

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐỢT CẤP

Đào Ngọc Bằng^{1}, Tạ Bá Thắng¹, Phạm Đức Minh²*

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa các chỉ số BMI (body mass index), SGA (subjective global assesment), MNA (mini-nutrition assesment) và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân (BN) bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (chronic obstructive pulmonary disease - COPD) đợt cấp tại Bệnh viện Quân y 103. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 66 BN COPD đợt cấp, điều trị nội trú tại Trung tâm Nội Hô hấp, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 9/2020 - 5/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 12,2/1, độ tuổi trung bình là $68,36 \pm 8,61$. BMI ở mức khá thấp ($19,82 \pm 2,91 \text{ kg/m}^2$). Giá trị trung bình điểm SGA cao ($35,25 \pm 6,82$) và điểm MNA thấp ($17,12 \pm 2,42$). Chỉ số BMI, điểm MNA có tương quan nghịch với số lần đợt cấp nhập viện, điểm MRC (medical research council), PaCO_2 và tương quan thuận với FVC sau test, FEV_1 sau test ($p < 0,05$). Điểm SGA có mối tương quan thuận với số đợt cấp trong năm, số lần đợt cấp nhập viện, điểm MRC ($p < 0,01$) và PaCO_2 ($p < 0,05$) tương quan nghịch với nồng độ Albumin, FVC và FEV_1 sau test ($p < 0,05$). **Kết luận:** Chỉ số BMI, điểm MNA có tương quan nghịch với số lần đợt cấp nhập viện, điểm MRC, PaCO_2 và tương quan thuận với FVC sau test, FEV_1 sau test ($p < 0,05$). Điểm SGA có mối tương quan thuận với số đợt cấp trong năm, số lần đợt cấp nhập viện, điểm MRC ($p < 0,01$) và PaCO_2 ($p < 0,05$), tương quan nghịch với nồng độ Albumin, FVC và FEV_1 sau test ($p < 0,05$).

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt cấp; Suy dinh dưỡng; SAG; MNA.

¹Bộ môn - Trung tâm Nội Hô hấp, Bệnh viện Quân y 103

²Bộ môn - Khoa dinh dưỡng, Bệnh viện Quân y 103

*Tác giả liên hệ: Đào Ngọc Bằng (bsdaongocbang@gmail.com)

Ngày nhận bài: 22/8/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 01/10/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i9.990>

THE RELATIONSHIP BETWEEN NUTRITIONAL STATUS AND CLINICAL, PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE EXACERBATION

Abstract

Objectives: To determine the relationship between body mass index (BMI), subjective global assessment (SGA), mini-nutrition assessment (MNA), and some clinical and paraclinical characteristics in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation at Military Hospital 103. **Methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study was carried out on 66 patients with COPD exacerbation, treated as inpatients at the Respiratory Center of Military Hospital 103 from September 2020 to May 2021. **Results:** The male/female ratio was 12.2/1, the average age was 68.36 ± 8.61 years old. BMI was quite low (19.82 ± 2.91 kg/m²). The mean value of the SGA score was high (35.25 ± 6.82), while the MNA score was low (17.12 ± 2.42). BMI and MNA scores were negatively correlated with the number of hospitalized exacerbations, MRC score, and PaCO₂, and positively correlated with post-test FVC and FEV₁ ($p < 0.05$). SGA score had a positive correlation with the number of exacerbations in the year, number of hospitalizations, MRC score ($p < 0.01$) and PaCO₂ ($p < 0.05$), and negative correlation with Albumin, post-test FVC, and post-test FEV₁ ($p < 0.05$). **Conclusion:** BMI and MNA scores are negatively correlated with the number of hospitalized exacerbations, MRC score, and PaCO₂ and positively correlated with post-test FVC and post-test FEV₁ ($p < 0.05$). SGA score has a positive correlation with the number of exacerbations in the year, number of hospitalizations, MRC score ($p < 0.01$) and PaCO₂ ($p < 0.05$), and negative correlation with Albumin, post-test FVC, and post-test FEV₁ ($p < 0.05$).

