

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp

Evaluation of nutrition status in exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease patients

**Hoàng Thanh Hương, Nguyễn Thị Minh Trang,
Nguyễn Thị Khuyển, Phạm Thị Nhung,
Phạm Thị Phương, Phạm Thị Vân**

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân COPD đợt cấp, mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục của bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 90 bệnh nhân COPD đợt cấp điều trị tại Khoa Nội Hô hấp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 6 năm 2020, được khám lâm sàng, đánh giá BMI, xét nghiệm nồng độ albumin trong huyết thanh. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 75,04 tuổi, cân nặng trung bình là 54,61kg, BMI dưới 18,5kg/m² chiếm 31,48%, từ 18,5 - 22,9kg/m² chiếm 48,15%, từ 23 đến 24,9kg/m² chiếm 12,96%, trên 25kg/m² chiếm 7,41%. Nồng độ albumin trung bình: 32,4g/l. Bệnh nhân có dinh dưỡng kém làm tăng nguy cơ xuất hiện trên 2 đợt cấp của bệnh lên 8,7 lần so với bệnh nhân có dinh dưỡng tốt ($p < 0,05$), có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng kém và tỷ lệ bệnh nhân suy hô hấp trong đợt cấp ($p = 0,041$), không thấy mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với tỷ lệ tử vong và thời gian điều trị ($p > 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp có dinh dưỡng kém là 38,9%. Có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với tần suất đợt cấp của bệnh và tỷ lệ bệnh nhân có suy hô hấp.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp, dinh dưỡng.

Summary

Objective: To evaluate of nutritional status in exacerbation of COPD patients and the relationship between nutritional status with some clinical, paraclinical characteristics and the outcome of patients. **Subject and method:** A descriptive cross-sectional study, 90 patients with exacerbation of COPD who treated in Department of Respiratory Medicine, 108 Military Central Hospital from October 2019 to June 2020, with clinical examination, BMI evaluation, concentration test protein and albumine levels in plasma. **Result:** The mean of age was 75.04 years old, mean of weight was 54.61 kilograms, the BMI lower than 18.5kg/m² was 31.48%, BMI from 18.5 to

Ngày nhận bài: 19/5/2021, ngày chấp nhận đăng: 31/7/2021

Người phản hồi: Hoàng Thanh Hương, Email: huong171088@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

22.9kg/m² was 48.15% and BMI from 23 to 24.9kg/m² was 12.96%, while BMI higher than 25kg/m² at 7.41%. The mean of albumine concentration was 32.4g/l. Patients who have poor nutrition increased the risk of occurrence on 2 exacerbations of COPD by 8.7 times compared to patients with good nutrition ($p<0.05$), and there was a relationship between poor nutrition and the proportion of patients with respiratory failure during exacerbations ($p=0.041$). No association was found between nutritional status and mortality and duration of treatment ($p>0.05$). *Conclusion:* The percentage of patients with chronic obstructive pulmonary disease who have poor nutrition was 38.9%. There was the relationship between nutritional status and the frequency of exacerbations of the disease and the ratio of patients with respiratory failure.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, nutrition.

1. Đặt vấn đề

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic obstructive pulmonary disease-COPD) là một trong những bệnh hô hấp phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam và có xu hướng ngày càng gia tăng. Hiện nay, COPD là một trong 3 nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới và chiếm 90% số ca tử vong ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [1]. Năm 2009, tỷ lệ bệnh nhân COPD ở người trên 40 tuổi tại Việt Nam khoảng 4,2% [2]. Đợt cấp của COPD là sự tăng nặng lên của các triệu chứng hô hấp: Khó thở, ho khạc đờm nhiều, đờm nhầy mủ và có thể có sốt, thường do nhiễm khuẩn đường hô hấp [1]. Bên cạnh đó, trong đợt cấp của COPD còn có ảnh hưởng bởi tình trạng dinh dưỡng kém, có thể ảnh hưởng đến mức độ đợt cấp, chất lượng cuộc sống cũng như làm tăng nguy cơ tử vong. Các nghiên cứu cho thấy, khoảng 25 - 40% bệnh nhân COPD có cân nặng thấp hơn bình thường và khoảng 25% sút cân vừa đến nặng [3], [4]. Nguyên nhân gây suy dinh dưỡng (SDD) ở bệnh nhân COPD do tăng tiêu hao năng lượng bao gồm tăng tần số, biên độ thở, huy động các cơ hô hấp; các cytokin như TNF- α , interleukin 6, 8... làm tăng tiêu hao năng lượng; các thuốc điều trị như kháng cholinergic làm giảm tiết dịch ruột, corticoid gây rối loạn chuyển hóa, bên cạnh đó là do giảm khẩu phần ăn vì chán ăn do khó thở hay giảm độ bão hòa

