

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở
NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ
TẠI HUYỆN CHÂU THÀNH, TỈNH HẬU GIANG NĂM 2021-2022

Ngô Hoàng Khởi^{1}, Lê Thành Tài¹, Phạm Thị Dương Nhi², Lâm Nhựt Anh¹*

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trung tâm Y tế huyện Bình Chánh

**Email: bsnghoangkhoi78@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, tử vong do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) đứng hàng thứ tư. Suy dinh dưỡng (SDD) chiếm tỷ lệ khá cao ở người BPTNMT và được coi là bệnh đồng mắc với BPTNMT. SDD chiếm tỷ lệ 30-60% số người bệnh điều trị nội trú, 20-40% người bệnh điều trị ngoại trú. Người BPTNMT kèm theo SDD dẫn đến giảm hiệu quả điều trị và giảm chất lượng cuộc sống, làm tăng số lần nhập viện và kéo dài thời gian nằm viện vì đợt cấp, tăng nguy cơ điều trị thất bại dẫn đến tử vong trong bệnh viện. Tỷ lệ người bệnh tử vong do thiếu cân cao hơn so với người bệnh có cân nặng bình thường và thừa cân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tình hình suy dinh dưỡng và yếu tố liên quan đến tình trạng SDD trên bệnh nhân BPTNMT tại huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 444 bệnh nhân mắc BPTNMT từ 03/2021 đến 03/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ SDD trên bệnh nhân mắc BPTNMT là 17,3%. Yếu tố liên quan đến tình trạng SDD bao gồm: Tình trạng kinh tế (nghèo, cận nghèo) (OR=2,026, KTC 95%: 1,090-3,766, p=0,026) có hút thuốc lá (OR=2,742, KTC 95%: 1,522-4,942, p=0,001), ảnh hưởng của bệnh (OR=2,555, KTC 95%: 1,032-6,325, p=0,043), số đợt cấp của bệnh (OR=2,174, KTC 95%: 1,267-3,729, p=0,005) và thời gian mắc bệnh (OR=5,702, KTC 95%: 2,656-12,242, p<0,001). **Kết luận:** Tỷ lệ SDD trên bệnh nhân mắc BPTNMT khá cao. Một số yếu tố liên quan bao gồm: Tình trạng kinh tế nghèo, có hút thuốc lá, ảnh hưởng của bệnh, số đợt cấp của bệnh. Cần chú trọng các biện pháp truyền thông giáo dục sức khỏe phù hợp, tăng cường kiến thức, nâng cao ý thức của người dân về phòng chống SDD trên bệnh nhân mắc BPTNMT.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

ABSTRACT

**RESEARCH ON THE NUTRITIONAL STATUS AND RELATED
FACTORS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
OUTPATIENT IN CHAU THANH DISTRICT, HAU GIANG PROVINCE
IN 2021-2022**

Ngo Hoang Khoi^{1}, Le Thanh Tai¹, Pham Thi Duong Nhi², Lam Nhut Anh¹*

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Binh Chanh District Health Center

Background: Globally, death from chronic obstructive pulmonary disease (COPD) ranks fourth. Malnutrition accounts for a relatively high rate in people with COPD and is considered a co-morbidity with COPD. Malnutrition accounts for 30-60% of inpatients, 20-40% of outpatients. People with COPD accompanied by malnutrition lead to reduced effectiveness of treatment and reduced quality of life, increased hospital admissions and prolonged hospital stay for exacerbations, increased risk of treatment failure leading to death in the long-term hospital. The mortality rate of underweight patients is higher than that of normal weight and overweight patients. **Objectives:** To determine the situation of malnutrition and factors related to malnutrition in COPD outpatients in Chau Thanh district, Hau Giang province in 2021-2022. **Materials and method:** A cross-sectional study design was conducted with a sample of 444 patients with COPD from March 2021 to March