Keywords: COPD exacerbation; Malnutrition; SAG; MNA.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là gánh nặng bệnh tật toàn cầu, là bệnh đứng thứ 3 về tỷ lệ tử vong, trong đó, > 90% BN tử vong ở các nước thu nhập thấp [1]. Vấn đề dinh dưỡng luôn được đặt ra trong điều trị toàn diện BN COPD. Suy dinh dưỡng (SDD) thường gặp ở BN COPD do nhiều yếu tố tác động, ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Tỷ lệ SDD khá cao trong nhóm BN COPD (20 - 30%) [2]. Nhiều yếu tố trong cơ chế bệnh sinh của COPD tác động lên tình trạng dinh dưỡng của BN. Khi COPD tiến triển, BN thường khó ăn uống do chán ăn, khó thở tăng lên khi ăn, khô miệng, khó nuốt hoặc khó nhai, đầy hơi... [3].

Nhiều phương pháp đánh giá dinh dưỡng được áp dụng cho BN COPD; trong đó, sử dụng các chỉ số BMI, SGA, MNA tương đối dễ thực hiện, có thể áp dụng rộng rãi, mang lại hiệu quả cao. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của BN COPD sử dụng tổng hợp các chỉ số này. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Xác định mối liên quan giữa các chỉ số BMI, SGA, MNA và một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở BN COPD đợt cấp tại Bệnh viện Quân y 103.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

66 BN được chẩn đoán xác định COPD đợt cấp, điều trị nội trú tại Trung tâm Nội Hô hấp, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 9/2020 - 5/2021.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: Chẩn đoán xác định COPD theo tiêu chuẩn của GOLD (global initiative for chronic obstructive lung disease), 2020 [1]; chẩn đoán COPD đợt cấp theo GOLD (2020) [1]; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN có bệnh đồng mắc có thể làm thay đổi tình trạng dinh dưỡng như ung thư, vừa trải qua phẫu thuật lớn, chấn thương nặng...; BN có chống chỉ định đo thông khí phổi hoặc không phù hợp thực hiện kỹ thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu.

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

* *Phương pháp chọn mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện, được đưa vào nghiên cứu nếu đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ.

* *Quy trình thực hiện nghiên cứu*:

BN được khám lâm sàng, xét nghiệm công thức máu và sinh hoá máu, khí máu động mạch ở thời điểm nhập viện.

Đo thông khí phổi khi BN đã ổn định đợt cấp. Tính chỉ số BMI theo công thức: $BMI = \text{cân nặng} / \text{chiều cao} \times \text{chiều cao}$ (kg/m^2). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng tính điểm SGA định lượng [4]. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng điểm MNA phiên bản đầy đủ, bao gồm 18 câu hỏi đánh giá tình trạng dinh dưỡng [5].

* *Xử lý số liệu*: Số liệu được lưu trữ và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

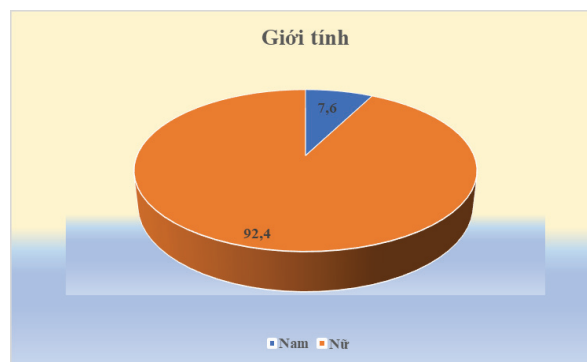
Nghiên cứu thuộc đề tài cấp cơ sở năm 2021 theo Quyết định số 55-QĐ/HVQY ngày 07/01/2021 của Học viện Quân y. BN tự nguyện tham gia nghiên cứu, thông tin BN được bảo mật, BN không phải chi trả trong quá trình nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu phục vụ điều trị cho BN. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Quân y 103 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố BN theo nhóm tuổi.

Tuổi	Nhóm tuổi					Tổng (n)	$\bar{X} \pm SD$
	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	≥ 80		
n	3	6	24	28	5	66	$68,36 \pm 8,61$
%	4,5	9,1	36,4	42,4	7,6	100	

Độ tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là $68,36 \pm 8,61$. BN cao tuổi nhất là 85, thấp nhất là 45 tuổi. Chủ yếu là BN ở độ tuổi từ 60 - 79 (78,8%). BN < 50 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,5%)



Biểu đồ 1. Phân bố BN theo giới tính.

