

CLINICAL CHARACTERISTICS AND BODY COMPOSITION IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Pham Thi Lan Anh¹, Vo Van Tam^{1*}, Pham Le An¹, Nguyen Nhu Vinh¹, Bui Thi Hoang Lan¹, Le Thi Huong²

¹University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, Cho Lon ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

²Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam

Received: 28/11/2025

Revised: 10/12/2025; Accepted: 23/01/2026

ABSTRACT

Objective: To determine clinical characteristics and body composition in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease at University Medical Center Ho Chi Minh City.

Subject and methods: A cross-sectional study was conducted among 251 older patients (≥ 60 years old) with chronic obstructive pulmonary disease who visited the University Medical Center Ho Chi Minh City from December 2023 to May 2024. The information collected included socio-demographic characteristics, pathological characteristics, and anthropometric and body composition measurements.

Results: The majority of the study subjects were male, accounting for 95.2%. With an average age of 71.8 ± 8.6 years. The majority of the pathologies were in the moderate and severe stages, accounting for 85.4%. More than 50% of the patients had concomitant chronic diseases. There were 29.5% subjects with malnutrition, as determined by BMI. The recorded body composition indices were: body fat percentage 25.0 ± 8.6 (%); fat-free mass 40.9 ± 6.4 (kg); skeletal muscle mass 21.9 ± 3.8 (kg); lean mass 38.7 ± 6.0 (kg); bone mineral mass 2.7 ± 0.4 (kg); basal metabolic energy/weight 23.2 ± 2.9 (kcal) and phase angle 4.5 ± 0.8 (o). There were statistically significant differences between men and women in the following characteristics: weight, height, body fat percentage, fat-free mass, skeletal muscle mass, lean mass, and bone mineral mass, with $p < 0.05$.

Conclusion: The clinical characteristics of chronic obstructive pulmonary disease are similar to its epidemiological features, and changes in body composition have been observed in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Keywords: Clinical characteristics, COPD, body composition.

*Corresponding author

Email: vovantamytc@ump.edu.vn Phone: (+84) 938411205 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4218>

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ THÀNH PHẦN CƠ THỂ CỦA NGƯỜI CAO TUỔI MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phạm Thị Lan Anh¹, Võ Văn Tâm^{1*}, Phạm Lê An¹, Nguyễn Như Vinh¹, Bùi Thị Hoàng Lan¹, Lê Thị Hương²

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, phường Chợ Lớn, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 28/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 10/12/2025; Ngày duyệt đăng: 23/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các đặc điểm lâm sàng và thành phần cơ thể của người cao tuổi mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 251 bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 12/2023-5/2024. Thông tin thu thập gồm: đặc điểm dân số - xã hội, bệnh lý, nhân trắc và thành phần cơ thể.

Kết quả: Phần lớn đối tượng nghiên cứu là nam giới (95,2%), với tuổi trung bình là $71,8 \pm 8,6$. Chủ yếu bệnh lý thuộc giai đoạn trung bình và nặng (85,4%). Hơn 50% người bệnh có bệnh mạn tính kèm theo. Có 29,5% đối tượng suy dinh dưỡng theo BMI. Các chỉ số thành phần cơ thể được ghi nhận: tỷ lệ mỡ cơ thể $25,0 \pm 8,6$ (%); khối không mỡ $40,9 \pm 6,4$ (kg); khối cơ xương $21,9 \pm 3,8$ (kg); khối nạc $38,7 \pm 6,0$ (kg); khối khoáng xương $2,7 \pm 0,4$ (kg); năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng $23,2 \pm 2,9$ (kcal) và góc pha ($4,5 \pm 0,8$ (o)). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 giới nam và nữ ở các đặc điểm: cân nặng, chiều cao, tỷ lệ mỡ cơ thể, khối không mỡ, khối cơ xương, khối nạc và khối khoáng xương với $p < 0,05$.

