

THE QUALITY OF LIFE AND SOME RELATED FACTORS OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT FRIENDSHIP HOSPITAL

Vu Van Kieu^{1*}, Nguyen Tien Dung¹, Nguyen Thi Bich Ngoc²

¹Friendship Hospital - 1 Tran Khanh Du, Hai Ba Trung ward, Hanoi, Vietnam

²Military Central Hospital 108 - 1 Tran Hung Dao, Hai Ba Trung ward, Hanoi, Vietnam

Received: 25/04/2026

Revised: 20/05/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life and some related factors of patients with chronic obstructive pulmonary disease at Friendship Hospital.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 60 patients diagnosed with stable chronic obstructive pulmonary disease who were being managed at the Respiratory and Allergy Department, Friendship Hospital, from November 2024 to April 2025.

Result: The quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients was assessed using the SGRQ-C scale: overall score, symptom score, activity score, and impact score were 51.18 ± 22.90 ; 58.83 ± 22.74 ; 56.90 ± 22.59 ; and 44.53 ± 24.49 , respectively (the maximum score was 100 points, with higher scores indicating poorer quality of life). Several factors related to quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients include: higher age leads to lower quality of life; longer duration of chronic obstructive pulmonary disease results in lower quality of life scores; the group using prophylactic inhalers correctly has a better quality of life score than the group using them incorrectly; and the number of exacerbations in the past 12 months is associated with lower quality of life.

Conclusion: Chronic obstructive pulmonary disease patients have significantly lower quality of life scores according to the SGRQ-C scale compared to patients without a history of respiratory disease. Several factors related to quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients include: age, duration of chronic obstructive pulmonary disease, use of prophylactic inhalers, and number of exacerbations in the past 12 months.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, SGRQ-C scale.

*Corresponding author

Email: zenbookofvu@gmail.com Phone: (+84) 963123280 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5452

CHẤT LƯỢNG SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA BỆNH NHÂN MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Vũ Văn Kiểu^{1*}, Nguyễn Tiến Dũng¹, Nguyễn Thị Bích Ngọc²

¹Bệnh viện Hữu Nghị - 1 Trần Khánh Dư, phường Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 - 1 Trần Hưng Đạo, phường Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 20/05/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng sống và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Hữu Nghị.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định đang được quản lý bệnh tại Phòng khám Hô hấp - Dị ứng, Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 11/2024 đến tháng 4/2025.

Kết quả: Chất lượng sống của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính qua thang điểm SGRQ-C: điểm chung, điểm triệu chứng, điểm hoạt động, điểm tác động lần lượt là $51,18 \pm 22,90$; $58,83 \pm 22,74$; $56,90 \pm 22,59$ và $44,53 \pm 24,49$ (điểm tối đa là 100 điểm, với điểm càng cao thì chất lượng sống càng kém). Một số yếu tố liên quan đến chất lượng sống ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: tuổi càng cao thì chất lượng sống càng kém đi, thời gian mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính lâu năm có điểm chất lượng sống kém hơn, nhóm sử dụng thuốc phun hít dự phòng đúng cách có điểm chất lượng sống tốt hơn nhóm sử dụng không đúng cách và số đợt cấp trong 12 tháng qua càng nhiều thì chất lượng sống càng kém.

Kết luận: Bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có điểm chất lượng sống theo SGRQ-C kém hơn rất nhiều so với bệnh nhân không có tiền sử bệnh hô hấp. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng sống ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: tuổi, thời gian mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, cách sử dụng thuốc phun hít dự phòng và số đợt cấp trong 12 tháng qua.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, thang điểm SGRQ-C.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (chronic obstructive pulmonary disease - COPD) là một bệnh phổ biến có thể dự phòng và điều trị được, bệnh đặc trưng bởi tình trạng hạn chế luồng khí tiến triển và phá hủy nhu mô không hồi phục liên quan đến việc tiếp xúc lâu dài với khói thuốc và khí ô nhiễm độc hại [1]. COPD có xu hướng đang gia tăng và là một trong những nguyên nhân gây bệnh tật và tử vong hàng đầu thế giới [2]. Ở Việt Nam ước tính khoảng 6,7% dân số mắc COPD [3], đây là một con số khá cao so với dân số trên 100 triệu dân của Việt Nam.

