

TỶ LỆ CÁC BỆNH LÝ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC NGỌC HỒI NĂM 2025

Chu Đình Huy
Đặng Thị Mai
Chu Thị Hương
Bùi Thị Hải Yên
Phan Thị Triển

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính năm 2025..

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 02 đến tháng 10 năm 2025 với 90 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Áp dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang phân tích.

Kết quả: Nhóm tuổi 60 - 69 chiếm tỷ lệ cao nhất (42,22%), nhóm thấp nhất là 40 - 49 chiếm 3,34%. Tuổi trung bình là $63,9 \pm 7,2$, Nam chiếm đa số (73,33%) nữ chiếm tỷ lệ thấp hơn (26,67%) $P < 0,001$ có ý nghĩa thống kê, làm nông chiếm đa số (74,5%), cán bộ viên chức chiếm tỷ lệ thấp hơn (25,5%), hút thuốc lá chiếm đa số (62,22%), tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 54,44%, không có rối loạn nhịp chiếm đa số (73,33%), có rối loạn nhịp tim chiếm 26,66%, có 23,33% bệnh nhân có bệnh van tim, Có 24,44% bệnh nhân có bệnh mạch vành. Không có bệnh mạch vành chiếm 75,56%, tăng áp phổi chiếm tỷ lệ 23,33%, suy tim chiếm 40%, ho chiếm tỷ lệ cao nhất (93,33%), tiếp đến là khó thở (40%) và sốt (35,55%), có 54,44% bệnh nhân có dấu thở gắng sức, không có dấu thở gắng sức chiếm tỷ lệ 45,56%, có 25,56% bệnh nhân đau ngực trái, đo chức năng hô hấp Các thông số đều giảm.

Từ khóa: Tỷ lệ bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính năm 2025.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư trên thế giới, sau bệnh lý tim, ung thư, [2]. Đặc trưng của bệnh là sự giới hạn lưu lượng khí không hồi phục hoàn toàn. Sự giới hạn lưu lượng khí thường xảy ra từ từ và phối hợp với một sự đáp ứng viêm bất thường của phổi đối với các hạt chất độc hay khí [2], [3], [6].

Tại Việt Nam, theo ước tính của Hội Hô Hấp châu Á - Thái Bình Dương, tần suất mắc bệnh ở Việt Nam là 6,7% [2]. Có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Nhưng cho đến nay, thuốc lá vẫn là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất và đã được chứng minh. Thuốc lá kích hoạt đại thực bào và tế bào thượng bì sản xuất ra một số chất trung gian gây viêm [2], [5], [24], [25].

Theo nhiều nghiên cứu, bệnh lý tim mạch đóng vai trò rất quan trọng, gây tử vong hơn 30% các trường hợp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Mối liên hệ giữa bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và bệnh lý tim mạch đã được đề cập trong y văn. Ngoài yếu tố nguy cơ chính là thuốc lá, cả hai bệnh này còn có chung các yếu tố nguy cơ khác như lớn tuổi và giảm hoạt động thể lực [3], [6].

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 02 đến tháng 10 năm 2025 với 90 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Áp dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang phân tích.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Ngọc Hồi từ tháng 2/2025 đến tháng 10/2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: : Gồm bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được điều trị tại khoa nội, HSCC tại Bệnh viện đa khoa khu vực Ngọc Hồi. *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Bệnh nhân được chẩn đoán BPTNMT theo các tiêu chuẩn trong “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị BPTNMT” năm 2018 của Bộ Y tế và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện với cỡ mẫu bao gồm: Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, cỡ mẫu nghiên cứu là 90 bệnh nhân chẩn đoán BPTNMT nhập viện và điều trị tại Bệnh viện đa khoa khu vực Ngọc Hồi trong thời gian nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu: Các nhóm biến số nghiên cứu gồm đặc điểm chung mẫu nhiên cứu (4 biến số), tỷ lệ các bệnh lý tim mạch (7 biến số), đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng (10 biến số).

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bằng phiếu điều tra đã được xây dựng sẵn, hồ sơ bệnh án.

