

## Nghiên cứu

DOI: 10.59715/pntjmp.4.1.13

# Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Nguyễn Quỳnh Hồng Đoàn<sup>1</sup>, Trần Đức Sĩ<sup>2</sup>, Phan Ngọc Minh Anh

<sup>1</sup>Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Khoa Y, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Theo ước tính của WHO, đến năm 2030, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sẽ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba trên thế giới. Cách tiếp cận để quản lý bệnh cần chú trọng cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh. Mục tiêu nghiên cứu xác định điểm số trung bình chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bằng bộ câu hỏi WHOQOL - BREF tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch năm 2024.

**Đối tượng - Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 370 bệnh nhân COPD từ 18 tuổi trở lên đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ tháng 1/2024 đến tháng 8/2024. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Bộ công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi WHOQOL - BREF đã được chuẩn hóa.

**Kết quả:** Điểm CLCS chung là  $49,35 \pm 4,76$  ở mức trung bình, với điểm trung bình của 4 khía cạnh theo thang đo WHOQOL - BREF dao động từ 46,26 đến 55,15.

**Kết luận:** CLCS chung của bệnh nhân ở mức trung bình. Cần tập trung vào việc cung cấp hỗ trợ và dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân COPD có CLCS thấp.

**Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, COPD, WHOQOL - BREF.

### Abstract

## Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease at Pham Ngoc Thach Hospital

**Background:** According to the World Health Organization (WHO) estimates, by 2030, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) will be the third leading cause of death worldwide. The approach to managing the disease should emphasize improving the quality of life (QoL) of patients. The objective of the study is to determine the average quality of life score in patients with COPD using the WHOQOL - BREF questionnaire at Pham Ngoc Thach Hospital in 2024.

**Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 370 COPD patients aged 18 years and older who visited and received treatment at the Rehabilitation Department of Pham Ngoc Thach Hospital from January 2024 to August 2024. A convenience sampling method was used. The data collection tool was the standardized WHOQOL - BREF questionnaire.

**Result:** The overall quality of life score is  $49.35 \pm 4.76$ , which is considered average, with the mean scores of the 4 domains of the WHOQOL-BREF scale ranging from 46.26 to 55.15.

**Conclusion:** The overall quality of life of patients is at an average level. There is a need to focus on providing support and healthcare services for COPD patients with low quality of life.

**Keywords:** Quality of life, COPD, WHOQOL - BREF.

**Ngày nhận bài:**

18/10/2024

**Ngày phản biện:**

02/11/2024

**Ngày đăng bài:**

20/01/2025

**Tác giả liên hệ:**

Nguyễn Quỳnh Hồng Đoàn

**Email:** hongdoan1973@gmail.com

**ĐT:** 0903387436

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) đang là một vấn đề được quan tâm trên toàn cầu. Theo ước tính của WHO, đến năm 2030, COPD sẽ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba trên thế giới [1]. Vào năm 2019, có đến 3,23 triệu ca tử vong do COPD [2]. Nguyên nhân hàng đầu khiến phổi bị tổn thương ở bệnh nhân COPD là do các hạt bụi trong ô nhiễm không khí và các khí độc hại có trong khói thuốc lá [2]. Tại Việt Nam, tỷ lệ COPD ở đối tượng từ 23 - 72 tuổi trên địa bàn Hà Nội trong giai đoạn 2009 - 2010 là 7,1%, trong đó tỷ lệ ở nam giới và nữ giới lần lượt là 10,9% và 3,9% [3].

Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch là bệnh viện hạng I trực thuộc Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh đồng thời còn là đơn vị đầu ngành thực hiện chỉ đạo tuyến về lao và bệnh phổi cho các tỉnh thành phía Nam. Với mong muốn khảo sát chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân COPD sau khi được chẩn đoán, đến khám tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, đề tài “Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân COPD tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch” được tiến hành. Mục tiêu nghiên cứu xác định điểm số trung bình chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bằng bộ câu hỏi WHOQOL-BREF tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch năm 2024.

## 2. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân COPD từ 18 tuổi trở lên đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ tháng 1/2024 đến tháng 8/2024.

Tiêu chí đưa vào:

- Bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch được chẩn đoán COPD với tiêu chuẩn GOLD 2023.

+ Bệnh sử hút thuốc lá hoặc sống cùng nhà hoặc cùng nơi làm việc với người hút thuốc lá, thuốc lá điện tử, làm việc trong môi trường thường xuyên tiếp xúc với khói, bụi (nấu ăn bằng than củi).

