Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 89-93

ASSOCIATION BETWEEN SYMPTOM CLUSTERS AND GOLD ABE CLASSIFICATION IN PATIENTS WITH STABLE COPD

Kim Phuong Vy, Nguyen Thi Thu Song, Tran Thu Nga, Truong Cong Hau, Nguyen Cong Nguyen*

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

Received: 12/06/2026
Revised: 19/08/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objective: To investigate the association between symptom clusters and the GOLD ABE classification among patients with stable COPD at the University Medical Center Ho Chi Minh City.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted on 267 patients at University Medical Center Ho Chi Minh City (October 2025 to April 2026). Clinical symptoms and GOLD ABE classifications were collected via direct questionnaire-based interviews and medical records. Associations were analyzed using univariate and multivariate logistic regression models.

Results: Univariate logistic regression analysis identified four symptoms significantly associated with the GOLD E classification, including proneness to fatigue ($p = 0.016$); shortness of breath, panting, dyspnea ($p < 0.001$); extreme reluctance to speak ($p < 0.001$); and a low, weak, and powerless voice ($p < 0.001$). Multivariable logistic regression showed that the respiratory symptom cluster (aOR = 4.25; 95% CI: 1.75-11.3; $p = 0.002$) and the sleep-related symptom cluster (aOR = 3.33; 95% CI: 1.34-8.80; $p = 0.012$) were independently associated with GOLD E classification.

Conclusion: Symptoms in patients with COPD tended to co-occur in clusters. The respiratory and sleep-related symptom clusters were independently associated with a higher likelihood of GOLD E classification, suggesting the potential role of a symptom cluster-based approach in identifying patients with a high disease burden and supporting COPD management.

Keywords: COPD, symptom cluster, GOLD ABE classification.

*Corresponding author
Email: ncnguyen@ump.edu.vn **Phone:** (+84) 969242501 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6620

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CỤM TRIỆU CHỨNG VÀ PHÂN NHÓM GOLD ABE Ở NGƯỜI BỆNH COPD GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH

Kim Phương Vy, Nguyễn Thị Thu Sông, Trần Thu Nga, Trương Công Hậu, Nguyễn Công Nguyên*

Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 12/06/2026
Ngày sửa: 19/08/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa các cụm triệu chứng bệnh với phân nhóm GOLD ABE trên người bệnh COPD giai đoạn ổn định tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang phân tích trên 267 người bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (10/2025-4/2026). Các triệu chứng bệnh, phân nhóm GOLD ABE được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp bộ câu hỏi và hồ sơ bệnh án. Mối liên quan được phân tích bằng mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến.

Kết quả: Hồi quy logistic đơn biến ghi nhận 4 triệu chứng liên quan có ý nghĩa thống kê với nhóm GOLD E, gồm dễ mệt mỏi (p = 0,016); hụt hơi/thở gấp/khó thở (p < 0,001); rất lười nói (p < 0,001); giọng nhỏ/yếu/không có sức (p < 0,001). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy cụm triệu chứng hô hấp (aOR = 4,25; KTC 95%: 1,75-11,3; p = 0,002) và cụm triệu chứng giấc ngủ (aOR = 3,33; KTC 95%: 1,34-8,80; p = 0,012) có mối liên quan độc lập với nhóm GOLD E.

Kết luận: Các triệu chứng ở người bệnh COPD có xu hướng xuất hiện theo cụm. Cụm triệu chứng hô hấp và giấc ngủ liên quan độc lập với khả năng thuộc nhóm GOLD E, gợi ý vai trò của tiếp cận theo cụm triệu chứng trong nhận diện người bệnh có gánh nặng bệnh cao và hỗ trợ quản lý COPD.

Từ khóa: COPD, cụm triệu chứng, phân nhóm GOLD ABE.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (chronic obstructive pulmonary disease - COPD) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu toàn cầu, đặc trưng bởi các triệu chứng kéo dài và không hồi phục [1]. Ngoài suy giảm chức năng hô hấp, người bệnh COPD thường xuất hiện đồng thời nhiều triệu chứng như khó thở, mệt mỏi, lo âu và rối loạn giấc ngủ làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [2]. Gần đây, khái niệm "cụm triệu chứng" (symptom cluster) được quan tâm nhiều hơn do phản ánh toàn diện gánh nặng bệnh tật [3].

