

rung nhĩ mạn tính không do bệnh van tim nhập viện điều trị tại khoa tim mạch bệnh viện Thanh Nhàn

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- + Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạch vành, nhồi máu cơ tim
- + Bệnh nhân có tiền sử hoặc phát hiện bệnh lý cường giáp
- + Bệnh nhân siêu âm tim phát hiện bệnh cơ lý cơ tim, bệnh tim bẩm sinh
- + Bệnh nhân có MLCT <30ml/phút (tính theo công thức Cock-corft)
- + Bệnh nhân có bệnh phổi tắc nghẽn kèm theo, bệnh nặng trong tình trạng sốc
- + Nhồi máu/xuất huyết não mới (trong vòng 6 tháng).

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

**2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu:** Theo chương trình SPSS 20

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong 6 tháng nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 71 trường hợp phù hợp các tiêu chuẩn, trong đó có 37 nam (52.1%) và 34 nữ (47.9%), có độ tuổi trung bình là 74. Phân bố cụ thể giới tính theo tuổi được trình bày ở bảng dưới đây

**Bảng 1: Phân bố giới tính theo tuổi của người bệnh**

Tuổi (năm)	Giới		N
	Nam n (%)	Nữ n (%)	
<65	8(75.1%)	6(24.9%)	14
≥65 và <75	15(93.7%)	1(6.3%)	16
≥75	14(34.1%)	27(65.9%)	41

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 74. Người trẻ nhất là 42 tuổi và lớn tuổi nhất là 99. Đa phần người bệnh trong nhóm nghiên cứu trên 50 tuổi, nhóm tuổi từ độ tuổi 75 trở lên chiếm đa số chiếm 57.7% trong đó có 27 nữ và 14 nam.

Giá trị NT-PrBNP trong quần thể biến thiên khá lớn với giá trị nhỏ nhất là 22, lớn nhất là 32738 pg/mL, giá trị NT-ProBNP đại diện cho quần thể là giá trị trung vị 1771 pg/mL. Siêu âm tim qua thành ngực trên đối tượng nghiên cứu ghi được kết quả lần lượt mô tả ở Bảng 2 và Bảng 3.

**Bảng 2. Đặc điểm siêu âm tim ở nhóm nghiên cứu**

	X±SD	Min – Max
Nhĩ trái (mm)	42±8	30 – 63
LAVI (ml/m <sup>2</sup> )	44± 25	18 – 146

EF (%)	55±16	20 – 81
Dd (mm)	50±8	33 – 75

**Nhận xét:** Giá trị của kích thước nhĩ trái được mô tả bằng hai phương pháp: kích thước nhĩ trái ở mặt cắt trục dọc cạnh ức với giá trị trung bình là 42mm và chỉ số thể tích nhĩ trái LAVI với giá trị trung bình là 44 ml/m<sup>2</sup>.

**Bảng 3. Phân bố bất thường siêu âm tim ở nhóm nghiên cứu**

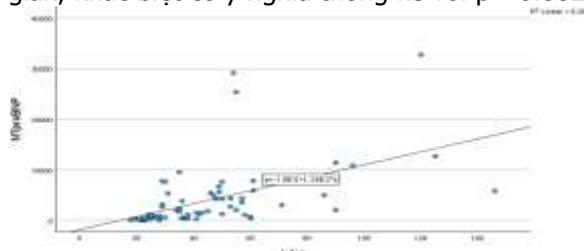
		X	%
Nhĩ trái	LAVI <34 (ml/m <sup>2</sup> )	29	40.8
	LAVI ≥34 (ml/m <sup>2</sup> )	42	59.2
Áp lực động mạch phổi	Bình thường	36	50.7
	Tăng nhẹ	20	28.2
	Tăng vừa	14	19.7
	Tăng nhiều	1	1.4
Thất trái	Dd > 50mm	29	40.8
	Dd ≤ 50mm	42	59.2
Chức năng tâm thu thất trái	EF ≥50%	47	66.2
	EF <50%	24	33.8
Chức năng thất phải	FAC ≥40%	65	91.5
	FAC <40%	6	8.5

**Nhận xét:** Trong 71 bệnh nhân, số ít bệnh nhân có suy chức năng tâm thu thất trái (33.8%), chỉ có 6 bệnh nhân suy thất phải, 1 bệnh nhân tăng áp động mạch phổi nhiều