COPD được đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp mạn tính bao gồm khó thở khi gắng sức, ho kéo dài, khạc đờm [4]. Các triệu chứng này tác động trực tiếp đến chất lượng sống của bệnh nhân như: làm giảm khả năng gắng sức, làm giảm tương tác của bệnh nhân với xã hội, giảm khả năng tham gia các hoạt động vui chơi giải trí, từ đó làm cho bệnh nhân kém tự tin, lo âu thậm trí trầm cảm. Do đó, việc nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân mắc COPD là hết sức quan trọng. Để có thể thực hiện được điều này thì việc hiểu biết được mức độ tác động của bệnh đến

chất lượng sống của bệnh nhân và những yếu tố liên quan đến chất lượng sống là hết sức cần thiết. Từ đó, nhân viên y tế mới có thể tác động vào những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống cho bệnh nhân. Ở Việt Nam và trên thế giới đã có những nghiên cứu về chất lượng sống của bệnh nhân COPD, tuy nhiên, nghiên cứu về chất lượng sống trên bệnh nhân cao tuổi mắc COPD có nhiều bệnh đồng mắc, là đối tượng bệnh nhân đặc trưng của Bệnh viện Hữu Nghị, thì còn rất ít nghiên cứu. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để nghiên cứu đánh giá chất lượng sống và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân mắc COPD tại Bệnh viện Hữu Nghị.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định mắc COPD giai đoạn ổn định đang được quản lý bệnh tại Phòng khám Hô hấp - Dị ứng, Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 11/2024 đến tháng 4/2025.

*Tác giả liên hệ

Email: zenbookofvu@gmail.com Điện thoại: (+84) 963123280 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD7.5452

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân trên 18 tuổi, đã được chẩn đoán mắc COPD trong ít nhất 12 tháng, COPD đang ở giai đoạn ổn định được quản lý tại Phòng khám Hô hấp - Dị ứng, Bệnh viện Hữu Nghị, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và có khả năng tự hoàn thành bảng câu hỏi chất lượng sống SGRQ-C.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không thể giao tiếp, không có khả năng tự hoàn thành bảng câu hỏi SGRQ-C, gặp nhiều khó khăn khi vận động do các nguyên nhân như di chứng tai biến mạch não, Parkinson, bệnh cơ xương khớp...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức ước lượng giá trị trung bình của quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{\sigma^2}{\varepsilon^2 \mu^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết; là hệ số tin cậy (ở mức xác suất 95% thì $= 1,96$); σ là giá trị ước lượng độ lệch chuẩn của đặc tính nghiên cứu của quần thể; ε là độ chính xác tương đối; μ là giá trị trung bình của đặc tính nghiên cứu của quần thể.

Sử dụng số liệu về giá trị trung bình và độ lệch chuẩn của điểm SGRQ-C của bệnh nhân COPD được tính toán từ nghiên cứu của Trần Thị Lý và cộng sự với $\mu = 46,2$; $\sigma = 17,8$ và $\varepsilon = 0,1$ [5]. Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết tính theo công thức là 57. Cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi lấy là 60 bệnh nhân.

Chọn cỡ mẫu thuận tiện, có chủ đích đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.4. Quy trình nghiên cứu

- Bước 1: Chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.
- Bước 2: Tiến hành thăm khám lâm sàng, đánh giá cận lâm sàng và phỏng vấn đối tượng theo bệnh án nghiên cứu.
- Bước 3: Quan sát và đánh giá bệnh nhân sử dụng dụng cụ phun hít dự phòng COPD.
- Bước 4: Bệnh nhân hoàn thành bảng câu hỏi SGRQ-C (gồm 2 phần có 14 câu hỏi).