2022. **Results:** The proportion of malnutrition in COPD patients is 17.3%. Factors related to malnutrition include: Economic status (poor, near-poor) (OR=2.026, 95% CI: 1.090-3.766, $p=0.026$), smoking status (OR=2.742, 95% CI : 1.522-4.942, $p=0.001$), degree of influence of COPD according to COPD assessment test (CAT) (OR=2.555, 95% CI: 1.032-6.325, $p=0.043$), number of COPD exacerbation (OR=2.174, 95% CI: 1.267-3.729, $p=0.005$) and illness time (OR=5.702, 95% CI: 2.656-12.242, $p<0.001$). **Conclusions:** The proportion of malnutrition in COPD patients is quite high. Some related factors include: Poor economic status, smoking status, disease effects, number of disease exacerbations. It is necessary to focus on appropriate health education communication measures, increase knowledge and raise people's awareness about malnutrition prevention in COPD patients.

Keywords: Malnutrition, COPD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tử vong do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) đứng hàng thứ tư, dự báo đến năm 2030, là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba chỉ sau bệnh tim thiếu máu cục bộ và đột quy [1], [2], [11]. Suy dinh dưỡng (SDD) chiếm tỷ lệ khá cao ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và được coi là bệnh đồng mắc với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Nó chiếm tỷ lệ 30-60% số người bệnh điều trị nội trú, 20-40% người bệnh điều trị ngoại trú [1], [2]. Người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính kèm theo suy dinh dưỡng dẫn đến giảm hiệu quả điều trị và giảm chất lượng cuộc sống, làm tăng số lần nhập viện và kéo dài thời gian nằm viện vì đợt cấp, tăng nguy cơ điều trị thất bại dẫn đến tử vong trong bệnh viện. Tại huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang, số trường hợp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được quản lý hiện nay là 444 người, tuy nhiên tình trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chưa được đánh giá. Với mục tiêu mô tả tỷ lệ SDD trên bệnh nhân BPTNMT và tìm ra những yếu tố liên quan (YTLQ) đến nguy cơ SDD hướng đến mục tiêu cung cấp thêm các thông tin về nguy cơ SDD trên bệnh nhân BPTNMT để cải thiện cũng như dự phòng tình trạng SDD trên bệnh nhân BPTNMT, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng và yếu tố liên quan ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang năm 2021-2022” với mục tiêu:

+ Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang năm 2021-2022.

+ Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang năm 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được quản lý tại Trung tâm y tế huyện Châu Thành, tỉnh Hậu Giang trong thời gian nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được quản lý tại có khả năng nghe hiểu, trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không đo được chiều cao, cân nặng, bệnh nhân có rối loạn tâm thần, không hợp tác trong quá trình thu thập số liệu, phụ nữ có thai hoặc người bệnh nặng đang trong đợt cấp của bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** Sử dụng công thức ước lượng 1 tỷ lệ.

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

Trong đó:

n là cỡ mẫu; $Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy. Với độ tin cậy 95%, ta có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

p: tỷ lệ suy dinh dưỡng trên bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Theo nghiên cứu của Lê Thị Mỹ Linh (2019), tỷ lệ suy dinh dưỡng là 18,1% [6]; d: sai số trung bình. Chọn $d=0,04$.

Thay vào công thức ta được: $n=356$, cộng 10% dự phòng mẫu, lấy tròn 400 người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Cỡ mẫu thực tế trong nghiên cứu là 444 bệnh nhân.

- **Sử dụng phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp, học vấn, dân tộc, kinh tế [6], [8], [9].

+ Tình hình SDD trên người bệnh mắc bệnh COPD: Tỷ lệ SDD theo BMI. Có SDD khi $BMI < 18,5$ [11].