Hiện nay, phân nhóm GOLD ABE sử dụng rộng rãi để phân loại triệu chứng và nguy cơ đợt cấp COPD [4]. Tuy nhiên, các nghiên cứu về mối liên quan giữa cụm triệu chứng và phân nhóm GOLD ABE ở người bệnh COPD giai đoạn ổn định còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định mối liên quan giữa cụm triệu chứng và phân nhóm GOLD ABE ở người bệnh COPD giai đoạn ổn định, góp phần đánh giá toàn diện và cá thể hóa quản lý người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang phân tích.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại Khoa Khám bệnh và Khoa Thăm dò chức năng hô hấp, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 10/2025 đến tháng 4/2026.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán xác định COPD giai đoạn ổn định, có hồ sơ bệnh án y học hiện đại, đầy đủ thông tin chức năng hô hấp theo FEV1% và phân nhóm GOLD ABE.

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu:* Người bệnh đủ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán COPD giai đoạn ổn định theo hồ sơ bệnh án, có khả năng hiểu, đồng ý tham gia và hoàn thành 100% phiếu khảo sát.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Người bệnh có đợt cấp COPD hoặc bệnh lý nội khoa nặng; phụ nữ có thai hoặc cho con bú; có vấn đề sức khỏe tâm thần/rối loạn hành vi; không hoàn thành 100% phiếu khảo sát.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo khuyến cáo của Peduzzi P và cộng sự [5], với nguyên tắc tối thiểu 10 biến cố cho mỗi biến độc lập trong mô hình hồi quy logistic đa biến: n = 10 × k/p.

Trong đó, k là số biến độc lập dự kiến đưa vào mô hình, p là tỷ lệ ước tính trước nghiên cứu của nhóm có tần suất thấp hơn trong biến phụ thuộc.

Nghiên cứu dự kiến đưa vào mô hình 10 biến độc lập. Theo nghiên cứu của Đặng Anh Tuấn và cộng sự trên người bệnh COPD ngoại trú, tỷ lệ nhóm GOLD E là 42,6% và nhóm GOLD A + B là 57,4% [6]; do đó chọn p = 0,426. Dự phòng 10% thiếu dữ liệu, cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là 259 người bệnh. Thực tế, nghiên cứu thu thập được 267 người bệnh, đáp ứng yêu cầu cỡ mẫu tối thiểu.

Người bệnh được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện liên tiếp.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Biến số nền: tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể (BMI), nghề nghiệp, tiền sử hút thuốc, mức độ tắc nghẽn đường thở theo FEV1%.

- Biến số độc lập: các cụm triệu chứng được xây dựng theo định hướng lý thuyết, dựa trên tổng quan hệ thống của Fei F và cộng sự về thành phần cụm triệu chứng ở người bệnh COPD [3]. Nghiên cứu khảo sát 4 cụm triệu chứng gồm: hô hấp, tâm thần, rối loạn giấc ngủ, rối loạn tiêu hoá-tiết niệu. Mỗi cụm gồm 6 triệu chứng (bảng 1).

*Tác giả liên hệ
Email: ncnguyen@ump.edu.vn **Điện thoại:** (+84) 969242501 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6620

Bảng 1. Các cụm triệu chứng được khảo sát trong nghiên cứu

Cụm triệu chứng hô hấp	Cụm triệu chứng tâm thần	Cụm triệu chứng rối loạn giấc ngủ	Cụm triệu chứng rối loạn tiêu hóa-tiết niệu
Dễ mệt mỏi	Chán nản, phiền muộn	Hoa mắt, chóng mặt	Tiêu chảy
Hụt hơi, thở gấp, khó thở	Lo lắng, bất an	Hay quên	Táo bón
Rất lười nói	Nhạy cảm, dễ tổn thương	Ho, khò khè về đêm	Đi tiêu không hết phân
Giọng nhỏ, yếu, không có sức	Sợ hãi, hoảng sợ	Tiểu đêm	Chướng bụng
Dễ đổ mồ hôi	Hay thở dài	Bồn chồn, khó thư giãn	Nóng đường tiểu, tiểu sậm màu
Khô miệng, khô họng	Cảm xúc không ổn định	Mất ngủ	Bất thường bộ phận sinh dục

