

NUTRITIONAL STATUS AMONG CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Pham Huyen My¹, Nguyen Hai Yen², Doan Thi Hue¹, Nguyen Thi Tu Ngoc^{1*}

¹Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy - 284 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam

²Thai Nguyen National Hospital - 479 Luong Ngoc Quyen Street, Phan Dinh Phung Ward, Thai Nguyen Province, Vietnam

Received: 12/12/2025

Revised: 12/01/2026; Accepted: 21/04/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the nutritional status of inpatients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Thai Nguyen National Hospital in 2025.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 104 COPD inpatients at Thai Nguyen Central General Hospital. The prevalence of malnutrition was assessed using the Body Mass Index (BMI) and the Subjective Global Assessment (SGA) for malnutrition risk. Anemia status was determined based on patients' hemoglobin levels.

Results: The mean age of participants was 70.56 ± 11.32 years, with the majority aged 60 years or older (87.5%). Male patients accounted for 89.4%. The prevalence of malnutrition based on BMI was 44.2%; only 3.9% were overweight, and no patients were classified as obese. According to SGA, 60.6% were at mild to moderate risk of malnutrition, and 9.6% were at severe risk. The prevalence of anemia among the patients was 32.7%.

Conclusion: Malnutrition and anemia are two prominent issues among COPD patients. However, the prevalence of malnutrition varied depending on the assessment method, with SGA detecting a higher proportion of patients at nutritional risk compared to BMI.

Key words: Nutritional status, COPD, anemia, Thai Nguyen National Hospital.

*Corresponding author

Email: nguyenthitungoc@tnmc.edu.vn Phone: (+84) 974349055 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4907

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Phạm Huyền My¹, Nguyễn Hải Yến², Đoàn Thị Huệ¹, Nguyễn Thị Tú Ngọc^{1*}

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên - 284 Đường Lương Ngọc Quyến, Phường Phan Đình Phùng, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên - Số 479 Đường Lương Ngọc Quyến, Phường Phan Đình Phùng, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 12/01/2026; Ngày duyệt đăng: 21/04/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng dinh dưỡng của người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 104 người bệnh COPD điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tỷ lệ suy dinh dưỡng được đánh giá theo chỉ số khối cơ thể BMI và phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan nguy cơ suy dinh dưỡng SGA. Tình trạng thiếu máu được xác định theo lượng Hemoglobin của người bệnh.

Kết quả: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 70,56±11,32 với phần lớn người bệnh từ 60 tuổi trở lên (87,5%). Người bệnh là nam giới chiếm tỷ lệ cao với 89,4%. Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo chỉ số BMI là 44,2%, chỉ có 3,9 % thừa cân, không có người bệnh nào bị béo phì. Đánh giá theo SGA, có 60,6% có nguy cơ suy dinh dưỡng ở mức độ nhẹ và vừa, 9,6% có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng. Tỷ lệ người bệnh bị thiếu máu là 32,7%.

Kết luận: Suy dinh dưỡng và thiếu máu là hai vấn đề nổi bật trên bệnh nhân COPD. Tuy nhiên tình trạng suy dinh dưỡng khác nhau theo từng phương pháp đánh giá, trong đó phương pháp SGA có tỷ lệ phát hiện tình trạng dinh dưỡng cao hơn so với chỉ số BMI.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, COPD, thiếu máu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