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS Statistics 26.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô tả đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n = 60)

Đặc điểm		Giá trị
Giới	Nam	91,7%
	Nữ	8,3%

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	77,27 $\pm$ 6,86
	Min-max (tuổi)	62-93
	60 $\leq$ tuổi < 70	13,3%
	70 $\leq$ tuổi < 80	46,7%
	80 $\leq$ tuổi < 90	36,7%
	Tuổi $\geq$ 90	3,3%
Bệnh đồng mắc	Tăng huyết áp	56,6%
	Tổn thương mạch máu	16,7%
	Đái tháo đường	26,7%
Phân nhóm ABE	Nhóm A	6,6%
	Nhóm B	16,7%
	Nhóm E	76,7%

Bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ. Độ tuổi phổ biến gặp trong nhóm nghiên cứu là từ 70-90 tuổi. Bệnh lý đồng mắc thường là tim mạch và chuyển hóa. Nhóm E (theo phân loại ABE) gặp nhiều hơn các nhóm khác.

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến bệnh tật (n = 60)

Yếu tố		n	%
Hút thuốc	Có và đã bỏ	56	93,3
	Không hút	4	6,7
	$\bar{X} \pm SD$ (bao/năm)	32,35 $\pm$ 14,70	
	Min-max (bao/năm)	12-60	
Thời gian mắc COPD	< 5 năm	15	25,0%
	5-10 năm	20	33,3%
	> 10 năm	25	41,7%
Số đợt cấp COPD nhập viện trong 12 tháng qua	0 đợt	14	23,3%
	1 đợt	19	31,7%
	≥ 2 đợt	27	45,0%
	$\bar{X} \pm SD$ (đợt)	1,68 $\pm$ 1,49	
	Min-max (đợt)	0-6	
Cách dùng thuốc dự phòng	Đúng cách	29	48,3%
	Chưa đúng	31	51,7%

Bệnh nhân hút thuốc chiếm 93,3%. Đa phần bệnh nhân mắc COPD ≥ 5 năm (75%). Có đến 76,7% bệnh nhân có từ 1 đợt cấp/năm trở lên. Có 51,7% bệnh nhân sử dụng thuốc dự phòng COPD chưa đúng cách.

3.2. Chất lượng sống và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân mắc COPD giai đoạn ổn định

Bảng 3. Đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân qua thang điểm SGRQ-C (n = 60)

Thành phần		Giá trị
Triệu chứng	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	58,83 $\pm$ 22,74
	Min-max (điểm)	23,50-97,30

Thành phần		Giá trị
Hoạt động	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	56,90 $\pm$ 22,59
	Min-max (điểm)	14,90-100
Tác động	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	44,53 $\pm$ 24,49
	Min-max (điểm)	7,00-94,90
Chung	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	51,18 $\pm$ 22,90
	Min-max (điểm)	13,90-96,90

Bệnh nhân COPD có điểm chất lượng sống kém hơn rất nhiều so với bệnh nhân không có tiền sử bệnh hô hấp (điểm tối đa là 100 điểm, với điểm càng cao thì chất lượng sống càng kém).

Bảng 4. Mối tương quan giữa tuổi và SGRQ-C chung (n = 60)

Yếu tố		Tuổi	SGRQ-C chung
Tuổi	Pearson Correlation	1	.613**
	Sig. (2-tailed)		.000
	n	60	60
SGRQ-C chung	Pearson Correlation	.613**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	n	60	60

Ghi chú: **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Có mối tương quan đồng biến giữa tuổi và SGRQ-C, chứng tỏ bệnh nhân COPD tuổi càng cao thì chất lượng sống càng kém đi.