Kết luận: Đặc điểm lâm sàng tương đồng với đặc điểm phân bố dịch tễ của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và có sự thay đổi trong cấu trúc thành phần cơ thể của người bệnh cao tuổi mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, COPD, thành phần cơ thể.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một tình trạng viêm nhiễm ở phổi. Ngoài tắc nghẽn luồng không khí, nó còn liên quan đến nhiều biểu hiện toàn thân, ảnh hưởng lớn đến tiên lượng và chi phí điều trị. Tình trạng dinh dưỡng bất thường và những thay đổi về thành phần cơ thể là một trong những bệnh đi kèm phổ biến nhất ở những người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (chronic obstructive pulmonary disease - COPD), có tác động tiêu cực, đáng kể đến tiên lượng (nguy cơ mắc các đợt cấp COPD, trầm cảm hoặc tử vong cao hơn). Tổ chức Y tế Thế giới đã xác nhận COPD là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba trên toàn thế giới, gây ra 3,23 triệu ca tử vong vào năm 2019. COPD là nguyên nhân gây ra tình trạng sức khỏe kém đứng hàng thứ bảy trên toàn thế giới (được đo bằng số năm sống điều chỉnh theo tình trạng khuyết tật). COPD ảnh hưởng đến 12% dân số thế giới. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc COPD ở nhóm trên 60 tuổi cao gấp 4 lần so với nhóm dưới 50 tuổi (21,38% so với 5,28%) [1]. Tại Việt Nam, các ca COPD cũng chiếm tỉ lệ khá cao trong dân số, ở độ tuổi 40 tuổi trở lên COPD chiếm 7,1% ở nam giới và 1,9% nữ giới [2].

Các nghiên cứu đã chứng minh COPD có liên quan mật thiết tới tình trạng suy dinh dưỡng (SDD), sarcopenia, suy mòn, loãng xương hay các bệnh lý về tim mạch..., trong đó thành phần cơ thể là một yếu tố quan trọng trong chẩn đoán các vấn đề trên. Số lần té ngã, nhập viện và tử vong tăng lên đều có mối liên quan cao ở người bệnh SDD và sụt giảm trong cấu trúc thành phần cơ thể [3-4]. Phương pháp đo thành phần cơ thể hiện nay được biết đến như là một phương pháp tiếp cận mới, ít xâm lấn, cho nhiều thông số thể hiện tình trạng bệnh lý và các hội chứng liên quan đến người bệnh. Bên cạnh xác định những đặc điểm lâm sàng trên người bệnh COPD cao tuổi, chúng tôi thực hiện đo thành phần cơ thể để có những bằng chứng về xu hướng thay đổi thành phần cơ thể trong dân số nghiên cứu nhằm đề xuất những biện pháp can thiệp hiệu quả cho người bệnh. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định các đặc điểm lâm sàng và thành phần cơ thể của người cao tuổi mắc COPD tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

*Tác giả liên hệ

Email: vovantamyttcc@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 938411205 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4218>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Phòng khám ngoại trú Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 12/2023-5/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên người bệnh từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán mắc COPD và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại khỏi nghiên cứu những người bệnh khó khăn khi đứng, di chuyển cũng như chống chỉ định với phân tích thành phần cơ thể bằng phương pháp trở kháng sinh học.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Nghiên cứu thực hiện trên 251 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu (12/2023-5/2024).

2.5. Biến số, chỉ số, nội dung, chủ đề nghiên cứu

- Đặc điểm dân số - xã hội: giới tính, tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, nghề nghiệp.

- Đặc điểm bệnh lý: phân độ bệnh lý, thời gian mắc bệnh, hút thuốc lá, bệnh kèm theo, các xét nghiệm cận lâm sàng (hemoglobin, lympho, albumin).

- Đặc điểm nhân trắc và thành phần cơ thể: cân nặng, chiều cao, tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số khối cơ thể (BMI) và các đặc điểm thành phần cơ thể (tỷ lệ mỡ cơ thể, khối không mỡ, khối cơ xương, khối nạc, khối khoáng xương, năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng và góc pha được ghi nhận thông qua phương pháp đo thành phần cơ thể bằng máy đo INBODY 770).

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Phòng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc, tra cứu hồ sơ bệnh án. Dùng thước đo chiều cao có độ chính xác 0,1 cm và đo thành phần cơ thể bằng máy đo INBODY 770.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata, phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 17.0.

