2, SaO_2, SpO_2 trung bình ở nhóm can thiệp cao hơn ở nhóm chứng, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Trong khi các chỉ số PaCO2 giảm, khoảng cách đi bộ 6 phút tăng và điểm SGRQ giảm có ý nghĩa thóng kê ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng.

BÀN LUẬN

Với một chương trình điều trị PHCNHH với nhiều thành phần từ tư vấn, vật lý trị liệu hô hấp, vận động thể lực đến tiết chế dinh dưỡng kéo dài trong 8 tuần đã mang lại hiệu quả tốt cho bệnh nhân COPD. Tuy nhiên, có đến 56 trường hợp không theo được đúng 8 tuần cho thấy sự khó khăn cho việc áp dụng. Các bệnh nhân bỏ cuộc xẩy ra chủ yếu trong giai đoạn đầu thực hiện chương trình, càng giai đoạn gần đây số bệnh nhân tuân thủ chương trình ngày càng cao. Điều này gợi ý tính khả thi của chương trình không chỉ liên quan đến điều kiện từ phía bệnh nhân mà còn phụ thuộc vào kỹ năng tư vấn của kỹ thuật viên cũng như các điều kiện cơ sở vật chất đáp ứng nhu cầu người tập.

Hiệu quả tác động tốt được thấy ở những BN hoàn thành chương trình, thể hiện rõ nét trên các chỉ số khó thở, khoảng cách đi bộ 6 phút, điểm chất lượng cuộc sống SGRQ, PaCO2, BMI.

Về giảm triệu chứng khó thở trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Ries, Paz-Dãaz H và R. Garrod. Mức độ khó thở MRC ở nhóm can thiệp sau 8 tuần so với lúc bắt đầu và so với nhóm chứng có cải thiện rõ rệt. Sự cải thiện mức độ khó thở đạt được sau chương trình ĐTPHCNHH có thể do thể lực và sức bền cơ thể BN được tăng cường sau quá trình tập luyện, mặt khác tập thở chúm môi giúp cho giảm tình trạng bẫy khí là nguyên nhân chính gây ra tình trạng giảm thông khí. Đ.T.T. Oanh cũng cho thấy giảm triệu chứng khó thở rõ rệt sau 8 tuần đánh giá qua thang điểm Borg cải tiến.

Sự cải thiện khả năng vận động sau điều trị PHCNHH được phản ánh qua sự tăng rõ rệt khoảng cách đi bộ 6 phút ở những BN trong nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Các nghiên cứu của Cockcroft, Goldstein đều cho thấy có sự cải thiện khoảng cách đi bộ 6 phút sau khi tham gia chương trình ĐTPHCNHH có ý nghĩa thống kê với p <0,05. Nghiên cứu tổng hợp (meta-analysis) của Lacasse trên 14 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đánh giá hiệu quả của chương trình ĐTPHCNHH cho thấy khoảng cách đi bộ 6 phút cải thiện 75,7m, đạt được sự cải thiện có ý nghĩa lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu nêu trên với khoảng cách đi bộ 6 phút sau 8 tuần ở nhóm can thiệp là 469,89 m so với nhóm chứng là 376,61m với p < 0,001. Đ.T.T. Oanh cho thấy cải thiện rõ rệt ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng.

Về chất lượng cuộc sống thông qua số điểm SGRQ được cải thiện rõ rệt qua nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ giảm trên 4 điểm là ngưỡng có ý nghĩa lâm sàng được thấy ở 25 BN trong nhóm can thiệp (83,3%) trong khi ở nhóm chứng thấy ở 11 BN (36,7%). Số điểm trung bình của nhóm can thiệp chênh hơn so với nhóm chứng sau 8 tuần là -11,68 điểm (p<0,001) cho thấy hiệu quả rõ rệt của chương trình PHCNHH áp dụng cho BN COPD. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu khác khảo sát chất lượng cuộc sống đạt được sau chương trình PHCNHH qua số điểm SGRQ. Finnerty P. nhận thấy điểm SGRQ ở nhóm tham gia phục hồi giảm có ý nghĩa thống kê từ 59,9 xuống còn 47,4 sau 12 tuần với p <0,001. Đ.T.T. Oanh cho thấy hiệu quả sau 8 tuần cải thiện chất lượng cuộc sống có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng với số điểm chênh lệch trung bình là # 12 điểm thấp hơn ở nhóm can thiệp.