GOLD 2023 định nghĩa Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) 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 tắc nghẽn đường thở dai dẳng, thường tiến triển [1],[2]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), BPTNMT đang đứng vị trí thứ 3 trong các bệnh lý gây tử vong hàng đầu chỉ sau tai biến mạch máu não và nhồi máu cơ tim, gây ra những gánh nặng kinh tế và xã hội. Tỷ lệ mắc BPTNMT trên toàn thế giới là rất lớn với khoảng 12,64% dân số ≥ 40 tuổi (384 triệu bệnh nhân), gây ra 3 triệu ca tử vong mỗi năm, trung bình ước tính cứ mỗi 10 giây có 1 người tử vong do BPTNMT [3]. Tại Việt Nam, BPTNMT gây ra hơn 25 ngàn ca tử vong mỗi năm và nhiều hơn số người chết vì tai nạn giao thông, con số này vẫn đang gia tăng [2]. Theo khuyến cáo của Hội Hô hấp Châu Á – Thái Bình Dương, tỷ lệ BPTNMT ở người trên 35 tuổi ở cả hai giới tại Việt Nam là 6,7%, cao nhất khu vực. BPTNMT có rất nhiều ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của người bệnh. Với những triệu chứng ban đầu từ khó thở, khò khè, ho khạc đờm,... BPTNMT giai đoạn muộn có thể khó thở

ngay cả khi làm việc nhẹ hay nghỉ ngơi, giảm khả năng vận động sinh hoạt của người bệnh. Đồng thời bệnh cũng gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm dẫn đến giảm chất lượng cuộc sống, giảm tuổi thọ và thậm chí là tử vong [2].

Suy dinh dưỡng là vấn đề phổ biến ở người bệnh BPTNMT với tỷ lệ từ 30% đến 80% tùy thuộc vào phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng và giai đoạn bệnh [4],[5],[6],[7],[8]. Tỷ lệ tử vong ở người BPTNMT thiếu cân cao hơn so với người BPTNMT có cân nặng bình thường, béo phì hay thừa cân [9]. Mối liên hệ chính xác giữa suy dinh dưỡng và BPTNMT rất phức tạp và có khả năng là hai chiều, với suy dinh dưỡng vừa là nguyên nhân, vừa là hệ quả của bệnh. BPTNMT với dấu hiệu điển hình là khó thở làm người bệnh mệt mỏi, không ăn uống được dẫn đến suy dinh dưỡng và ngược lại suy dinh dưỡng có thể làm tăng tốc độ suy giảm chức năng hô hấp, gây mất mô phổi cũng như giảm độ lớn và sức mạnh của các cơ liên quan đến hô hấp, chẳng hạn như cơ hoành [10],[11]. Suy dinh dưỡng làm tăng thời gian nằm viện, tăng biến chứng nằm viện, tăng chi phí điều trị, tăng tỷ lệ tử vong trên người bệnh BPTNMT. Việc đánh giá tình trạng dinh

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenthitungoc@tnmc.edu.vn Điện thoại: (+84) 974349055 DOI: 10.52163/yhc.v67i4.4907

dưỡng của người bệnh BPTNMT là rất cần thiết, đặc biệt tại Thái Nguyên số liệu về dinh dưỡng trên nhóm người bệnh này còn hạn chế nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Mô tả thực trạng dinh dưỡng của người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định mắc Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Được giải thích đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh nặng đang trong tình trạng điều trị tích cực .
- Người bệnh không thể thu thập được các số liệu do sa sút trí tuệ, câm, điếc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Hô Hấp, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2025

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian tiến hành nghiên cứu từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2025. Kết quả có 104 người bệnh nhập viện nằm điều trị nội trú được chọn vào nghiên cứu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Người bệnh BPTNMT thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được mời tham gia vào nghiên cứu và đánh giá tình trạng dinh dưỡng trong vòng 72 giờ sau khi nhập viện.

Các thông tin chung của người bệnh và phân loại nguy cơ dinh dưỡng theo SGA được nghiên cứu viên phỏng vấn, thăm khám và đánh giá theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn.

Các chỉ số nhân trắc như chiều cao, cân nặng: Cân nặng của người bệnh được đo bằng cân điện tử với độ chính xác đến 0,1kg, đo thống nhất người bệnh vào giữa buổi sáng (khoảng 9 giờ sáng) hoặc giữa buổi chiều (khoảng 15 giờ). Đo chiều cao bằng thước đo đứng với độ chính xác tới minimet, đọc kết quả và ghi số cm với 1 số lẻ.