Thống kê mô tả: tần số và tỷ lệ phần trăm của các biến số định tính. Đối với biến số định lượng báo cáo trung bình và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$), hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị); giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất (min-max).

Thống kê phân tích: dùng phép kiểm chính xác Fisher để xét mối liên hệ giữa tình trạng dinh dưỡng theo BMI và giới tính. Dùng phép kiểm T để xét mối liên quan giữa giới tính và các đặc điểm nhân trắc, thành phần cơ thể với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, số 1188/HĐĐĐ-ĐHYD, ký ngày 28/11/2023.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 251)

Đặc tính		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	239	95,2
	Nữ	12	4,8
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	71,8 $\pm$ 8,6	
	Min-max (tuổi)	60-98	
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	197	78,5
	Góa	44	17,5
	Độc thân, ly hôn, ly thân	10	4,0
Trình độ học vấn	< Tiểu học	19	7,6
	Tiểu học	78	31,1
	Trung học cơ sở	65	25,9
	Trung học phổ thông	59	23,5
	> Trung học phổ thông	30	11,9
Nghề nghiệp	Nông dân	97	38,6
	Nghỉ hưu	96	38,2
	Nghề tự do	26	10,4
	Thất nghiệp	18	7,2
	Công nhân	10	4,0
	Viên chức	4	1,6

Bảng 1 cho thấy đa phần đối tượng nghiên cứu là nam giới (95,2%), với tuổi trung bình là 71,8 $\pm$ 8,6, cao nhất 98 tuổi, thấp nhất 60 tuổi. Phần lớn đối tượng nghiên cứu đã kết hôn và đang sống cùng nhau (78,5%). Trình độ học vấn xu hướng thấp với tỷ lệ từ trung học cơ sở trở xuống chiếm 64,6%. Có 38,2% đối tượng đã nhận chế độ hưu trí, trong khi đó vẫn còn một lượng lớn người cao tuổi trong mẫu nghiên cứu còn làm việc như nghề nông chiếm 38,6%, các nghề tự do và công nhân, viên chức chiếm 16%.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu

Đặc tính		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Phân độ bệnh COPD (n = 219)	Nhẹ	16	7,3
	Trung bình	107	48,9
	Nặng	80	36,5
	Rất nặng	16	7,3
Thời gian bệnh	Trung vị (khoảng tứ phân vị) (năm)	3 (1-8)	
	Min-max (năm)	0-25	
Hút thuốc lá (n = 251)	Có	233	92,8
	Không	18	7,2
Bệnh mạn tính kèm theo (n = 251)	Có	134	53,4
	Không	117	46,6

Đặc tính		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Bệnh lý kèm theo (n = 251)	Tăng huyết áp	105	41,8
	Bệnh mạch vành	33	13,1
	Đái tháo đường	30	12,0
	Bệnh thận mạn	11	4,4
	Ung thư	7	2,8
Hemoglobin (n = 178)	$\bar{X} \pm SD$ (g/dl)	13,7 $\pm$ 1,8	
	Min-max (g/dl)	7,2-17,6	
Lympho (n = 178)	$\bar{X} \pm SD$ (G/L)	2,03 $\pm$ 0,76	
	Min-max (G/L)	0,57-3,75	
Albumin (n = 40)	$\bar{X} \pm SD$ (g/l)	36,7 $\pm$ 5,9	
	Min-max (g/l)	23,8-49,0	

Bảng 2 cho thấy có 219/251 người bệnh được đo hô hấp ký để xác định phân loại giai đoạn bệnh COPD, trong đó đa phần là giai đoạn trung bình và nặng chiếm 85,4%, có 7,3% người bệnh xếp loại tình trạng rất nặng. Thời gian mắc bệnh có trung vị 3 năm (khoảng tứ phân vị 1-8 năm), trong đó đối tượng mắc bệnh cao nhất tới 25 năm. Đa phần đều có hút thuốc lá (92,8%); hơn 50% người bệnh có bệnh mạn tính kèm theo. Khi phân tích từng bệnh lý thấy đa phần là bệnh lý tăng huyết áp (41,8%), bệnh mạch vành (13,1%), đái tháo đường (12%), bệnh thận mạn (4,4%) và ung thư chiếm 2,8%. Có 178 người bệnh được xét nghiệm công thức máu tại thời điểm nghiên cứu cho kết quả nồng độ trung bình hemoglobin (13,7 $\pm$ 1,8 g/dl) và lympho (2,03 $\pm$ 0,76 G/L). Có 40 người bệnh được xét nghiệm albumin máu với nồng độ trung bình là 36,7 $\pm$ 5,9 g/L.