Bảng 5. So sánh chất lượng sống theo cách dùng thuốc phun hít dự phòng (n = 60)

Cách dùng thuốc	Đúng cách (điểm)	Chưa đúng (điểm)	p
SGRQ-C chung	31,84 $\pm$ 10,83	69,27 $\pm$ 14,92	0,000
SGRQ-C triệu chứng	40,02 $\pm$ 13,49	76,42 $\pm$ 13,63	0,000
SGRQ-C hoạt động	38,91 $\pm$ 11,11	73,74 $\pm$ 16,79	0,000
SGRQ-C tác động	24,85 $\pm$ 13,02	62,94 $\pm$ 17,22	0,000

Có sự khác biệt về chất lượng sống trung bình giữa 2 nhóm dùng thuốc phun hít dự phòng đúng cách và dùng thuốc dự phòng chưa đúng cách.

Bảng 6. So sánh chất lượng sống theo thời gian mắc bệnh (n = 60)

Thời gian mắc	≤ 5 năm (điểm)	> 5-10 năm (điểm)	> 10 năm (điểm)	p
SGRQ-C chung	26,49 $\pm$ 7,06	42,55 $\pm$ 14,19	72,89 $\pm$ 12,93	0,000
SGRQ-C triệu chứng	29,93 $\pm$ 4,65	51,99 $\pm$ 8,76	81,63 $\pm$ 9,77	0,000
SGRQ-C hoạt động	34,53 $\pm$ 9,29	48,28 $\pm$ 14,74	77,23 $\pm$ 15,06	0,000
SGRQ-C tác động	20,55 $\pm$ 9,94	35,91 $\pm$ 18,02	65,81 $\pm$ 16,33	0,000

Có sự khác biệt về chất lượng sống trung bình giữa 3 nhóm bệnh nhân mắc COPD ≤ 5 năm, > 5-10 năm và trên 10 năm.

Bảng 7. Mối tương quan giữa số đợt cấp trong 12 tháng qua và SGRQ-C chung (n = 60)

Yếu tố		Số đợt cấp	SGRQ-C chung
Số đợt cấp	Pearson Correlation	1	.788**
	Sig. (2-tailed)		.000
	n	60	60
SGRQ-C chung	Pearson Correlation	.788**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	n	60	60

Ghi chú: **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Có mối tương quan đồng biến giữa số đợt cấp và SGRQ-C, chứng tỏ bệnh nhân COPD càng nhiều đợt cấp thì chất lượng sống càng kém.

4. BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân mắc COPD giai đoạn ổn định, trong đó 55 bệnh nhân nam và 5 bệnh nhân nữ. Bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị chủ yếu là người cao tuổi nên độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu khá cao (77,27 $\pm$ 6,86 tuổi) với tuổi thấp nhất là 62 tuổi và cao nhất là 93 tuổi. Một số bệnh đồng mắc thường gặp là tăng huyết áp (56,6%), đái tháo đường (26,7%) và tổn thương mạch máu (16,7%), trong đó có xơ vữa mạch, hẹp động mạch, đặt stent động mạch vành... Đây cũng là những mặt bệnh hay gặp ở người cao tuổi tại Bệnh viện Hữu Nghị. Phân nhóm theo ABE: nhóm E (76,7%) và nhóm B (16,7%) là 2 nhóm cần đến sự chăm sóc y tế nhiều hơn nhóm A (6,6%). Khó thở vẫn là yếu tố phơi nhiễm quan trọng gây bệnh COPD, và nghiên cứu này có đến 93,3% bệnh nhân đã từng tiếp xúc với khói thuốc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân mắc COPD trên 10 năm chiếm 41,7%, từ 5-10 năm chiếm 33,3% và có 25% bệnh nhân mắc COPD dưới 5 năm. Số bệnh nhân nhập viện từ 2 đợt cấp/năm trở lên chiếm tỷ lệ cao (45%), số bệnh nhân nhập viện với 1 đợt cấp/năm chiếm 31,7% và không có đợt cấp nào trong 12 tháng qua chiếm 23,3%. Mặc dù chúng tôi đã thực hiện chương trình quản lý hen và COPD theo quy chuẩn nhưng có đến 51,7% sử dụng dụng cụ hít xịt dự phòng COPD chưa đúng các thao tác. Điều này có thể là do các lý do sau: (1) bệnh nhân thuộc đối tượng cao tuổi có ít nhiều suy giảm về trí nhớ nên khi hướng dẫn các thao tác bệnh nhân có thể sẽ bị quên khi thực hiện ở nhà; (2) việc phối hợp giữa thao tác tay và động tác hít thuốc đặc biệt là dụng cụ pMPI ở người cao tuổi trở nên khó khăn.