oxy khi ăn [3], [4]. Hậu quả là làm giảm tính đàn hồi của phổi và chức năng hô hấp; giảm khối lượng, giảm sức cơ của cơ hô hấp; thay đổi cơ chế miễn dịch tại phổi; dễ nhiễm trùng tại phổi; thiếu đạm, sắt làm giảm nồng độ hemoglobin trong máu đây là chất có vai trò quan trọng trong vận chuyển oxy; thiếu vitamin C ảnh hưởng đến tổng hợp collagen - thành phần quan trọng của mô liên kết ở phổi [3]. Đánh giá và bổ sung dinh dưỡng có vai trò rất quan trọng đến hiệu quả điều trị đợt cấp và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân COPD. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với tần suất đợt cấp, tỷ lệ suy hô hấp, số ngày nằm điều trị và kết cục của bệnh nhân.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu 90 bệnh nhân được chẩn đoán Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp điều trị tại Khoa Nội Hô hấp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 10/2019 đến tháng 06/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định COPD theo GOLD 2020:

Bệnh nhân trên 40 tuổi.

Có tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào.

Ho, khạc đờm > 3 tháng/ 1 năm trong 2 năm liên tiếp.

Khó thở tăng dần, tăng khi gắng sức.

Đo thông khí phổi: FEV1/FVC < 0,7 và test hồi phục phế quản âm tính.

Hoặc bệnh nhân có hồ sơ cũ đã có kết luận chẩn đoán COPD từ trước (được xác định bằng kết quả đo thông khí phổi).

Tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp COPD: Theo tiêu chuẩn của Anthonisen năm 1987:

Tăng số lượng đờm.

Đờm mủ.

Tăng mức độ khó thở.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đầy đủ hồ sơ nghiên cứu.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang.

Phương pháp thu thập mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu:

Mô tả một số đặc điểm lâm sàng đợt cấp COPD.

Tuổi, giới, tiền sử hút thuốc lá (bao-năm).

Tần suất đợt cấp.

Mức độ nặng của đợt cấp.

Tỷ lệ suy hô hấp trong đợt cấp COPD.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân COPD đợt cấp:

Cân nặng và chỉ số BMI.

Đánh giá nguy cơ SDD theo thang điểm SGA (Subject Global Assessment).

Đánh giá dinh dưỡng theo nồng độ albumine huyết thanh.

Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với tần suất đợt cấp, tỷ lệ suy hô hấp, ngày điều trị nội trú, tỷ lệ tử vong.

Các bước tiến hành

Khám phát hiện các triệu chứng cơ năng, toàn thân, tính BMI.

Đánh giá nguy cơ SDD theo thang điểm SGA.

Đánh giá tình trạng phù thiếu dưỡng.

Xét nghiệm protein và albumine huyết thanh.

Phân tích kết quả.

Các tiêu chuẩn đánh giá kết quả

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh, giai đoạn COPD, chẩn đoán đợt cấp theo Chiến lược về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD) năm 2020 [1].

Đánh giá mức độ đợt cấp theo Anthonisen (1987) [5].

Đánh giá mức độ khó thở: Theo hướng dẫn của Hội đồng Nghiên cứu Y khoa Anh - thang điểm mMRC [6].

Chẩn đoán suy hô hấp khi xét nghiệm khí máu động mạch có giá trị PaO₂ dưới 60mmHg trong điều kiện thở oxy khí trời hoặc giá trị PaCO₂ trên 45mmHg [1].

Phân loại SDD theo chỉ số BMI: Theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới - WHO: Gầy, bình thường, thừa cân, béo phì [7].

Phân loại SDD theo nồng độ albumine: Theo Beck FK (2002): SDD nhẹ 28 - 35g/l, SDD vừa 21 - 27g/l, SDD nặng < 21g/l [8].

