

DOI: <https://doi.org/10.59294/HIUJS.KHSK.2025.007>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở NGƯỜI MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2024

Tô Hồng Anh^{1,*}, Phạm Văn Linh², Lê Văn Nho³, Tô Hoàng Thít⁴, Nguyễn Thị Hồng Nhung⁵

¹Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

³Trường Đại học Kỹ thuật Y Dược Đà Nẵng

⁴Trường Cao đẳng Y tế Đồng Tháp

⁵Trường Đại học Nam Cần Thơ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là bệnh lý hô hấp phổ biến, tiến triển nặng dần theo thời gian, gây suy giảm chất lượng cuộc sống (CLCS). Hiểu rõ được đặc điểm lâm sàng, mức độ ảnh hưởng của BPTNMT và các yếu tố liên quan sẽ giúp ích cho cả bác sĩ và điều dưỡng trong quá trình điều trị, chăm sóc. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, mức độ ảnh hưởng của BPTNMT đối với CLCS của người bệnh điều trị tại Khoa Nội hô hấp - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang theo thang điểm CAT và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 246 người mắc BPTNMT điều trị tại Khoa Nội hô hấp - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2024 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Có 30.1% người bệnh bị ảnh hưởng rất nặng; 58.1% bị ảnh hưởng nặng và 11.8% bị ảnh hưởng trung bình. Tổng điểm CAT trung bình là 26.98 ± 4.81 . Các yếu tố liên quan đến CLCS ở người mắc BPTNMT là mức độ khó thở, tuổi và số đợt cấp trong 12 tháng trước ($p < 0.05$). **Kết luận:** BPTNMT ảnh hưởng rõ rệt đến CLCS của người bệnh. Mức độ khó thở, tuổi và số đợt cấp trong 12 tháng trước là các yếu tố có liên quan đến CLCS ở người mắc BPTNMT.

Từ khóa: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD, chất lượng cuộc sống, CAT

CLINICAL CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

To Hong Anh, Pham Van Linh, Le Van Nho, To Hoang Thit, Nguyen Thi Hong Nhung

ABSTRACT

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a common respiratory disease that gradually worsens over time, causing a decline in quality of life. Understanding the impact of COPD and related factors will help both doctors and nurses in the treatment and care process. **Objectives:** To determine the impact of COPD on the quality of life of patients treated at the Department of respiratory - An Giang Central General Hospital from 01/2024 to 6/2024 according to the CAT scale and some related factors. **Materials and method:** Cross-sectional descriptive study on 246 patients with COPD treated at the Department of respiratory - An Giang Central General Hospital from 01/2024 to 6/2024. **Results:** 30.1% of patients were very severely affected; 58.1% were severely affected and 11.8% were moderately affected. The mean CAT score was 26.98 ± 4.81 . Factors associated with quality of life in patients with COPD were severity of dyspnea, age and number of exacerbations in the previous 12 months ($p < 0.05$). **Conclusion:** Chronic obstructive pulmonary

* Tác giả liên hệ: Tô Hồng Anh, Email: honganhcmag@gmail.com

(Ngày nhận bài: 19/3/2025; Ngày nhận bản sửa: 17/5/2025; Ngày chấp nhận đăng: 20/5/2025)

disease significantly affects patients' quality of life. Severity of dyspnea, age and number of exacerbations in the previous 12 months were associated with patients' quality of life.