Thang điểm SGRQ-C đánh giá tác động của bệnh COPD lên chất lượng sống của bệnh nhân trên 4 phương diện: triệu chứng, hoạt động, tác động và chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra bệnh nhân mắc COPD có điểm chất lượng sống kém hơn rất nhiều so với bệnh nhân không có tiền sử bệnh hô hấp, cụ thể điểm trung bình triệu chứng,

hoạt động, tác động, chung lần lượt là $58,83 \pm 22,74$; $56,90 \pm 22,59$; $44,53 \pm 24,49$ và $51,18 \pm 22,90$ so với mức điểm trung bình về triệu chứng, hoạt động, tác động, chung của những đối tượng không có tiền sử bệnh hô hấp lần lượt là 12, 9, 2 và 6. Nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cũng cho thấy sự tác động tiêu cực của COPD lên chất lượng sống của người bệnh qua thang điểm SGRQ-C. Nghiên cứu của Trần Thị Lý và cộng sự (2024) cũng chỉ ra điểm chất lượng sống của bệnh nhân COPD theo thang điểm SGRQ-C về triệu chứng, hoạt động, tác động và chung lần lượt là $50,9 \pm 19,0$; $46,8 \pm 16,8$; $44,3 \pm 22,7$; $46,2 \pm 17,8$ [5]. Nghiên cứu của chúng tôi có điểm triệu chứng, hoạt động, chung cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Lý và cộng sự là do bệnh nhân của Bệnh viện Hữu Nghị chủ yếu là người cao tuổi, trong nhóm nghiên cứu có nhiều bệnh nhân mắc bệnh lâu năm nên có thể những tác động của bệnh lên triệu chứng và hoạt động trở lên trầm trọng hơn. Nghiên cứu của Rehman A.U và cộng sự (2020) trên 240 bệnh nhân COPD tại Malaysia, một quốc gia Đông Nam Á như Việt Nam, chỉ ra điểm triệu chứng, hoạt động, tác động và chung lần lượt là $55,44 \pm 19,98$; $58,43 \pm 18,78$; $43,0 \pm 20,71$ và $49,93 \pm 18,61$ [6].

Khi tiến hành phân tích số liệu, chúng tôi nhận thấy có một số yếu tố liên quan tới chất lượng sống của bệnh nhân COPD như tuổi, thời gian mắc bệnh, cách sử dụng thuốc phun hít dự phòng có đúng cách hay không và số đợt cấp trong một năm. Chúng tôi nhận thấy tuổi càng cao thì những tác động của bệnh lên chất lượng sống càng giảm. Khi đánh giá tương quan Pearson giữa tuổi và chất lượng sống qua thang điểm SGRQ-C cho thấy mối tương quan chặt chẽ. Có sự khác biệt về chất lượng sống trung bình giữa 2 nhóm dùng thuốc phun hít dự phòng đúng cách và dùng thuốc dự phòng chưa đúng cách. Có sự khác biệt về chất lượng sống trung bình giữa 3 nhóm bệnh nhân mắc COPD ≤ 5 năm, $> 5-10$ năm và trên 10 năm. Có mối tương quan đồng biến giữa số đợt cấp và SGRQ-C. Chứng tỏ, ở bệnh nhân COPD càng nhiều đợt cấp thì chất lượng sống càng kém [7]. Bệnh nhân cao tuổi thường là những bệnh nhân mắc bệnh lâu năm, với mức FEV1 ngày càng giảm, các triệu chứng đặc biệt là khó thở sẽ ngày càng nặng nề hơn, những bệnh đồng mắc đối với người cao tuổi sẽ nhiều lên theo thời gian. Từ đó mà chất lượng sống của người cao tuổi sẽ bị ảnh hưởng nặng nề hơn. Trong thực hành lâm sàng, chúng tôi thấy có những bệnh nhân cao tuổi có những ảnh hưởng đến tâm lý do bị phụ thuộc vào người khác trong chăm sóc bản thân, hay sự chán nản khi các triệu chứng hô hấp làm ảnh hưởng đến sức khỏe hàng ngày... Ahmed M.S và cộng sự (2016) chỉ ra tuổi tác, thời gian mắc bệnh, mức độ khó thở có mối tương quan thuận với điểm chất lượng sống [8]. Theo Kharbanda S (2021), có sự gia tăng đáng kể về thành phần triệu chứng, hoạt động, tác động và tổng điểm của COPD theo tuổi [9]. Gabhale S.D và cộng sự (2024) nhận thấy bệnh nhân COPD có xu hướng giảm FEV1 và chất lượng sống xấu dần đi trong 5 năm nghiên cứu [10]. Tuy nhiên, vấn đề tuổi tác và thời gian sống lại là những yếu tố không thể can thiệp được, do đó để nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân COPD, nên can thiệp vào những yếu tố có thể can thiệp được và hạn chế tác động của những yếu tố không thể can thiệp được như: quản lý tốt COPD để hạn chế nhập viện vì đợt