+ Bệnh sử có ho kéo dài, khạc đàm, khó thở.

+ Được chẩn đoán COPD bằng hô hấp ký với FEV1/FVC < 0,7 sau dùng thuốc giãn phế quản.

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra:

Bệnh nhân không đủ khả năng nghe, nói và hiểu tiếng Việt.

Bệnh nhân đang trong tình trạng cấp tính như suy hô hấp, đau thắt ngực.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$N = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{\sigma^2}{d^2}$$

- n: Cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu

-  $Z^2_{(1-\alpha/2)}$ : Trị số từ phân phối chuẩn, với  $\alpha = 0,05$  thì  $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

- d: Độ chính xác mong muốn và nghiên cứu mong muốn  $d = 1$

-  $\sigma$ : Độ lệch chuẩn của điểm CLCS. Dựa vào nghiên cứu của Đặng Ngọc Minh Thy [4], với điểm CLCS trung bình là  $50,4 \pm 9,4$ . Chọn  $\sigma = 9,4$ .

Ta tính được  $n = 339,4$ . Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 340.

### Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện.

Bước 1: Chọn mẫu trong 5 ngày làm việc (1 tuần)

Bước 2: Trong mỗi ngày, chọn bệnh nhân đầu tiên thỏa tiêu chí chọn vào và loại ra, tiếp cận bệnh nhân COPD tại Khoa Phục hồi chức năng của bệnh viện dựa vào chẩn đoán trong sổ khám bệnh. Nếu bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, tiếp tục chọn một bệnh nhân COPD khác. Thực hiện cho đến khi đủ cỡ mẫu.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Số liệu được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân COPD ngoại trú tại Khoa Phục hồi chức năng Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch bằng bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc. Điều tra viên sẽ đọc bộ câu hỏi và các phương án lựa chọn để bệnh nhân trả lời.

### Công cụ thu thập số liệu:

Bộ câu hỏi được soạn sẵn gồm có 42 câu hỏi. Trong đó có 9 câu hỏi về đặc điểm dân số - xã hội, 3 câu hỏi về thói quen hút thuốc lá, 4 câu hỏi về tình trạng bệnh lý liên quan và 26 câu hỏi đánh giá CLCS dựa trên bộ câu hỏi CLCS của WHO (WHOQOL-BREF) đã được chuẩn hóa, hệ số hằng định nội tại Cronback's Alpha

chung là 0,89 [5]. Cụ thể gồm có 4 phần chính là sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, quan hệ xã hội và môi trường sống.

**Xử lý và phân tích số liệu:**

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

Mô tả tần số và tỷ lệ phần trăm với các biến số định tính; mô tả trung bình và độ lệch chuẩn

nếu phân phối bình thường hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu phân phối không bình thường đối với các biến số định lượng.

**Y đức:**

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch QĐ số 79/QĐ-PNT ngày 15/3/2024.

**3. KẾT QUẢ**

Chúng tôi đã khảo sát 370 bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu, kết quả nghiên cứu như sau:

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 370 người đã tham gia trả lời khảo sát, trong đó chủ yếu là nam giới chiếm 94,3% và nữ giới là 5,7%. Đa số người tham gia nghiên cứu phần lớn có độ tuổi từ 50 đến 79 tuổi, trong đó nhóm 60 - 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,5%, nhóm 70 - 79 tuổi chiếm 26,5%, nhóm 50 - 59 tuổi chiếm 23,8%.

Đối tượng nghiên cứu từng hút thuốc lá chiếm đa số với 70,3%, hiện đang hút thuốc lá chiếm 15,7% và không hút thuốc chiếm 14%. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu có hút thuốc lá, số người hút thuốc lá ≥ 40 năm chiếm 39,3%, hút thuốc lá từ 30 - 39 năm chiếm 33%, từ 20 - 29 năm chiếm 19,8%, từ 10 - 19 năm chiếm 7,6% và hút ít hơn 10 năm là 0,3%. Trung bình 1 ngày hút ≤ 20 điếu chiếm 86,8% và trên 20 điếu/ngày chiếm 13,2%.