Phân loại nguy cơ SDD theo thang điểm SGA (Subject Global Assessment): SGA-A: Không có nguy cơ SDD, SGA-B: Nguy cơ SDD nhẹ - vừa, SGA-C: Nguy cơ SDD nặng [9].

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Kết quả

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới và tiền sử hút thuốc

Các đặc điểm	Số lượng (n = 90)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	75,04 ± 9,16	(57 - 93)
< 60	4	4,4
≥ 60	86	95,6
Giới tính		
Nam	83	92,2
Nữ	7	7,8
Tình trạng hút thuốc		
Có	79	87,8
Không	11	12,2
Bao - năm	26,67 ± 9,82	
≥ 20 bao - năm	74	82,2

Tuổi trung bình là 75 tuổi, cao nhất 93 tuổi, thấp nhất 57 tuổi. Đa số bệnh nhân ≥ 60 tuổi và là nam giới với tỷ lệ 95,6% và 92,2% theo lần lượt. Có 87,8% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc với trung bình 26,67 bao - năm. Trong đó, hầu hết bệnh nhân hút ≥ 20 bao - năm với 82,2%.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh sử của bệnh nhân

Các đặc điểm	Số lượng (n = 90)	Tỷ lệ %
Thời gian bị bệnh (năm)	8,52 ± 4,49 (3 - 19)	
< 10	37	41,1
≥ 10	53	58,9
Số đợt cấp trong năm	3,05 ± 1,04	
0 - 1	43	47,8
≥ 2	47	52,2
Mức độ nặng đợt cấp		
Nặng	59	65,6
Trung bình	31	34,4
Nhẹ	00	00

Thời gian bị bệnh trung bình là 8,5 năm, trong đó bệnh nhân dài nhất là 19 năm. Đa số bệnh nhân đã mắc bệnh từ 10 năm trở lên chiếm 58,9%. Số đợt cấp trung bình trong năm là 3,05 đợt, có 52,2% số bệnh nhân có từ 2 đợt cấp trở lên trong 1 năm. Hầu hết bệnh nhân vào viện với đợt cấp ở mức độ nặng chiếm 65,6%, còn lại là bệnh nhân có đợt cấp mức độ trung bình, không có bệnh nhân nào vào viện với đợt cấp mức độ nhẹ.

Bảng 3. Tỷ lệ suy hô hấp và kết quả điều trị đợt cấp BPTNMT

Đặc điểm	Suy hô hấp		Kết quả điều trị	
	Có	Không	Ra viện	Tử vong
Số lượng	47	43	84	6
Tỷ lệ %	52,2	47,8	93,3	6,7

Có 47 bệnh nhân chiếm 52,2% số bệnh nhân có suy hô hấp. Sau điều trị có 84 bệnh nhân ra viện chiếm 93,3%, còn 6 bệnh nhân tử vong, chiếm 6,7%.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân BPTNMT đợt cấp

Bảng 4. Cân nặng và phân loại dinh dưỡng theo BMI

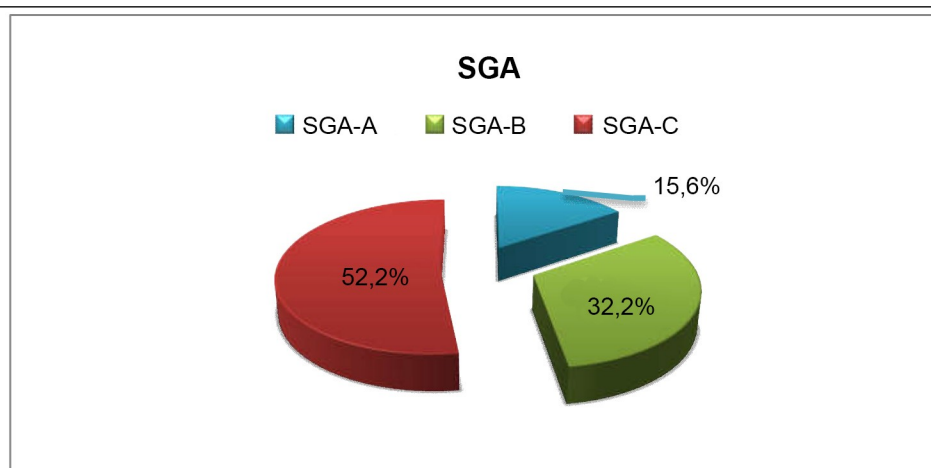
Các đặc điểm	Kết quả	
Cân nặng trung bình	54,61 ± 9,31 (25 - 80)	
BMI trung bình	20,4 ± 3,26 (11,4 - 31,5)	
Phân loại SDD theo BMI (kg/m ²)	Số lượng (n = 54)	Tỷ lệ %
< 18,5	17	31,48
18,5 - 22,9	26	48,15
23 - 24,9	7	12,96
≥ 25	4	7,41