**Bảng 4. Sự khác biệt NT-ProBNP với LAVI**

LAVI (ml/m <sup>2</sup> da)	N	Trung vị (pg/mL)	Khoảng tứ phân vị (pg/mL)	P
28	17	354	610	0.002
29-33	5	4217	5549	
34-39	5	1771	1907	
≥40	15	4356	5479	

**Nhận xét:** Nồng độ NT-ProBNP ở nhóm nhĩ trái bình thường thấp hơn các nhóm nhĩ trái giãn, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p= 0.002

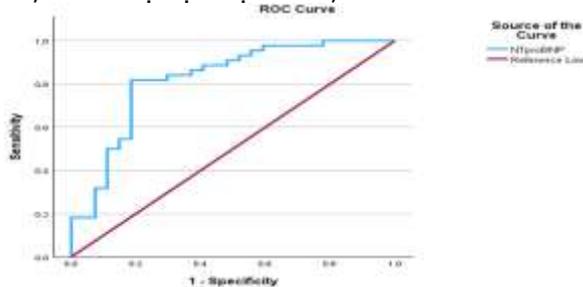


**Biểu đồ 1. Tương quan giữa nồng độ NT-ProBNP và LAVI**

**Nhận xét:** Nồng độ NT-ProBNP có mối tương quan đồng biến chặt chẽ với kích thước nhĩ trái tính theo LAVI với hệ số tương quan r= 0.529, p <0.001

Chúng tôi tiến hành xác định ngưỡng NT-ProBNP dự báo nhĩ trái giãn có ý nghĩa (LAVI ≥

34) bằng biểu đồ đường cong ROC. Cho thấy diện tích dưới đường cong AUC bằng 0,822 ( $p=0.000$ ), từ đó tìm được ngưỡng ProBNP dự báo LAVI  $\geq 34$  là 1143 pg/mL với độ nhạy là 81,8% và độ đặc hiệu là 87,7%.



**Biểu đồ 2. Đường cong ROC của nồng độ NT-ProBNP trên nhóm có LAVI  $\geq 34$  ml/m<sup>2</sup>**

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thu thập kết quả từ 71 đối tượng rung nhĩ mạn tính không do bệnh van tim nhập viện tại khoa tim mạch bệnh viện Thanh Nhàn với độ tuổi đa phần từ trên 65 tuổi (80.3%) trong đó nhóm từ 75 tuổi trở lên chiếm ưu thế 31 trên 71 bệnh nhân, phản ánh đúng đặc điểm rung nhĩ là bệnh lý mạn tính thường gặp ở người cao tuổi, với tỉ lệ mắc bệnh gia tăng theo số năm sống.

Tỉ lệ nam nữ trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng nhau, với tổng số nam là 37 và nữ giới là 34 người bệnh. Tuy vậy phân tích kỹ về tỉ lệ giới tính theo tuổi, nghiên cứu của chúng tôi có nữ giới đa phần thuộc nhóm từ 75 tuổi trở lên (là nhóm có nguy cơ mắc thuyên tắc cao nhất nhưng cũng là nhóm dễ gặp các biến chứng chảy máu nhất), trong khi đó nam giới của nghiên cứu phân bố khá đồng đều trong hai nhóm từ trên 65 tuổi đến 75 tuổi, và từ 75 tuổi trở lên. Mặc dù việc lựa chọn bệnh nhân có tính chất cá thể đặc trưng, nhưng tỉ lệ này của chúng tôi lại vô tình trùng khớp với tỉ lệ nghiên cứu về giới tính của rung nhĩ nói chung rằng đa số ảnh hưởng tới nam giới, song sau độ tuổi 75, theo thống kê thì phần đông bệnh nhân mắc rung nhĩ lại là nữ giới<sup>(2)</sup>. Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có giá trị NT-proBNP trung vị là 1771 pg/mL, cao hơn so với ngưỡng thông thường của quần thể nói chung (< 50 tuổi là 50 pg/mL, 50-75 tuổi là 75-100 pg/mL và > 75 tuổi là 250-300 pg/mL). Cũng đã có nhiều nghiên cứu đưa ra về vấn đề nồng độ NT-ProBNP ở bệnh nhân rung nhĩ cao hơn so với quần thể nhịp xoang là từ 800 – 1100 pg/mL<sup>(3)</sup> được giải thích liên quan đến kích thước tâm nhĩ trái – cơ chế tăng tiết NT-proBNP.