Xử lý và phân tích số liệu: Tất cả các số liệu thu được qua nghiên cứu được đưa vào máy vi tính để xử lý các thông số theo phương pháp

thống kê y học, sử dụng phần mềm Microsoft Office Excel 2007, SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Đạo đức nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn và chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận hợp tác tham gia của đối tượng nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

| Nhóm tuổi | n | Tỷ lệ (%) | |
|-------------|-----------|------------|-------------------|
| 40 – 49 | 03 | 3,34 | |
| 50 – 59 | 21 | 23,33 | |
| 60 – 69 | 38 | 42,22 | 63,9 ± 7,2 |
| 70 – 79 | 19 | 21,11 | |
| ≥ 80 | 09 | 10 | |
| Tổng | 90 | 100 | |

Nhận xét: Nhóm tuổi 60 - 69 chiếm tỷ lệ cao nhất (42,22%), nhóm thấp nhất là 40 - 49 chiếm 3,34%. Tuổi trung bình là 63,9 ± 7,2.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

| Giới tính | n | Tỷ lệ (%) | |
|-------------|-----------|------------|--------------------|
| Nam | 66 | 73,33 | |
| Nữ | 24 | 26,67 | p <0,001 |
| Tổng | 90 | 100 | |

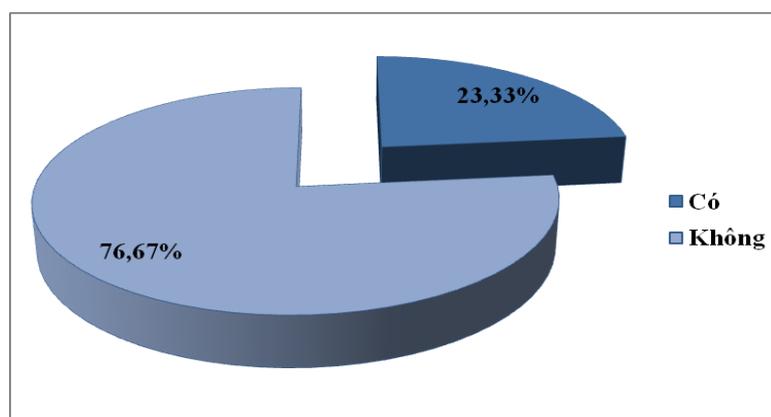
Nhận xét: Nam chiếm đa số (73,33%) nữ chiếm tỷ lệ thấp hơn (26,67%).

Tỷ lệ các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân bị rối loạn nhịp tim

| Rối loạn nhịp tim | n | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|-----------|------------|
| Có | 24 | 26,67 |
| Không | 66 | 73,33 |
| Tổng | 90 | 100 |

Nhận xét: Nhóm không có rối loạn nhịp chiếm đa số (73,33%), có rối loạn nhịp tim chiếm 26,66%.



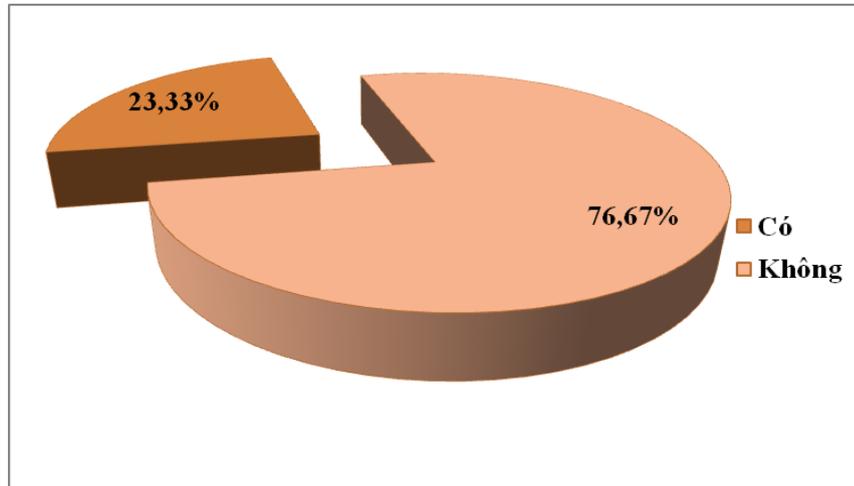
Hình 3.3. Phân bố bệnh nhân có bệnh van tim

Nhận xét: Không có bệnh lý van tim chiếm đa số (76,67%), bệnh van tim chiếm tỷ lệ thấp hơn (23,33%).

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân bệnh mạch vành

| Bệnh mạch vành | n | Tỷ lệ (%) |
|----------------|-----------|------------|
| Có | 22 | 24,44 |
| Không | 68 | 75,56 |
| Tổng | 90 | 100 |

Nhận xét: Có 24,44% bệnh nhân có bệnh mạch vành. Không có bệnh mạch vành chiếm 75,56%.



Hình 3.4. Phân bố bệnh nhân tăng áp phổi

Nhận xét: Không có tăng áp phổi chiếm tỷ lệ cao (76,67%), tăng áp phổi chiếm tỷ lệ 23,33%.

