

NUTRITIONAL STATUS AMONG PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT BAC NINH NO.2 GENERAL HOSPITAL, 2025.

Vu Khac Thuong¹, Nguyen Thi Huong Lan², Nguyen Minh Ngoc², Nguyen Thi Ngoc Chi¹, Nguyen Phuong Mai¹,
Nguyen Viet Quan¹, Tran Thi Thuan¹

¹Bac Ninh General Hospital No. 2— Nguyen Quyen Street, Vo Cuong Ward, Bac Ninh Province, Vietnam

²Institute of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University— No.1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam

Received: 04/04/2026

Revised: 26/05/2026; Accepted: 18/06/2026

ABSTRACT

Objective: To assess the nutritional status of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Bac Ninh No. 2 General Hospital in 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 141 patients diagnosed with COPD at Bac Ninh No. 2 General Hospital from May to December 2025.

Results: Among the 141 patients, nutritional status was assessed using multiple indicators. According to the Subjective Global Assessment (SGA), 19.1% of patients were classified as severely malnourished, 31.2% were at risk of mild malnutrition, and 49.6% had no nutritional risk. Based on body mass index (BMI), 31.8% were underweight, 61.7% had normal nutritional status, and 6.4% were overweight or obese. Assessment using mid-upper arm circumference (MUAC) showed that 36.2% of patients were malnourished, while 63.8% were not. The prevalence of anemia, based on hemoglobin concentration, was 25.5% (36 patients), with a statistically significant difference between males and females ($p < 0.05$). According to total lymphocyte count (TLC), 61.7% of patients (87 patients) were classified as malnourished.

Conclusion: Malnutrition is a common condition in patients with COPD. Therefore, early nutritional assessment and timely intervention can contribute to improving the treatment prognosis for patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease; COPD; nutritional status; Subjective Global Assessment (SGA); body mass index (BMI); mid-upper arm circumference (MUAC).

*Corresponding author

Email: vukhacthuongkinhba@gmail.com Phone: (+84) 869678001 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5536

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2 NĂM 2025

Vũ Khắc Thường¹, Nguyễn Thị Hương Lan², Nguyễn Minh Ngọc², Nguyễn Thị Ngọc Chí¹, Nguyễn Phương Mai¹, Nguyễn Viết Quân¹, Trần Thị Thuận¹

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 – Nguyen Quyen Street, Vo Cuong Ward, Bac Ninh Province, Vietnam

²Viện ĐT YHDP và YTCC, Trường Đại Học Y Hà Nội – No.1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam

Ngày nhận bài: 04/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 26/05/2026; Ngày duyệt đăng: 18/06/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) tại bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 năm 2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 141 bệnh nhân được chẩn đoán COPD, điều trị tại bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 năm 2025 từ tháng 5/2025 đến tháng 12/2025.

Kết quả: Trong 141 bệnh nhân, Đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho thấy: theo thang điểm SGA: 19,1% đối tượng được đánh giá suy dinh dưỡng nặng, 31,2% nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ và 49,6% không có nguy cơ. Đánh giá theo BMI: 31,8% suy dinh dưỡng, 61,7% bình thường và 6,4% thừa cân/béo phì. Đánh giá theo MUAC: 36,2% suy dinh dưỡng, 63,8% không suy dinh dưỡng. Tỷ lệ thiếu máu dựa trên nồng độ Hemoglobin là 25,5% (36 bệnh nhân) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa nam và nữ ($p < 0,05$). Theo chỉ số tổng số Lympho (TLC), 61,7% (87 bệnh nhân) được đánh giá suy dinh dưỡng.

