

# TÌNH HÌNH VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH TIM MẠCH ĐỒNG MẮC LÊN MỨC ĐỘ, ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Lê Thị Kim Đài<sup>1\*</sup>, Phạm Thanh Phong<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Kiên<sup>2</sup>

1. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

\*Email: bskimdai@gmail.com

## TÓM TẮT

**Đặc vấn đề:** Bệnh tim mạch đồng mắc rất thường gặp và có tác động mạnh đến mức độ nghiêm trọng và tiên lượng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và ảnh hưởng của bệnh tim mạch lên mức độ nặng và đáp ứng điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 232 bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi mạn tính nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** bệnh tim mạch đồng mắc chiếm 76,72%. Trong đó, tăng huyết áp chiếm 61,24%, bệnh mạch vành 18,54%, suy tim chiếm 14,04%, tăng áp động mạch phổi chiếm 7,3% và 56,18% rối loạn nhịp tim. Bệnh tim mạch đồng mắc làm kéo dài thời gian điều trị ( $8,82 \pm 4,29$  ngày so  $6,07 \pm 2,25$   $p < 0,001$ ). Có sự liên quan giữa bệnh tim mạch đồng mắc với mức độ nặng của đợt cấp bệnh nhân COPD cũng như kết quả điều trị bệnh. **Kết luận:** bác sĩ lâm sàng cần quan tâm phát hiện và điều trị kết hợp bệnh tim mạch đồng mắc với đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

**Từ khóa:** Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh tim mạch đồng mắc.

## ABSTRACT

### CARDIOVASCULAR COMORBIDITIES AND ITS EFFECT ON THE OUTCOME OF PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Le Thi Kim Dai<sup>1</sup>, Pham Thanh Phong<sup>1</sup>, Nguyen Trung Kien<sup>2</sup>

1. Cantho Central General Hospital

2. Cantho University of Medicine and Pharmacy

**Backgrounds:** cardiovascular comorbidities are very common and has a strong impact on the severity and prognosis of chronic obstructive pulmonary disease. **Objectives:** assess the presence of different associated cardiovascular diseases (CVDs) in subjects hospitalized for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) and its effect on the outcome. **Materials and methods:** observational study was conducted on 232 AECOPD patients were diagnosed and treated in Can Tho central general Hospital. **Results:** 178 patients were associated with CVD (76.72%) where the high percentage of the them were 61.24% arterial hypertension; coronary artery disease 18.54, heart failure 14,04%, pulmonary hypertension 7.3% and 58.16% arrhythmias. COPD patients in exacerbation with CVD, were significantly more likely to have longer duration of hospital stay ( $8.82 \pm 4.29$  vs  $6.07 \pm 2.25$   $p < 0.001$ ). There were a correlation between CVD and COPD severity, outcome. **Conclusions:** clinical physician should pay attention for diagnosis and treatment of cardiovascular comorbidities with COPD.

**Key words:** Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, cardiovascular comorbidities.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là tình trạng bệnh lý được đặc trưng bởi sự hạn chế luồng khí không hồi phục hoàn toàn. Sự hạn chế luồng khí này thường tiến triển từ từ và liên quan với phản ứng viêm bất thường của phổi với các phân tử nhỏ và khí độc hại [9]. Bệnh đã thực sự trở thành gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu vì tính chất phổ biến, tiến triển kéo dài, chi phí điều trị cao và hậu quả gây tàn phế [9] Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong cộng đồng dân

cư từ 40 tuổi trở lên là 4,2% trong đó nam là 7,1% và nữ là 1,9%. Bệnh nhân Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thường chiếm 25% số giường trong các khoa hô hấp và trong phòng chăm sóc tích cực lúc nào cũng có bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thở máy. Nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thường gặp do suy hô hấp chiếm 35%, bệnh tim mạch là 26% và ung thư phổi chiếm 12% [12].