Chỉ số xét nghiệm Hemoglobin được tham khảo theo hồ sơ bệnh án, lấy chỉ số xét nghiệm lúc nhập viện của người bệnh.

2.4. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Thông tin về nhân khẩu học và một số thông tin liên quan đến bệnh tật bao gồm: Tuổi (tính theo năm dương lịch), giới (nam/nữ), thời gian phát hiện bệnh (tính theo năm kể từ khi được chẩn đoán xác định), tiền sử hút thuốc lá.

Chỉ số khối cơ thể BMI (Phân loại theo hướng dẫn của WHO): Suy dinh dưỡng (BMI<18,5); Bình thường (BMI từ 18,5 đến 24,9); Thừa cân (BMI ≥ 25).

Đánh giá tổng thể chủ quan nguy cơ suy dinh dưỡng (SGA) theo 3 mức độ:

SGA-A (Không có nguy cơ suy dinh dưỡng-Dinh dưỡng tốt): Người bệnh không giảm cân hoặc tăng cân gần đây; không giảm khẩu phần ăn vào hoặc khẩu phần ăn được cải thiện gần đây; không có bất thường về các chức năng, hoạt động thể chất gần đây.

SGA-B (nguy cơ SDD mức độ nhẹ/vừa): giảm ≤5% cân nặng trong 1 tháng hoặc ≤10% trong 6 tháng; giảm khẩu phần ăn; có các triệu chứng lâm sàng ảnh hưởng đến dinh dưỡng như nôn, chán ăn, tiêu chảy...; suy giảm các chức năng ở mức độ vừa; mất lớp mỡ dưới da hoặc khối lượng cơ mức độ nhẹ đến vừa.

SGA-C (Nguy cơ SDD nặng): giảm >5% cân nặng trong 1 tháng hoặc >10% trong 6 tháng; thiếu hụt khẩu phần ăn trầm trọng; có sự hiện diện của các triệu chứng tác động đến dinh dưỡng như nôn, chán ăn, tiêu chảy...; suy giảm các chức năng mức độ nặng; có dấu hiệu rõ ràng của SDD (mất cơ, mất lớp mỡ dưới da nặng , có thể có phù...).

Chỉ số Hemoglobin đánh giá thiếu máu khi: Nam <130g/dl; Nữ <120 g/dl.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 23.0 và sử dụng các phương pháp thống kê y học thích hợp: Các thống kê mô tả; Kiểm định Chi-Square để xác định mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo BMI và các đặc điểm chung của người bệnh (Fisher's exact Test nếu tần số lý thuyết dưới 5).

2.6. Các sai số và cách khắc phục sai số

- Các sai số có thể gặp phải

Sai số do công cụ đo lường

Sai số trong quá trình nhập liệu.

- Cách khắc phục sai số

Chuẩn hóa bộ công cụ để tránh sai số do đo lường: tất cả người bệnh được đo trên cùng một loại dụng cụ và vào các thời điểm trong ngày tương tự nhau.

Phối hợp giữa nghiên cứu viên, bác sĩ điều trị, và điều dưỡng khoa lâm sàng để đảm bảo thu thập số liệu chính xác.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện dưới sự tự nguyện đồng ý của người bệnh. Toàn bộ thông tin của người bệnh được bảo mật theo quy định hiện hành.

Số liệu thu thập được chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu, chăm sóc và điều trị.

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học - Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái nguyên thông qua theo chấp thuận số 222/ĐHYD-HĐĐĐ.