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân suy tim

| Suy tim | n | Tỷ lệ (%) |
|-------------|-----------|------------|
| Có | 36 | 40,00 |
| Không | 54 | 60,00 |
| Tổng | 90 | 100 |

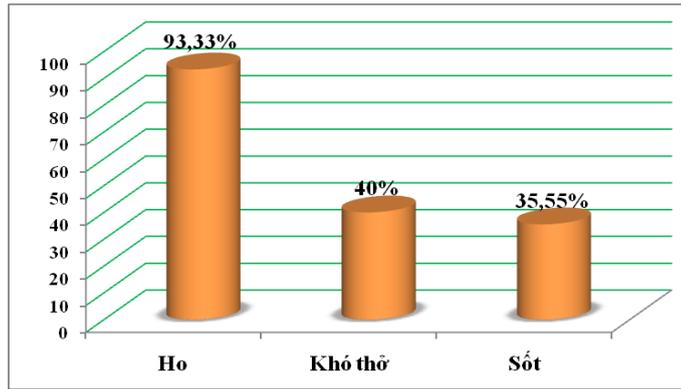
Nhận xét: Không suy tim chiếm 60%, suy tim chiếm 40%.

Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân đột quỵ não

| Đột quỵ não | n | Tỷ lệ (%) |
|-------------|-----------|------------|
| Có | 1 | 1,11 |
| Không | 89 | 98,89 |
| Tổng | 90 | 100 |

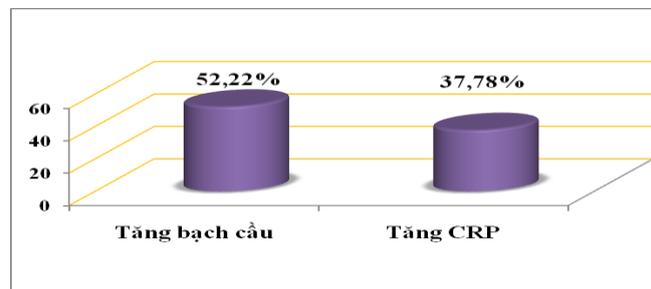
Nhận xét: Chỉ có 1 trường hợp bị đột quỵ não, chiếm tỷ lệ 1,11%.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính



Hình 3.5. Phân bố các lý do vào viện

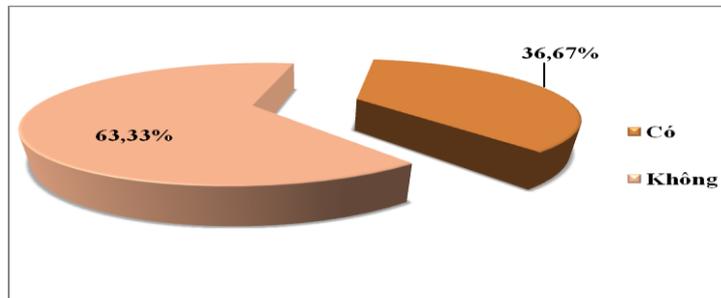
Nhận xét: Ho chiếm tỷ lệ cao nhất (93,33%), tiếp đến là khó thở (40%) và sốt (35,55%).



Hình 3.11. Phân bố bệnh nhân tăng bạch cầu và tăng CRP

Nhận xét: Tăng bạch cầu chiếm 52,22%, tăng CRP chiếm 37,78%.

Hình 3.12. Phân bố bệnh nhân tăng triglyceride



Nhận xét: Có 36,67% bệnh nhân có tăng triglyceride, tỷ lệ bệnh nhân không tăng triglyceride là 63,33%.

Bảng 3.9. Chức năng thông khí phổi

| Chức năng thông khí phổi (% so với dự đoán) | Giá trị nhỏ nhất | Giá trị lớn nhất | Trung bình |
|---|------------------|------------------|---------------|
| (F)VC | 25 | 82 | 49,12 ± 13,84 |
| FEV1 | 32 | 68 | 35,72 ± 14,56 |
| PEF | 13 | 67 | 47,32 ± 06,71 |
| FEF 25-75 | 16 | 61 | 26,71 ± 11,13 |
| FEV1/(F)VC | 33 | 71 | 38,72 ± 10,34 |