71 bệnh nhân nghiên cứu có đặc điểm nhĩ trái với đường kính trung bình 42mm, chỉ số thể tích nhĩ trái trung bình là 44 ml/m<sup>2</sup>. Nếu phân loại theo đường kính nhĩ trái, có 33 bệnh nhân có nhĩ trái giãn có ý nghĩa (> 40mm), nhưng nếu phân loại theo LAVI ( $\geq 34$  ml/m<sup>2</sup> da) là có tới 42 bệnh nhân (59.2%). Thực tế, đường kính trung bình nhĩ trái ảnh hưởng rất nhiều bởi các mặt cắt và chỉ đánh giá được một chiều trước sau của nhĩ trái, phản ánh kém chính xác hơn kích thước của nhĩ trái so với LAVI sử dụng thể tích trung bình thì tâm thu của hai mặt cắt 4 buồng và hai buồng tính theo diện tích da. Rõ ràng có 9 bệnh nhân bị đánh giá sai về kích thước nhĩ trái (giãn theo LAVI nhưng không giãn theo đường kính nhĩ trái), điều này có thể dẫn đến tiên lượng sai về lâm sàng cũng như phương án điều trị.

NT-proBNP tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm có LAVI lớn hơn với  $p=0.022$ . NT-proBNP từ lâu được biết đến là yếu tố tiên lượng tử vong và suy tim với mọi bệnh nhân. Với kích thước nhĩ trái được coi là gián tiếp phản ánh áp lực đổ đầy thất trái, trên bệnh nhân nhịp xoang, việc giãn nhĩ trái là yếu tố chỉ điểm của rối loạn chức năng tâm trương thất trái hay chẩn đoán bệnh nhân có suy tim với bệnh nhân có phân suất tống máu LVEF  $\geq 50\%$ . Với bệnh nhân rung nhĩ, việc nhĩ trái giãn còn phản ánh việc rung nhĩ gây nên xơ hoá tái cấu trúc tâm nhĩ. Bởi vậy có thể xem xét việc nhĩ trái giãn trên bệnh nhân rung nhĩ là dấu hiệu tồi của rung nhĩ lên cơ tim và cũng là dấu hiệu của rối loạn chức năng tâm trương hay suy tim<sup>(4,5)</sup>. Vì thế thể tích nhĩ trái dù là thông số siêu âm đơn giản nhưng giống NT-proBNP có khả năng tiên lượng và dự đoán các biến cố suy tim trong tương lai của bệnh nhân rung nhĩ<sup>(6)</sup>.

Chúng tôi ghi nhận NT-proBNP có mối tương quan đồng biến mức độ chặt chẽ với LAVI với  $r=0.529$ ,  $p<0.001$ . So sánh với nhóm tác giả người Hàn Quốc Ga-In Yu tiến hành trên 327 người bệnh rung nhĩ không do bệnh van tim thì mối liên quan NT-proBNP với LAVI là  $r=0.405$ ,  $p<0.001$ <sup>(7)</sup>. Từ mối tương quan chặt chẽ giữa NT-proBNP và chỉ số thể tích nhĩ trái, chúng tôi tiến hành vẽ đường cong ROC và ghi nhận được diện tích dưới đường cong AUC bằng 0,822 ( $p=0.000$ ), từ đó tìm được ngưỡng NT-proBNP dự báo LAVI  $\geq 34$  là 1143 pg/mL với độ nhạy là 81,8% và độ đặc hiệu là 87,7%, cũng là dự báo về gia tăng áp lực trong buồng nhĩ, tiên lượng nguy cơ thuyên tắc mạch, suy tim và tử vong trong thời gian bệnh nhân chưa được tiếp cận siêu âm doppler tim.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 71 bệnh nhân rung nhĩ mạn tính không do van tim nhập viện tại khoa Tim mạch bệnh viện Thanh Nhàn, bệnh nhân được ghi nhận ngay các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm máu thời điểm vào viện và siêu âm tim trong vòng 48 giờ, chúng tôi nhận thấy ở những bệnh nhân nghiên cứu:

- NT-proBNP có mối tương quan đồng biến, chặt chẽ với LAVI với  $r = 0.529$ ,  $p < 0.001$