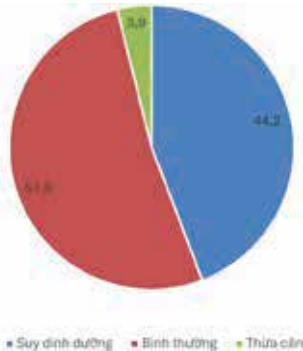
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số thông tin chung của đối tượng nghiên cứu.

| Thông tin chung | | n | % |
|--------------------|-----|-------------|------|
| Nhóm tuổi | <60 | 131 | 12,5 |
| | ≥60 | 91 | 87,5 |
| Độ tuổi trung bình | | 70,56±11,32 | |

| Thông tin chung | | n | % |
|----------------------|-----------|----|------|
| Giới | Nam | 93 | 89,4 |
| | Nữ | 11 | 10,6 |
| Nơi ở | Nông thôn | 63 | 60,6 |
| | Thành thị | 41 | 39,4 |
| Thời gian mắc bệnh | < 1 năm | 17 | 16,3 |
| | 1 – 5 năm | 34 | 32,7 |
| | > 5 năm | 53 | 51,0 |
| Tiền sử hút thuốc lá | Có | 72 | 69,2 |
| | Không | 32 | 30,8 |

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 70,56±11,32 với phần lớn người bệnh từ 60 tuổi trở lên (87,5%). Người bệnh là nam giới là chủ yếu với 89,4%. Tỷ lệ người bệnh sống ở nông thôn cao hơn thành thị với lần lượt 60,6% và 39,4%. 51% người bệnh có thời gian mắc bệnh trên 5 năm và 69,2% có tiền sử hút thuốc lá.



Biểu đồ 1. Tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số khối cơ thể BMI.

Nhận xét: Đánh giá trên 104 đối tượng nghiên cứu, chiều cao trung bình là 162,34±6,0 cm, cân nặng trung bình là 51,42±8,48 kg. Có 44,2% người bệnh bị suy dinh dưỡng, chỉ có 3,9% thừa cân, không có người bệnh nào bị béo phì.

Bảng 2. Nguy cơ suy dinh dưỡng theo SGA.

| SGA | n | % |
|-------|-----|------|
| SGA-A | 31 | 29,8 |
| SGA-B | 63 | 60,6 |
| SGA-C | 10 | 9,6 |
| Tổng | 104 | 100 |

Nhận xét: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo SGA, có 60,6% có nguy cơ suy dinh dưỡng ở mức độ nhẹ và vừa, 9,6% có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng.

Bảng 3. Tình trạng thiếu máu của người bệnh theo Hemoglobin.

| Thiếu máu | Giới | Nam n(%) | Nữ n(%) | Chung n(%) |
|-----------|-----------------|----------|----------|------------|
| | Không thiếu máu | | 63(60,6) | 7(6,7) |
| Thiếu máu | | 30(28,8) | 4(3,8) | 34(32,7) |

| Thiếu máu | Giới | Nam n(%) | Nữ n(%) | Chung n(%) |
|-----------|-----------------------|----------|---------------|---------------|
| | Hemoglobin trung bình | | 136,14 ±19,31 | 122,64 ±19,35 |

Nhận xét: Nồng độ Hemoglobin trung bình của nhóm nghiên cứu là 134,71±19,67g/dl. Trong tổng số 104 người bệnh có 32,7% bị thiếu máu, chủ yếu thiếu máu ở mức độ nhẹ.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng theo BMI của người bệnh

| Đặc điểm | Suy dinh dưỡng | Tình trạng dinh dưỡng theo BMI | | | p |
|--------------------|----------------|--------------------------------|------------|----------|-------|
| | | Bình thường | Thừa cân | | |
| Tuổi | <60 | 3 (23,1) | 10 (76,9) | 0 (0,0) | 0,23 |
| | ≥ 60 | 43 (47,2) | 44 (48,4) | 4 (4,4) | |
| Giới | Nam | 38 (40,9) | 51 (54,8) | 4 (4,3) | 0,18 |
| | Nữ | 8 (72,7) | 3 (27,3) | 0 (0,0) | |
| Nơi sống | Nông thôn | 34 (54,0) | 26 (41,3) | 3 (4,8) | 0,023 |
| | Thành thị | 12 (29,3) | 28 (68,3) | 1 (2,4) | |
| Thời gian mắc bệnh | <1 năm | 6 (35,3) | 9 (52,9) | 2 (11,8) | 0,18 |
| | 1-5 năm | 12 (35,5) | 21 (61,8) | 1 (2,9) | |
| | >5 năm | 28 (52,8) | 24 (45,3) | 1 (1,9) | |
| Thiếu máu | Không | 33 (47,1) | 34 (48,6) | 3 (4,3) | 0,66 |
| | Có | 13 (38,3) | 20 (58,8) | 1 (2,9) | |