Kết luận: Suy dinh dưỡng là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân COPD. Do vậy, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng sớm và can thiệp kịp thời có thể góp phần cải thiện tiên lượng điều trị cho bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD, tình trạng dinh dưỡng, SGA, BMI, MUAC.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là bệnh thường gặp, có thể dự phòng và điều trị được, đặc trưng bởi tắc nghẽn đường thở, tiến triển nặng dần, liên quan tới phản ứng viêm bất thường của phổi bởi các phần tử và khí độc hại (1)

Hiện nay, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) vẫn đang là một vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng, gây gánh nặng đáng kể không chỉ về sức khỏe mà còn về kinh tế và xã hội trên phạm vi toàn cầu. Theo số liệu thống kê năm 2021, COPD là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ tư trên thế giới. (2) Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc COPD trung bình và nặng đứng cao nhất trong khu vực Châu Á Thái Bình Dương chiếm 6,7% dân số. (3) Bên cạnh gánh nặng bệnh tật, COPD còn kéo theo chi phí điều trị lớn và ngày càng gia tăng. Nghiên cứu của Boers và cộng sự (2025) cho thấy tổng chi phí trực tiếp tích lũy toàn cầu cho COPD được dự báo sẽ đạt 24,35 nghìn tỷ USD vào năm 2050, trong năm 2025 ước tính khoảng 3,89 nghìn tỷ USD. (4)

Suy dinh dưỡng (SDD) là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Đoàn Duy Tân (2024) ghi nhận 23,9% bệnh nhân SDD. (10) Nghiên cứu của Trần Thị Thu Huyền (2023) ghi nhận tỷ lệ

bệnh nhân SDD chiếm 37,3%. (8) Trên thế giới, nghiên cứu của Silvestre (2022) cho tỷ lệ bệnh nhân SDD chiếm 36,7%. (13)

Bệnh nhân COPD, tình trạng viêm mạn tính, tăng tiêu hao năng lượng khi thở, giảm khẩu phần ăn và các yếu tố đồng mắc góp phần làm suy giảm tình trạng dinh dưỡng, đặc biệt là giảm khối cơ và sụt cân. Nhiều bằng chứng cho thấy suy dinh dưỡng có liên quan chặt chẽ với suy giảm chức năng hô hấp, giảm khả năng gắng sức, chất lượng cuộc sống kém, đồng thời làm tăng nguy cơ xuất hiện các đợt cấp, kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng tỷ lệ tử vong. (5) Do đó, đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh COPD là cần thiết nhằm cải thiện tiên lượng và hiệu quả điều trị, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2 năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu được tiến hành trên người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Khoa Nội hô hấp – Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2.

*Tác giả liên hệ

Email: vukhacthuongkinhbach@gmail.com Điện thoại: (+84) 869678001 DOI: 10.52163/yhc.v67i6.5536

Tiêu chuẩn lựa chọn

Đối tượng nghiên cứu từ 20 tuổi trở lên.

Được chẩn đoán xác định bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Đối tượng nghiên cứu có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có các bệnh kèm theo: ung thư; bệnh nhân suy thận mạn; bệnh nhân có bệnh về máu; bệnh nhân có can thiệp phẫu thuật trong thời gian nhập viện; bệnh nhân không cân đo được (vd: bệnh nhân bị gù vẹo cột sống, chấn thương, đi lại khó khăn....).

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 5/2025 đến tháng 12/2025 tại Khoa Nội hô hấp – Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ trong quần thể.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ p: tỷ lệ SDD của người bệnh theo nghiên cứu trước đó được đánh giá bằng công cụ SGA là 81,1%. (6)

+ $Z_{1-\alpha/2}^2$ hệ số tin cậy tính theo α . Với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

+ là mức sai lệch tương đối, chọn $= 0,08$.

Thay các giá trị vào công thức trên, nghiên cứu tính được cỡ mẫu tối thiểu là 140 bệnh nhân. Thực tế chúng tôi điều tra trên 141 bệnh nhân.

2.3 Nội dung/chỉ số nghiên cứu:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới.

Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh:

Công cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng SGA: Dựa vào các triệu chứng lâm sàng về thay đổi cân nặng, thay đổi khẩu phần ăn, các triệu chứng dạ dày ruột, thay đổi chức năng vận động, các bệnh mắc phải và ảnh hưởng của các stress chuyển hoá, các dấu hiệu lâm sàng dinh dưỡng (mất lớp mỡ dưới da, phù, cổ trướng). Mỗi tiêu chí đánh giá 3 mức độ tăng dần A,B,C. Cuối cùng sẽ tổng điểm mức độ SGA cao nhất. Bệnh nhân được đánh giá và phân chia theo 3 loại: Dinh dưỡng tốt (SGA-A), SDD mức độ nhẹ đến vừa (SGA-B) và SDD nặng (SGA-C).