BN nghiên cứu chủ yếu là nam giới (92,4%), BN nữ chỉ chiếm 7,6%. Tỷ lệ nam/nữ: 12,2/1.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của BN COPD.

Thông số	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	$\bar{X} \pm SD$
Đợt cấp/năm	≥ 2	36	54,5	$1,86 \pm 1,02$
	< 2	30	45,5	
Đợt cấp nhập viện	≥ 1	45	68,2	$1,09 \pm 0,94$
	< 1	21	31,8	
Điểm mMRC	≥ 2	50	75,8	$2,2 \pm 0,93$
	< 2	16	24,2	
Điểm CAT	≥ 10	50	75,8	$15,24 \pm 6$
	< 10	16	24,2	
Chỉ số BMI				$19,82 \pm 2,91$
Điểm SGA				$35,25 \pm 6,82$
Điểm MNA				$17,12 \pm 2,42$

BN nghiên cứu có trung bình $1,86 \pm 1,02$ đợt cấp/năm. Tỷ lệ BN có ≥ 2 đợt/năm cao (54,5%). Điểm mMRC trung bình là $2,2 \pm 0,93$. Điểm CAT trung bình khá cao ($15,24 \pm 6$ điểm). Đa số BN (75,8%) có CAT ≥ 10 điểm. BMI ở mức khá thấp, trung bình là $19,82 \pm 2,91$ kg/m². Giá trị trung bình điểm SGA cao ($35,25 \pm 6,82$) và điểm MNA thấp ($17,12 \pm 2,42$).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của BN COPD.

Thông số	$\bar{X} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất
Số lượng bạch cầu (G/L)	$10,88 \pm 5,13$	5,01	34,97
Albumin (g/L)	$37,83 \pm 4,85$	26,32	51,02
Prealbumin (g/L)	$0,23 \pm 0,07$	0,13	0,37
Protein (g/L)	$68,39 \pm 6,9$	43,1	83
PaO ₂ (mmHg)	$83,6 \pm 31,04$	35	198
PaCO ₂ (mmHg)	$43,32 \pm 10,9$	29	93
FVC sau test hồi phục phế quản (%SLT)	$85,01 \pm 21,86$	37	130
FEV ₁ sau test hồi phục phế quản (%SLT)	$49,32 \pm 20,55$	20	110
FEV ₁ /FVC sau test hồi phục phế quản (%SLT)	$45,38 \pm 12,04$	23	68

Giá trị trung bình của Protein, Albumin, Prealbumin đều ở trong giới hạn thấp, lần lượt là $68,39 \pm 6,9$; $37,83 \pm 4,85$ và $0,23 \pm 0,07$ g/L. PaO₂ máu động mạch trung bình giảm ($83,6 \pm 31,04$ mmHg), trong khi PaCO₂ máu động mạch trung bình

tăng ($43,32 \pm 10,9\text{mmHg}$). Giá trị trung bình của FEV_1 sau test hồi phục phế quản ở mức độ tắc nghẽn nặng ($49,32 \pm 20,5\% \text{SLT}$). Giá trị trung bình của FVC sau test hồi phục phế quản thấp ($85,01 \pm 21,86\% \text{SLT}$).

Bảng 4. Mối tương quan giữa các điểm đánh giá tình trạng dinh dưỡng với một số đặc điểm lâm sàng.

Chỉ số	Thông số đánh giá suy dinh dưỡng					
	Chỉ số BMI		Điểm SGA		Điểm MNA	
	r	p	r	p	r	p
Tuổi	0,115	$> 0,05$	0,031	$> 0,05$	-0,83	$> 0,05$
Số đợt cấp/năm	-0,302	$< 0,05$	0,241	$> 0,05$	-0,239	$> 0,05$
Số đợt cấp nhập viện	-0,405	$< 0,01$	0,389	0,001	-0,348	$< 0,01$
Điểm mMRC	-0,253	$< 0,05$	0,317	$< 0,01$	-0,308	$< 0,05$
Điểm CAT	-0,231	$> 0,05$	0,353	$< 0,01$	-0,313	$< 0,05$

Chỉ số BMI, điểm MNA có tương quan nghịch với số lần đợt cấp nhập viện, điểm MRC và điểm CAT ($p < 0,05$). Điểm SGA có mối tương quan thuận với số đợt cấp trong năm, số lần đợt cấp nhập viện, điểm MRC ($p < 0,01$).