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thường phối hợp với nhiều bệnh lý khác nhau bao gồm bệnh tim mạch, rối loạn chức năng cơ xương, trầm cảm và ung thư phổi... Trong đó, bệnh tim mạch được xem là nhóm bệnh đồng mắc thường gặp nhất. Hai nhóm bệnh này thường kết hợp với nhau có thể là do có cùng yếu tố độc lập với các nguyên nhân gây bệnh phổ biến, chủ yếu là thuốc lá. Cả hai đều là bệnh rối loạn hệ thống với cơ chế và các quá trình sinh lý bệnh chông chéo. Bệnh tim mạch tác động mạnh đến mức độ nghiêm trọng và tiên lượng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và ngược lại, trong đó có đợt cấp. Sự liên quan mật thiết giữa bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và bệnh tim mạch là do: (1) Liên quan về mặt bệnh học do chia sẻ yếu tố nguy cơ chung như khói thuốc lá và tuổi; (2) Những hậu quả của rối loạn chức năng tim gây ra do bệnh phổi. Bệnh tim mạch đồng mắc trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là yếu tố tiên lượng độc lập tỷ lệ nhập viện và tử vong. Vì vậy, chúng cần phải được phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Nhằm tìm hiểu rõ hơn sự kết hợp của hai nhóm bệnh này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ các bệnh tim mạch đồng mắc ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2017-2018.

2. Tìm hiểu mối liên quan của bệnh tim mạch đồng mắc đến mức độ nặng và đáp ứng điều trị đợt cấp bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2017-2018.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD nhập viện tại khoa hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong thời gian 04/2017- 05/2018.

+ Tiêu chuẩn chọn: Tiền sử bệnh nhân được chẩn đoán COPD và/hoặc đang được quản lý điều trị

+ Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có các bệnh lý nặng kèm theo như suy thận nặng, suy gan nặng, hôn mê gan, hôn mê do tăng hoặc hạ đường huyết, ung thư, nhồi máu não, xuất huyết não, nhồi máu cơ tim cấp có choáng, loạn nhịp thất nặng..

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả, tiền cứu.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ với  $p$  là tỷ lệ của các bệnh tim mạch đồng mắc trên bệnh nhân COPD. Kết quả từ nghiên cứu bệnh đồng mắc ở bệnh nhân COPD tại bệnh viện Nhân dân 115 cho thấy tỷ lệ các bệnh lý tim mạch như sau: rối loạn nhịp tim là 70,8%, tăng huyết áp 66,7%, bệnh mạch vành 48,9%, tăng áp phổi là 27,1% suy tim là 18,8% [4]. Chúng tôi chọn tỷ lệ bệnh mạch vành 48,9% làm cơ sở để tính, độ sai số cho phép  $=0,065$ , tính được  $n=228$  bệnh nhân. Trong thực tế chúng tôi nghiên cứu 232 đối tượng. Chọn mẫu thuận tiện.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Tỷ lệ các bệnh tim mạch đồng mắc: tăng huyết áp (THA), thiếu máu cục bộ cơ tim, rối loạn nhịp tim, hở van 2 lá, 3 lá, tăng áp phổi, suy tim.

+ Mối liên quan của bệnh tim mạch đồng mắc lên mức độ nặng, thời gian điều trị và kết quả điều trị AECOPD.

- Phương pháp thu thập số liệu: khám lâm sàng, cận lâm sàng phát hiện các bệnh tim đồng mắc, điều trị bệnh theo phác đồ và đánh giá kết quả điều trị.

- Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu trên phần mềm SPSS. 20.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

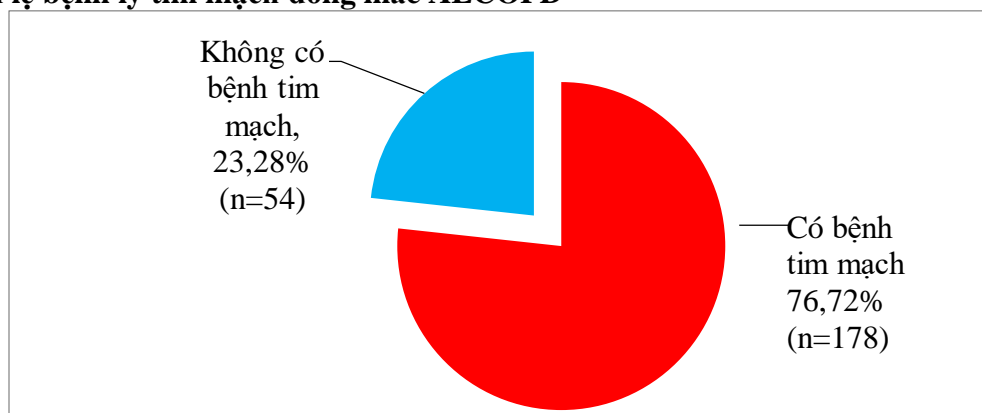
#### 3.1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu thực hiện 232 bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	
Giới tính	Nam: 98,71% (n=229)
	Nữ: 1,29% (n= 03)
Tuổi trung bình	73,72±10,78 tuổi (45 đến 97 tuổi)
Hút thuốc lá	100% có hút thuốc lá (n=232), đang hút chiếm 26,7%
Thời gian mắc bệnh COPD	3,62 ±2,72 (tối thiểu:1, tối đa: 21)
Số đợt cấp nhập viện trung/bình năm	1,81 ± 0,99