Fisher's Exact Test

Nhận xét: Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo BMI và một số đặc điểm chung của người bệnh mắc Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, kết quả cho thấy, mặc dù tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng ở nhóm mắc bệnh trên 5 năm là cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng giữa các nhóm tuổi, giới, thời gian mắc bệnh và tình trạng thiếu máu là không có ý nghĩa thống kê. Bên cạnh đó có sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng giữa nhóm người bệnh sống ở khu vực nông thôn và thành thị với p<0,05.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 104 người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, kết quả cho thấy độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng là 70,56 ± 11,32 phản ánh đúng đặc điểm dịch tễ của COPD – một bệnh lý mạn tính tiến triển thường gặp ở người lớn tuổi. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu như nghiên cứu của Lê Thị Hương và cộng sự (2023) ghi nhận tuổi trung bình là 69,1 ± 8,9[4], hay nghiên cứu của tác giả Đào Ngọc Bằng (2024) với độ tuổi trung bình là 68,36 ± 8,61[12]. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nam giới chiếm 89,4% và tỷ lệ người bệnh có tiền sử hút thuốc lá là 69,2%, cũng phù hợp với thực tế Việt Nam, nơi tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới cao hơn rất nhiều so với nữ. Khói thuốc chứa nhiều hóa chất độc hại, khi hít vào, chúng gây viêm mạn tính ở đường hô hấp, làm dày thành phế quản, phá hủy cấu trúc phế nang, tăng tiết dịch nhầy, gây tắc nghẽn khí dẫn tới khí phế thũng. Một nghiên cứu tại Bỉ trên

nhóm người bệnh COPD cho thấy, ở những người chưa bao giờ hút thuốc có mức độ khó thở thấp hơn, suy giảm chức năng phổi nhẹ hơn, nguy cơ đợt cấp và tử vong thấp hơn so với những người đã và đang hút thuốc[13]. Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của kiểm soát yếu tố nguy cơ, đặc biệt là thuốc lá, trong việc phòng và quản lý COPD.

Về tình trạng dinh dưỡng, cân nặng và chỉ số BMI thường được sử dụng để đánh giá ban đầu cho những người bệnh điều trị nội trú. BMI là chỉ số được sử dụng rộng rãi với ưu điểm của phương pháp này là đơn giản, dễ thực hiện. Kết quả nghiên cứu cho thấy một tỷ lệ đáng kể người bệnh COPD bị suy dinh dưỡng theo BMI (44,2%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Hoàng Thanh Hương với 31,48% người bệnh bị suy dinh dưỡng[7], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Đỗ Nam Khánh với 58,49%[6] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh với 62,2% người bệnh suy dinh dưỡng[8]. Sự khác biệt về tỷ lệ suy dinh dưỡng giữa các nghiên cứu có thể do đặc điểm đối tượng không giống nhau. Một số nghiên cứu thực hiện trên bệnh nhân COPD nặng hơn, lớn tuổi hơn hoặc có điều kiện kinh tế khó khăn, nên tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn. Ngoài ra, cỡ mẫu và tiêu chí chọn bệnh nhân khác nhau cũng ảnh hưởng đến kết quả. Những nghiên cứu có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao thường tập trung vào bệnh nhân COPD mức độ trung bình – nặng hoặc những người nhập viện nhiều lần, vốn dễ bị suy kiệt hơn do tăng tiêu hao năng lượng và giảm khối cơ kéo dài. Mặc dù vậy, tỷ lệ suy dinh dưỡng cao trong nghiên cứu này cho thấy vấn đề dinh dưỡng cần được đánh giá thường quy và can thiệp sớm ở nhóm bệnh nhân COPD. Tuy nhiên, BMI khó phát hiện được những thay đổi về tình trạng dinh dưỡng trong thời gian ngắn, do đó cần phối hợp với nhiều phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng khác.