**Bảng 1.** Tình trạng bệnh lý của đối tượng nghiên cứu (n=370)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Tình trạng khó thở</b>		
Có	362	97,8
Không	8	2,2
<b>Mức độ khó thở (n=362)</b>		
khó thở khi hoạt động gắng sức	159	43,9
khi đi nhanh hoặc leo dốc	138	38,1
đi chậm hơn người cùng tuổi do khó thở hoặc đang đi phải dừng lại để thở	37	10,2
phải dừng lại để thở sau khi đi 100m hoặc đi được vài phút	13	3,6
khó thở khi đi lại trong nhà hoặc thay quần áo	15	4,2
<b>Thời gian mắc bệnh</b>		
< 5 năm	207	55,9
5 - 10 năm	138	37,3
> 10 năm	25	6,8
<b>Bệnh lý theo kèm</b>		
Có	177	47,8
không	193	52,2

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Các bệnh theo kèm (n=177)</b>		
Tăng huyết áp	72	40,7
Hen suyễn	49	27,7
Viêm phổi	17	9,6
Lao	10	5,6

Kết quả cho thấy có đến 97,8% đối tượng tham gia nghiên cứu có tình trạng khó thở. Trong đó nhóm khó thở khi hoạt động gắng sức là 43,9%, khó thở khi đi nhanh hoặc leo dốc là 38,1%, đi chậm cho khó thở và phải dừng lại để thở là 10,2%, dừng lại để thở khi đi 100m hoặc đi được vài phút là 3,6% và khó thở đi lại trong nhà hoặc thay quần áo là 4,2%.

Thời gian mắc bệnh của nhóm đối tượng < 5 năm chiếm phần lớn với 55,9%, mắc bệnh từ 5 đến 10 năm là 37,3% và trên 10 năm là 6,8%. Tỷ lệ đối tượng có bệnh lý theo kèm là 47,8% thấp hơn nhóm không có bệnh lý theo kèm 52,2%. Trong đó, các bệnh lý theo kèm chủ yếu là tăng huyết áp chiếm 40,7% và hen suyễn chiếm 27,7%.

**Bảng 2.** Đặc điểm tuổi, tuổi bắt đầu hút thuốc, số gói - năm, thời gian mắc bệnh (n=370)

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Tuổi	65,06	9,28	38	90
Tuổi bắt đầu hút thuốc	18,06	3,31	10	37
Số gói - năm	33,57	18,04	2,25	114
Thời gian mắc bệnh COPD	4,59	3,76	0,0384	20

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là  $65,06 \pm 9,28$  tuổi với tuổi nhỏ nhất là 38 và lớn nhất là 90 tuổi. Số tuổi trung bình bắt đầu hút thuốc là  $18,06 \pm 3,31$  tuổi với tuổi nhỏ nhất là 10 và lớn nhất là 37 tuổi và số gói - năm trung bình là  $33,57 \pm 18,04$ . Thời gian mắc bệnh COPD trung bình của đối tượng là  $4,59 \pm 3,76$  năm, nhỏ nhất là 0,0384 (2 tuần) và lớn nhất là 20 năm.

**Bảng 3.** Mức độ đánh giá theo WHOQOL - BREF (n=370)

Đặc điểm	Không có	Một ít	Vừa phải	Nhiều	Rất nhiều
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
D3 Đau và khó chịu	15 (4,0)	134 (36,2)	112 (30,3)	104 (28,1)	5 (1,4)
D4 Thuốc và điều trị	0 (0)	16 (4,3)	302 (81,6)	50 (13,5)	2 (0,5)
D5 Cảm giác yêu thích cuộc sống	0 (0)	9 (2,4)	325 (87,8)	29 (7,8)	7 (2,0)
D6 Niềm tin	0 (0)	8 (2,1)	326 (88,1)	25 (6,8)	11 (3,0)
D7 Khả năng tập trung suy nghĩ	0 (0)	56 (15,1)	303 (81,9)	11 (3,0)	0 (0)
D8 Cảm giác an toàn	0 (0)	22 (5,9)	331 (89,5)	17 (4,6)	0 (0)
D9 Môi trường xung quanh	0 (0)	10 (2,7)	336 (90,8)	20 (5,4)	4 (1,1)