+ Các yếu tố liên quan: Thói quen hút thuốc lá BN có hút thuốc lá khi hút ≥ 100 điếu trong suốt quãng đời đã qua và hiện tại còn hút mỗi ngày, có uống rượu bia khi: Uống 6 đơn vị rượu/bia < 3 ngày/tuần đối với nam và 4 đơn vị rượu/bia < 3 ngày/tuần đối với nữ, đặc điểm bệnh [9], [10].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc

Biến số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Biến số		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	362	81,5	Tuổi	<40	19	4,3
	Nữ	82	18,5		40-49	17	3,8
Nghề nghiệp	CBVC	3	0,7		≥ 50	408	91,9
	Công nhân	4	0,9	Trình độ học vấn	Tiểu học	243	54,7
	Nông dân	395	89,0		THCS	169	38,1
Hưu/Già	42	9,5	THPT		32	7,2	
Kinh tế	Nghèo	76	17,1	Dân tộc	Kinh	443	99,8
	Không nghèo	368	82,9		khác	1	0,2
Tổng		444	100,0	Tổng		444	100,0

Nhận xét: Phần lớn đối tượng nghiên cứu từ 50 tuổi trở lên và chủ yếu là nam giới với tỷ lệ lần lượt là 91,9% và 81,5%. 54,7% tiểu học và 38,1% THCS 89% đối tượng nghiên cứu là nông dân và 17,1% đối tượng nghiên cứu thuộc dạng nghèo và cận nghèo.

3.2. Tình trạng suy dinh dưỡng ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bảng 2. Tỷ lệ suy dinh dưỡng

	Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng	77	17,3
	Bình thường	359	80,9
	Thừa cân-béo phì	8	1,8

Nhận xét: Tỷ lệ SDD theo BMI là 17,3%, thừa cân-béo phì là 1,8%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng SDD trên bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bảng 3. Liên quan giữa tình trạng SDD trên bệnh BPTNMT và tuổi, giới

Biến số	Đơn vị	Có		Không		OR (KTC 95%)	p
		n	%	n	%		
Giới tính	Nam	68	18,8	294	81,2	1,876 0,894-3,936	0,092
	Nữ	9	11,0	73	89,0		
Nhóm tuổi	<40 tuổi	4	21,1	15	78,9	1,286 0,415-3,986	0,755
	≥40 tuổi	73	17,2	352	82,8		

Nhận xét: Chưa ghi nhận liên quan giữa tình trạng SDD và tuổi, giới tính.

Bảng 4. Liên quan giữa tình trạng SDD trên bệnh BPTNMT và trình độ học vấn và kinh tế

Trình độ học vấn	<THPT	71	17,2	341	82,8	0,902 0,358-2,273	0,827
	≥THPT	6	18,8	26	81,3		
Kinh tế	Nghèo	20	26,3	56	73,7	1,949 1,087-3,492	0,023
	Không nghèo	57	15,5	311	84,5		
Tổng		77	17,3	367	82,7		

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận liên quan giữa tỷ lệ SDD trên bệnh nhân mắc BPTNMT và kinh tế của đối tượng nghiên cứu ($p<0,05$).

Bảng 5. Liên quan giữa tình trạng SDD trên bệnh BPTNMT và thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia

Biến số	Đơn vị	Có		Không		OR (KTC 95%)	p
		n	%	n	%		
Hút thuốc lá	Đang hút	53	21,7	191	78,3	2,035 1,205-3,436	0,007
	Không hút	24	12,0	176	88,0		
Uống rượu	Có	49	18,0	223	82,0	1,130 0,679-1,881	0,638
	Không	28	16,3	144	83,7		

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận liên quan giữa tỷ lệ SDD trên bệnh nhân mắc BPTNMT và thói quen hút thuốc lá ($p=0,007$).

Bảng 6. Liên quan giữa tình trạng SDD trên bệnh BPTNMT và một số đặc điểm bệnh COPD

Biến số	Đơn vị	Có		Không		OR (KTC 95%)	p
		n	%	n	%		
Giai đoạn bệnh	A-B	67	16,8	331	83,2	1,063 0,907-1,245	0,405
	C-D	10	21,7	36	78,3		
Số năm mắc	≥5 năm	17	39,5	26	60,5	3,716 1,901-7,263	<0,001
	<5 năm	60	15,0	341	85,0		
Ảnh hưởng bệnh	Nặng- rất nặng	71	19,6	292	80,4	3,039 1,272-7,262	0,009
	Nhẹ-TB	6	7,4	75	92,6		
Số đợt cấp	>2 lần	33	25,0	99	75,0	1,145 1,028-1,276	0,006
	≤2 lần	44	14,1	268	85,9		

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận liên quan giữa tỷ lệ SDD trên bệnh nhân mắc BPTNMT và số năm mắc bệnh, ảnh hưởng bệnh theo CAT, số đợt cấp ($p<0,05$).