Keywords: *chronic obstructive pulmonary disease, COPD, quality of life, CAT*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) hay Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) là bệnh lý hô hấp phổ biến có thể phòng và điều trị được. Đây là bệnh lý không đồng nhất, đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp mạn tính (khó thở, ho, khạc đờm) và các đợt cấp do tình trạng bất thường của đường thở (viêm phế quản, viêm tiểu phế quản) và/ hoặc phế nang (khí phế thũng) gây ra tắc nghẽn đường thở dai dẳng và tiến triển [1]. Nghiên cứu của Trần Khánh Phương và cộng sự năm 2022 ở bệnh viện Phạm Ngọc Thạch cho thấy có 100% người bệnh bị khó thở, 90.7% có triệu chứng ho và 96.7% có triệu chứng khạc đờm [2]. BPTNMT tiến triển nặng dần theo thời gian, gây suy giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) dẫn đến gánh nặng kinh tế xã hội ngày càng gia tăng. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Bích Ngọc cho thấy gánh nặng chăm sóc người mắc BPTNMT ở mức nghiêm trọng và rất nghiêm trọng chiếm tỷ lệ cao 58.3% [3]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Khuyên và cộng sự tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2021, CLCS của người mắc BPTNMT được đánh giá bằng thang điểm Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test (CAT). Trong đó, tỷ lệ người bệnh có CLCS bị ảnh hưởng nặng và rất nặng chiếm đến 80.6%, điểm CAT trung bình là 23.5 ± 3.4 , cao nhất là 33 điểm, thấp nhất là 19 điểm. Các triệu chứng của bệnh diễn tiến dai dẳng làm hạn chế hoạt động hàng ngày, giấc ngủ và sự tự tin khi ra khỏi nhà của người bệnh. Các yếu tố liên quan đến CLCS theo nghiên cứu này là hoàn cảnh sống, thể trạng và giai đoạn bệnh [4]. Tại An Giang, theo nghiên cứu của Trương Văn Lâm và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2019, độ tuổi trung bình của người mắc BPTNMT là 74.8, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Nghiên cứu đã phân tích được thời gian phát hiện bệnh từ 5 năm trở lên. Các yếu tố như còn hút thuốc lá, CRP từ 10 mg/dL trở lên và Lactate máu trên 4 mg/l là những yếu tố nguy cơ độc lập thúc đẩy đợt cấp BPTNMT [5]. Tuy nhiên, qua tìm hiểu của chúng tôi, ở An Giang chưa có nghiên cứu để đánh giá ảnh hưởng của BPTNMT đến CLCS của bệnh nhân. Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang là bệnh viện cấp chuyên sâu, trong đó Khoa Nội hô hấp là nơi tuyến cuối tiếp nhận điều trị BPTNMT trong toàn tỉnh và cả các khu vực lân cận. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng và chất lượng cuộc sống ở người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2024” tại Khoa Nội hô hấp. Việc hiểu rõ được những đặc điểm lâm sàng, mức độ ảnh hưởng của BPTNMT đối với người bệnh và các yếu tố liên quan sẽ giúp ích cho cả bác sĩ và điều dưỡng trong quá trình điều trị, chăm sóc.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn đưa vào: Người bệnh đã được chẩn đoán xác định BPTNMT nhập viện điều trị tại Khoa Nội hô hấp - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2024 đến tháng 6/2024. Người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đang có bệnh lý cấp tính nguy hiểm (suy hô hấp, nhiễm khuẩn nặng, ung thư phổi,...) hoặc đang trong tình trạng rối loạn ý thức, thiếu năng trí tuệ, không nghe, không nói được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể nghiên cứu

$$N \geq Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

$Z_{1-\alpha/2}$ (Hệ số tin cậy) = 1.96 (thang phân vị chuẩn ở mức ý nghĩa = 0.05)

p: Tỷ lệ ước đoán, lấy $p = 0.806$ (theo Nguyễn Thị Khuyến và cộng sự tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108, tỷ lệ người bệnh có CLCS bị ảnh hưởng nặng và rất nặng là 80.6% [4]).

d: Sai số cho phép, chọn $d = 0.05$.

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là 240. Trong thời gian từ tháng 01/2024 đến 6/2024, chúng tôi đã chọn được 246 người bệnh tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp thu thập dữ liệu: Tiến hành thu thập dữ liệu từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn đối tượng nghiên cứu tại phòng bệnh vào buổi chiều sau giờ làm việc, là khoảng thời gian thuận tiện nhất khi người bệnh đang nghỉ ngơi và có nhiều thời gian để tham gia phỏng vấn.

Các biến số được thu thập từ hồ sơ bệnh án: Năm sinh, giới tính, nơi cư trú, chỉ số khối cơ thể (BMI).

Các biến số được thu thập từ phỏng vấn trực tiếp người bệnh: Trình độ học vấn, nghề nghiệp, hoàn cảnh sống, tình trạng hút thuốc lá, thời gian mắc bệnh, số đợt cấp trong 12 tháng trước, nguyên nhân gây đợt cấp, các biến số về triệu chứng cơ năng (khó thở, ho, khạc đờm, đau ngực), màu sắc đờm, mức độ khó thở, tổng điểm CAT, mức độ ảnh hưởng của BPTNMT đối với CLCS của người bệnh.

Tuổi: Tính theo năm dương lịch (tuổi = năm hiện tại - năm sinh), được chia thành 2 nhóm là dưới 60 và 60 tuổi trở lên [14].

Chỉ số khối cơ thể (BMI): $BMI (kg/m^2) = \text{cân nặng (kg)} / (\text{chiều cao (m)})^2$. Theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới áp dụng cho người châu Á, chỉ số BMI được phân loại thành 5 mức độ là thiếu cân: < 18.5 , bình thường: $18.5 - 22.9$, thừa cân: $23 - 24.9$, béo phì độ I: $25 - 29.9$, béo phì độ II: ≥ 30 [6]. Chỉ số khối cơ thể được chúng tôi phân thành 3 nhóm: Thiếu cân, bình thường và thừa cân/ béo phì [4].