BMI: Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới WHO (2000). Thiếu năng lượng trường diễn khi BMI (kg/m^2) $< 18,5$ kg/m^2 ; bình thường BMI: 18,5 – 24,9; thừa cân khi BMI: 25,0 – 29,9; béo phì khi BMI ≥ 30 .

MUAC: Chẩn đoán SDD khi MUAC < 23 cm ở nam hoặc < 22 cm ở nữ.

Các chỉ số Hemoglobin (Hb) và tổng số lympho (TLC) được thu thập từ kết quả xét nghiệm công thức máu của bệnh nhân trong hồ sơ bệnh án. Các giá trị này được lấy từ kết quả xét nghiệm gần nhất tại thời điểm bệnh nhân nhập viện.

Tổng số lượng tế bào lympho (Total Lymphocyte Count – TLC): Tình trạng dinh dưỡng tốt khi TLC $> 1800/\text{mm}^3$; SDD nhẹ khi TLC = $1500-1800/\text{mm}^3$; SDD vừa khi TLC = $900 - < 1500/\text{mm}^3$; SDD nặng khi TLC $< 900/\text{mm}^3$.

Hemoglobin: Chẩn đoán thiếu máu khi hemoglobin < 130 g/dl đối với nam và < 120 g/dl đối với nữ

Sai số và khống chế sai số:

Sai số do nhớ lại: Cần gợi ý để đối tượng nhớ lại chính xác, giải thích rõ câu hỏi, đặt câu hỏi để kiểm tra chéo thông tin và phỏng vấn thêm thông tin từ người nhà bệnh nhân.

Sai số trong quá trình nhập liệu: Làm sạch số liệu, bổ sung các số liệu bị thiếu, loại trừ các giá trị ngoại lai trước khi phân tích và kiểm tra lại số liệu sau khi nhập liệu.

2.4. Xử lý số liệu:

Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả để tính tần số, tỷ lệ %. Sử dụng kiểm định Khi bình phương và Fishers Exact Test để so sánh tỷ lệ phần trăm giữa các nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả không can thiệp vào quá trình điều trị của người bệnh. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng thẩm định đề cương Thạc sĩ, Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng, trường Đại học Y Hà Nội theo quyết định số 610/QĐ- DHYHN ngày 02/03/2026 và sự đồng ý của Ban giám đốc, lãnh đạo khoa Nội hô hấp – Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2. Người bệnh tham gia hoàn toàn tự nguyện, được bảo mật thông tin, có quyền từ chối và rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Tần số (N=141)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 60 tuổi	6	4,3
	60 – 69 tuổi	49	34,8
	70 – 79 tuổi	58	41,1
	≥ 80 tuổi	28	19,9
	Độ tuổi trung bình Min – Max	72,4 $\pm$ 8,5 45 - 93	
Giới	Nam	123	87,2
	Nữ	18	12,8

Kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, với tuổi trung bình là $72,4 \pm 8,5$ tuổi, nhỏ tuổi nhất là 45 tuổi, tuổi lớn nhất là 93 tuổi. Trong đó nhóm tuổi từ 70 – 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 41,1%, tiếp theo là nhóm 60 – 69 tuổi chiếm 34,8%.

Về phân bố giới tính, nam giới chiếm ưu thế với 87,2%, cao gấp 6,8 lần so với nữ giới 12,8%.