Bảng 3. Đặc điểm nhân trắc, thành phần cơ thể của đối tượng nghiên cứu

Đặc tính		Chung (n = 251)	Min-max	Nam (n = 239)	Nữ (n = 12)	p
Cân nặng (kg)		55,3 $\pm$ 10,7	34,7-86,0	55,6 $\pm$ 10,7	48,1 $\pm$ 8,3	0,017*
Chiều cao (cm)		162,0 $\pm$ 6,5	140-180	162,7 $\pm$ 5,8	148,6 $\pm$ 5,0	< 0,001*
BMI (kg/m ²)		21,0 $\pm$ 3,6	12,8-29,4	21,0 $\pm$ 3,6	21,7 $\pm$ 3,2	0,498*
Tình trạng dinh dưỡng theo BMI	SDD (< 18,5 kg/m ²)	74 (29,5%)		72 (30,1%)	2 (16,7%)	
	Bình thường (18,5 $\leq$ < 25 kg/m ²)	137 (54,6%)		130 (54,4%)	7 (58,3%)	
	Thừa cân (25 $\leq$ < 30 kg/m ²)	40 (15,9%)		37 (15,5%)	3 (25,0%)	
	Béo phì ($\geq$ 30 kg/m ²)	0		0	0	0,465**
Mỡ cơ thể (%)		25,0 $\pm$ 8,6	4,8-45,9	24,5 $\pm$ 8,4	34,7 $\pm$ 6,4	< 0,001*
Khối không mỡ (kg)		40,9 $\pm$ 6,4	25,7-57,7	41,4 $\pm$ 6,0	31,1 $\pm$ 4,2	< 0,001*
Khối cơ xương (kg)		21,9 $\pm$ 3,8	12,6-31,8	22,2 $\pm$ 3,6	16,1 $\pm$ 2,6	< 0,001*
Khối nạc (kg)		38,7 $\pm$ 6,0	24,0-54,7	39,1 $\pm$ 5,7	29,2 $\pm$ 4,0	< 0,001*
Khối khoáng xương (kg)		2,7 $\pm$ 0,4	1,85-3,86	2,8 $\pm$ 0,4	2,2 $\pm$ 0,2	< 0,001*
Năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng (kcal/kg)		23,2 $\pm$ 2,9	16,8-30,5	23,2 $\pm$ 2,9	22,0 $\pm$ 2,4	0,164*
Góc pha (°)		4,5 $\pm$ 0,8	2,3-6,3	4,5 $\pm$ 0,8	4,2 $\pm$ 0,7	0,180*

Ghi chú: *Kiểm định T; **Kiểm định Fisher's.

Bảng 3 cho thấy có 29,5% đối tượng SDD theo BMI, có 15,9% người bệnh thừa cân và không có người bệnh béo phì. Các chỉ số thành phần cơ thể được ghi nhận đa dạng trong nghiên cứu thông qua đo thành phần cơ thể bằng máy INBODY 770 cho kết quả: trung bình của BMI (21,0 $\pm$ 3,6 kg/m²); tỷ lệ mỡ cơ thể (25,0 $\pm$ 8,6%); khối không mỡ (40,9 $\pm$ 6,4 kg); khối cơ xương (21,9 $\pm$ 3,8 kg); khối nạc (38,7 $\pm$ 6,0 kg); khối khoáng xương (2,7 $\pm$ 0,4 kg); năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng (23,2 $\pm$ 2,9 kcal) và góc pha (4,5 $\pm$ 0,8°).