- Biến số phụ thuộc: phân nhóm GOLD ABE: đánh giá dựa vào mức độ triệu chứng, ảnh hưởng của bệnh (mMRC, CAT) và nguy cơ đợt cấp (độ nặng và tiền sử đợt cấp/năm) theo GOLD (2025), gồm 3 nhóm: nhóm A (nguy cơ thấp, ít triệu chứng), nhóm B (nguy cơ thấp, nhiều triệu chứng), nhóm E (nguy cơ cao) [4].

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

Phân nhóm GOLD ABE thu thập thông qua hồ sơ bệnh án theo tiêu chuẩn chẩn đoán của GOLD (2025) [4].

Các biến số thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi: mỗi triệu chứng được đánh giá theo tần suất xuất hiện trong 1 tháng qua, với thang điểm từ 0-4 (0 điểm: không có triệu chứng; 1 điểm: hiếm khi; 2 điểm: thỉnh thoảng; 3 điểm: thường xuyên; 4 điểm: hầu như liên tục). Điểm của từng cụm triệu chứng bằng trung bình cộng điểm số của các triệu chứng thành phần trong cùng cụm. Điểm cụm càng cao phản ánh tần suất xuất hiện các triệu chứng trong cụm càng nhiều [7-8].

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được quản lý và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 365 và R 4.5.0. Biến định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%), biến định lượng bằng trung bình ± độ lệch chuẩn ($\bar{X}$ ± SD). Sự phân bố các triệu chứng theo phân nhóm GOLD ABE được phân tích thông qua mô hình hồi quy logistic đơn biến. Mối liên quan giữa các cụm triệu chứng và phân nhóm GOLD ABE được phân tích bằng mô hình hồi quy logistic đa biến, với nhóm GOLD A + B làm tham chiếu và tiến hành hiệu chỉnh (kiểm soát) các biến số bao gồm: 4 cụm triệu chứng, mức độ tắc nghẽn theo FEV1%, tuổi, giới tính, BMI, nghề nghiệp và tiền sử hút thuốc lá. Trong phân tích hồi quy logistic, phân nhóm GOLD ABE được mã hóa thành 2 nhóm: GOLD E và GOLD A + B. Do số lượng người bệnh thuộc nhóm GOLD A thấp, nhóm A và B gộp thành nhóm GOLD A + B nhằm bảo đảm độ ổn định của mô hình. Kết quả được trình bày dưới dạng tỷ số aOR (adjusted odds ratio), khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) và giá trị p. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.



Hình 1. Quy trình nghiên cứu

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, số 25495/ĐHYD-HĐĐĐ, ngày 28/10/2025.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Đa phần người bệnh COPD là nam giới (94,76%) và ≥ 60 tuổi (83,52%). Nhóm người bệnh có hút thuốc chiếm 85,39%; trong đó 40,45% còn hút thuốc. Nhóm có BMI bình thường (46,1%) và lao động chân tay (65,54%) chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 2. Đặc điểm cỡ mẫu nghiên cứu (n = 267)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	253	94,8
	Nữ	14	5,2
Tuổi	≥ 60 tuổi	223	83,52
	< 60 tuổi	44	16,48
	$\bar{X}$ ± SD (tuổi)	68,4 ± 9,13	
	Min-max (tuổi)	38-100	
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	175	65,5
	Lao động trí óc	49	18,4
	Nội trợ	43	16,1
BMI	Gầy	36	13,4
	Bình thường	123	46,1
	Thừa cân	63	23,6
	Béo phì độ I	40	15,0
	Béo phì độ II	5	1,9
	$\bar{X}$ ± SD (kg/m^2)	22,1 ± 3,41	
	Min-max (kg/m^2)	14,4-31,6	
Hút thuốc lá	Có	108	40,45
	Ngưng ≥ 6 tháng	120	44,94
	Không	39	14,61
Mức độ tắc nghẽn đường thở	FEV1 ≥ 80%	8	3,0
	50% ≤ FEV1 < 80%	168	62,9
	30% ≤ FEV1 < 50%	86	32,2
	FEV1 < 30%	5	1,9
Phân nhóm GOLD ABE	GOLD A	2	0,7
	GOLD B	86	32,2
	GOLD E	179	67,0