Bảng 2. Đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng bằng chỉ số SGA

Chỉ số SGA	Chung (N=141) n(%)	Nam (n=123) n(%)	Nữ (n=18) n(%)	p
Tình trạng dinh dưỡng tốt (SGA - A)	70 (49,6)	59 (48,0)	11 (61,1)	0,27
SDD mức độ nhẹ hoặc vừa (SGA - B)	44 (31,2)	38 (30,9)	6 (33,3)	
SDD mức độ nặng (SGA - C)	27 (19,1)	26 (21,1)	1 (5,6)	

* Fisher's exact test

Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng ở nam giới chiếm 21,1% cao hơn so với nữ giới với 5,6%. Tuy nhiên, khi so sánh tỷ lệ SDD giữa hai giới, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng theo BMI

Phân loại BMI	Chung (N=141) n(%)	Nam (n=123) n(%)	Nữ (n=18) n(%)	p
SDD nặng BMI < 16,00	13 (9,2)	10 (8,1)	3 (16,7)	0,18
SDD trung bình BMI từ 16,00 – 16,99	5 (3,5)	5 (4,1)	0 (0,0)	
SDD nhẹ BMI từ 17,00 – 18,49	27 (19,1)	25 (20,3)	2 (11,1)	
Bình thường BMI từ 18,5 – 24,99	87 (61,7)	77 (62,6)	10 (55,5)	
Thừa cân/béo phì BMI ≥ 25,00	9 (6,4)	6 (4,9)	3 (16,7)	

* Fisher's exact test

Kết quả cho thấy, tỷ lệ SDD theo chỉ số BMI là 31,8%. Trong đó, ở nam giới là 32,5%, cao hơn so với nữ giới 27,8%. Tuy nhiên, khi so sánh tỷ lệ SDD giữa hai giới, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 4. Tình trạng dinh dưỡng theo MUAC

Phân loại MUAC	Chung (N=141) n(%)	Nam (n=123) n(%)	Nữ (n=18) n(%)	p
Có SDD	51 (36,2)	45 (36,6)	6 (33,3)	0,78
Không SDD	90 (63,8)	78 (63,4)	12 (66,7)	

* Fisher's exact test

Từ bảng số liệu cho thấy, có 51 bệnh nhân (36,2%) được chẩn đoán SDD theo chỉ số MUAC. Trong đó, tỷ lệ SDD ở nam giới là 36,6% và ở nữ giới là 33,3%. Khi so sánh tỷ lệ SDD theo MUAC giữa nam và nữ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 5. Một số chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng

Chỉ số huyết học		Chung (N=141) n(%)	Nam (n=123) n(%)	Nữ (n=18) n(%)	p
Hemoglobin	Có thiếu máu	36 (25,5)	27 (22,0)	9 (50,0)	0,01
	Không thiếu máu	105 (74,5)	96 (78,0)	9 (50,0)	
TLC	Bình thường (>1800) tế bào/mm ³	54 (38,3)	43 (35,0)	11 (61,1)	0,11
	SDD nhẹ (1500-1800) tế bào/mm ³	20 (14,2)	19 (15,4)	1 (5,6)	
	SDD vừa (900 <1500) tế bào/mm ³	39 (27,7)	37 (30,1)	2 (11,1)	
	SDD nặng (<900) tế bào/mm ³	28 (19,9)	24 (19,5)	4 (22,2)	

* Fisher's exact test

Kết quả phân tích từ bảng số liệu cho thấy, có 36 bệnh nhân (25,5%) được xác định thiếu máu dựa trên nồng độ hemoglobin. Khi so sánh theo giới, tỷ lệ thiếu máu giữa nam và nữ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Ngoài ra, có 87 bệnh nhân (61,7%) được chẩn đoán SDD theo chỉ số lympho đếm. Tuy nhiên, khi so sánh tỷ lệ SDD giữa hai giới, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, với tuổi trung bình là $72,4 \pm 8,5$ tuổi; bệnh nhân trẻ nhất 45 tuổi và lớn tuổi nhất là 93 tuổi. Trong đó nhóm tuổi từ 70 - 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 41,1%, tiếp theo là nhóm 60 – 69 tuổi chiếm 34,8%. Như vậy, phần lớn bệnh nhân COPD trong nghiên cứu thuộc nhóm tuổi từ 60 – 79 tuổi, phản ánh rõ đặc điểm dịch tễ của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính – một bệnh lý mạn tính tiến triển, thường xuất hiện và biểu hiện rõ ở người cao tuổi do sự tích lũy tổn thương đường thở theo thời gian. Tương tự nghiên cứu của Đỗ Nam Khánh và cộng sự ghi nhận tuổi trung bình $67,59 \pm 9,31$ tuổi (40 – 86 tuổi). (6) Nghiên cứu của Đoàn Duy Tân và cộng sự là $67,95 \pm 8,48$ tuổi (48 - 87 tuổi). (7) Nghiên cứu của Trần Thị Thu Huyền (2023) có độ tuổi trung bình $67,2 \pm 8,5$ tuổi (47 - 87 tuổi). (8) Những kết quả này cho thấy bệnh nhân COPD chủ yếu gặp ở nhóm tuổi trung niên và cao tuổi.