Nhận xét: Các thông số đều giảm

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung

Tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi 60 - 69 chiếm tỷ lệ cao nhất (42,22%), nhóm thấp nhất là 40 - 49 chiếm 3,34%. Tuổi trung bình là $63,9 \pm 7,2$. Như vậy, có thể thấy BPTNMT thường gặp ở lứa tuổi trung niên, tuổi trẻ và tuổi già thì tỷ lệ thấp hơn. Điều này có thể lý giải là do những người trẻ tuổi thường tiếp xúc với yếu tố nguy cơ (như hút thuốc lá, khói, bụi...) một thời gian khá dài, có khi vài chục năm, sau đó mới khởi phát BPTNMT. Nên khi đã mắc BPTNMT thì tuổi đã trung niên. Ngoài ra, một số bệnh nhân BPTNMT do không được điều trị và chăm sóc tốt nên sau vài năm mắc bệnh đã tử vong. Do đó, tỷ lệ bệnh nhân BPTNMT lớn tuổi cũng không cao. Theo Lê Văn Bằng, BPTNMT thường được phát hiện sau 50 tuổi [2]. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với các kết quả của các tác giả trong và ngoài nước. Theo Nguyễn Thị Kim Oanh, đa số bệnh nhân > 60 tuổi (chiếm 76%), tuổi trung bình là $67,06 \pm 10,3$ [20]. Theo Nguyễn Đức Hoàng thì tuổi trung bình của bệnh nhân BPTNMT là 64,9 tuổi và tỷ lệ nhóm tuổi > 50 cũng chiếm tỷ lệ cao nhất [10]. Theo De Lucas Ramos, nhóm tuổi > 60 chiếm đa số, đặc biệt là > 70 tuổi chiếm hơn một nửa (51,6%), tuổi trung bình là $68,3 \pm 10,9$ [10]. Theo tác giả Falk J.A., bệnh nhân BPTNMT tuổi càng lớn thì nguy cơ mắc các BLTM càng tăng [27].

Giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam chiếm đa số (73,33%) nữ chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều (26,67%). Trong tất cả các y văn, BPTNMT thường gặp là nam giới. Có thể liên quan đến gen, yếu tố nghề nghiệp (các nghề tiếp xúc với khói, bụi thì lao động chủ yếu là nam giới), và đặc biệt là hút thuốc lá (trong các cộng đồng dân cư, bao giờ tỷ lệ hút thuốc lá là nam giới đều chiếm đa số, nhất là ở nước ta). Theo Lê Văn Bằng thì BPTNMT thường gặp ở nam giới hơn [2].

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn

Thị Kim Oanh, nam chiếm 88%, nữ chỉ chiếm 12% [20]. Theo De Lucas Ramos, khi nghiên cứu 572 bệnh nhân thì có đến 478 bệnh nhân là nam giới (chiếm 84,9%), chỉ có 15,1% bệnh nhân nữ [26].

Tỷ lệ các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Rối loạn nhịp tim

Nhóm không có rối loạn nhịp chiếm đa số (73,33%), có rối loạn nhịp tim chiếm 26,66% (bao gồm rối loạn nhịp trên thất và rối loạn nhịp thất). Tất cả bệnh nhân BPTNMT bị rối loạn nhịp trên thất trong nghiên cứu của chúng tôi đều được kiểm soát tốt và đáp ứng thất bằng thuốc ức chế kênh canxi và hoặc phối hợp digoxin. Điều này đã được đề cập trong hướng dẫn về điều trị rối loạn nhịp ở bệnh nhân BPTNMT [28]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không cao nếu so sánh với các tác giả khác. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Hoàng, tỷ lệ rối loạn nhịp là 71,11%. Trong đó, rối loạn nhịp trên thất chiếm 47,9% và rối loạn nhịp thất chiếm 23,21%. Ngoại tâm thu thất đơn dạng không triệu chứng là loại rối loạn nhịp thất duy nhất được ghi nhận, chiếm 23,21% [10]. Theo Nguyễn Thị Kim Oanh thì tỷ lệ rối loạn nhịp tim là 76% [20]. Điều này có thể được lý giải do nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành ở bệnh viện tuyến trước nên bệnh nhân BPTNMT vào đây còn tương đối nhẹ, chưa có nhiều biến chứng. Trong khi hai nghiên cứu của hai tác giả trên được tiến hành ở bệnh viện tuyến cuối (Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Bạch Mai) nên các bệnh nhân vào cũng nặng nề hơn, bị bệnh nhiều năm và có nhiều cơ chế dễ gây rối loạn nhịp hơn. Theo Lê Văn Bằng, cơ chế rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân BPTNMT bao gồm: thiếu oxy máu, những rối loạn thăng bằng toan-kiềm, sử dụng một số thuốc trong điều trị bệnh và tác dụng hợp lực của những thuốc này (thuốc kích thích giao cảm, xanthines)...[3]. Ngoài ra, theo Falk J.A., sự hiện diện của tâm phế, xơ vữa động mạch hay bệnh mạch vành có thể góp phần gây rối loạn nhịp tim ở những bệnh này [27].