Mức độ khó thở: được xác định dựa theo thang điểm mMRC, có giá trị từ 0 đến 4 điểm.

- Khó thở khi gắng sức mạnh: 0 điểm.
- Khó thở khi đi vội trên đường bằng hay lên dốc nhẹ: 1 điểm.
- Đi bộ chậm hơn người cùng tuổi vì khó thở hoặc phải dừng lại để thở khi đi cùng tốc độ với người cùng tuổi trên đường bằng: 2 điểm.
- Phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100m hay vài phút trên đường bằng: 3 điểm.
- Khó thở nhiều đến nỗi không thể ra khỏi nhà hoặc khó thở ngay cả khi thay quần áo: 4 điểm.

Mức độ ảnh hưởng của BPTNMT đối với CLCS của người bệnh: Được đánh giá bằng thang điểm CAT. Thang điểm CAT được P.W. Jones và cộng sự xây dựng năm 2009 như một công cụ ngắn gọn, đơn giản để định lượng tác động của BPTNMT trong thực hành lâm sàng. Tại Việt Nam, bộ câu hỏi CAT được phiên dịch và cập nhật trong “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính” của Bộ Y tế ban hành theo Quyết định số 2767/QĐ-BYT ngày 04/07/2023 [1]. Bộ câu hỏi CAT được thiết kế dựa trên 8 vấn đề của người bệnh như ho, khạc đờm, nặng ngực, khó thở, hạn chế hoạt động, tự tin ra khỏi nhà, khó ngủ và sức khỏe chung. Nhân viên y tế hướng dẫn người bệnh tự đánh giá mức độ từ nhẹ tới nặng, mỗi câu đánh giá có 6 mức độ, từ 0-5 điểm, do đó tổng điểm CAT có giá trị từ 0 đến 40 điểm [1]. Người bệnh bị ảnh hưởng bởi bệnh tương ứng với mức độ điểm như sau:

- 40 - 31 điểm: Ảnh hưởng rất nặng
- 30 - 21 điểm: Ảnh hưởng nặng
- 20 - 11 điểm: Ảnh hưởng trung bình
- ≤ 10 điểm: Ít ảnh hưởng

Phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu: dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0 để tính ra các đặc trưng về thống kê. Dùng các phép kiểm định trong thống kê để khảo sát mối liên quan của một số yếu tố đến CLCS người bệnh với biến phụ thuộc là tổng điểm CAT.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Người bệnh được giải thích rõ về mục đích và quá trình nghiên cứu, có quyền đồng ý hoặc từ chối

tham gia. Nếu người bệnh đồng ý tham gia sẽ ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu và có quyền dừng cuộc phỏng vấn bất cứ lúc nào nếu người bệnh không muốn tiếp tục. Mọi thông tin của người bệnh đều được giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo các yếu tố nhân khẩu học (n = 246)

	Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 60	49	19.9
	≥ 60	197	80.1
Giới tính	Nam	228	7.3
	Nữ	18	92.7
Nơi cư trú	Nông thôn	171	69.5
	Thành thị	75	30.5
Hoàn cảnh sống	Sống cùng gia đình	230	93.5
	Độc thân	16	6.5
Nghề nghiệp	Nông dân	38	15.4
	Công nhân	2	0.8
	Lao động trí thức	3	1.2
	Thất nghiệp/ MSLĐ/HTLĐ	173	70.3
	Nghề nghiệp khác	30	12.3
Trình độ học vấn	Mù chữ	7	2.8
	Tiểu học	154	62.6
	Trung học cơ sở	74	30.1
	Trung học phổ thông trở lên	11	4.5

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của người bệnh là 69.5, nhỏ nhất là 33, lớn nhất là 95 tuổi, đa số người bệnh từ 60 tuổi trở lên. Hầu hết người bệnh là nam (chiếm 92.7%). Nhóm người bệnh sống ở khu vực nông thôn cao hơn gấp 2.3 lần ở thành thị, đa số người bệnh đều sống cùng với gia đình (93.5%). Trình độ học vấn của người bệnh chủ yếu là tiểu học và trung học cơ sở. Nhóm người bệnh đang trong tình trạng thất nghiệp/MSLĐ/HTLĐ chiếm tỷ lệ cao nhất (70.3%).