- Từ mối tương quan giữa NT-proBNP và chỉ số thể tích nhĩ trái, chúng tôi tiến hành vẽ đường cong ROC và ghi nhận được diện tích dưới đường cong AUC bằng 0,822 ( $p=0.000$ ) và tìm được ngưỡng NT-proBNP dự báo LAVI  $\geq 34$  là 1143 pg/mL với độ nhạy là 81,8% và độ đặc hiệu là 87,7%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dominik Linz.** Atrial fibrillation: epidemiology, screening and digital health. The lancet Regional Health. Volume 37, February 2024
2. **Mou L., Norby F.L., Chen L.Y., et al.** Lifetime risk of atrial fibrillation by race and socioeconomic status: ARIC Study (Atherosclerosis Risk in Communities). Circ Arrhythm Electrophysiol. 2018;11(7) doi: 10.1161/CIRCEP.118.006350
3. **Entezar Nasab Mehrabi.** Relationship of atrial fibrillation and N terminal pro brain natriuretic peptide in heart failure patients. ESC heart failure, volume 10, issue 6, 30 september 2023.
4. **An Y, Ogawa H, Esato M, Ishii M, Iguchi M, Masunaga N, Aono Y, Ikeda S, Doi K, Tsuji H, Wada H, Hasegawa K, Abe M, Lip GYH, Akao M.** Age-dependent prognostic impact of paroxysmal versus sustained atrial fibrillation on the incidence of cardiac death and heart failure hospitalization (the Fushimi AF Registry). Am J Cardiol 2019;124:1420–1429
5. **Pandey A, Kim S, Moore C, Thomas L, Gersh B, Allen LA, Kowey PR, Mahaffey KW, Hylek E, Peterson ED, Piccini JP, Fonarow GC.** Predictors and prognostic implications of incident heart failure in patients with prevalent atrial fibrillation. JACC Heart Fail 2017;5:44–52.
6. **Naoki Taniguchi, MD.** Usefulness of Left Atrial Volume as an Independent Predictor of Development of Heart Failure in Patients With Atrial Fibrillation. The American Journal of cardiology. Volume 124, Issue 9, P1430-1435, November 01, 2019.
7. **Ga-In Yu.** Association between the N-terminal plasma brain natriuretic peptide levels or elevated left ventricular filling pressure and thromboembolic risk in patients with non-valvular atrial fibrillation. Journal of cardiology. Volum 68, issue 2, August 2016.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đoàn Thị Anh Đào<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hương<sup>1</sup>,  
Nguyễn Hoài Huệ<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Giang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng ở người bệnh đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có đái tháo đường và nhận xét mối liên quan đường máu và mức độ nặng của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 53 người bệnh đợt cấp BPTNMT có ĐTĐ tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 3 đến tháng 11 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu là  $72,43 \pm 5,83$ , nam chiếm 79,2%; bệnh đồng mắc hay gặp nhất là tăng huyết áp (THA); 47,1% người bệnh nhóm E; 86,8% người bệnh có mMRC  $\geq 2$  điểm; 79,2% có CAT  $\geq 10$  điểm. 69,8% đợt cấp nặng theo phân loại Anthonisen, các triệu chứng thường gặp là khó thở tăng 85,9 %, ho tăng, tăng số lượng đờm 90,6%, biến đổi màu sắc đờm

81,1%; 52,6% người bệnh có HbA1c  $\geq 7\%$  và 52,8% có đường máu khi vào viện  $>7,8\text{mmol/l}$ . Tỷ lệ người bệnh tăng đường máu khi nhập viện mắc đợt cấp nặng cao hơn nhóm không tăng đường máu, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE EXACERBATIONS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH DIABETES MELLITUS

**Objective:** To describe the clinical characteristics of patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with diabetes mellitus and to examine the relationship between blood glucose and the severity of COPD exacerbations. **Subjects and methods:** This descriptive study included 53 patients with acute exacerbations of COPD with diabetes mellitus at the General Internal Medicine Department of Thanh Nhan Hospital from March to November 2025. **Results:** The average age of the patients studied was  $72.43 \pm 5.83$ , with 79.2% being male; the most common comorbidity was hypertension (HTN); 47.1% of patients were in group

<sup>1</sup>Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Anh Đào

Email: anhdao.bvtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

E; 86.8% of patients had mMRC  $\geq 2$  points; and 79.2% had CAT  $\geq 10$  points. 69.8% of patients experienced severe exacerbations according to the Anthonisen classification. Common symptoms included increased shortness of breath (85.9%), increased cough, increased sputum production (90.6%), and changes in sputum color (81.1%). 52.6% of patients had HbA1c  $\geq 7\%$ , and 52.8% had blood glucose levels  $>7.8$  mmol/l upon admission. The proportion of patients with elevated blood glucose levels upon admission experiencing severe exacerbations was higher than the group without elevated blood glucose, with a statistically significant difference ( $p < 0.05$ ).