#### 3.2. Tỷ lệ bệnh lý tim mạch đồng mắc AECOPD



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ bệnh lý tim mạch đồng mắc AECOPD

Nhận xét: Tỷ lệ BTM đi kèm với AECOPD chiếm 76,72%.

Bảng 3.2. Phân bố tỷ lệ của từng BTM đồng mắc với AECOPD

Bệnh tim mạch đi kèm	Tần suất	Tỷ lệ (%)
THA	109	61,24
Thiếu máu cục bộ cơ tim	33	18,54
Rối loạn nhịp tim	103	56,18
Hở van 2 lá	10	5,62
Hở van 3 lá	12	6,74
Tăng áp phổi	13	7,3
Suy tim (suy tim phải 4,49%(n=8), suy tim trái 3,93%(n=7), suy tim toàn bộ 5,62%(n=10))	25	14,04
Phối hợp 02 bệnh tim mạch	64	35,96
Phối hợp 03 bệnh tim mạch	17	9,55

Nhận xét: Tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim có tỷ lệ cao nhất xuất hiện ở bệnh nhân AECOPD nhập viện. Tỷ lệ phối hợp của 02 bệnh tim mạch cùng đồng mắc chiếm 35,96%.

#### 3.3. Ảnh hưởng bệnh lý tim mạch đồng mắc trên AECOPD

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa BTM và mức độ nặng AECOPD

Mức độ nặng	AECOPD		Tổng	OR	p
	Có BTM	không			
Nhẹ+Trung bình	52 (62,65)	31 (37,35)	83 (100)		
Nặng	126 (84,56)	23 (15,44)	149 (100)	3,26(CI 95%:1,74-6,12)	$\chi^2=14,33$ p=0,001

Nhận xét: Có mối liên quan giữa bệnh tim mạch và mức độ nặng AECOPD, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,001.

Bảng 3.4. So sánh thời gian điều trị trung bình của nhóm nghiên cứu

Nhóm bệnh	Thời gian (ngày)	p
Nhóm nghiên cứu chung (n= 232)	8,18 ±4,15	F= 11,045 p= 0,001
Nhóm AECOPD có bệnh tim mạch	8,82 ± 4,29 ngày	
Nhóm AECOPD không có bệnh tim mạch	6,07 ± 2,25 ngày	
Nhóm có tăng huyết áp	7,084 ± 4,03(n=109)	p= 0,04
Nhóm có rối loạn nhịp tim	6,68 ± 2,71(n=103)	p=0,06
Nhóm có suy tim	15,48 ± 3,86(n=25)	p=0,001
Nhóm có bệnh mạch vành	9,94 ± 3,59(n=33)	p=0,001

Nhận xét: Thời gian điều trị của nhóm AECOPD có bệnh lý tim mạch đồng mắc dài hơn so nhóm không có bệnh tim mạch đi kèm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Ảnh hưởng của bệnh tim mạch lên kết quả điều trị AECOPD

Kết quả điều trị	AECOPD		Tổng	OR	p
	Có BTM	không			
Xuất viện	164 (75,6)	53 (24,4)	217 (100)		
Tử vong, nặng chuyển đi	14 (93,3)	1 (6,7)	15 (100)	4,52 (CI 95%:0,58-35,22)	$\chi^2=2,77$ p= 0,02

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh diễn tiến nặng hơn phải chuyển tuyến trên, nặng xin về hoặc tử vong xảy ra ở nhóm AECOPD có bệnh lý tim mạch đi kèm cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi có 232 bệnh nhân, nam chiếm 98,3% và nữ chiếm 1,29%. Một trong những nguyên nhân đưa đến sự khác biệt giữa nam và nữ là do có sự khác biệt về tỷ lệ hút thuốc lá giữa 2 giới. Tỷ lệ nữ gặp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Trang, tỷ lệ nữ 4,2% [5]; Nguyễn Chính Điện với tỷ lệ nữ là 7,8% [1]; Theo nghiên cứu của bệnh viện 115 tỷ lệ nam 72,9% và nữ 27,1% [4]; nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai, tỷ lệ nam 92,2% nữ là 8,2% [2]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi tập trung trên đối tượng AECOPD nhập viện.