		<b>Không có</b>	<b>Một ít</b>	<b>Vừa phải</b>	<b>Hầu hết</b>	<b>Hoàn toàn</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
D10	Sức lực hoạt động	1 (0,3)	78 (21,0)	279 (75,4)	11 (3,0)	1 (0,3)
D11	Hài lòng về ngoại hình	0 (0)	18 (4,9)	350 (94,6)	2 (0,5)	0 (0)
D12	Tài chính	0 (0)	8 (2,1)	340 (91,9)	18 (4,9)	4 (1,1)
D13	Tiếp cận thông tin	0 (0)	24 (6,4)	329 (88,9)	16 (4,3)	1 (0,3)
D14	Tham gia hoạt động vui chơi giải trí	3 (0,8)	89 (24,1)	263 (71,1)	12 (3,2)	3 (0,8)
		<b>Rất kém</b>	<b>kém</b>	<b>Bình thường</b>	<b>Tốt</b>	<b>Rất tốt</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
D15	Khả năng đi lại	9 (2,4)	199 (53,8)	153 (41,4)	9 (2,4)	0 (0)
		<b>Rất không hài lòng</b>	<b>Không hài lòng</b>	<b>Bình thường</b>	<b>Hài lòng</b>	<b>Rất hài lòng</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
D16	Giấc ngủ và sự nghỉ ngơi	1 (0,3)	54 (14,6)	290 (78,4)	25 (6,7)	0 (0)
D17	Sinh hoạt hằng ngày	1 (0,3)	46 (12,4)	317 (85,7)	6 (1,6)	0 (0)
D18	Khả năng làm việc	0 (0)	56 (15,1)	309 (83,5)	5 (1,4)	0 (0)
D19	Hài lòng về bản thân	0 (0)	34 (9,2)	329 (88,9)	7 (1,9)	0 (0)
D20	Quan hệ cá nhân	0 (0)	6 (1,6)	341 (92,2)	23 (6,2)	0 (0)
D21	Hoạt động tình dục	28 (7,5)	112 (30,3)	225 (60,8)	5 (1,4)	0 (0)
D22	Hỗ trợ xã hội	0 (0)	3 (0,8)	340 (91,9)	26 (7,0)	1 (0,3)
D23	Điều kiện sống	0 (0)	5 (1,4)	333 (90,0)	28 (7,5)	4 (1,1)
D24	Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế	0 (0)	8 (2,2)	326 (88,1)	30 (8,1)	6 (1,6)
D25	Phương tiện đi lại	4 (1,1)	147 (39,7)	208 (56,2)	11 (3,0)	0 (0)
		<b>Không bao giờ</b>	<b>Hiếm khi</b>	<b>Thường xuyên</b>	<b>Rất thường xuyên</b>	<b>Liên tục</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
D26	Cảm xúc tiêu cực	145 (39,2)	183 (49,5)	41 (11,0)	1 (0,3)	0 (0)

Kết quả cho thấy có 36,2% đối tượng nghiên cứu đánh giá tình trạng đau và khó chịu ở mức độ một ít, 30,3% ở mức độ vừa phải, 28,1% mức độ nhiều. Có 81,6% đối tượng đánh giá mức độ cấp

thiết của thuốc và điều trị ở mức độ vừa phải. Có 87,8% đối tượng cảm thấy yêu thích cuộc sống ở mức vừa phải. Đa số 88,1% đối tượng có niềm tin vào cuộc sống ở mức vừa phải. Đối tượng tham gia đánh giá khả năng tập trung suy nghĩ đa số ở mức vừa phải là 81,9% và mức một ít là 15,1%. Đối tượng đánh giá mức độ lạnh mạnh của môi trường xung quanh ở mức vừa phải đa số là 90,8%.

Có 75,4% đối tượng tham gia nghiên cứu đánh giá sức lực hoạt động ở mức vừa phải, 21% dưới mức trung bình. Đánh giá sự hài lòng về ngoại hình có 94,5% đối tượng đánh giá ở mức vừa phải. Có 91,9% đối tượng đánh giá tình trạng tài chính cung cấp cho các nhu cầu cá nhân ở mức vừa phải. Mức độ tiếp cận các thông tin trong cuộc sống có 88,9% được đánh giá ở mức vừa phải. Có 71,1% đối tượng có cơ hội tham gia các hoạt động vui chơi giải trí ở mức vừa phải, 24,1% ở mức một ít.