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là bệnh hô hấp phổ biến có thể phòng và điều trị được, đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp mạn tính và các đợt cấp do tình trạng bất thường của đường thở và/hoặc phế nang gây ra tắc nghẽn đường thở dai dẳng và tiến triển [1]. Trên thế giới, số ca mắc BPTNMT năm 2010 là khoảng 385 triệu, tỷ lệ mắc là 11,7% và khoảng 3 triệu ca tử vong hàng năm<sup>1</sup>. Ở Việt Nam, năm 2009, tỷ lệ mắc ở người  $> 40$  tuổi là 4,2%. Với sự gia tăng tỷ lệ hút thuốc lá và sự già hóa dân số, tỷ lệ mắc BPTNMT được dự đoán sẽ tăng cao trong những năm tới và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh tim thiếu máu cục bộ và đột quỵ<sup>2</sup>. Các đợt cấp và bệnh đồng mắc làm tăng tốc độ suy giảm chức năng phổi, tăng tử vong và tăng chi phí điều trị<sup>3,4</sup>. Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh đồng mắc phổ biến của BPTNMT<sup>1</sup>. Trong các biến chứng mạn tính của ĐTĐ, phổi đại diện cho một cơ quan đích do tổn thương vi mạch<sup>5</sup>. Theo nghiên cứu (NC) Copenhagen City Heart ĐTĐ gây suy giảm chức năng phổi, giảm thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên (FEV1) và dung tích sống gắng sức (FVC)<sup>6</sup>. Ngoài việc tăng đường máu mạn tính, viêm hệ thống, stress oxy hóa, giảm hoạt động thể chất và thói quen hút thuốc có thể góp phần vào tỉ lệ cao của ĐTĐ ở BPTNMT. Bên cạnh đó, việc điều trị với corticosteroid được coi là một nguyên nhân của sự liên kết giữa BPTNMT và ĐTĐ. Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về BPTNMT nhưng chưa có nhiều nghiên cứu về BPTNMT có ĐTĐ. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng ở người bệnh đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có đái tháo đường tại bệnh viện Thanh Nhàn.

- Nhận xét mối liên quan đường máu và mức độ nặng của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở nhóm đối tượng trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** gồm 53 NB

được chẩn đoán đợt cấp BPTNMT có ĐTĐ điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp - BV Thanh Nhàn từ tháng 3 năm 2025 đến tháng 12 năm 2025.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh (NB) được chọn thỏa mãn đồng thời 3 tiêu chuẩn: tiêu chuẩn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo BYT 2023, tiêu chuẩn đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo BYT 2023 và tiêu chuẩn đái tháo đường theo BYT 2020.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu:** - Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- NB không cung cấp được đầy đủ và tin cậy thông tin NC: điểm CAT, mMRC, TS đợt cấp...

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả.

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

**2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu:** Theo chương trình SPSS 20

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung về người bệnh nghiên cứu**

### 3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

**Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi và giới của người bệnh nghiên cứu**

Giới	n	%	Tuổi (năm)
Nam	42	79,2	71,48 $\pm$ 5,57
Nữ	11	20,8	76,09 $\pm$ 5,59
Tổng	53	100	72,43 $\pm$ 5,83

Tuổi trung bình của người bệnh nghiên cứu là 72,43  $\pm$  5,83 tuổi.

**3.1.2. Các bệnh đồng mắc thường gặp của người bệnh nghiên cứu**

**Bảng 3.2. Các bệnh đồng mắc thường gặp của người bệnh nghiên cứu**

Bệnh đồng mắc	n	%
Tăng huyết áp	40	75,5
Suy tim	9	17,0
Bệnh tim TMCB	13	24,5
Viêm dạ dày	10	18,8
Dẫn phế quản	9	17,0
Ung thư phổi	4	7,5
TS Lao phổi	12	22,6
Hút thuốc lá	42	79

THA là bệnh đồng mắc hay gặp nhất với tỉ lệ 75,5%; 79% NB NC có hút thuốc lá.