3.2. Mối liên quan giữa phân nhóm GOLD ABE và các cụm triệu chứng

Nghiên cứu khảo sát 24 triệu chứng trên 267 người bệnh cho thấy 4 triệu chứng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với phân nhóm GOLD E, gồm dễ mệt mỏi, hụt hơi/thở gấp/khó thở, rất lười nói và giọng nhỏ/yếu/không có sức. Khi điểm triệu chứng tăng thêm 1 đơn vị, OR thuộc nhóm GOLD E dễ mệt mỏi tăng 1,55 lần (OR = 1,55; KTC 95%: 1,09-2,24; p = 0,016), hụt hơi/thở gấp/khó thở tăng 1,79 lần (OR = 1,79; KTC 95%: 1,28-2,53; p < 0,001), rất lười nói tăng 2,43 lần (OR = 2,43; KTC 95%: 1,73-3,53; p < 0,001) và giọng nhỏ/yếu/không có sức tăng 1,94 lần (OR = 1,94; KTC 95%: 1,38-2,78; p < 0,001). Trong các triệu chứng trên, triệu chứng rất lười nói có mức độ liên quan cao nhất với khả năng thuộc nhóm GOLD E; các triệu chứng còn lại chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê (bảng 4).

Bảng 3. Phân bố các triệu chứng theo phân nhóm GOLD ABE

Triệu chứng	GOLD A + B*	GOLD E*	OR	KTC 95%	p**
Dễ mệt mỏi	2,67 ± 0,74	2,93 ± 0,76	1,55	1,09-2,24	0,016
Hụt hơi, thở gấp, khó thở	2,52 ± 0,88	2,90 ± 0,77	1,79	1,28-2,53	< 0,001
Rất lười nói	1,41 ± 0,64	2,02 ± 0,96	2,43	1,73-3,53	< 0,001
Giọng nhỏ, yếu, không có sức	2,22 ± 0,85	2,73 ± 0,87	1,94	1,38-2,78	< 0,001
Dễ đổ mồ hôi	2,23 ± 1,00	2,00 ± 0,90	0,77	0,50-1,17	0,2
Khô miệng, khô họng	2,26 ± 0,93	2,23 ± 0,97	0,97	0,63-1,51	0,9
Chán nản, phiền muộn	1,68 ± 0,89	1,59 ± 0,71	0,86	0,36-1,98	0,7
Lo lắng, bất an	1,72 ± 0,96	1,80 ± 0,94	1,10	0,51-2,35	0,8
Nhạy cảm, dễ tổn thương	1,75 ± 0,75	1,25 ± 0,58	0,31	0,07-1,00	0,073
Sợ hãi, hoảng sợ	1,67 ± 1,07	1,40 ± 0,74	0,71	0,27-1,69	0,4
Hay thở dài	1,54 ± 0,71	1,29 ± 0,54	0,53	0,24-1,13	0,1
Cảm xúc không ổn định	1,52 ± 0,80	1,64 ± 0,76	1,24	0,88-1,80	0,2
Hoa mắt, chóng mặt	1,58 ± 0,94	1,63 ± 0,95	1,06	0,81-1,41	0,7
Hay quên	1,31 ± 0,47	1,45 ± 0,67	1,51	0,71-3,59	0,3
Ho, khò khè về đêm	2,09 ± 0,80	2,35 ± 0,81	1,50	0,99-2,31	0,06
Tiểu đêm	2,08 ± 0,76	1,94 ± 0,93	0,84	0,49-1,41	0,5
Bồn chồn, khó thư giãn	1,52 ± 0,80	1,64 ± 0,76	1,24	0,88-1,80	0,2
Mất ngủ	2,18 ± 1,06	2,32 ± 0,94	1,16	0,80-1,70	0,5
Tiêu chảy	1,83 ± 0,72	1,62 ± 0,71	0,67	0,28-1,59	0,3
Táo bón	1,43 ± 0,79	1,23 ± 0,53	0,59	0,15-2,55	0,4
Đi tiêu không hết phân	1,74 ± 0,73	1,79 ± 0,74	1,11	0,54-2,40	0,8
Chướng bụng	1,78 ± 0,81	1,46 ± 0,64	0,53	0,25-1,13	0,1
Nóng đường tiểu, tiểu sậm màu	1,13 ± 0,35	1,11 ± 0,32	0,81	0,15-6,14	0,8
Bất thường bộ phận sinh dục	1,13 ± 0,35	1,16 ± 0,37	1,22	0,24-9,06	0,8