Bệnh van tim người lớn tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh van tim chiếm tỷ lệ 23,33% ở những bệnh nhân BPTNMT. Theo Nguyễn Đức Hoàng, bệnh van tim do thoái hóa van ở người lớn tuổi, có 46,67% tổn thương van tim. Tỷ lệ hở van 2 lá, hở van động mạch chủ và hẹp van động mạch chủ (mức độ nhẹ và trung bình) lần lượt là 29,80%; 15,80% và 1,07% [10]. Theo tác giả Nguyễn Thị Kim Oanh, có 69% bệnh nhân BPTNMT có bệnh lý van tim [20]. So với hai tác giả này thì kết quả

của chúng tôi thấp hơn nhiều. Theo nhiều tác giả, sự gia tăng tuổi thọ là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ bệnh lý van tim do thoái hóa. Ngoài ra, hút thuốc lá và tăng huyết áp cũng là những yếu tố nguy cơ của bệnh van tim do thoái hóa ở người lớn tuổi [26].

Bệnh mạch vành

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có 24,44% bệnh nhân BPTNMT có bệnh mạch vành. Theo Nguyễn Thị Kim Oanh thì tỷ lệ này là 12% [20]. Theo Nguyễn Đức Hoàng thì tỷ lệ cao hơn chúng tôi nhiều. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Hoàng, bệnh động mạch vành chiếm tỷ lệ 44,44%, trong đó cơn đau thắt ngực ổn định chiếm tỷ lệ cao nhất (17,7%) [10]. Điều này cho thấy BPTNMT không chỉ là bệnh lý của phổi mà còn có các ảnh hưởng ngoài phổi đáng kể, nhất là trên hệ tim mạch. Ngoài yếu tố nguy cơ chung là thuốc lá, tuổi cao, cả 2 bệnh này còn có chung cơ chế bệnh sinh là đáp ứng viêm toàn thân. Nhiều tác giả cho rằng có một sự gia tăng những chỉ điểm viêm bao gồm bạch cầu, tiểu cầu, fibrinogen và CRP. Mức độ của những chỉ điểm viêm này cao hơn ở những bệnh nhân bị tắc nghẽn nặng. Theo nhiều nghiên cứu, viêm hệ thống liên quan mật thiết với xơ vữa động mạch, với bệnh mạch vành do xơ vữa, với tai biến mạch máu não và với tử vong bởi bệnh mạch vành. Khỏi thuốc lá không những gây nên viêm đường dẫn khí và phổi mà còn gây nên viêm hệ thống tế bào và thể dịch, một stress oxy hóa hệ thống, một sự rối loạn chức năng nội mô và một sự gia tăng nồng độ những yếu tố tiền đông máu [3].

Tăng áp phổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng áp phổi chiếm tỷ lệ 23,33%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của Nguyễn Đức Hoàng. Theo tác giả này thì tỷ lệ tăng áp phổi là 27,78%, không có trường hợp nào tăng áp lực động mạch phổi nặng. Tỷ lệ tăng áp phổi nhẹ và trung bình lần lượt là 18,28% và 9,50% [10]. Đặc điểm này phù hợp với y văn cho rằng tăng áp phổi trong BPTNMT thường là nhẹ hoặc trung bình. Theo Nguyễn Thị Kim

Oanh thì tỷ lệ tăng áp phổi rất cao (75%) [20]. Theo Lê Văn Bằng và Falk J.A., tăng áp phổi là hậu quả của nhiều yếu tố, trong đó vai trò quan trọng của tâm phế mạn, phì đại cơ trơn mạch máu phổi do quá trình viêm mạn, xơ hóa phổi và phế nang, tăng áp lực trong lồng ngực mạn tính do hiện tượng ứ khí... [3], [27].