cấp, sử dụng dụng cụ phun hít dự phòng đúng cách, phục hồi chức năng hô hấp...

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân COPD có điểm chất lượng sống theo SGRQ-C kém hơn rất nhiều so với bệnh nhân không có tiền sử bệnh hô hấp. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng sống ở bệnh nhân COPD gồm: tuổi, thời gian mắc COPD, cách sử dụng thuốc phun hít dự phòng và số đợt cấp trong 12 tháng qua.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Agarwal A.K, Raja A, Brown B.D. Chronic obstructive pulmonary disease. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2026 Jan.
- [2] Lozano R, Naghavi M, Foreman K et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012, 380 (9859): 2095-128. doi: 10.1016/s0140-6736(12)61728-0
- [3] Lim S, Lam D.C, Muttalif A.R et al. Impact of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the Asia-Pacific region: the EPIC Asia population-based survey. *Asia Pac Fam Med*, 2015, 14 (1): 4. doi: 10.1186/s12930-015-0020-9
- [4] Venkatesan P. GOLD COPD report: 2024 update. *Lancet Respir Med*, 2024, 12 (1): 15-16. doi: 10.1016/s2213-2600(23)00461-7
- [5] Trần Thị Lý, Đinh Thị Yến, Lê Thị Vân. Chất lượng cuộc sống của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2024, 537 (2): 97-101.
- [6] Rehman A.U, Hassali M.A.A, Harun S.N et al. Validation and clinical interpretation of the St George's respiratory questionnaire for COPD (SGRQ-C) after adaptation to Malaysian language and culture, in patients with COPD. *Health Qual Life Outcomes*, 2020, 18 (1): 138. doi: 10.1186/s12955-020-01393-1
- [7] Martinez C.H, Diaz A.A, Parulekar A.D et al. Age-related differences in health-related quality of life in COPD: an analysis of the COPDGene and SPIROMICS cohorts. *Chest*, 2016, 149 (4): 927-35. doi: 10.1016/j.chest.2015.11.025
- [8] Ahmed M.S, Neyaz A, Aslami A.N. Health-related quality of life of chronic obstructive pulmonary disease patients: Results from a community based cross-sectional study in Aligarh, Uttar Pradesh, India. *Lung India*, 2016, 33 (2): 148-53. doi: 10.4103/0970-2113.177438
- [9] Kharbanda S, Anand R. Health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A hospital-based study. *Indian J Med Res*, 2021, 153 (4): 459-464. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_1812_18
- [10] Gabhale S.D, Bagrecha M.S, Dash Met al. Assessment of long-term pulmonary function and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *J Pharm Bioallied Sci*, 2024, 16 (Suppl 3): S2737-s2739. doi: 10.4103/jpbs.jpbs_252_24.