Bảng 7. Phân tích đa biến số một số yếu tố liên quan đến SDD

Yếu tố		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Kinh tế	Nghèo	2,035	0,007	2,026	0,026
	Không	1,205-3,436		1,090-3,766	
Hút thuốc	Có	2,035	0,007	2,742	0,001
	Không	1,205-3,436		1,522-4,942	
Số năm	≥5 năm	3,716	<0,001	5,702	<0,001
	<5 năm	1,901-7,263		2,656-12,242	
Số đợt cấp	>2 lần	2,030	0,006	2,174	0,005
	≤2 lần	1,223-3,370		1,267-3,729	
Ảnh hưởng bệnh	Nặng- rất nặng	3,039	0,009	2,555	0,043
	Nhẹ-TB	1,272-7,262		1,032-6,325	

Nhận xét: Các biến số: Kinh tế, hút thuốc lá, số năm mắc bệnh, số đợt cấp trong năm và phân loại ảnh hưởng của bệnh theo CAT đều liên quan đến tình trạng SDD của bệnh nhân mắc BPTNMT ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung

BPTNMT liên quan đến tình trạng viêm mạn tính ở phế quản phổi từ khi tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ và tiến triển âm thầm dẫn tới tắc nghẽn đường thở và rối loạn này thường xảy ra ở những người trên 40 tuổi. Tuổi càng cao thì nguy cơ mắc BPTNMT càng tăng do thời gian phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ càng dài, đồng thời chức năng hô hấp ngày càng giảm, hơn nữa số người mắc và số người bệnh tích lũy càng nhiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu từ đủ 50 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ khá cao và cao hơn các nhóm tuổi còn lại (91,9%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Lê Nhật Huy (2020) với tỷ lệ đối tượng nghiên cứu từ 50 tuổi trở lên là 81,22% [3].

Có đến 81,5% đối tượng nghiên cứu là nam giới. Chỉ 18,5% đối tượng nghiên cứu là nữ giới. Sự chênh lệch này có thể là do nam thường xuyên tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ mắc BPTNMT hơn so với nữ ví dụ như hút thuốc lá. Hút thuốc là yếu tố quan trọng nhất gây nên BPTNMT. Theo đặc thù nam giới có thói quen hút thuốc lá nhiều hơn rất nhiều so với nữ giới nên tỷ lệ mắc BPTNMT ở nam cao hơn ở nữ. Trong nghiên cứu của Lê Nhật Huy (2020) tỷ lệ mắc BPTNMT ở nam là 8,44% cao hơn khá nhiều so với nữ (1,07%), OR=8,49 (KTC 95%: 5,5-13,6) [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu ở mức khá thấp, chỉ có 7,2% đối tượng nghiên cứu có trình độ THPT trở lên. Đây là một trong những khó khăn cho công tác truyền thông giáo dục sức khỏe của ngành y tế. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Lê Nhật Huy (2020) với tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn tiểu học là 30,6%, THCS là 54,0% [3].

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu là nông dân chiếm 89,0%. Điều này hoàn toàn phù hợp với sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ học vấn. Bởi lẽ những ngành nghề là cán bộ, viên chức đòi hỏi một trình độ nhất định mà trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 7,2% đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn từ THPT trở lên. Thêm vào đó, tuổi hưu của đối tượng nghiên cứu có thể ảnh hưởng một ít đến sự phân bố này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thuộc diện nghèo, cận nghèo tương đối cao (17,1%). Một phần do tuổi hưu, không còn thu nhập và nếu không sống cùng con cháu sẽ gặp nhiều khó khăn về mặt kinh tế. Ngoài ra, địa bàn nghiên cứu của chúng tôi ở vùng nông thôn nhiều nên tỷ lệ nghèo, cận nghèo còn khá cao.