Suy tim

Tỷ lệ bệnh nhân BPTNMT trong nghiên cứu của chúng tôi có suy tim là 40%. Theo tác giả Lê Văn Bằng, tỷ lệ mắc suy tim ở bệnh nhân bị BPTMT khoảng 20 đến 30% và 5% tử vong chung do suy tim ở những bệnh nhân này [3], [4]. Theo Nguyễn Đức Hoàng, suy tim chiếm tỷ lệ 20% theo phân độ của Framingham [10]. Theo Mascarenhas J., tần suất suy tim ở bệnh nhân BPTNMT thay đổi từ 7,2 đến 20,9%, tùy thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán và dân số nghiên cứu [29]. Theo Nguyễn Thị Kim Oanh thì tỷ lệ suy tim là 22%. Trong đó, suy tim phải chiếm 9%, suy tim trái chiếm 3% và suy tim toàn bộ chiếm 10% [20]. Theo Hoàng Đức Bách thì tỷ lệ suy tim ở bệnh nhân BPTNMT là 32,1% [1]. Nhìn chung, so với các tác giả trong và ngoài nước thì kết quả của chúng tôi cao hơn. Cũng như các bệnh tim mạch khác, thuốc lá và tuổi cao là hai yếu tố chính góp phần cho sự tồn tại đồng thời của suy tim và BPTNMT [3]. Đây là một thách thức cho các thầy thuốc lâm sàng vì triệu chứng (khó thở khi gắng sức, ho về đêm, phù ngoại biên, ran ở phổi...) tương tự nhau và thường được quy là do tuổi tác. Và để chẩn đoán rõ ràng các triệu chứng đó là do bệnh lý nào thì đôi khi không phải dễ. Theo nhiều khuyến cáo, đo nồng độ peptide lợi niệu từ nhĩ là một cách có ích để phân biệt khó thở do suy tim hay do BPTNMT [29].

Đột quy não

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy chỉ có 1 trường hợp bị đột quy não, chiếm tỷ lệ 1,11%. Kết quả của chúng tôi thấp và khá tương đồng với các tác giả khác. Theo Nguyễn Đức Hoàng, có 4,44% bệnh nhân BPTNMT có nhồi máu não [10]. Theo Nguyễn Thị Kim Oanh thì tỷ lệ này là 3% [20]. Tác giả De Lucas Ramos ghi nhận có 7% bệnh nhân bị đột quy não [26]. Đột quy não thường là hậu quả của nhiều bệnh cảnh cùng phối hợp như tăng huyết áp, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu, suy tim, bệnh van

tim... [3]. Đây là một bệnh cảnh nặng nề gây tử vong, tàn phế, tăng gánh nặng cho gia đình bệnh nhân và toàn xã hội. Nhưng rất may nó lại chiếm tỷ lệ khá thấp qua nhiều nghiên cứu. Tuy nhiên, vấn đề dự phòng đột quy cũng nên đặt ra trên những bệnh nhân BPTNMT.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Lý do vào viện

Chúng tôi ghi nhận trong các nguyên nhân khiến bệnh nhân BPTNMT vào viện thì ho chiếm tỷ lệ cao nhất (93,33%), tiếp đến là khó thở (40%) và sốt (35,55%). Theo Nguyễn Đức Hoàng thì ho chỉ chiếm 25,56%, khó thở chiếm tỷ lệ cao nhất (98,89%) và sốt chiếm 35,56% [10]. Theo Nguyễn Thị Kim Oanh thì ho, khạc đàm chiếm 92%, khó thở từ độ 2 trở đi chiếm đến 97% và sốt chiếm 19% [20]. Một nghiên cứu khác của tác giả Hoàng Đức Bách ghi nhận ho, khạc đàm chiếm tỷ lệ 87,6%; khó thở chiếm 85,1% [1]. Đây đều là các triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân BPTNMT, thường là lý do khiến bệnh nhân phải nhập viện điều trị. Theo Lê Văn Bằng thì khó thở tăng lên, sốt, ho và tăng lượng đàm là các triệu chứng thường gặp ở đợt cấp của BPTNMT [2], [4].

Tăng bạch cầu, tăng CRP

Tăng bạch cầu máu chiếm 52,22% và tăng CRP chiếm 37,78% trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo Lê Văn Bằng, cả hai giá trị này thường tăng ở bệnh nhân BPTNMT có đợt bùng phát [2]. Khi đó, thường tăng phản ứng viêm và nhiễm trùng. Trên lâm sàng sẽ gặp các triệu chứng như tăng tiết đàm, sốt, khó thở, ho... Đặc biệt CRP còn liên quan đến bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân BPTNMT. Theo các tác giả Falk J.A. và De Lucas Ramos, bệnh nhân BPTNMT nếu có tăng CRP thì sẽ tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch kèm theo [26], [27]. Nên trong điều trị, việc làm giảm và bình thường hóa CRP có ý nghĩa cực kỳ quan trọng, làm giảm nguy cơ làm nặng nề thêm bệnh lý có sẵn, cải thiện đời sống cũng như giảm được tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân BPTNMT.