Bảng 5. Mối tương quan giữa các điểm đánh giá tình trạng dinh dưỡng với một số đặc điểm cận lâm sàng.

Chỉ số	Thông số đánh giá suy dinh dưỡng					
	Chỉ số BMI		Điểm SGA		Điểm MNA	
	r	p	r	p	r	p
Số lượng bạch cầu	0,34	$> 0,05$	-0,18	$> 0,05$	0,25	$> 0,05$
Protein	0,13	$> 0,05$	-0,12	$> 0,05$	0,18	$> 0,05$
Albumin	0,24	$> 0,05$	-0,36	$< 0,01$	0,44	$< 0,01$
Prealbumin	0,08	$> 0,05$	-0,19	$> 0,05$	0,19	$> 0,05$
PaO_2	-0,34	$> 0,05$	0,04	$> 0,05$	0,47	$> 0,05$
PaCO_2	-0,28	$< 0,05$	0,25	$< 0,05$	-0,27	$< 0,05$
FVC sau test	0,33	$< 0,01$	-0,26	$< 0,05$	0,33	$< 0,01$
FEV_1 sau test	0,34	$< 0,01$	-0,32	$< 0,01$	0,33	$< 0,01$

Chỉ số BMI, điểm MNA có tương quan nghịch với PaCO_2 và tương quan thuận với FVC sau test, FEV_1 sau test ($p < 0,05$). Điểm SAG tương quan nghịch với nồng độ Albumin, FVC và FEV_1 sau test ($p < 0,05$) và tương quan thuận với PaCO_2 ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng BN COPD đợt cấp

* *Đặc điểm tuổi và giới tính:* So sánh với các nghiên cứu trong nước về COPD, đặc điểm tuổi và giới tính của nhóm BN nghiên cứu tương tự với kết nghiên cứu của Nguyễn Đức Long (2014) với độ tuổi trung bình là $69,6 \pm 9,46$ và nhóm BN cao tuổi chiếm 69,8%, trong đó, nam giới chiếm 93,75% [6]. Độ tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thảo (2018) là $67,58 \pm 9,61$, nam giới chiếm 90,3% [7].

Các nghiên cứu trên thế giới cho kết quả khác nhau về độ tuổi của BN COPD. Độ tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu của Gupta và CS (2010) là $56,75 \pm 10,36$ tuổi [8], trong khi Chaudhary SC và CS (2017) nghiên cứu nhóm BN có độ tuổi từ 40 - 80 [9]. Sự khác biệt này liên quan đến việc lựa chọn đối tượng BN của từng nghiên cứu. Tuy nhiên, tỷ lệ nữ giới cao hơn các nghiên cứu về COPD tại nước ngoài. Chaudhary SC và CS (2017) có kết quả nghiên cứu tỷ lệ nam/nữ là 3,2/1 [9], Gupta B và CS (2010) có kết quả tỷ lệ nam/nữ là 7,3/1 [8]. Sự khác biệt này được giải thích liên quan đến thói quen hút thuốc lá ở phụ nữ các nước Âu Mỹ cao hơn.

* *Đặc điểm lâm sàng:* Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với nhiều

nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước về số lần đợt cấp của BN COPD. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thảo (2018) cho thấy số đợt cấp trong 12 tháng trước đó là $2,29 \pm 0,73$, số đợt cấp ≥ 2 chiếm 45,8%, đợt cấp nặng phải nhập viện là $1,94 \pm 0,8$, đợt cấp nặng phải nhập viện ≥ 1 chiếm 65,3% [7]. Đặc điểm về CAT và mMRC phù hợp với đặc điểm nhóm BN nghiên cứu (nhóm BN điều trị nội trú ở tuyến chuyên khoa sâu, do đó, các triệu chứng lâm sàng của COPD rõ rệt). Kết quả tương đồng với nghiên cứu trước đây của Nguyễn Thị Thảo (2018), với mMRC 2 và mMRC 3 chiếm tới 77,7% [7].