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 73,73±10,78 tuổi, trong đó bệnh nhân tuổi nhỏ nhất 45, tuổi cao nhất 97. Đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Trang là 73,56±10,84 tuổi [5]; nhưng có tuổi trung bình cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Phương Thu là 65,2 tuổi [4]; Nguyễn Chính

Điện là  $68,1 \pm 9,3$  tuổi [1]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi lại có tuổi trung bình thấp hơn so nghiên cứu Terzano. C là  $77,23 \pm 10,64$  tuổi [14] và Lê Thị Kim Nhung là  $77,51 \pm 6,2$  tuổi (65 đến 101 tuổi) [3]. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm khoảng 60-79 tuổi lần lượt là 52,25% và 51,85% nhóm có và không có bệnh tim mạch đồng mắc. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Phương Thư của bệnh viện 115 là 41,5% [4] và tương tự như nghiên cứu của bệnh viện Bạch Mai là 52,05% [1]; Theo Chu Thị Hạnh, nhóm tuổi từ 60-69 chiếm tỷ lệ nhiều nhất 41,5% [2]; Hua và Cs, nhóm tuổi này chiếm 42,5%, bệnh tim mạch trên BN COPD có khuynh hướng gia tăng theo tuổi [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% bệnh nhân hút thuốc lá kể cả nam và nữ. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Trang là 99% [5]. Tỷ lệ hút thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu Nidhi Gupta khi ghi nhận tỷ lệ hút thuốc là 90,5% nhóm có bệnh tim mạch đồng mắc và 90,9% ở nhóm còn lại. Đặc điểm này cũng phù hợp với nhiều tài liệu cho thấy có khoảng 80 đến 90% bệnh nhân COPD có liên quan đến thuốc lá.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian mắc bệnh trung bình  $3,99 \pm 2,47$  năm (Bảng 1), thời gian trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so nghiên cứu của Ngô Chính Điện, trung bình là  $6,81 \pm 4,8$  [1].

#### **4.2. Tỷ lệ bệnh tim mạch đồng mắc trên AECOPD**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh tim mạch đồng mắc chiếm 76,72%. Theo Caram LMO tỷ lệ này là 76% bệnh nhân COPD. Trong 178 bệnh nhân COPD nhập viện vì đợt cấp, có 61,24% bệnh nhân bị THA. Tại Việt nam, nghiên cứu tại bệnh viện 115, tỷ lệ THA chiếm 66,7% ở người COPD [4]. Nghiên cứu của Lê Thị Kim Nhung tại bệnh viện Thống Nhất, THA chiếm tỷ lệ cao nhất là 76,7% trong các bệnh tim mạch đồng mắc AECOPD [3]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn so với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Trang chiếm 55,2% [5]. Theo Caram LMO, 42% COPD có ít nhất một bệnh tim mạch đồng mắc, THA chiếm 40%, 10% bệnh mạch vành, 10% suy tim và 48% có sự kết hợp  $\geq 02$  bệnh tim mạch [6].

Suy tim chiếm 14,04% (n=25), trong đó suy tim phải đơn thuần chiếm 4,49% (n=8), suy tim trái chiếm 3,93% (n=7) và suy tim toàn bộ 5,62% (n=10). Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ suy tim thấp hơn so tác giả Nguyễn Chính Điện, tỷ lệ suy tim phải là 21,5%, suy tim trái 5,9% và suy tim toàn bộ là 12,7% [1]; nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Phương Thư, suy tim trái là 18,8% [4]

Tỷ lệ bệnh mạch vành trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 18,54% (n=33). Nghiên cứu tại bệnh viện Thống Nhất cho thấy tỷ lệ thiếu máu cục bộ cơ tim là 38,7%, là bệnh tim mạch thường gặp đứng thứ 2 sau THA [3]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn so với Nguyễn Ngọc Phương Thư, chiếm 46,7% [4]. Theo nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài như Caram LMO và Cs, bệnh mạch vành chiếm 10% [6].