*Ghi chú: *$\bar{X}$ ± SD; **Hồi quy logistic đơn biến*

Sau khi hiệu chỉnh trong mô hình hồi quy logistic đa biến, kết quả nghiên cứu cho thấy cụm triệu chứng hô hấp và cụm triệu chứng giấc ngủ có mối liên quan độc lập với nhóm GOLD E. Điểm cụm hô hấp ở nhóm GOLD E (2,05 ± 0,56) cao hơn nhóm GOLD A + B (1,52 ± 0,61), với aOR = 4,25; KTC 95%: 1,75-11,3; p = 0,002. Tương tự, điểm cụm giấc ngủ ở nhóm GOLD E (1,34 ± 0,49) cao hơn nhóm GOLD A + B (1,01 ± 0,50), với aOR = 3,33; KTC 95%: 1,34-8,80; p = 0,012. Ngoài ra, tuổi cao hơn liên quan với khả năng thuộc nhóm GOLD E cao hơn (aOR = 1,09; KTC 95%: 1,03-1,17; p = 0,006) và FEV1% cao hơn liên quan với khả năng thuộc nhóm GOLD E thấp hơn (aOR = 0,84; KTC 95%: 0,79-0,88; p < 0,001). Các biến còn lại chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Mối liên quan giữa phân nhóm GOLD ABE và cụm triệu chứng (n = 267)

Biến số		GOLD A + B	GOLD E	aOR	KTC 95%	p#
Cụm hô hấp		1,52 ± 0,61*	2,05 ± 0,56*	4,25	1,75-11,3	0,002
Cụm tâm thần		0,51 ± 0,54*	0,41 ± 0,31*	0,31	0,06-1,07	0,11
Cụm giấc ngủ		1,01 ± 0,50*	1,34 ± 0,49*	3,33	1,34-8,80	0,012
Cụm tiêu hóa-tiết niệu		0,25 ± 0,39*	0,36 ± 0,41*	0,69	0,22-2,18	0,5
Tuổi		63 ± 8*	71 ± 8*	1,09	1,03-1,17	0,006
Giới tính	Nam	86 (32,2%)**	167 (62,5%)**	-	-	-
	Nữ	2 (0,7%)**	12 (4,5%)**	2,62	0,22-34,7	0,4
BMI		22,3 ± 3,2*	22,0 ± 3,5*	1,01	0,88-1,15	> 0,9
FEV1%		68,0 ± 11,0*	49,0 ± 11,0*	0,84	0,79-0,88	< 0,001
Nghề nghiệp	Lao động chân tay	55 (20,6%)**	120 (44,9%)**	-	-	-
	Lao động trí óc	25 (9,4%)**	24 (9,0%)**	0,79	0,28-2,30	0,7
	Nội trợ	8 (3,0%)**	35 (13,1%)**	2,49	0,62-12,0	0,2
Hút thuốc lá	Có	45 (16,9%)**	63 (23,6%)**	-	-	-
	Không	9 (3,4%)**	30 (11,2%)**	0,55	0,11-2,68	0,5
	Ngưng ≥ 6 tháng	34 (12,7%)**	86 (32,2%)**	0,43	0,15-1,17	0,1