Bảng 2. Các yếu tố liên quan bệnh lý của đối tượng nghiên cứu (n = 246)

	Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng hút thuốc lá	Không hút thuốc lá	14	5.7
	Đã từng hút thuốc lá	130	52.8
	Hiện tại còn hút thuốc lá	102	41.5
Chỉ số khối cơ thể	Thiếu cân (< 18.5)	72	29.3
	Bình thường (18.5 - 22.9)	141	57.3
	Thừa cân/ béo phì (≥ 23)	33	13.4
Thời gian mắc bệnh	< 3 năm	40	16.3
	3 - 5 năm	64	26
	6 - 10 năm	91	37
	> 10 năm	51	20.7
Số đợt cấp trong 12 tháng trước	0	78	31.7
	1	108	43.9
	2 - 3	56	22.8
	> 3	4	1.6

Nhận xét: Phần lớn người bệnh đã từng hút thuốc lá (52.8%), trong đó có 41.5% hiện tại vẫn còn hút

thuốc lá, chỉ có 5.7% chưa từng hút thuốc lá. Chỉ số khối cơ thể trung bình của người bệnh là 20.3. Phần lớn người bệnh có chỉ số khối cơ thể ở mức bình thường (57.3%), thời gian mắc bệnh từ 6 đến 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (37%). Đa số người bệnh đều có 01 đợt cấp BPTNMT trong vòng 12 tháng trước (43.9%).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng (n = 246)	Khó thở	246
	Ho	237
	Khạc đờm	238
	Đau ngực	109
Màu sắc đờm (n = 238)	Trong	11
	Trắng đục	148
	Vàng/ xanh	79
Điểm mức độ khó thở mMRC (n = 246)	2 điểm	35
	3 điểm	115
	4 điểm	96

Nhận xét: Có 100% người bệnh bị khó thở. Các triệu chứng ho, khạc đờm xuất hiện ở hầu hết người bệnh (trên 96%) và có 44.3% người bệnh bị đau ngực. Màu sắc đờm chủ yếu là trắng đục (62.2%) và vàng/ xanh (33.2%). Điểm mức độ khó thở mMRC trung bình là 3.3. Đa số người bệnh có mức độ khó thở là 3 điểm (46.8%) và 4 điểm (39%).

Bảng 4. Mức độ ảnh hưởng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo 8 mục trong thang điểm CAT (n = 246)

Tình trạng của người bệnh	Điểm Tần số (tỷ lệ %)						Điểm trung bình
	0	1	2	3	4	5	
Ho	9 (3.7)	0	20 (8.1)	141 (57.3)	76 (30.9)	0	3.12 ± 0.84
Khạc đờm	8 (3.3)	1 (0.4)	20 (8.1)	156 (63.4)	61 (24.8)	0	3.06 ± 0.8
Cảm giác nặng ngực	124 (50.4)	13 (5.2)	61 (24.8)	39 (15.9)	8 (3.3)	1 (0.4)	1.17 ± 1.31
Khó thở	0	0	6 (2.4)	46 (18.7)	106 (43.1)	88 (35.8)	4.12 ± 0.79
Hạn chế hoạt động	0	0	11 (4.4)	61 (24.8)	104 (42.3)	70 (28.5)	3.95 ± 0.84
Không yên tâm ra khỏi nhà	0	0	13 (5.3)	59 (24.0)	105 (42.7)	69 (28.0)	3.96 ± 0.86
Khó ngủ	0	0	10 (4.1)	60 (24.4)	139 (56.5)	37 (15.0)	3.83 ± 0.73
Sức khỏe chung	0	0	6 (2.4)	56 (22.8)	167 (67.9)	17 (6.9)	3.79 ± 0.59
Tổng điểm CAT	Giá trị nhỏ nhất: 16 Giá trị lớn nhất: 35 Trung bình: 26.98 ± 4.81						

Nhận xét: Tổng điểm CAT trung bình là 26.98 ± 4.81, nhỏ nhất là 16 điểm, lớn nhất là 35 điểm. Trong

đó, khó thở là mục chiếm nhiều điểm nhất với điểm trung bình là 4.12 ± 0.79 . Hạn chế hoạt động, không yên tâm ra khỏi nhà, khó ngủ, sức khỏe chung cũng là các mục chiếm tỷ trọng cao nhất trong thang điểm.

Bảng 5. Mức độ ảnh hưởng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đối với chất lượng cuộc sống theo thang điểm CAT (n = 246)

Mức độ ảnh hưởng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ảnh hưởng trung bình	29	11.8
Ảnh hưởng nặng	143	58.1
Ảnh hưởng rất nặng	74	30.1
Tổng	246	100

Nhận xét: Phần lớn người mắc BPTNMT trong nghiên cứu của chúng tôi có CLCS bị ảnh hưởng nặng, chiếm 58.1%. Tỷ lệ người bệnh bị ảnh hưởng ở mức độ rất nặng khá cao (30.1%), có 11.8% bị ảnh hưởng trung bình, không có người bệnh nào bị ảnh hưởng mức độ nhẹ (ít ảnh hưởng).