Đánh giá tổng thể chủ quan SGA là phương pháp có độ tin cậy cao, được áp dụng rộng rãi tại các bệnh viện. SGA với thang điểm đơn giản, chính xác và là phương pháp thích hợp để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho những bệnh nhân mạn tính. Phương pháp này đánh giá tổng thể nhiều dấu hiệu cơ năng và thực thể. SGA nhạy cảm với những thay đổi về tình trạng dinh dưỡng theo thời gian. Tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng đánh giá theo SGA thường cao hơn nhiều so với đánh giá bằng các chỉ số nhân trắc. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi đánh giá theo phương pháp này có 70,2% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng trong đó 60,6% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng ở mức độ nhẹ và vừa, 9,6% nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng. Nhiều nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng cao khi đánh giá bằng phương pháp SGA như nghiên cứu của Lê Thị Hương và cộng sự (2023) nghiên cứu trên 65 người bệnh COPD nhập viện điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ với tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA là 84,6%[4]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thùy Linh tại Bệnh viện Phổi Thái Bình có kết quả tỷ lệ SGA-B và C là 57,4%[8]. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Nam Khánh tại Bệnh viện Phổi Trung ương (2021) với 81,13% trong đó 48,11% được chẩn đoán có tình trạng suy dinh dưỡng nặng (SGA-C), 33,02% được chẩn đoán suy dinh dưỡng mức độ nhẹ hoặc vừa[6]. Nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác đều cho thấy tỷ lệ suy dinh

dưỡng đánh giá theo PG-SGA cao hơn so với đánh giá theo BMI, trên cơ sở đó sẽ sớm phát hiện được những người bệnh có vấn đề về dinh dưỡng để có kế hoạch can thiệp kịp thời nhằm đem lại hiệu quả tốt nhất cho quá trình hồi phục sức khỏe của người bệnh. Thiếu máu ở người bệnh COPD đã và đang được chú ý nhiều hơn trong thời gian gần đây Nguyên nhân chính có liên quan đến tình trạng viêm mạn tính toàn thân, các bệnh đồng mắc... Tỷ lệ thiếu máu trong dân số chung cũng tăng theo tuổi, trong khi đó COPD thường gặp ở người lớn tuổi [14]. Trong nghiên cứu này tỷ lệ thiếu máu là 32,7%. Theo một báo cáo tổng quan, tỷ lệ thiếu máu ở người bệnh COPD dao động trong khoảng từ 7,5% đến 33%, cá biệt có nghiên cứu lên đến 43,9%[14]. Mặc dù thiếu máu không liên quan có ý nghĩa với tình trạng dinh dưỡng, nhưng việc phát hiện trên 30% người bệnh thiếu máu cho thấy cần thiết phải theo dõi thường quy tình trạng thiếu máu ở người bệnh COPD.

Đánh giá các yếu tố liên quan cho thấy chỉ có nơi sống có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với tình trạng dinh dưỡng ($p < 0,05$). Người bệnh sống ở nông thôn có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn so với người bệnh sống ở thành thị. Điều này có thể liên quan đến điều kiện kinh tế, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, nhận thức về chăm sóc dinh dưỡng, hoặc sự hạn chế trong việc tiếp cận thực phẩm chất lượng cao. Vấn đề này đặt ra yêu cầu cần tăng cường công tác quản lý bệnh mạn tính và hỗ trợ dinh dưỡng tại cộng đồng, đặc biệt tại khu vực nông thôn. Các yếu tố tuổi, giới, thời gian mắc bệnh và tình trạng thiếu máu không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng dinh dưỡng theo BMI. Mặc dù nhóm tuổi ≥ 60 có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt không đạt ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn hoặc sự phân bố không đồng đều giữa các nhóm tuổi. Tương tự, giới tính tuy cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nữ cao hơn rõ rệt, nhưng số lượng nữ trong nghiên cứu ít, dẫn đến hạn chế trong việc suy luận. Nhóm người bệnh có thời gian mắc bệnh trên 5 năm có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn, phù hợp sinh lý bệnh COPD, nhưng sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê khi so sánh với nhóm người bệnh mắc bệnh dưới 5 năm.