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 giới nam và nữ ở các đặc điểm: cân nặng, chiều cao, tỷ lệ mỡ cơ thể, khối không mỡ, khối cơ xương, khối nạc và khối khoáng xương với p < 0,05. Không có sự khác biệt giữa 2 giới nam và nữ ở các đặc điểm BMI, phân loại tình trạng dinh dưỡng theo

BMI, năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng và góc pha với p > 0,05.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu khảo sát 251 người cao tuổi mắc COPD tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, kết quả cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới chiếm 95,2% với tuổi trung bình trong nghiên cứu là 71,8 $\pm$ 8,6 tuổi. Trình độ học vấn tương đối thấp với tỷ lệ nhóm dưới tiểu học và tiểu học chiếm 38,8%. Nghề nghiệp nông dân là chủ yếu với 38,6% và hưu trí chiếm 38,2%; tỷ lệ thất nghiệp chiếm 7,2%. Từ các đặc điểm này, cho thấy các đối tượng nghiên cứu vẫn còn có những khó khăn về kinh tế để chăm sóc sức khỏe cho bản thân. Đây cũng là một thách thức trong công tác chăm sóc sức khỏe toàn diện cho người bệnh cao tuổi mắc COPD.

Nghiên cứu ghi nhận phân độ bệnh lý dựa vào đo hô hấp ký, kết quả nhóm bệnh nhẹ, trung bình, nặng và rất nặng chiếm tỷ lệ lần lượt là 7,3%; 48,9%; 36,5% và 7,3%. So sánh với kết nghiên cứu của Kaluzniak-Szymanowska A và cộng sự tại Ba Lan (2021), các tỷ lệ trên lần lượt là 7,3%; 41,1%; 41,9% và 9,7% [5], nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nhóm bệnh mức độ trung bình cao hơn và nhóm bệnh nặng thấp hơn. Thời gian mắc bệnh trong nghiên cứu phân bố không đều, với trung vị mắc bệnh 3 năm (khoảng tứ phân vị từ 1-8 năm), người bệnh mắc bệnh dài nhất ghi nhận trong nghiên cứu là 25 năm. Thời gian mắc bệnh của nhóm người bệnh từ dưới 3 năm chiếm tỷ lệ khoảng 50%, dưới 5 năm trên 50%. Lý do có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, là khu vực tuyến cuối tầm soát và chẩn đoán bệnh lý nên phát hiện ra nhiều người bệnh COPD cao tuổi mới mắc bệnh. Không những tổn thương sinh lý bệnh tại phổi mà COPD còn có một số ảnh hưởng đáng kể ngoài phổi làm nặng thêm tình trạng bệnh. Các tổn thương ngoài phổi có liên quan đến tình trạng viêm toàn thể của COPD, từ đó tăng khả năng xuất hiện bệnh đồng mắc ở người bệnh như bệnh tim mạch, ung thư phổi, loãng xương, đái tháo đường... Ở người bệnh COPD, tần suất bệnh đồng mắc thường tăng theo tuổi và mức độ nặng của triệu chứng. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 134/251 người bệnh có bệnh lý mạn tính kèm theo, chiếm tỷ lệ 53,4%, trong đó tỷ lệ bệnh lý tăng huyết áp cao nhất chiếm 41,8%, bệnh mạch vành chiếm 13,1%, bệnh đái tháo đường chiếm 12%, bệnh thận mạn chiếm 4,4% và ung thư chiếm 2,8%. Kết quả có sự chênh lệch so với nghiên cứu của Chua J.R và cộng sự (2019) tại Philippines với bệnh lý tăng huyết áp cũng chiếm tỷ lệ cao nhất là 31,81%, bệnh mạch vành 24,39% và bệnh đái tháo đường (7,32%) [6]. Theo GOLD (2023), ngày càng có nhiều người bệnh lớn tuổi mắc bệnh đồng mắc ở người bệnh COPD làm tăng nguy cơ đợt cấp nhập viện và tỷ lệ tử vong.