Bảng 6. Mối liên quan giữa tổng điểm CAT và tuổi, chỉ số khối cơ thể (n = 246)

Biến số	Tổng điểm CAT trung bình	
	r	p
Tuổi	0.465	< 0.001
Chỉ số khối cơ thể	-0.08	0.208

Nhận xét: Kết quả phân tích tương quan cho thấy không có mối liên quan giữa chỉ số khối cơ thể và tổng điểm CAT ($p > 0.05$), giữa tuổi và tổng điểm CAT tương quan thuận với hệ số tương quan $r = 0.465$ và $p < 0.05$. Tuổi càng lớn thì tổng điểm CAT càng cao, CLCS càng bị ảnh hưởng nặng.

Bảng 7. Mối liên quan giữa tổng điểm CAT và giới tính, nơi cư trú, hoàn cảnh sống (n = 246)

Biến số		Tổng điểm CAT trung bình	p
Giới tính	Nam	27.14 ± 4.75	0.061
	Nữ	24.94 ± 5.24	
Nơi cư trú	Nông thôn	27.11 ± 4.85	0.532
	Thành thị	26.69 ± 4.73	
Hoàn cảnh sống	Độc thân	26.25 ± 5	0.529
	Sống cùng gia đình	27.03 ± 4.8	

(Giá trị p lấy từ test Independent simple t-Test)

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tổng điểm CAT giữa nam và nữ, giữa nông thôn và thành thị, giữa người bệnh sống độc thân và người bệnh sống cùng gia đình, với $p > 0.05$.

Bảng 8. Mối liên quan giữa tổng điểm CAT và trình độ học vấn, tình trạng hút thuốc lá, thời gian mắc bệnh (n = 246)

Biến số		Tổng điểm CAT trung bình	p
Trình độ học vấn	Mù chữ	26.43 ± 6.95	0.519
	Tiểu học	27.34 ± 4.82	
	Trung học cơ sở	26.43 ± 4.65	
	Trung học phổ thông trở lên	26.09 ± 4.37	
Tình trạng hút thuốc lá	Không hút thuốc lá	24 ± 4.74	0.001
	Đã từng hút thuốc lá	28.02 ± 4.22	
	Hiện tại còn hút thuốc lá	26.07 ± 5.19	

	Biến số	Tổng điểm CAT trung bình	p
Thời gian mắc bệnh	< 3 năm	22.8 ± 5.26	< 0.001
	3-5 năm	24.7 ± 4.48	
	6-10 năm	28.1 ± 3.15	
	> 10 năm	31.14 ± 2.84	
Số đợt cấp trong năm	0	23.49 ± 4.86	< 0.001
	1	27.81 ± 3.8	
	2 - 3	29.89 ± 3.53	
	> 3	32.25 ± 1.71	

(Giá trị p lấy từ test Oneway ANOVA)

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tổng điểm CAT giữa các nhóm người bệnh có trình độ học vấn khác nhau ($p > 0.05$). Tình trạng hút thuốc lá, thời gian mắc bệnh, số đợt cấp trong 12 tháng trước có liên quan đến CLCS của người mắc BPTNMT ($p < 0.05$).

Bảng 9. Mối liên quan giữa tổng điểm CAT và mức độ khó thở, nguyên nhân gây đợt cấp (n = 246)

	Biến số	Tổng điểm CAT trung bình	p
Điểm mức độ khó thở mMRC	2	19.63 ± 2.25	< 0.001
	3	25.82 ± 3.64	
	4	31.06 ± 1.87	
Nguyên nhân gây đợt cấp	Nhiễm trùng hô hấp	27.9 ± 4.65	< 0.001
	Thay đổi thời tiết	26.9 ± 4.12	
	Tiếp xúc khói, bụi	23.94 ± 4.59	
	Ngưng thuốc điều trị duy trì đợt ngột	24.22 ± 4.73	
	Nguyên nhân khác	26.14 ± 5.61	
	Không rõ nguyên nhân	17	

(Giá trị p lấy từ test Oneway ANOVA)

Nhận xét: Kết quả phân tích đơn biến cho thấy mức độ khó thở và nguyên nhân gây đợt cấp có liên quan đến CLCS của người bệnh với $p < 0.05$.