Về phân bố giới tính, nam giới chiếm ưu thế với 87,2%, cao gấp 6,8 lần so với nữ giới 12,8%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Đỗ Nam Khánh và cộng sự ghi nhận nam giới chiếm 89,62% và nữ giới 10,38%. (6) Nghiên cứu của Đoàn Duy Tân và cộng sự cũng cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm 95,2% cao hơn rất nhiều so với nữ giới 4,8%. (7) Tương tự, nghiên cứu của Trần Thị Thu Huyền (2023) ghi nhận nam giới chiếm 98,6% và nữ giới chiếm 1,4%. (8) Điều này cho thấy COPD gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới, có thể liên quan đến tỷ lệ hút thuốc của nam giới cao hơn.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm SGA ở 141 đối tượng nghiên cứu có 51,2% bệnh nhân được đánh giá

là suy dinh dưỡng. Nghiên cứu của Đoàn Duy Tân (2024) có 44,1% bệnh nhân được đánh giá SDD.(7) Tương tự, nghiên cứu của Đỗ Nam Khánh (2021) có 81,13% SDD. (6)Nghiên cứu của Trần Thị Thu Huyền (2023) ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân SDD là 96,4%. (8) Sự khác biệt về phân bố tình trạng dinh dưỡng ở các nghiên cứu có thể liên quan đến mức độ nặng của bệnh COPD, tình trạng đợt cấp, bệnh đồng mắc.

Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng nặng ở nam giới chiếm 21,1% cao hơn so với nữ giới với 5,6%. Tuy nhiên, khi so sánh tỷ lệ SDD giữa hai giới, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Nghiên cứu của Đỗ Nam Khánh cũng cho tỷ lệ SDD nặng ở nam giới cao hơn nữ giới lần lượt là 49,47% và 36,36%.(6) Sự khác biệt này có thể liên quan đến việc nam giới có tỷ lệ hút thuốc lá và mức độ phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ hô hấp (như khói thuốc và bụi nghề nghiệp) cao hơn, dẫn đến mức độ tổn thương phổi nghiêm trọng hơn và làm gia tăng gánh nặng bệnh ở bệnh nhân.

Trong các số đo nhân trắc, BMI là công cụ chẩn đoán được sử dụng rộng rãi nhất để đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ SDD theo chỉ số BMI là 31,8%. Trong đó, ở nam giới là 32,5%, cao hơn so với nữ giới 27,8%. Tuy nhiên, khi so sánh tỷ lệ SDD giữa hai giới, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Điều này cho thấy tình trạng SDD theo BMI gặp ở cả hai giới với tỷ lệ tương đương trong nhóm bệnh nhân COPD. Tỷ lệ SDD trong nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Thu Huyền (2023) ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân SDD chiếm 37,3%.(8) Nghiên cứu của Đoàn Duy Tân (2024) ghi nhận 23,9% bệnh nhân SDD.(7) Nghiên cứu của Silvestre (2022) cho tỷ lệ bệnh nhân SDD chiếm 36,7%.(9) Ngược lại, nghiên cứu của Đỗ Nam Khánh (2021) ghi nhận tỷ lệ SDD 58,49%, nam giới 61,05% và nữ giới 36,36%.(6)

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chu vi vòng cánh tay (MUAC), có 51 bệnh nhân (36,2%) được chẩn đoán SDD. Trong đó, tỷ lệ SDD ở nam giới là 36,6% và ở nữ giới là 33,3%. Khi so sánh tỷ lệ SDD theo MUAC giữa nam và nữ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Đỗ Nam Khánh (2021), có 59/106 (55,66%) được chẩn đoán SDD.(6)