Hiệu quả của PHCNHH trong COPD có thể được đánh giá bằng các chỉ tiêu khác như như khí máu cũng còn chưa có nhiều nghiên cứu đề cập. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy có sự cải thiện khí máu như giảm $PaCO_2$ là một gợi ý quan trọng, phù hợp với sự giảm triệu chứng khó thở, tăng khả năng hoạt động, tuy nhiên cần có nghiên cứu ở mẫu lớn hơn.

Ngoài ra, chương trình điều trị PHCNHH còn mang lại nhiều lợi ích như tỷ lệ thành công trong tư vấn cai nghiện thuốc lá, điều chỉnh BMI, giảm lo âu, tăng tính lạc quan của người bệnh khi hoàn thành chương trình.

Tuy nhiên, chúng tôi chưa có điều kiện để theo dõi kết quả lâu dài của điều trị PHCNHH. Kết quả chỉ có thể được duy trì nếu BN tiếp tục duy trì được việc tập luyện suốt đời.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 60 BN COPD tại Bệnh viện lao và bệnh phổi trung ương áp dụng điều trị PHCNHH (một chương trình can thiệp đa thành phần bao gồm tư vấn, vật lý trị liệu hô hấp, vận động thể lực kéo dài trong 8 tuần với 24 buổi) cho thấy lợi ích rõ rệt được thấy qua các chỉ số sau:

Triệu chứng khó thở giảm thông qua giảm điểm MRC sau PHCNHH có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng.

Khả năng vận động tăng lên đánh giá bằng tăng khoảng cách đi bộ 6phút sau PHCNHH ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng. Tăng trung bình 77.88m (454,49±75,57m so với 376,61±93,08m) với P< 0.001.

Chất lượng cuộc sống cải thiện rõ rệt đánh giá bằng sự giảm tổng số điểm SGRQ sau PHCNHH có ý nghĩa thống kê ở nhóm can thiệp so với nhóm chứng. (42,97±14,23 so với 54,65±12,47) với P< 0.001

PaCO2 trung bình sau PHCNHH giảm có ý nghĩa thống kê, có sự khác biệt với nhóm chứng 6.1mmHg, (P< 0.001)

Tỷ lệ cai nghiện thuốc lá sau chương trình ở nhóm tuân thủ điều trị 8 tuần đạt 100%.

KIẾN NGHỊ

Chương trình điều trị phục hồi chức năng hô hấp cần được phổ biến và áp dụng rộng rãi trong điều trị

thường quy COPD ở các tuyến y tế. Các bài tập cần được thể hiện dưới dạng băng đĩa phim để người bệnh có thể thực hiện chương trình tại nhà đảm bảo duy trì các thành công sau điều trị tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Tuyết Lan. Chức năng hô hấp của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong giai đoạn ổn định (Tạp chí y học TPHCM tập 5-1998)
2. Lý Ngọc Kính, Nguyễn Viết Nhung và CS: H-ướng dẫn cai nghiện thuốc lá. Bộ Y tế. WHO, 2004
3. Nguyễn Viết Nhung, Chương trình điều trị phục hồi chức năng hô hấp cho người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Tạp chí Y học Quân sự, 2008.
4. Đỗ Thị Tường Oanh, Phục hồi chức năng hô hấp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính qua chương trình phối hợp. Luận án tiến sỹ Y học, TP HCM 2009.
5. Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Viết Nhung, Nguyễn Văn Thành và CS. Khuyến cáo Hội nghị khoa học Bệnh phổi toàn quốc 2005.
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2006)
7. Chris. B. Cooper – Am.J. Med 2006 The Connection Between COPD Symptoms and Hyperinflation and Its Impact on Exercise and Function
8. Ries AL et al. Pulmonary Rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2008 Mar;133(3):830
9. American journal of respiratory and critical care medicine vol 173, 2006
10. British Thoracic Society Standards of Care Subcommittee on Pulmonary Rehabilitation. Thorax 2001; 56:827-834