Bảng 10. Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đa biến (n = 246)

Biến số	Hệ số hồi quy chuẩn hóa (Beta)	p (t-test)	p (F-test)
Tuổi	0.141	0.008	< 0.001
Tình trạng hút thuốc lá	0.080	0.056	
Thời gian mắc bệnh	0.031	0.599	
Số đợt cấp trong 12 tháng trước	0.126	0.008	
Mức độ khó thở	0.668	< 0.001	
Nguyên nhân gây đợt cấp	- 0.06	0.876	

Nhận xét: Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả phân tích đa biến cho thấy các yếu tố có liên quan trực tiếp đến CLCS của người mắc BPTNMT là tuổi, số đợt cấp trong 12 tháng trước và mức độ khó thở ($p < 0.05$). Trong đó, mức độ khó thở là yếu tố có tác động mạnh nhất với hệ số hồi quy chuẩn hóa là 0.668.

4. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 69.5, nhỏ nhất là 33 tuổi, lớn nhất là 95 tuổi. Độ tuổi

chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 60 trở lên (80.1%). Hầu hết người bệnh là nam, chiếm tỷ lệ 92.7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần bằng với nghiên cứu của Nguyễn Quang Đợi năm 2019 tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai với độ tuổi trung bình là 70.2 [7]. Nhóm người bệnh sống ở khu vực nông thôn cao hơn gấp 2.3 lần ở thành thị, đa số người bệnh đều sống cùng với gia đình (93.5%). Trình độ học vấn của người bệnh chủ yếu là cấp tiểu học (62.6%) và trung học cơ sở (30.1%). Người bệnh đang trong tình trạng thất nghiệp hoặc mất sức lao động, hết tuổi lao động chiếm tỷ lệ cao nhất (70.3%). Phần lớn người bệnh đã từng hút thuốc lá (52.8%), trong đó có 41.5% hiện tại vẫn còn hút thuốc lá, chỉ có 5.7% người bệnh chưa từng hút thuốc lá. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần bằng với nghiên cứu của Trần Khánh Phương và cộng sự tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch với tỷ lệ người bệnh có tiền sử hút thuốc lá là 92% [2].

Chỉ số khối cơ thể trung bình của các đối tượng tham gia vào nghiên cứu là 20.3. Phần lớn người bệnh có chỉ số khối cơ thể ở mức bình thường (57.3%), thời gian mắc bệnh từ 6 đến 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (37%). Đa số người bệnh đều có 01 đợt cấp BPTNMT trong vòng 12 tháng trước (43.9%), phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Thủy và cộng sự trên 152 người bệnh tại Bệnh viện Phổi Trung ương, với tỷ lệ người bệnh có 01 đợt cấp trong năm là 46.1%, chiếm tỷ lệ cao nhất [8].

Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều có triệu chứng khó thở. Điểm mức độ khó thở mMRC trung bình là 3.3, đa số người bệnh có mức độ khó thở là 3 điểm (46.8%) và 4 điểm (39%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Khánh Phương và cộng sự tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch với tỷ lệ người bệnh có triệu chứng khó thở là 100% [2]. Nghiên cứu của Lâm Tài Hoàng Hiếu và cộng sự năm 2022 tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm tỉnh Tiền Giang, tỷ lệ người bệnh có mức độ khó thở 3 điểm là 47.5% và mức 4 điểm chiếm 36.6% [9], gần bằng với nghiên cứu của chúng tôi. Các triệu chứng ho, khạc đờm cũng xuất hiện ở hầu hết người bệnh (trên 96%), màu sắc đờm chủ yếu là trắng đục (62.2%) và vàng/ xanh (33.2%). Nghiên cứu của Trần Khánh Phương và cộng sự năm 2022 ở Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, có 90.7% người bệnh bị ho và 45.3% có khạc đờm, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [2]. Tỷ lệ người bệnh bị đau ngực là 44.3%, cao hơn nghiên cứu của Đỗ Khánh Linh và cộng sự ở Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai năm 2012 với tỷ lệ là 30% [10].