Có 178/251 người bệnh được xét nghiệm công thức máu tại thời điểm nghiên cứu cho kết quả nồng độ trung bình hemoglobin là $13,7 \pm 1,8$ g/dl, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Perrot L và cộng sự (2020) tại Pháp là $13,4 \pm 2,4$ g/dl [7]. Nồng độ hemoglobin liên quan đến tình trạng thiếu máu, thiếu dinh dưỡng trên người bệnh COPD, đặc biệt ở những người bệnh cao tuổi, chính vì thế thiếu máu có liên quan đến việc tăng tỷ lệ tử vong ở người bệnh mắc COPD. Kết quả xét nghiệm lympho của nghiên cứu là $2,03 \pm 0,76$ G/L. Đặc trưng của bệnh lý COPD là tình trạng viêm mạn tính dẫn đến suy giảm hệ miễn dịch, từ đó số lượng tế bào lympho cũng sẽ giảm. Có 40 người bệnh được xét nghiệm albumin máu với nồng độ trung bình là $36,7 \pm 5,9$ g/l, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thanh Hương và cộng sự (2021) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là $32,4$ g/l [8]. Mặc khác kết quả nồng độ albumin trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Perrot L và cộng sự (2020) tại Pháp là $34,4 \pm 5,0$ g/l [7]. Giảm albumin máu ở người bệnh COPD gây ảnh hưởng tiêu cực đến người bệnh như thời gian nằm viện kéo dài trong các đợt cấp, suy hô hấp cấp và làm tăng tỷ lệ tử vong.

Nghiên cứu ghi nhận tình trạng dinh dưỡng phân loại theo BMI theo chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới gồm: tỷ lệ SDD chiếm 29,5%, bình thường 54,6%, thừa cân 15,9%

và không có người bệnh nào béo phì. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Hoàng Thanh Hương và cộng sự (2021) lần lượt là 31,48%; 61,11% và 7,41% [8]. Một nghiên cứu tại Thái Lan có kết quả 15,7% SDD; 53,72% bình thường và thừa cân; 30,58% béo phì [3].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận về thành phần cơ thể: tỷ lệ mỡ cơ thể, khối không mỡ, khối cơ xương, khối nạc, khối khoáng xương, năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng và góc pha. Tỷ lệ mỡ cơ thể trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận là $25,0 \pm 8,6$ (%), kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Gologanu D tại Romania là $31,4 \pm 9,4$ (%) [9] và nghiên cứu của Kaluzniak-Szymanowska A tại Ba Lan với $33,6 \pm 9,4$ (%) và $26,9 \pm 10,0$ (%) ở nhóm không và có SDD [5]. Khối không mỡ trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận kết quả trung bình $40,9 \pm 6,4$ kg, kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Chua J.R tại Philippines với $34,09 \pm 7,75$ kg [6] và nghiên cứu của Kaluzniak-Szymanowska A tại Ba Lan với $22,4 \pm 5,0$ kg và $16,9 \pm 5,1$ kg ở nhóm không và có SDD [5]. Mặc khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu Gologanu D và cộng sự tại Romania là $53,3 \pm 8,4$ kg [9]. Khối cơ xương trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trung bình $21,9 \pm 3,8$ kg, kết quả này thấp hơn nghiên cứu tại Romania là $29,1 \pm 5,3$ kg [9] và tại Ba Lan với $30,0 \pm 6,2$ kg và $23,4 \pm 6,3$ kg ở nhóm không và có SDD [5]. Chỉ số khối nạc và khối khoáng xương của nghiên cứu ghi nhận trung bình lần lượt là $38,7 \pm 6,0$ kg và $2,7 \pm 0,4$ kg. Đây là 2 chỉ số đánh giá trực tiếp chất lượng của thành phần cơ thể của người bệnh, đặc biệt khối khoáng xương giúp gợi ý khả năng thiếu chất khoáng xương và nguy cơ loãng xương ở người bệnh, rất quan trọng trong nghiên cứu này khi người bệnh là người cao tuổi và có nhiều bệnh lý nền phối hợp. Năng lượng chuyển hóa cơ bản trong nghiên cứu cũng được ghi nhận phản ánh mức chuyển hóa năng lượng trong cơ thể người bệnh, đánh giá được tình trạng stress chuyển hóa do bệnh lý gây ra. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được trung bình là $23,2 \pm 2,9$ kcal/kg. Góc pha trở kháng điện sinh học ở những người khỏe mạnh thường nằm trong khoảng từ $5-7^\circ$. Góc pha thấp cho thấy sự mất khối lượng tế bào, tính toàn vẹn của màng tế bào giảm và sự phân bố dịch thay đổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy giá trị góc pha trung bình của nghiên cứu là $4,5 \pm 0,8^{(o)}$, thấp hơn so với nghiên cứu của Rinaldi S là $5,93 \pm 1,14^{(o)}$ [10].