4.2. Tình hình suy dinh dưỡng trên bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Trong nghiên cứu, tỷ lệ SDD theo BMI là 17,3%, thừa cân-béo phì là 1,8%. Tỷ lệ SDD của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh (2020) với tỷ lệ người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có suy dinh dưỡng chiếm 62,2% (theo BMI), trên 50% (theo SGA), 93,4% (theo MNA) [5]. Nghiên cứu của Tạ Bá Thắng và cộng sự (2021) với tỷ lệ mức độ SDD theo BMI: Nhẹ 13,6%, vừa 12,1% và nặng 10,6%. Tỷ lệ SDD gặp nhiều nhất ở nhóm D, tiếp theo là nhóm B và nhóm C [6]. Kết quả nghiên cứu của Lê Nhật Huy (2020) cho kết quả tương tự với nhóm bệnh nhân BPTNMT chiếm tỷ lệ có chỉ số BMI <18,5 là 29,5% [3].

4.3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng trên bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Tỷ lệ SDD ở nam là 18,8%, cao hơn ở nữ (11,0) tuy nhiên nghiên cứu chưa ghi nhận liên quan giữa giới tính và tình trạng SDD ($p=0,092$). Nghiên cứu của Đỗ Nam Khánh và cộng sự (2021) cũng chưa ghi nhận liên quan này ($p=0,284$) [4].

Nghiên cứu chưa ghi nhận liên quan giữa nhóm tuổi và tình trạng SDD ($p=0,755$). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Linh (2020) tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh BPTNMT theo BMI chiếm đa số (62,2%), tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh BPTNMT ở các nhóm tuổi ≤ 65 tuổi và >65 tuổi là như nhau [5].

Nghiên cứu chưa ghi nhận liên quan giữa trình độ học vấn, nghề nghiệp và tình trạng SDD ($p>0,05$).

Khi người mắc BPTNMT đã diễn biến nặng sẽ làm cho ít nhất hai người phải nghỉ việc (người bệnh và người chăm sóc). Họ bị phụ thuộc tài chính một phần hoặc hoàn toàn vào người thân trong gia đình. Đây là một nguyên nhân góp phần vào suy dinh dưỡng đã nặng nề lại càng nặng nề thêm. Có mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng và tình trạng kinh tế của đối tượng nghiên cứu với $OR= 1,949$ (KTC 95%: 1,087-3,492) ($p=0,023$).

Nicotin trong thuốc lá, thuốc lào gây tăng chuyển hóa cơ bản, tăng năng lượng tiêu hao. Cơ chế làm tăng cường huy động mỡ dự trữ, tăng cường quá trình ly giải lipid, giảm thiểu quá trình tổng hợp lipid. Kích thích hệ thần kinh giao cảm làm tăng tổng hợp catecholamin, tăng tốc độ chuyển hóa, tăng tạo nhiệt. Có mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng và tình trạng hút thuốc lá của đối tượng nghiên cứu với $OR=2,035$ (KTC 95%: 1,205-3,436) ($p=0,007$). Nghiên cứu chưa ghi nhận liên quan giữa uống rượu và tình trạng SDD ($p=0,638$).

Khi bệnh tiến triển, các triệu chứng ho, khạc đờm tăng lên gây khó khăn cho người bệnh trong việc ăn uống. Khó thở tăng lên khi nhai nuốt. Thở miệng kéo dài dẫn đến khô miệng. Lo lắng, trầm cảm dẫn đến chán ăn. Nghiên cứu chưa ghi nhận liên quan giữa giai đoạn bệnh và tình trạng SDD ($p=0,405$). Tuy nhiên nghiên cứu của Tạ Bá Thắng và cộng sự (2021) ghi nhận tỷ lệ SDD gặp nhiều nhất ở nhóm D, tiếp theo là nhóm B và nhóm C [6]. Mặc dù vậy, khi phân tích liên quan giữa ảnh hưởng của bệnh đến tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng và ảnh hưởng

bệnh của đối tượng nghiên cứu với OR= 1,151 (KTC 95%: 1,063-1,247) (p=0,009), thời gian bệnh của đối tượng nghiên cứu với OR= 1,406 (KTC 95%: 1,101-1,797) (p<0,001).