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ rối loạn nhịp 56,18% (n=103), trong đó nhịp nhanh xoang chiếm ưu thế 45,51%, nhịp nhanh nhĩ chiếm 8,43%, rung nhĩ, ngoại tâm thu nhĩ và ngoại tâm thu thất lần lượt là 2,81%, 4,49%, 1,12% và tỷ lệ phối hợp của các bất thường chiếm 11,24%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ rối loạn nhịp thấp hơn so nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Phương Thư là 70,8% [4].

Nghiên cứu của chúng tôi có 7,3% (n=13) có tăng áp phổi, tỷ lệ này thấp hơn so các nghiên cứu của Chu Thị Hạnh là 26,2% tâm phế mạn, 92,6% trong số này có tăng áp động mạch phổi, chủ yếu mức độ trung bình [2]. Nguyễn Ngọc Phương Thư, tỷ lệ tăng áp phổi chiếm 27,1% trong đó tăng áp phổi là 27,5% bệnh nhân bị tăng áp phổi nhẹ, 72,5% tăng áp phổi trung bình và không có trường hợp nào là tăng áp phổi nặng [4].

#### **4.3. Ảnh hưởng của bệnh tim mạch trên bệnh nhân AECOPD**

Nghiên cứu của chúng tôi, bệnh tim mạch đồng mắc ở bệnh nhân AECOPD làm kéo dài thời gian điều trị trung bình ( $8,82 \pm 4,29$  ngày) so nhóm không có bệnh đi kèm ( $6,07 \pm 2,25$  ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p=0,0001$  (Bảng 3.4). Tương tự, nghiên cứu của Nidhi Gupta và Cs, thời gian điều trị trung bình là  $9,12 \pm 1,06$  ngày so nhóm không có bệnh đi kèm ( $6,86 \pm 1,32$  ngày),  $p < 0,0001$  [10]. Nghiên cứu của Cheryl R Laratta và Cs, thời gian điều trị AECOPD kéo dài 6-9 ngày [8]. Theo Lê Thị Kim Nhung, số ngày nằm viện và giai đoạn tắc nghẽn là các yếu tố nguy cơ tử vong cho đợt cấp COPD [3]. Theo Ying Wang và Cs, bệnh tim mạch đồng mắc là một trong những yếu tố làm kéo dài thời gian nằm viện của AECOPD là  $8,9 \pm 9,7$  ngày [15].

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy có bệnh tim mạch đồng mắc có liên quan đến mức độ nặng của đợt cấp, với tỷ số chênh  $OR = 3,26$  (95%CI: 1,74-6,12,  $p=0,001$ ) (Bảng 3.3). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Cheryl R Laratta và Cs, BTM là yếu tố tiên đoán cho tử vong trong bệnh viện của AECOPD với tỷ số  $OR$  là 2,46 (95% CI 2,02- 3,00,  $p < 0,0001$  [8].

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy bệnh tim mạch đồng mắc còn ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân AECOPD, tỷ lệ tử vong và bệnh nặng xin về ở nhóm có bệnh tim mạch đồng mắc chiếm tỷ lệ cao hơn so nhóm không có bệnh tim mạch đồng mắc với tỷ số chênh  $OR=4,52$  (95%CI: 0,58-35,22,  $p=0,02$ ) (Bảng 3.5). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Cheryl Wenjia và Cs, bệnh tim mạch là yếu tố tiên đoán cho tử vong trong bệnh viện của AECOPD [7];. Theo Piera Boschetto và Cs, AECOPD có bệnh lý đồng mắc làm tăng tỷ lệ tử vong với  $OR = 4,45$  (CI: 1,16- 17,  $p = 0,029$ ) [13].

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 232 bệnh nhân AECOPD nhập viện thấy:

- Tỷ lệ bệnh tim mạch đồng mắc chiếm 76,72%. Trong đó, tăng huyết áp chiếm đa số với 61,24%, bệnh mạch vành chiếm 18,54%, suy tim chiếm 14,04%, tăng áp động mạch phổi chiếm 7,3% và rối loạn nhịp tim chiếm 56,18%.