*Ghi chú: *$\bar{X}$ ± SD; **Tần số (tỷ lệ %); #Theo hồi quy logistic đa biến.*

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, 4 triệu chứng gồm dễ mệt mỏi; hụt hơi/thở gấp/khó thở; rất lười nói và giọng nói nhỏ/yếu/không có sức có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng thuộc nhóm GOLD E. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Christensen V.L và cộng sự (2016), trong đó khó thở, mệt mỏi là những triệu chứng phổ biến và xu hướng tăng theo độ nặng của bệnh [8]. Theo GOLD (2025), mệt mỏi là triệu chứng phổ biến, thường liên quan đến khó thở kéo dài, giảm khả năng gắng sức, giảm oxy máu và các bệnh đồng mắc. Sự hiện diện đồng thời của các triệu chứng này phản ánh gánh nặng bệnh tật, nguy cơ đợt cấp cao và chất lượng sống [4]. Do đó, nhận diện sớm các triệu chứng này có thể giúp phát hiện người bệnh có nguy cơ đợt cấp cao và tối ưu hóa chiến lược quản lý bệnh.

Nghiên cứu sau hiệu chỉnh các yếu tố nền trong mô hình hồi quy logistic đa biến, cụm triệu chứng hô hấp vẫn là yếu tố liên quan độc lập với nhóm GOLD E. Điều này tương đồng với ghi nhận của Christensen V.L và cộng sự (2016): các

triệu chứng hô hấp thường tập trung thành cụm, tương quan thuận với mức độ tắc nghẽn và phân nhóm GOLD [3]. Đồng thời, nghiên cứu của Park S.K và cộng sự cũng ghi nhận phân loại người bệnh theo độ nặng của cụm triệu chứng có giá trị nhận diện người bệnh có tiên lượng kém hơn, tăng sử dụng dịch vụ y tế và tỷ lệ tử vong [9]. Mối liên quan này có thể được giải thích bởi việc cụm triệu chứng hô hấp phản ánh gánh nặng bệnh và mức độ ảnh hưởng của COPD lên chức năng hô hấp. Khó thở và mệt mỏi kéo dài thường đi kèm với gánh nặng triệu chứng cao và nguy cơ đợt cấp tăng, là những đặc điểm thường gặp ở nhóm GOLD E [4]. Mặc dù có thể tồn tại sự tương đồng nhất định giữa một số triệu chứng khảo sát và thành phần đánh giá triệu chứng của GOLD ABE, mối liên quan này vẫn được duy trì sau khi hiệu chỉnh các yếu tố lâm sàng liên quan. Do đó, sự hiện diện đồng thời nhiều triệu chứng hô hấp có thể góp phần nhận diện người bệnh COPD thuộc nhóm GOLD E.

Mối liên quan giữa cụm triệu chứng rối loạn giấc ngủ và phân nhóm GOLD E trong nghiên cứu này có sự tương đồng với nghiên cứu của Christensen V.L và cộng sự (2016) cũng như Phan Thanh Thủy và cộng sự (2026) rằng rối loạn giấc ngủ là tình trạng phổ biến và có xu hướng gia tăng tỷ lệ thuận với mức độ nặng của COPD [2], [10]. Mối liên quan này được giải thích qua cơ chế giảm oxy máu và sự xuất hiện các triệu chứng hô hấp về đêm làm gián đoạn giấc ngủ, gây mệt mỏi ban ngày, làm suy giảm chất lượng cuộc sống [4], [10]. Do đó, rối loạn giấc ngủ có thể phản ánh mức độ nặng ở người bệnh nhóm GOLD E [4].

Tuổi cao nguy cơ thuộc nhóm GOLD E càng cao phù hợp với nhận định quá trình suy giảm chức năng phổi trong GOLD (2025): chức năng phổi đạt đỉnh ở độ tuổi 20-25 và suy giảm dần do lão hóa; tuy nhiên, dưới tác động của các yếu tố nguy cơ, quá trình này bị đẩy nhanh khiến người bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn khi chức năng phổi tổn thương đáng kể [4].