Đối tượng tham gia nghiên cứu đánh giá khả năng đi lại ở mức bình thường là 41,4%, mức kém là 53,8%. Có 78,4% đối tượng đánh giá tình trạng giấc ngủ và sự nghỉ ngơi ở mức bình thường và 14,6% ở mức không hài lòng. 85,5% đối tượng đánh giá khả năng của bản thân trong sinh hoạt hằng ngày ở mức bình thường và 12,4% mức không hài lòng. Đối tượng đánh giá khả năng làm việc ở mức bình thường là 83,5%, 15,1% không hài lòng. 88,9% đối tượng hài lòng về bản thân ở mức bình thường và 88,9% đánh giá mức bình thường về các mối quan hệ cá nhân với mọi người xung quanh.

Có 60,8% đối tượng đánh giá đời sống tình dục ở mức bình thường và 30,3% ở mức không hài lòng. Có 91,9% đối tượng đánh giá mức bình thường về sự hài lòng khi có hỗ trợ từ xã hội, bạn bè và 90% đánh giá mức bình thường về sự hài lòng điều kiện vật chất nơi mình sinh sống. Có 88,1% đối tượng đánh giá ở mức bình thường với việc tiếp cận dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe, 9,7% hài lòng và rất hài lòng. Có 56,2% đối tượng đánh giá mức bình thường về phương tiện đi lại. Có 49,5% đối tượng hiếm khi có cảm xúc tiêu cực, 11% thường xuyên có cảm xúc tiêu cực và 39,2% là không bao giờ có cảm xúc tiêu cực.

**Bảng 4.** Điểm trung bình các lĩnh vực theo WHOQOL - BREF (n=370)

Tổng	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
	WHO BREF (Score 100)			
Sức khỏe thể chất	46,26	8,02	18	64
Sức khỏe tinh thần	55,15	5,34	33	75
Quan hệ xã hội	47,27	7,04	25	75
Môi trường sống	48,89	6,50	28	81
Điểm CLCS chung	49,36	4,76	33	71

Điểm CLCS chung là  $49,35 \pm 4,76$  với điểm trung bình của 4 khía cạnh theo thang đo WHOQOL-BREF dao động từ 46,26 đến 55,15. Trong đó, điểm trung bình CLCS khía cạnh sức khỏe tinh thần là cao nhất với  $55,15 \pm 5,34$ , tiếp đến là CLCS khía cạnh môi trường sống là  $48,89 \pm 6,50$  và CLCS khía cạnh quan hệ xã hội là  $47,27 \pm 7,04$ , thấp nhất là điểm trung bình CLCS khía cạnh sức khỏe thể chất là  $46,26 \pm 8,02$ .

#### 4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy 70,3% đối tượng từng hút thuốc lá, trong khi 15,7% hiện đang hút thuốc. Những con số này phản ánh rõ sự liên quan mạnh mẽ giữa hút thuốc và bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. Nghiên cứu của Luu và cộng sự cũng ghi nhận rằng tỷ lệ bệnh nhân COPD có tiền sử hút thuốc rất cao, lên đến 80%, cho thấy rằng hút thuốc lá là yếu tố chính ảnh hưởng đến sự phát triển và tiến triển của bệnh [6].

Trong nhóm đối tượng có hút thuốc lá, đa số chiếm 39,3% đã hút thuốc từ 40 năm trở lên, 33% từ 30-39 năm. Số gói-năm trung bình của các đối tượng hút thuốc lá là  $33,57 \pm 18,04$ , một con số phản ánh mức độ tiếp xúc lâu dài với thuốc lá ở những người mắc COPD. Kết quả này cũng tương đồng nghiên cứu của Luu và cộng sự, số gói-năm trung bình ở các bệnh nhân COPD là khoảng 30 - 35 [6]. Họ cũng cho thấy rằng thời gian hút thuốc càng lâu thì triệu

chứng bệnh càng nặng nề, dẫn đến suy giảm chất lượng cuộc sống và tăng tỷ lệ nhập viện.

Kết quả cho thấy có đến 97,8% đối tượng tham gia có tình trạng khó thở, điều này phản ánh mức độ nghiêm trọng của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính trong nhóm nghiên cứu. Cụ thể: 43,9% khó thở khi hoạt động gắng sức, 38,1% khó thở khi đi nhanh hoặc leo dốc, 10,2% khó thở khi đi chậm và phải dừng lại để thở, 3,6% dừng lại để thở khi đi 100m hoặc đi được vài phút, và 4,2% khó thở khi đi lại trong nhà hoặc thay quần áo. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Luu và cộng sự, cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân COPD gặp phải triệu chứng khó thở là rất cao, 90%, cho thấy đây là một trong những dấu hiệu quan trọng nhất trong việc chẩn đoán và theo dõi tiến triển của bệnh. Khó thở khi gắng sức là triệu chứng chính mà bệnh nhân COPD gặp phải, với khoảng 47% bệnh nhân cho biết họ gặp khó khăn khi thực hiện các hoạt động thể chất [6]. Kết quả này cho thấy một mức độ tương tự, nhấn mạnh rằng bệnh nhân COPD thường gặp khó khăn trong việc tham gia các hoạt động gắng sức.