Mặc dù nghiên cứu mang lại một số kết quả nhất định, tuy nhiên vẫn còn tồn tại một số hạn chế như cỡ mẫu tương đối nhỏ và phân bố không đồng đều giữa các nhóm giới, tuổi có thể ảnh hưởng tới độ mạnh của các mối liên quan. Một số yếu tố quan trọng như mức độ nặng của COPD (theo GOLD), chỉ số khối nạc cơ, mức độ hoạt động thể lực chưa được phân tích. Những yếu tố này có thể là các biến số quan trọng quyết định tình trạng dinh dưỡng.

5. KẾT LUẬN

Suy dinh dưỡng và thiếu máu là hai vấn đề nổi bật trên bệnh nhân COPD. Tuy nhiên tình trạng suy dinh dưỡng khác nhau theo từng phương pháp đánh giá, cụ thể: Theo chỉ số BMI là 44,2%; Theo SGA là 70,2%, trong đó nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nhẹ và vừa là 60,6%, nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng là 9,6; Tỷ lệ người bệnh thiếu máu là 32,7%.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Agustí A et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. *Eur Respir J.* 2023, 207(7): 819 -837.
- [2] Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Hà Nội. 2023.
- [3] Wachami NAL et al. Estimating the global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2024; 24:297.
- [4] Lê Thị Hường và cộng sự. Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng và kết quả điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 2023, 61: 20-29.
- [5] Đoàn Duy Tân và cộng sự. Tỷ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. *Tạp chí Y học Cộng đồng Việt nam.* 2023, 65(3): 282-289
- [6] Đỗ Nam Khánh và cộng sự. Tình hình dinh dưỡng của người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phổi Trung Ương năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021, 508(1): 28-33.
- [7] Hoàng Thanh Hương và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. *Tạp chí y dược lâm sàng* 108, 19(4): 20-29.
- [8] Nguyễn Thị Thùy Linh. Thực trạng dinh dưỡng của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang điều trị tại bệnh viện phổi thái bình năm 2017. *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng.* 2020, 03(04): 1-9.
- [9] Lieke E.J. van Iersel et al. Nutrition as a modifiable factor in the onset and progression of pulmonary function impairment in COPD: a systematic review. *Nutrition ReviewsVR.* 2021, 80(6):1434-1444.
- [10] Peter F. Collins et al. Nutritional support in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence update. *J Thorac Dis.* 2019, 11(17): S2230-S2237.
- [11] Rosanne J.H.C.G. Beijers et al. The role of diet and nutrition in the management of COPD. *European respiratory review.* 2023, 32: 230003
- [12] Đào Ngọc Bằng, Tạ Bá Thắng, Phạm Đức Minh. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp. *Tạp chí Y Dược học quân sự.* 2024, 9: 80-90.
- [13] Nielsen AO et al. COPD and Smoking Status – It Does Matter: Characteristics and Prognosis of COPD According to Smoking Status. *Journal of the COPD Foundation.* 2024, 11(1): 1851-1864.
- [14] Sarkar M, Rajta PN, Khatana J. Anemia in Chronic obstructive pulmonary disease: Prevalence, pathogenesis, and potential impact. *Lung India.* 2015, 32(2): 142-51. doi: 10.4103/0970-2113.152626.