Vào đợt cấp của bệnh, người bệnh luôn trong tình trạng thiếu oxy, đặc biệt là trong giai đoạn cấp của bệnh. Thiếu oxy làm tăng sự sản xuất cytokin, interleukin-1 và TNF- α trong đại thực bào. Ức chế TNF- α lipoprotein lipase gây chán ăn, sốt, đồng thời thúc đẩy sự hình thành các cytokin khác, làm tăng tiêu hao năng lượng, phân giải protein. Từ đó làm tình trạng suy dinh dưỡng của người bệnh mắc BPTNMT nhanh hơn. Nghiên cứu ghi nhận có mối liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng và số đợt cấp của đối tượng nghiên cứu với OR= 1,145 (KTC 95%: 1,028-1,276) (p=0,023).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ SDD trong nghiên cứu là 17,3%. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng SDD: Tình trạng kinh tế nghèo (OR=2,026, KTC 95%: 1,090-3,766, p=0,026), có hút thuốc lá (OR=2,742, KTC 95%: 1,522-4,942, p=0,001), ảnh hưởng của bệnh (OR=2,555, KTC 95%: 1,032-6,325, p=0,043), số đợt cấp của bệnh (OR=2,174, KTC 95%: 1,267-3,729, p=0,005) và thời gian mắc bệnh (OR=5,702, KTC 95%: 2,656-12,242, p<0,001).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017). Quyết định số 2866/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán điều trị Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, Hà Nội.
2. Bộ y tế (2018), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Hà Nội.
3. Lê Nhật Huy (2020), Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và đánh giá kết quả can thiệp điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại tỉnh Nghệ An, Luận văn tốt nghiệp Tiến sĩ Y học, chuyên ngành Nội Hô hấp, trường Đại học Y Hà Nội.
4. Đỗ Nam Khánh , Phạm Thị Mai Ngọc , Chu Hải Đăng , Nguyễn Thị Thu Liễu, Đỗ Mạnh Cảm , Vũ Văn Thành , Nguyễn Việt Nhung (2021), 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* 508, tháng 11, Số 1, năm 2021, tr. 55-58.
5. Nguyễn Thị Thuỳ Linh (2018), 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*, Tập 3, số 4, năm 2017, tr. 27-33.
6. Lê Thị Mỹ Linh (2021), “Tỷ lệ suy dinh dưỡng và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân lao phổi tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch”, *Tạp chí Y học Tp. HCM*, Tạp chí Y học TP.HCM, 25, Số 2, năm 2021, tr. 148-152.
7. Tạ Bá Thắng, Nguyễn Đình Luân, Đào Ngọc Bằng (2021), Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong đợt cấp, *Tạp chí Y học Việt Nam* 505, Tháng 8, Số 1, 2021, tr. 147-151.
8. Thủ Tướng Chính Phủ (2021), Nghị định số 07/2021/NĐ-CP quy định chuẩn nghèo đa chiều giai đoạn 2021 – 2025, Hà Nội.
9. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD) (2020). Global strategy for the Diagnosis, Management, and prevention of COPD.
10. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (GOLD) (2021). Global strategy for the Diagnosis, Management, and prevention of COPD.
11. IDI & WPRO. (2000). The Asia-Pacific perspective: Redefining Obesity and its treatment. Health Communications Australia Pty Limited, February 2000.
12. WHO (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation, Geneva.

(Ngày nhận bài: 18/6/2022 – Ngày duyệt đăng: 30/9/2022)