**3.1.3. Đặc điểm BPTNMT của người bệnh nghiên cứu**

**Bảng 3.3. Đặc điểm BPTNMT của người bệnh nghiên cứu**

Đặc điểm		n	%
Thang điểm CAT	<10	11	20,8
	≥10	42	79,2
Thang điểm mMRC	0-1	7	13,2
	≥2	46	86,8
Phân nhóm ABE	A	6	11,3
	B	22	41,5
	E	25	47,2

Người bệnh BPTNMT nhóm E chiếm tỉ lệ cao nhất, 47,2%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có ĐTD

#### 3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

**Bảng 3.4. Triệu chứng lâm sàng của người bệnh nghiên cứu**

Triệu chứng	n	%
Sốt	19	35,8
Đau ngực	24	45,3
Tăng lượng đờm	48	90,6
Thay đổi màu sắc đờm	43	81,1
Khó thở tăng	45	85,9
Chảy mũi	9	16,9

**Bảng 3.6. Liên quan giữa đường máu và mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT**

Đặc điểm	Nhóm	Tổng		Nhẹ		Trung bình		Nặng		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Glucose ≥7,8 mmol/l		30	56,6	1	3,3	5	16,7	24	80,0	0,024
Glucose <7,8 mmol/l		23	43,4	5	21,7	5	21,7	13	56,6	
HbA1c ≥7%		28	52,8	2	8,0	9	36,0	14	56,0	0.06
HbA1c <7%		25	47,2	4	14,3	13	46,4	11	39,3	

Tỉ lệ đợt cấp mức độ nặng ở nhóm NB có tăng đường máu (ĐM) khi nhập viện là 80,0% cao hơn nhóm không có tăng đường máu khi nhập viện là 56,6%, có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

#### 3.2.2. Môi liên quan giữa đường máu với hỗ trợ thông khí hô hấp

**Bảng 3.7. Môi liên quan giữa đường máu với hỗ trợ thông khí hô hấp**

Đặc điểm	Nhóm	Không hỗ trợ hô hấp		Thở oxy gọng kính		Thở máy không xâm nhập		p
		n	%	n	%	n	%	
Glucose ≥7,8 mmol/l		13	43,3	14	46,7	3	10	0,83
Glucose <7,8 mmol/l		11	47,8	11	47,8	1	4,3	
Tổng		24	45,3	25	47,2	4	7,5	

Tỷ lệ người bệnh thở oxy gọng kính và thở máy không xâm nhập của nhóm ĐM cao khi vào viện không có sự khác biệt so với nhóm còn lại.

#### 3.2.3. Môi liên quan giữa đường máu với thời gian nằm viện

**Bảng 3.8. Môi liên quan giữa đường máu với thời gian nằm viện**

Đặc điểm	Nhóm	Thời gian nằm viện (ngày)	p
HbA1c ≥7%		11,36 ± 5,42	0,90
	HbA1c <7%	11,52 ± 4,53	
Glucose ≥7,8 mmol/l		11,50 ± 4,73	0,91
	Glucose <7,8 mmol/l	11,35 ± 5,21	

NB đợt cấp BPTNMT có ĐTD có thời gian điều trị nội trú trung bình là 11.43 ± 4,90 ngày.

Đau họng	14	26,4
Ran ẩm, ran nổ	31	58,5
Ran rít, ran ngáy	47	88,7
Tím môi, đầu chi	14	26,4

Các triệu chứng lâm sàng: khó thở tăng, tăng lượng đờm, thay đổi màu sắc đờm, có ran rít, ngáy, ran ẩm, nổ chiếm tỷ lệ cao nhất ở người bệnh nghiên cứu.

**Bảng 3.5. Mức độ nặng của đợt cấp theo tiêu chuẩn Anthonisen 1987**

Mức độ	n	%
Nhẹ	6	11,3
Trung bình	10	18,9
Nặng	37	69,8
Tổng	53	100

Đợt cấp mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất, 69,8%.

### 3.3. Liên quan giữa đường máu và mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT ở người bệnh NC

#### 3.3.1. Liên quan giữa đường máu và mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT ở NB NC

## IV. BÀN LUẬN

Theo các nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam, tỷ lệ mắc BPTNMT ở nam luôn cao hơn nữ, điều này một phần chính do tỉ lệ hút thuốc của nam cao hơn nữ giới. Trong NC của chúng tôi, nam giới cũng chiếm chủ yếu, 42 BN (79,2%) so với nữ giới, 11 BN (20,8%). Tỷ lệ nữ trong NC của chúng tôi tương tự như NC của Abroug, nữ chiếm 18,9%<sup>6</sup>, NC của Phạm Văn An, nữ chiếm 12,7%, đồng thời phản ánh đặc trưng về giới trong BPTNMT tại Việt Nam: tần suất thấp hơn hẳn ở nữ 1,9% so với ở nam 7,1%<sup>4</sup>. BPTNMT chủ yếu gặp ở những người trên 40 tuổi<sup>1</sup>. Trong NC của chúng tôi, tuổi trung bình (TB) của NB là 72,43 ± 5,83 tuổi; tương tự Michele Porzio khi