Cân nặng trung bình của bệnh nhân vào viện là 54,61kg, bệnh nhân nặng nhất là 80kg, thấp nhất là 25kg. Chỉ số BMI trung bình là 20,4 (11,4 - 31,5kg/m²). Hầu hết bệnh nhân có chỉ số BMI bình thường, chiếm 48,15%. Có 31,48% bệnh nhân gầy, bệnh nhân thừa cân và béo phì chiếm 12,96% và 7,41% theo lần lượt.

Bảng 5. Phân loại dinh dưỡng theo albumine huyết thanh

Các đặc điểm	Kết quả	
Nồng độ albumine TB	32,47 ± 4,40 (23,7 - 41,5)	
Phân loại SDD theo albumine	Số lượng (n = 50)	Tỷ lệ %
Bình thường	15	30
28 - 35	25	50
21 - 27	10	20
< 21	00	00

Nồng độ albumin huyết thanh trung bình là 32,47g/l, cao nhất là 41,5g/l, thấp nhất là 23,7g/l. Chỉ 30% bệnh nhân có nồng độ albumin huyết thanh trung bình, 70% có suy dinh dưỡng, trong đó 50% bệnh nhân SDD nhẹ, 20% bệnh nhân SDD vừa. Không có bệnh nhân SDD nặng theo nồng độ albumin huyết thanh.



Biểu đồ 1. Phân loại nguy cơ SDD theo SGA

84,4% bệnh nhân có nguy cơ SDD, trong đó 52,2% bệnh nhân có nguy cơ SDD nặng, 32,2% bệnh nhân có nguy cơ SDD nhẹ - vừa. Chỉ 15,6% không có nguy cơ suy dinh dưỡng.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với tần suất đợt cấp, tỷ lệ suy hô hấp, số ngày điều trị và kết cục của bệnh nhân

Đặc điểm	Tần suất đợt cấp		Suy hô hấp		Ngày điều trị		Kết cục	
	0 - 1	≥ 2	có	không	≤ 14	≥ 15	Ra viện	Tử vong
Suy dinh dưỡng (%)	18,6	57,4	48,9	27,9	37,3	46,7	38,1	50
	<0,05		>0,05		>0,05		<0,05	

Bệnh nhân SDD có tần suất đợt cấp ≥ 2 đợt/năm là 57,4% cao hơn so với 18,6% số bệnh nhân này có 0 - 1 đợt cấp/năm ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân có suy hô hấp ở bệnh nhân SDD là 48,9% cao hơn so với số bệnh nhân SDD không có suy hô hấp (27,9%) $p < 0,05$. Bệnh nhân có SDD đa số có thời gian điều trị dài hơn (46,7%) và có tỷ lệ tử vong cao hơn (50%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 7. Phân tích hồi quy logistic mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với tần suất đợt cấp và tỷ lệ suy hô hấp

	B	Sig.	Exp(B)	95% CI for EXP (B)	
				Lower	Upper
Tần suất đợt cấp	1,752	0,000	5,763	2,166	15,339
Suy hô hấp	-0,859	0,077	0,423	0,163	1,096

Bệnh nhân suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ xuất hiện nhiều đợt cấp trong năm cao gấp 5,7 lần bệnh nhân không có suy dinh dưỡng.