Thời gian mắc bệnh COPD của nhóm đối tượng được khảo sát chủ yếu là dưới 5 năm, chiếm 55,9%, trong khi 37,3% mắc bệnh từ 5 đến 10 năm và chỉ 6,8% có thời gian mắc bệnh trên 10 năm. Những con số này chỉ ra rằng phần lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu ở giai đoạn đầu của bệnh. Nghiên cứu của Luu và cộng sự cũng cho thấy một tỷ lệ lớn bệnh nhân COPD được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, điều này có thể liên quan đến việc nhận biết và chẩn đoán bệnh sớm trong cộng đồng [6]. Họ nhấn mạnh rằng phát hiện sớm có thể dẫn đến điều trị kịp thời và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Vì vậy nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này, với tỷ lệ cao ở giai đoạn mắc bệnh dưới 5 năm, có thể có cơ hội tốt hơn để điều trị, phục hồi chức năng và quản lý bệnh hiệu quả.

Tỷ lệ đối tượng có bệnh lý theo kèm là 47,8%, tỷ lệ này đáng lưu ý, vì nó có thể ảnh hưởng đến quá trình điều trị và quản lý bệnh COPD. Nghiên cứu của Luu và cộng sự cho thấy rằng bệnh nhân COPD thường gặp các bệnh lý đi kèm như bệnh tim mạch, tiểu đường, và bệnh thận, với tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý theo kèm cao hơn nhiều. Trong số các bệnh lý

theo kèm ở bệnh nhân COPD, tăng huyết áp chiếm cao nhất là 40,7% và tiếp theo là hen suyễn chiếm 27,7%. Tương đồng nghiên cứu của Luu và cộng sự, tỷ lệ bệnh nhân COPD có bệnh lý tăng huyết áp cũng cao, và điều này cho thấy rằng bệnh nhân COPD thường phải đối mặt với những thách thức trong việc quản lý nhiều bệnh lý đồng thời [6].

Thời gian mắc bệnh COPD trung bình của đối tượng là  $4,59 \pm 3,76$  năm, với thời gian ngắn nhất là 2 tuần và dài nhất là 20 năm. Điều này khá tương đồng nghiên cứu của Luu và cộng sự, thời gian mắc bệnh COPD trung bình được ghi nhận là khoảng 5,2 năm [6], khi một số bệnh nhân đã mắc bệnh COPD trong thời gian lên đến 20 năm, tỉ lệ các bệnh đồng mắc cao và có thể đối diện với nhiều thách thức về điều trị và quản lý bệnh.

Điểm trung bình chất lượng cuộc sống của 4 khía cạnh theo thang đo WHOQOL-BREF dao động từ 46,26 đến 55,15, trong đó điểm trung bình về sức khỏe tinh thần là cao nhất với  $55,15 \pm 5,34$ . Điều này phản ánh rằng bệnh nhân COPD trong nghiên cứu có cảm nhận tích cực hơn về sức khỏe tinh thần so với các khía cạnh khác như sức khỏe thể chất, môi trường sống, và các mối quan hệ xã hội. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác trên bệnh nhân COPD. Ví dụ, nghiên cứu của Zhang và cộng sự trên bệnh nhân COPD tại Trung Quốc ghi nhận điểm trung bình CLCS về sức khỏe tinh thần là  $53,8 \pm 6,2$ , cũng cho thấy mức độ cao về khía cạnh này [7]. Nghiên cứu cho rằng hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng, cũng như những can thiệp y tế nhằm kiểm soát triệu chứng tâm lý, có thể là yếu tố góp phần giúp bệnh nhân COPD duy trì trạng thái tinh thần ổn định. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Gupta và cộng sự tại Ấn Độ, điểm trung bình về sức khỏe tinh thần của bệnh nhân COPD là thấp hơn, chỉ đạt  $48,9 \pm 7,1$  [8]. Mặc dù COPD là một bệnh lý mạn tính, nhưng nếu bệnh nhân nhận được sự chăm sóc, tư vấn và hỗ trợ tâm lý tốt từ gia đình, bác sĩ và cộng đồng, họ có thể cảm thấy yên tâm và có sự hỗ trợ về mặt tinh thần. Điểm thấp nhất trong khía cạnh sức khỏe thể chất ở bệnh nhân COPD là điều dễ hiểu, vì bệnh lý này ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng hô hấp và thể lực của người bệnh. Các triệu chứng như khó thở, mệt mỏi,