Bệnh tim mạch đồng mắc làm kéo dài thời gian điều trị của bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ( $8,82 \pm 4,29$  ngày so với  $6,07 \pm 2,25$  ngày,  $p=0,001$ ) ở nhóm không có bệnh đồng mắc, trong đó suy tim ( $15,48 \pm 3,86$  ngày) và bệnh mạch vành ( $9,94 \pm 3,59$  ngày) có ảnh hưởng nhiều hơn so với các bệnh tim mạch khác.

Bệnh tim mạch đồng mắc có liên quan với mức độ nặng của đợt cấp bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với tỷ số  $OR = 3,26$  (95% CI: 1,74-6,12,  $p = 0,001$ ). Ngoài ra, bệnh tim mạch đồng mắc còn ảnh hưởng đến quả điều trị của bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tỷ lệ bệnh nhân tử vong, diễn tiến nặng phải chuyển lên tuyến trên hoặc xin về cao hơn ở nhóm có bệnh tim mạch đồng mắc, với tỷ số chênh  $OR = 4,52$  (95%CI: 0,58-35,22,  $p=0,02$ ) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu và Nguyễn Chính Điện (2012), "Nghiên cứu một số biểu hiện bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại khoa hô hấp- bệnh viện Bạch Mai", *Y học thực hành*, 813, (3), 96-99
2. Chu Thị Hạnh, Vũ Văn Giáp và Dương Thị Hoài (2014), "Bệnh tim mạch đồng mắc với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại đơn vị quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Bệnh viện Bạch Mai", *Y Học Lâm Sàng*, 77, 81- 86.
3. Lê Thị Kim Nhung và Nguyễn Quang Minh (2014), "Khảo sát các yếu tố tiên lượng trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trên người cao tuổi"; *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 18, (3), 203-208.

4. Nguyễn Ngọc Phương Thu, Nguyễn Thanh Hiền, Dương Hiệp Hồ, Phan Mậu Khánh, Nguyễn Thị Kim Chi và Nguyễn Thị Lê (2012), "Tỷ lệ các loại bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính"; *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 16, (Supplement of No 1), 27 - 32.
5. Nguyễn Thị Thùy Trang, Nguyễn Thị Hồng Trân (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân có đợt cấp COPD tại khoa hô hấp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Caram LMO, Ferrari R, Naves CR et al. (2016), "Risk factors for cardiovascular disease in patients with COPD: mild-to-moderate COPD versus severe-to-very severe COPD", *J Bras Pneumol*, 42, (3), pp.179-184.
7. Chen Wenjia, Thomas Jamie, Mohsen Sadatsafavi et al. (2015), "Risk of cardiovascular comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis", *Lancet Respir Med* 3, pp. 631-639
8. Cheryl, Laratta & Stephan Van Eeden (2014), "Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: cardiovascular links", *BioMed Research International*, Volume 2014, pp. 1-18
9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017) "Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease". National Heart, Lung and Blood Institute. Washington DC.
10. Gupta Nidhi, Chitralkha Vora, Tarun Madan et al. (2018), "Prevalence of cardiovascular diseases in patients hospitalized for acute exacerbation of COPD: prospective observational study", *Int J Adv Med*, 5, (3), pp. 742-747.
11. Hua Cui, Dong-Mei Miao, Zhi-Min Wei et al. (2012), "Prevalence of cardiovascular disease in subjects hospitalized due to chronic obstructive pulmonary disease in Beijing from 2000 to 2010", *Journal of Geriatric Cardiology*, 9, (pp. 5-10).
12. Peter M A Calverley, Julie A Anderson, Bartolome Celli et al. (2010), "Cardiovascular events in patients with COPD: TORCH Study results", *Thorax* 65, pp. 719- 725.
13. Piera Boschetto, Bianca Beghé, Leonardo M et al. (2012), "Link between chronic obstructive pulmonary disease and coronary artery disease: Implication for clinical practice", *Respirology* 17, pp. 422- 43113.
14. Terzano.C, Colamesta V. B, Unim S. Romani et al.), "Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation: impact of comorbidities on length and costs during hospitalization", *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 21, pp.3680- 3689.
15. Ying Wang, Knut Stavem, Fredrik A Dahl, Sjur Humerfelt et al.(2014), "Factors associated with a prolonged length of stay after acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD)", *International Journal of COPD* 9, pp.99– 105

(Ngày nhận bài: 06/10/2018- Ngày duyệt đăng: 10/12/2018)

---