4. Bàn luận

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng chung của nhóm nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu hiện nay tại Việt Nam cũng như trên thế giới khi thấy rằng, COPD thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi, nam giới và liên quan đến tiền sử hút thuốc [1], [2]. Với thời gian bị bệnh trung bình là 8,52 năm, chúng tôi có đến 58,9% số bệnh nhân có thời gian bị bệnh ít nhất là 10 năm. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Ngô Thị Thanh Hương và cộng sự khi thấy rằng thời gian ho khạc đờm trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả là 10,4 năm, nhóm 10 - 20 năm chiếm 55,6% [10]. Về tần suất đợt cấp trong năm, Phạm Kim Liên và cộng sự cho kết quả trung bình là 3,16 đợt [11]. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi với số đợt cấp trung bình là 3,05 đợt/năm và 52,2% số bệnh nhân có ít nhất 2 đợt cấp/năm. Tuy nhiên, khác với nghiên cứu của Phạm Kim Liên, bệnh nhân vào viện với mức độ nặng đợt cấp chỉ chiếm khoảng gần 1/3 số bệnh nhân và chủ yếu là bệnh nhân có mức độ trung bình (62,3%), thì trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng, đa số bệnh nhân vào viện với mức độ nặng của đợt cấp và không có bệnh nhân nào vào viện vì mức độ nhẹ. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau trong tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu của tác giả [11].

4.2. Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân BPTNMT đợt cấp

Đánh giá về tình trạng dinh dưỡng, cân nặng và chỉ số BMI là những thông số thường được sử dụng nhất để khảo sát đối với bệnh nhân nhập viện điều trị. Trong nghiên cứu này, cân nặng trung bình của bệnh nhân là 54,61kg, chỉ số BMI trung bình là 20,4kg/m², với gần 1/3 số bệnh nhân có suy dinh dưỡng (BMI < 18,5kg/m²).

Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Vermeeren với 27% bệnh nhân COPD có suy dinh dưỡng tính theo BMI [12]. Nghiên cứu của Vũ Thị Thanh năm 2016, tác giả gặp 26,3% suy dinh dưỡng nặng, 21,2% suy dinh dưỡng trung bình và 26,3% suy dinh dưỡng nhẹ tính BMI [13]. Điều này cho thấy, việc đánh giá dinh dưỡng ban đầu bằng BMI tuy đơn giản nhưng hết sức quan trọng trong những nhận định ban đầu về dinh dưỡng của bệnh nhân. Chúng tôi cũng đánh giá nồng độ albumin huyết thanh của bệnh nhân thì thấy rằng, nồng độ trung bình của albumin huyết thanh trong nhóm nghiên cứu là 32,47g/l, trong đó, chỉ có 30% số bệnh nhân có nồng độ albumin huyết thanh trong giới hạn bình thường, 70% số bệnh nhân còn lại có giảm albumin huyết thanh với 50% giảm nhẹ và 20% giảm albumin mức độ trung bình. Đây là một yếu tố rất quan trọng liên quan đến việc sử dụng cơ hô hấp ở bệnh nhân COPD, cũng như hiệu quả của việc sử dụng một số loại thuốc để điều trị cho bệnh nhân vận chuyển cần gắn với albumin huyết thanh. Nghiên cứu của Vũ Thị Thanh có 2,5% số bệnh nhân nồng độ albumin huyết thanh dưới 21g/l, 33,9% bệnh nhân có albumin huyết thanh từ 21 - 27g/l và 50,8% chỉ giảm albumin huyết thanh mức độ nhẹ [13]. Khi sử dụng bảng đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng theo SGA, chúng tôi có đến 84,4% số bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng, trong đó 52,2% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng. Kết quả này cao hơn gấp 2 lần so với nghiên cứu của Gupta B khi tác giả chỉ có 23,5% số bệnh nhân nguy cơ suy dinh dưỡng nặng [9]. Vũ Thị Thanh trong nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân COPD thở máy, tác giả gặp 41,5% có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng [13].

Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng đánh giá mối liên quan giữa tình trạng dinh

dưỡng với tần suất đợt cấp, tỷ lệ suy hô hấp, số ngày điều trị và kết cục của bệnh nhân thì thấy rằng, bệnh nhân suy dinh dưỡng có tần suất đợt cấp ≥ 2 đợt/năm và có suy hô hấp cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân có tần suất đợt cấp dưới 2 đợt/năm cũng như bệnh nhân không có suy hô hấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng thấy rằng, ở bệnh nhân có suy dinh dưỡng đa số có thời gian điều trị dài hơn (46,7%) và có tỷ lệ tử vong cao hơn (50%) so với bệnh nhân không có suy dinh dưỡng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Khi phân tích hồi quy logistic về mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng với tần suất đợt cấp và tỷ lệ suy hô hấp, chúng tôi thấy rằng, tình trạng suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ xuất hiện nhiều đợt cấp trong năm cao gấp 5,7 lần bệnh nhân không có suy dinh dưỡng. Kết quả của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu trên thế giới rằng suy dinh dưỡng làm tăng mức độ trầm trọng của bệnh như: Tăng tần suất đợt cấp, tỷ lệ suy hô hấp trong đợt cấp cũng như tỷ lệ tử vong so với bệnh nhân không có suy dinh dưỡng [4], [14]. Li-Dong S và cộng sự thấy rằng, tình trạng suy dinh dưỡng làm kéo dài thời gian nằm viện, kéo dài thời gian thở máy, tăng gấp đôi tỷ lệ đặt lại nội khí quản, giảm thời gian sống thêm của bệnh nhân [15]. Đây là vấn đề còn ít được đề cập trong các nghiên cứu hiện nay với Việt Nam.

5. Kết luận

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của 90 bệnh nhân COPD đợt cấp, chúng tôi thấy: Có gần 1/3 số bệnh nhân có suy dinh dưỡng phân loại theo BMI. 70% số bệnh nhân suy dinh dưỡng khi phân loại theo albumine huyết thanh. 52,2% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng theo SGA. Có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng kém với tần suất đợt cấp và tỷ lệ

suy hô hấp trong đợt cấp ($p < 0,05$). Bệnh nhân suy dinh dưỡng có xu hướng kéo dài thời gian điều trị và tăng tỷ lệ tử vong.

Tài liệu tham khảo

1. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2020 report, *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*.
2. Đinh Ngọc Sỹ và cộng sự (2010) *Dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam và các biện pháp dự phòng, điều trị*. Y học Thực hành, tr. 92-97.
3. Peter F Collins, Ian A Yang, Yuan-Chin Chang et al (2019) *Nutritional support in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): An evidence update*. J Thorac Dis 11(17): 2230-2237.
4. Runa Hallin, Ulla-Kaisa Koivisto-Hursti, Eva Lindberg, Christer Janson (2006) *Nutritional status, dietary energy intake and the risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Respiratory Medicine 100: 561-567.
5. Anthonisen et al (1987) *Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*. Ann Intern Med 106: 196-204.
6. Bestall J C, PEA, Garrod R (1999) *Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Thorax 54: 581-586.
7. WHO (2004) *Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies*. The Lancet 363: 157-163.
8. Frederick K Beck, Thomas C Rosenthal (2002) *prealbumin: A marker for nutritional evaluation*. Am Fam Physician 65(8): 1575-1579.

9. Gupta B, Kant S, Mishra R (2010) *Subjective global assessment of nutritional status of chronic obstructive pulmonary disease patients on admission*. Int J Tuberc Lung Dis 14: 500-505.
10. Ngô Thị Thu Hương (2005) *Nghiên cứu phân loại mức độ nặng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo GOLD 2003 tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai*. Tạp chí Y học lâm sàng, số 6, tr. 46-50.
11. Phạm Kim Liên, Bùi Xuân Tám, Đỗ Quyết (2013) *Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*. Nội san Lao và bệnh phổi, tháng 3/2013, tr. 39-41.
12. Vermeeren MAP, Creutzberg EC, Schols AMWJ et al (2006) *Prevalence of nutritional depletion in a large out-patient population of patients with COPD*. Respiratory Medicine 100: 1349-1355.
13. Vũ Thị Thanh (2017) *Hiệu quả chế độ dinh dưỡng giàu lipid trong điều trị bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thở máy*. Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
14. Lowie V, Bernd L, Emiel W et al (2013) *The body mass index and chronic obstructive pulmonary disease in the BOLD study*. European Respiratory Journal 42: 4652, Abstract Number: 2635.
15. Li-dongS, Chang-sheng G, Zi-yu Z (2013) *Explore the influence of BMI in the optimal time of weaning from sequential mechanical ventilation for severity chronic obstructive pulmonary disease*. BMC Emergency Medicine 13(1): 1.