Tổng điểm CAT trung bình của đối tượng nghiên cứu là 26.98 ± 4.81 , nhỏ nhất là 16 điểm, lớn nhất là 35 điểm. Trong đó, khó thở là mục chiếm nhiều điểm nhất trong 8 mục của bộ câu hỏi CAT với số điểm trung bình là 4.12 ± 0.79 . Phần lớn người mắc BPTNMT có CLCS bị ảnh hưởng ở mức độ nặng (58.1%) và rất nặng (30.1%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Khuyến và cộng sự năm 2020 - 2021 với 98 người mắc BPTNMT tại Khoa Nội hô hấp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, tổng điểm CAT trung bình là 23.5 ± 3.4 , cao nhất là 33 điểm, thấp nhất là 19 điểm, có 80.6% người bệnh mắc BPTNMT có CLCS ở mức độ ảnh hưởng nặng và rất nặng [4], phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi với đa số người bệnh bị ảnh hưởng nặng đến CLCS. Ở Hàn Quốc, Hyun-Il Gil và cộng sự thực hiện nghiên cứu từ năm 2016 đến 2019 với 815 người bệnh tham gia, có 22.3% người bệnh bị ảnh hưởng nhẹ, 40.9% bị ảnh hưởng trung bình và 36.8% người bệnh bị ảnh hưởng nặng và rất nặng [11], nhìn chung tỷ lệ mức độ ảnh hưởng nặng thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả đo lường mức độ ảnh hưởng của BPTNMT đối với CLCS theo 8 mục trong thang điểm CAT cho thấy khó thở là mục có điểm trung bình cao nhất 4.12 ± 0.79 . Hạn chế hoạt động, không yên tâm ra khỏi nhà, khó ngủ, sức khỏe chung cũng là các mục chiếm tỷ trọng cao trong thang điểm CAT với điểm trung bình lần lượt là 3.95 ± 0.84 ; 3.96 ± 0.86 ; 3.83 ± 0.73 và 3.79 ± 0.59 . Trong số 4 mục về triệu chứng của bệnh (khó thở, ho, khạc đờm, cảm giác nặng ngực), triệu chứng khó thở tác động nhiều nhất, ho cũng ảnh hưởng khá nhiều đến CLCS với điểm trung bình 3.12 ± 0.84 . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Ngô Quý Châu và cộng sự năm 2011 tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, các mục có tỷ lệ điểm cao nhất trong thang điểm CAT là sức khỏe chung, hạn chế hoạt động, khó thở và khó ngủ với điểm trung bình lần lượt là 3.09 ± 0.73 ; 2.95 ± 0.87 ; 2.85 ± 0.77 và 2.59 ± 0.84 [12]. Nghiên cứu của Sarah Houben-Wilke và cộng sự tại Hà Lan công bố năm 2018, các mục góp tỷ lệ cao nhất trong thang điểm CAT là sức khỏe chung và khó thở với điểm trung bình 4.0 [13]. Nhìn chung, giữa các kết quả nghiên cứu trong nước và ngoài nước có

sự tương đồng với nhau về các mục góp tỷ lệ cao trong thang điểm CAT như sức khỏe chung, khó thở, hạn chế hoạt động và khó ngủ.

Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đa biến với biến phụ thuộc là tổng điểm CAT xác định được các yếu tố có liên quan trực tiếp đến CLCS của người bệnh là tuổi, số đợt cấp trong 12 tháng trước và mức độ khó thở với $p < 0.05$. Trong đó, mức độ khó thở là yếu tố có tác động mạnh nhất với hệ số hồi quy chuẩn hóa là 0.668. Có sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của Nguyễn Thị Khuyến và cộng sự tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, các yếu tố liên quan với CLCS của người bệnh gồm hoàn cảnh sống, thể trạng và giai đoạn bệnh ($p < 0.05$) [4]. Khó thở làm ảnh hưởng đến mọi hoạt động sinh hoạt hàng ngày nên mức độ khó thở có ảnh hưởng rõ rệt đến CLCS của người bệnh. Mức độ khó thở theo thang điểm mMRC càng nặng thì tổng điểm CAT càng cao, CLCS càng bị ảnh hưởng nặng. Nghiên cứu của Lâm Tài Hoàng Hiếu và cộng sự năm 2022 tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm tỉnh Tiền Giang cũng ghi nhận có mối liên quan chặt chẽ giữa mức độ khó thở theo thang điểm mMRC và CLCS theo thang điểm CAT [9]. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Tĩnh và cộng sự thực hiện năm 2017 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định cũng cho thấy có sự khác biệt giữa tình trạng khó thở của người bệnh với CLCS, những người bệnh không khó thở hoặc khó thở ở độ 1, 2 có CLCS chủ yếu ở mức trung bình khá trong khi những người ở nhóm khó thở độ 3, 4 có CLCS chủ yếu ở mức trung bình kém [14]. Các nghiên cứu trên đã chứng minh người mắc BPTNMT có mức độ khó thở càng nặng thì CLCS càng bị ảnh hưởng nặng.