5. KẾT LUẬN

Phần lớn đối tượng nghiên cứu là nam giới (95,2%), với tuổi trung bình là $71,8 \pm 8,6$. Chủ yếu bệnh lý thuộc giai đoạn trung bình và nặng (85,4%). Hơn 50% người bệnh có bệnh mạn tính kèm theo. Có 29,5% đối tượng SDD theo BMI. Các chỉ số thành phần cơ thể được ghi nhận: tỷ lệ mỡ cơ thể $25,0 \pm 8,6$ (%); khối không mỡ $40,9 \pm 6,4$ (kg); khối cơ xương $21,9 \pm 3,8$ (kg); khối nạc $38,7 \pm 6,0$ (kg); khối khoáng xương $2,7 \pm 0,4$ (kg); năng lượng chuyển hóa cơ bản/cân nặng $23,2 \pm 2,9$ (kcal) và góc pha $4,5 \pm 0,8^{(o)}$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới nam và nữ ở các đặc điểm: cân nặng, chiều cao, tỷ lệ mỡ cơ thể, khối không mỡ, khối cơ xương, khối nạc và khối khoáng xương với $p < 0,05$.

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 195/2023/HĐ-ĐHYD, ngày 15 tháng 9 năm 2023.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Varmaghani M, Dehghani M et al. Global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *East Mediterr Health J*, 2019, 25 (1): 47-57. doi: 10.26719/emhj.18.014.
- [2] World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Vietnam. Accessed 16 March 2023. <https://www.who.int/vietnam/health-topics/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd>.
- [3] Limpawattana P, Inthasuwana P et al. Sarcopenia in chronic obstructive pulmonary disease: A study of prevalence and associated factors in the Southeast Asian population. *Chron Respir Dis*, 2018, 15 (3): 250-257. doi: 10.1177/1479972317743759.
- [4] Cerri A.P, Bellelli G et al. Sarcopenia and malnutrition in acutely ill hospitalized elderly: Prevalence and outcomes. *Clin Nutr*, 2015, 34 (4): 745-51. doi: 10.1016/j.clnu.2014.08.015.
- [5] Kaluzniak-Szymanowska A, Krzyminska-Siemaszko R et al. Malnutrition, sarcopenia, and malnutrition-sarcopenia syndrome in older adults with COPD. *Nutrients*, 2021, 14 (1): 44. doi: 10.3390/nu14010044.
- [6] Chua J.R, Albay A.B et al. Body composition of Filipino chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients in relation to their lung function, exercise capacity and quality of life. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2019, 14: 2759-2765. doi: 10.2147/COPD.S222809.
- [7] Perrot L, Greil A et al. Prevalence of sarcopenia and malnutrition during acute exacerbation of COPD and after 6 months recovery. *Eur J Clin Nutr*, 2020, 74 (11): 1556-1564. doi: 10.1038/s41430-020-0623-6.
- [8] Hoàng Thanh Hương, Nguyễn Thị Minh Trang và cộng sự. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108, 2021, 16 (5): 59-67.
- [9] Gologanu D, Ionita D et al. Body composition in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Maedica (Bucur)*, 2014, 9 (1): 25-32.
- [10] Rinaldi S, Gilliland J et al. Is phase angle an appropriate indicator of malnutrition in different disease states? A systematic review. *Clinical nutrition ESPEN*, 2019, 29: 1-14. doi: 10.1016/j.clnesp.2018.10.010.