Kết quả nghiên cứu ghi nhận 87 bệnh nhân (61,7%) được chẩn đoán SDD theo chỉ số lympho đếm. Tuy nhiên, khi so sánh tỷ lệ SDD giữa hai giới, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả nghiên cứu của Đoàn Duy Tân (2024) cho thấy có 9,5% bệnh nhân có số lượng tế bào lympho giảm nhẹ và 2,4% bệnh nhân có giảm nặng.(7) Tuy nhiên, chỉ số TLC có thể bị ảnh hưởng bởi tình trạng viêm mạn tính, nhiễm trùng, đợt cấp COPD và việc sử dụng glucocorticoid.

Đánh giá tình trạng thiếu máu của bệnh nhân dựa vào chỉ số hemoglobin, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 25,5% được xác định thiếu máu. Khi phân tích theo giới, tỷ lệ thiếu máu giữa nam (22%) và nữ (50%) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Điều này cho thấy giới tính có thể là yếu tố liên quan đến tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân COPD. Kết quả tương đối tương đồng với một số nghiên cứu trong nước. Nghiên cứu của Đoàn Duy Tân (2024) trên 84 bệnh nhân điều trị nội trú có 23,8% (20/84) bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu.(7) Ngoài ra, nghiên cứu của

Mishra (2025) trên 234 bệnh nhân thì có 59,4% (139/234) bệnh nhân có tình trạng thiếu máu, ở nam giới có 69,8% (60/86) và nữ giới 53,4% (79/148).(10)

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy suy dinh dưỡng là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, với sự khác biệt tùy theo phương pháp đánh giá và kèm theo tình trạng thiếu máu. Do vậy, việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng sớm và can thiệp kịp thời có thể góp phần cải thiện tiên lượng điều trị cho bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: 2024 Report. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD [Internet]. 2024. Truy vấn: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
- [2] World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 2021. Truy vấn: [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] Regional Copd Working Group. COPD prevalence in 12 Asia-Pacific countries and regions: Projections based on the COPD prevalence estimation model. *Respirology*. 2003;8(2):192–8. DOI: 10.1046/j.1440-1843.2003.00460.x
- [4] Boers E, Allen A, Barrett M, Benjafield AV, Rice MB, Wedzicha JA, và c.s. Forecasting the Global Economic and Health Burden of COPD From 2025 Through 2050. *CHEST*. 2025;168(4):880–9. DOI: 10.1016/j.chest.2025.03.029
- [5] Schols AM, Ferreira IM, Franssen FM, Gosker HR, Janssens W, Muscaritoli M, và c.s. Nutritional assessment and therapy in COPD: a European Respiratory Society statement. *Eur Respir J*. 2014;44(6):1504–20. DOI: 10.1183/09031936.00070914
- [6] Đỗ Nam Khánh, Phạm Thị Mai Ngọc, Chu Hải Đăng và cộng sự. Tình hình dinh dưỡng của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Phổi trung ương năm 2021. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2021;55–8. DOI: 10.51298/vmj.v50i1.1493
- [7] Đoàn Duy Tân, Hồ Lan Phương, Phạm Nhật Tuấn và cộng sự. Tỷ lệ suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Phạm ngọc Thạch. *YHCĐ*. 2024;65(3). DOI: 10.52163/yhc.v65i3.1087
- [8] Trần Thị Thu Huyền, Phạm Thị Trang, Vũ Trung Nghĩa và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Phổi trung ương năm 2023. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*. 2023;44–50. DOI: 10.56283/1859-0381/680
- [9] Rôlo Silvestre C, Dias Domingues T, Mateus L, Cavaco M, Nunes A, Cordeiro R, và c.s. Santus P, biên tập viên. The Nutritional Status of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbators. *Canadian Respiratory Journal*. 2022;2022:1–5. DOI: 10.1155/2022/3101486
- [10] Mishra DS, Dubey DS, Khare DR, et al. Exploring the Link Between Anemia and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Hospital-Based Analysis. 2025;15(6):617–20.