Kết quả FEV1% càng cao thì nguy cơ thuộc nhóm GOLD E càng thấp, phù hợp với nhận định của GOLD (2025) rằng FEV1% giảm phản ánh tăng tình trạng tắc nghẽn đường thở và triệu chứng hô hấp, giảm khả năng gắng sức, tăng nguy cơ đợt cấp và tử vong [4].

Nghiên cứu này còn một số hạn chế: (1) Thiết kế cắt ngang chỉ xác định mối liên quan, chưa thể khẳng định quan hệ nhân quả giữa các cụm triệu chứng và phân nhóm GOLD ABE; (2) Nghiên cứu được thực hiện tại một bệnh viện nên tính khái quát cho quần thể COPD chưa cao; (3) Các triệu chứng thu thập qua phỏng vấn trực tiếp, có thể chịu ảnh hưởng của sai lệch nhớ lại và tính chủ quan trong tự đánh giá.

5. KẾT LUẬN

Các triệu chứng ở người bệnh COPD giai đoạn ổn định có xu hướng xuất hiện đồng thời theo các cụm. Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, cụm triệu chứng hô hấp và cụm triệu chứng rối loạn giấc ngủ là các yếu tố liên quan độc lập với nhóm GOLD E, bên cạnh tuổi và FEV1%. Kết quả cho thấy việc đánh giá người bệnh COPD theo cụm triệu chứng có thể hỗ trợ nhận diện nhóm người bệnh có gánh nặng bệnh cao hơn, từ đó góp phần định hướng theo dõi, cá thể hóa điều trị và nâng cao hiệu quả quản lý bệnh.

Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh tạo mọi điều kiện thuận lợi, hỗ trợ nhiệt tình để chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 227/2026/HĐ-ĐHYD, ngày 28 tháng 4 năm 2026.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Boers E, Barrett M et al. Global burden of chronic obstructive pulmonary disease through 2050. JAMA Network Open, 2023, 6 (12): e2346598. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.46598.

[2] Christensen V.L et al. Differences in symptom burden among patients with moderate, severe, or very severe chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Pain and Symptom Management, 2016, 51 (5): 849-859. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.12.324

[3] Fei F, Koffman J et al. Chronic obstructive pulmonary disease symptom cluster composition, associated factors, and methodologies: a systematic review. Western Journal of Nursing Research, 2022, 44 (4): 395-415. doi: 10.1177/0193945921995773.

[4] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD: 2025 Report: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2024. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/11/GOLD-2025-Report-v1.0-15Nov2024_WMV.pdf.

[5] Peduzzi P et al. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. J Clin Epidemiol, 1996, 49 (12): 1373-9. doi: 10.1016/s0895-4356(96)00236-3.

[6] Đặng Anh Tuấn, Lê Đức Cường, Phạm Thị Dung. Tỷ lệ mắc sarcopenia ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Nghệ An năm 2024. Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam, 2026, 68 (2): 85-90. doi: 10.31276/VJST.2025.3404

[7] Victor T.C et al. The Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF). Journal of the American Cancer Society, 2000, 89 (5): 1162-71. doi: 10.1002/1097-0142(20000901)89:5<1162::aid-cncr26>3.0.co;2-y.

[8] Christensen V.L, Holm A.M, Cooper B et al. Differences in symptom burden among patients with moderate, severe, or very severe chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Pain and Symptom Management, 2016, 51 (5): 849-859. doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.324

[9] Park S.K, Larson J.L. Symptom cluster, healthcare use and mortality in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. J Clin Nurs, 2014, 23 (17-18): 2658-71. doi: 10.1111/jocn.12526. Epub 2014 Jan 27.

[10] Phan Thanh Thuy, Nguyen Thi Thu, Nguyen Cong Khan. Silent nights, restless lungs: sleep quality and associated factors among COPD patients in Vietnam - a cross-sectional study. Journal of the COPD Foundation, 2026, 13 (2): 104-110. doi: 10.15326/jcopdf.2025.0664.