Chức năng hô hấp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự sụt giảm của chức năng thông khí phổi ở nhóm bệnh nhân BPTNMT với giá trị trung bình của các trị số (F)VC, FEV1, PEF và FEF (25-75) chỉ từ 26,71% đến 49,12% so với dự đoán. Giá trị trung bình của các thông số trên lần lượt là 49,12%; 35,72%; 47,32% và 26,71%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác của Nguyễn Đức Hoàng và Nguyễn Thị Kim Oanh. Theo Nguyễn Đức Hoàng thì các giá trị đó lần lượt là 48,2%; 36,62%; 48% và 24,91% [10]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Oanh, tác giả ghi nhận FEV1 có giá trị trung bình là 42,45% [20]. Trong các trị số trên, tỷ lệ FEV1/FVC được xem là quan trọng nhất để xác định tình trạng tắc nghẽn luồng khí [4]. Kết quả của tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 38,72%. So với kết quả của Nguyễn Thị Kim Oanh thì kết quả của chúng tôi thấp hơn. Kết quả của tác giả này là 47,41% [20].

Theo nghiên cứu của chúng tôi thời gian hút thuốc ở nhóm nam chiếm tỉ lệ cao nhất là từ 1-4 năm với (75,0%), tiếp đến là 5-9 phút với (51,6%), và thấp nhất là 10 năm với (41,7%). Thời gian hút thuốc nữ từ 1-4 năm chiếm (25%), 5-9 năm là (48,4%), > 10 năm là (58,3%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $P > 0,05$. Như vậy, có thể thấy thời gian hút thuốc thường kéo dài nhiều năm và thường gặp ở lứa tuổi trẻ, trung niên, tuổi già thì tỷ lệ thấp hơn. Điều này có thể lý giải là do những người trẻ tuổi thường tiếp xúc với yếu tố nguy cơ (như hút thuốc lá, khói, bụi...) một thời gian khá dài, có khi vài chục năm, sau đó mới khởi phát BPTNMT. Nên khi đã mắc BPTNMT thì tuổi đã trung niên và kéo dài nhiều năm. Ngoài ra, một số bệnh nhân BPTNMT do không được điều trị và chăm sóc tốt nên sau vài năm mắc bệnh đã tử vong.

Hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích mô tả một bức tranh rất cụ thể về tỷ lệ bệnh lý tim mạch ở bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Ngọc Hồi. Tuy nhiên nghiên cứu cũng có một số hạn chế sau:

Nghiên cứu tiến hành với 90 mẫu, đối tượng là bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Đa khoa khu vực Ngọc Hồi, số mẫu nhỏ, trình độ dân trí còn hạn chế, hạn chế khả năng so sánh, số bệnh nhân này không mang

tính đại diện cao cho tất cả các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Thông tin được thu thập theo bộ câu hỏi có thể không chính xác do đối tượng trả lời không đúng ý hoặc không hiểu câu hỏi, sai lệch thông tin có thể xảy ra trong quá trình đánh trắc nghiệm, các đối tượng có thể tham khảo ý kiến lẫn nhau, sự có mặt của nghiên cứu viên tại điểm thu thập thông tin có thể làm ảnh hưởng đến tâm lý trả lời của các đối tượng nghiên cứu

KẾT LUẬN

Đặc điểm chung

Tuổi: Nhóm tuổi 60 - 69 chiếm tỷ lệ cao nhất (42,22%), nhóm thấp nhất là 40 - 49 chiếm 3,34%. Tuổi trung bình là $63,9 \pm 7,2$

Giới: Nam chiếm đa số (73,33%) nữ chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều (26,67%), $P < 0,001$ có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Rối loạn nhịp tim: nhóm không có rối loạn nhịp chiếm đa số (73,33%), có rối loạn nhịp tim chiếm 26,66%.

Bệnh van tim người lớn tuổi: Bệnh van tim chiếm tỷ lệ 23,33%.

Bệnh mạch vành: Chúng tôi nhận thấy có 24,44% bệnh nhân BPTNMT có bệnh mạch vành.

Bệnh mạch vành: Chúng tôi nhận thấy có 24,44% bệnh nhân BPTNMT có bệnh mạch vành.

Suy tim: Tỷ lệ bệnh nhân BPTNMT trong nghiên cứu của chúng tôi có suy tim là 40%.

Đột quy não: Chỉ có 1 trường hợp bị đột quy não, chiếm tỷ lệ 1,11%.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Lý do vào viện: Chúng tôi ghi nhận trong các nguyên nhân khiến bệnh nhân BPTNMT vào viện thì ho chiếm tỷ lệ cao nhất (93,33%), tiếp đến là khó thở (40%) và sốt (35,55%).

Tăng bạch cầu, tăng CRP: Tăng bạch cầu máu chiếm 52,22% và tăng CRP chiếm 37,78%

Chức năng hô hấp: Có sự sụt giảm của chức năng thông khí phổi ở nhóm bệnh nhân BPTNMT với giá trị trung bình của các trị số (F)VC, FEV1, PEF và FEF (25-75) chỉ từ 26,71% đến 49,12% so với dự đoán. Giá trị trung bình của các thông số trên lần lượt là 49,12%; 35,72%; 47,32% và 26,71%.