ho, và đờm có thể làm giảm khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày và tham gia vào các hoạt động thể chất. Điều này dẫn đến sự giảm sút chất lượng cuộc sống, vì bệnh nhân có thể gặp khó khăn trong việc di chuyển, làm việc hoặc tham gia các hoạt động xã hội.

Điểm chất lượng cuộc sống chung là  $49,35 \pm 4,76$  theo thang đo WHOQOL - BREF. Có thể được coi là mức trung bình đối với bệnh nhân COPD, nhưng không phải là mức điểm để thể hiện chất lượng cuộc sống tốt. Điểm số này cho thấy bệnh nhân có thể đang đối mặt với các khó khăn trong cuộc sống do bệnh lý, nhưng cũng có thể có những yếu tố hỗ trợ làm giảm tác động tiêu cực của bệnh. So sánh với nghiên cứu của Alhazzani trên 300 bệnh nhân COPD tại Ả Rập Saudi, cho thấy điểm CLCS chung là  $50,4 \pm 5,2$  [9]. Tương tự, nghiên cứu của Wang tại Trung Quốc cho thấy điểm CLCS chung là  $48,7 \pm 5,6$  ở 250 bệnh nhân COPD [10]. Nghiên cứu cho thấy mặc dù nhiều bệnh nhân trải qua tình trạng suy giảm sức khỏe, nhưng việc quản lý triệu chứng có thể giúp cải thiện cảm giác hài lòng với cuộc sống. Bệnh nhân COPD tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch được tăng cường can thiệp phục hồi chức năng và điều trị có thể có ảnh hưởng tích cực đến CLCS của bệnh nhân.

## 5. KẾT LUẬN

Điểm CLCS chung là  $49,35 \pm 4,76$  ở mức trung bình, với điểm trung bình của 4 khía cạnh theo thang đo WHOQOL-BREF dao động từ 46,26 đến 55,15. Cần cung cấp thông tin về các phương pháp hỗ trợ bỏ thuốc lá và mở dịch vụ cai thuốc tại bệnh viện. Cần tập trung vào việc hỗ trợ và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân COPD có CLCS thấp. Chăm sóc sức khỏe tâm lý và hỗ trợ xã hội cũng nên được quan tâm để hỗ trợ bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Chronic respiratory diseases. Accessed Viewed: 01/06/2023, [https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1)
2. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Accessed Viewed: 01/06/2023, [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
3. Hoàng Thị Lâm, Nguyễn Văn Tường. Thực trạng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) trên địa bàn Hà Nội giai đoạn 2009 - 2010. Tạp chí Y học Dự phòng. 2014;24(10):tr.77.
4. Đặng Ngọc Minh Thy. Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương năm 2018. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y học dự phòng. Đại học Y dược TPHCM. 2018; tr.1-64.
5. Ban NH, Son DA, Tuan VM, Hanh NTT. Quality of life among police officers and soldiers of Nam Dinh Provincial Public Security Department in Viet Nam, in 2019-2020: A study using WHOQOL-BREF instrument. PalArch's Journal of Archaeology of Egypt / Egyptology. 2021;18(1):1.
6. Luu MN, Doan BT, Nguyen TT. Prevalence and Factors Associated with COPD in a Vietnamese Urban Population. Respiratory Medicine. 2018;144(6):84-90.
7. Zhang X, Li J, Zhang W, Zhao Q. Quality of life in COPD patients: a comparison study of WHOQOL-BREF and St. George's Respiratory Questionnaire. Journal of Thoracic Disease. 2021;13(8):4862-4871.
8. Gupta N, Agarwal R, Aggarwal AN. Quality of life and psychological distress in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cross-sectional study in Northern India. Lung India. 2019;36(6):478-483.
9. Alhazzani A, Alkhodari M, Alosaimi M. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2022;20(1):81.
10. Wang Z, Li L, Zhang H. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its associated factors. BMC Pulm Med. 2021;21(1):215.