Tuổi và tổng điểm CAT có mối tương quan thuận mức độ trung bình với $p < 0.05$ và $r = 0.465$. Tuổi càng cao thì điểm CAT càng cao, CLCS càng giảm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của La Văn Luân và cộng sự năm 2017 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, ngoài khó thở, tuổi là yếu tố thứ hai ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh [15]. Số đợt cấp trong 12 tháng trước cũng ảnh hưởng đến CLCS của người mắc BPTNMT, số đợt cấp trong năm càng nhiều thì tổng điểm CAT càng cao, CLCS càng bị ảnh hưởng nặng. Đợt cấp BPTNMT là tình trạng nặng lên trong vòng 14 ngày qua, thường liên quan đến tăng đáp ứng viêm tại phổi hoặc toàn thân do nhiễm trùng phế quản, ô nhiễm không khí hoặc do tổn hại khác với phế quản. Đợt cấp BPTNMT làm giảm CLCS, tăng tốc độ sụt giảm chức năng hô hấp, gây nhập viện và thậm chí tử vong [1].

5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Mức độ ảnh hưởng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đối với chất lượng cuộc sống của người bệnh theo thang điểm CAT chủ yếu là ảnh hưởng nặng (58.1%) và rất nặng (30.1%). Mức độ khó thở, tuổi và số đợt cấp trong 12 tháng trước có liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Vì vậy, trong công tác theo dõi, điều trị và chăm sóc người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, cần chú trọng quan tâm đến những người bệnh cao tuổi và quản lý tốt ngoại trú để hạn chế số đợt cấp phải nhập viện, cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] B. Y tế, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Hà Nội, 2023.
- [2] T. K. Phương, T. Q. Việt, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn đờm của người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp”, *Tạp chí Y dược thực hành 175*, bệnh viện Quân y 175, tập 3, số 29, tr.10-13, 2022.
- [3] P. T. B. Ngọc, “Gánh nặng chăm sóc người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người chăm sóc tại bệnh viện Phổi tỉnh Nam Định”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tổng hội Y học Việt Nam, tập 527, số 2, tr.127-130, 2023.
- [4] N. T. Khuyến, Đ. T. Minh, “Đánh giá chất lượng cuộc sống ở người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại khoa Nội hô hấp, bệnh viện Trung ương Quân đội 108”, *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, bệnh viện Trung ương Quân đội 108, tập 16, số 8, tr.105-110, 2021.
- [5] B. Y tế, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì*, Ban hành kèm theo Quyết định số

2892/QĐ-BYT ngày 22 tháng 10 năm 2022, Hà Nội, tr.6-7, 2022.

[6] T. V. Lâm, P. V. Kiểm, N. Thị Hân, H. M. Hải, “Các yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn”, *Kỷ yếu Hội nghị khoa học Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2019, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang*, tr.3-5, 2019.

[7] N. Q. Đợi, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ tắc động mạch phổi cấp ở người bệnh đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính”, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, 2019.

[8] H. Thủy, N. V. Nhung, N. Đ. Tiên, “Đặc điểm khí máu động mạch trong đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tổng hội Y học Việt Nam, tập 515, số 2, tr.203-205, 2022.

[9] L. T. H. Hiếu, N. T. N. Ngoan, L. T. K. Anh, “Đánh giá mức độ khó thở của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo thang điểm mMRC tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm tỉnh Tiền Giang”, *Tạp chí khoa học Trường đại học Trà Vinh*, tập 13, tr.28-35, 2023.

[10] Đ. K. Linh, T. T. Lý, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân gây đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tổng hội Y học Việt Nam, tập 407, số 1, tr.90-94, 2013.

[11] H. Gil, S. Zo, P. W. Jones et al., “Clinical Characteristics of COPD Patients According to COPD Assessment Test (CAT) Score Level: CrossSectional Study”, *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, Vol. 16, pp.1509-1517, 2021.

[12] N. Q. Châu, T. H. Duy, “Nghiên cứu áp dụng bộ câu hỏi CAT đánh giá chất lượng cuộc sống sức khỏe người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp - Bệnh viện Bạch Mai”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, Bệnh viện Bạch Mai, số 64, tr.49-55, 2012.

[13] S. H. Wilke, D. J. A. Janssen, F. M. E. Franssen et al., “Contribution of individual COPD assessment test (CAT) items to CAT total score and effects of pulmonary rehabilitation on CAT scores”, *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 16, No. 205, 2018, <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1034-4>.

[14] N. X. Tĩnh, T. T. Anh, V. T. T. Hằng, “Một số yếu tố liên quan chất lượng cuộc sống ở người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017”, *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, tập 01, số 02, tr.66-71, 2018.

[15] L. V. Luân, N. H. Long, L. T. H. Lan, “Chất lượng cuộc sống ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên”, *Tạp chí Khoa học điều dưỡng*, tập 01, số 04, tr.45-50, 2018.