Khuyến nghị

1. Bệnh lý tim mạch thường gặp ở những bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Do đó, cần chú ý tầm soát các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Để tránh bỏ sót và góp phần điều trị hiệu quả hơn.
2. Cần trang bị thêm phương tiện để giúp chẩn đoán bệnh lý tim mạch được chính xác và kịp thời hơn. Nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Hoàng Đức Bách (2008), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ BNP ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp điều trị tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Lê Văn Bằng (2009), “Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, Giáo trình sau đại học hô hấp học, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr .92 – 123.
3. Lê Văn Bằng (2013), “Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và bệnh tim mạch”, Giáo trình sau đại học hô hấp học, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr 298 – 310.
4. Lê Văn Bằng (2013), “Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và tim mạch”, Giáo trình sau đại học hô hấp học, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr 298-311.
5. Lê Văn Bằng (2013), “Thăm dò chức năng hô hấp”, Giáo trình sau đại học hô hấp học, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr 13 – 19.
6. Bộ Y tế (2018), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 29 – 42.
7. Nguyễn Đức Hoàng (2018), “Nghiên cứu tỷ lệ các bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Trung Ương Huế - cơ sở 2”, Tạp chí y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế, 49, tr. 38 – 42.
8. Nguyễn Thị Kim Oanh (2012), Nghiên cứu một số bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại

học Y Hà Nội.

Tiếng anh

9. American Thoracic Society (2016), Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease.
10. British Thoracic Society (2016), “Guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. The COPD Guidelines group of the standards of care committee of the BTS”, Thorax, 52, pp. 1 – 28.
26. De Lucas Ramos P. et al (2008), “Cardiovascular risk factors in chronic obstructive pulmonary disease: results of the ARCE study”, Arch Bronconeumol, 44 (5), pp. 233 – 238.
11. Falk J.A., Kadiev S., Criner G.J., et al (2012), “Cardiac disease in chronic obstructive pulmonary disease”, The American Thoracic Society, 5, pp. 543 – 548.
12. Hanrahan J.P., Grogan D.R., Baumgartner R.A. et al (2010), “Arrhythmias in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): occurrence frequency and the effect of treatment with the inhaled long - acting beta2 - agonists arformoterol and salmeterol”, Medicine (Baltimore), 87, pp. 319.
13. Mascarenhas J., Azevedo A., Bettencourt P. (2010), “Coexisting chronic obstructive pulmonary disease and heart failure: Epidemiology and the interplay”, Curr opin pulm med, 16, pp. 106 – 111.
14. Rabih Tabet, Charbel Ardo, Paul Makhoul, Jeff Hosry (2016), “Application of Bap-65: A new score for risk stratification in acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease”, Journal of Clinical Respiratory Diseases and Care, 2 (1).

CARDIOVASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT NGOC HOI REGIONAL GENERAL HOSPITAL IN 2025

Chu Dinh Huy

Dang Thi Mai

Chu Thi Huong

Bui Thi Hai Yen

Phan Thi Trien

Objectives: determine the prevalence of cardiovascular diseases among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2025 and evaluate the clinical and paraclinical characteristics of patients with COPD in 2025.

Research method: A cross-sectional analytical study was conducted from February to October 2025 on 90 patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease.

Results: The age group 60–69 years accounted for the highest proportion (42.22%), while the 40–49 group had the lowest (3.34%). The mean age was 63.9 ± 7.2 years. Males predominated (73.33%), whereas females accounted for 26.67% ($P < 0.001$). Farmers represented the majority (74.5%), followed by office workers (25.5%). Smoking prevalence was high (62.22%). Hypertension was noted in 54.44% of patients. No arrhythmias were observed in most cases (73.33%), while 26.66% had cardiac arrhythmias. Valvular heart disease was present in 23.33% of patients. Coronary artery disease was identified in 24.44%, whereas 75.56% had no coronary

artery disease. Pulmonary hypertension accounted for 23.33%, and heart failure was present in 40% of cases. Cough was the most common symptom (93.33%), followed by dyspnea (40%) and fever (35.55%). Signs of respiratory effort were observed in 54.44% of patients, whereas 45.56% showed no such signs. Left-sided chest pain occurred in 25.56% of patients. Pulmonary function test results showed reduced respiratory parameters.

Keywords: *Prevalence of cardiovascular diseases, chronic obstructive pulmonary disease, COPD, 2025.*