BN nghiên cứu có chỉ số BMI và điểm MNA thấp trong khi điểm SGA cao, tương đồng với nghiên cứu của Chaudhary SC và CS (2017) ở nhóm BN COPD có mức độ tắc nghẽn nặng và rất nặng. Kết quả nghiên cứu có BMI trung bình thấp hơn các nghiên cứu của nước ngoài nhưng cao hơn các nghiên cứu trong nước. Nghiên cứu của Gupta B và CS (2010) có kết quả BMI: Nam giới là $20,22 \pm 2,57 \text{ kg/m}^2$, nữ là $19,38 \pm 3,11 \text{ kg/m}^2$ [9]. Trong khi đó, kết quả nghiên cứu tại Việt Nam thường cho thấy chỉ số BMI thấp hơn. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Long (2014) có BMI trung bình là $17,8 \pm 2,65$ [6]. Kết quả nghiên cứu cho thấy những BN COPD phải nhập viện điều trị thường là những

BN có nguy cơ cao, tiền sử có nhiều đợt cấp, đợt cấp nặng, với nhiều triệu chứng lâm sàng và tình trạng dinh dưỡng kém. BMI của các BN COPD ở Việt Nam thường thấp hơn các nghiên cứu của nước ngoài, đặc biệt là các nước phát triển. Điều này có thể giải thích do mối liên quan đến chủng tộc, chế độ ăn thường đầy đủ chất dinh dưỡng hơn. Vì vậy, việc quản lý và điều trị kiểm soát COPD cần được tăng cường, đặc biệt, khi BN ra viện điều trị ngoại trú kết hợp tư vấn, can thiệp dinh dưỡng cho BN.

* *Đặc điểm cận lâm sàng:* Kết quả nghiên cứu gần tương tự với nghiên cứu của Gupta và CS (2018) với FEV₁ trung bình là $45,36 \pm 6,36$ %SLT ở nam và $42,33 \pm 0,57$ %SLT ở nữ [8]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thảo (2018) cũng cho thấy %FEV₁ gần tương đương ($42,84 \pm 17,17$) [7]. Kết quả nghiên cứu về mức độ tắc nghẽn đường thở của BN COPD nhập viện cho thấy, các BN thường ở giai đoạn tắc nghẽn đường thở nặng. Do đó, các BN COPD nhập viện điều trị nội trú tại các tuyến chuyên khoa cần được quản lý chặt chẽ, phát hiện sớm để có biện pháp quản lý điều trị.

Kết quả nghiên cứu về khí máu động mạch cũng tương tự với xu hướng thay đổi các thành phần khí máu, với PaO₂ giảm và PaCO₂ tăng. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đức Long và CS (2014) cho thấy giá trị trung bình của

PaO₂ là $83,6 \pm 41,1$ mmHg, PaCO₂ $54,2 \pm 21,89$ mmHg [6]. Theo nghiên cứu của Gupta B và CS (2010), giá trị trung bình của PaO₂ ở nam: $57,99 \pm 14,59$ mmHg và ở nữ: $49,03 \pm 13,96$ mmHg, PaCO₂ ở nam: $64,07 \pm 7,28$ mmHg và ở nữ $70,03 \pm 11,93$ mmHg [8].

Kết quả của nghiên cứu cho thấy nồng độ Albumin thấp hơn so với các nghiên cứu của nước ngoài: Nghiên cứu của Gupta B và CS (2010) cho thấy Albumin của nam là $4,09 \pm 0,40$ g/dL, nữ là $4,4 \pm 0,43$ g/dL [8]. Nhưng nồng độ albumin trong nghiên cứu lại cao hơn các nghiên cứu trong nước: Nghiên cứu của Nguyễn Đức Long (2014) cho thấy nồng độ Albumin là $33,5 \pm 5,05$ g/L, trong đó, 41,7% BN có Albumin trong giới hạn bình thường, 58,3% BN có Albumin thấp [6]. Kết quả Prealbumin tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đức Long và CS (2014), với nồng độ prealbumin là $23,6 \pm 8,57$ mg/dL [48].

Phân tích các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy, nồng độ Albumin, Prealbumin của BN COPD nghiên cứu tại Việt Nam thấp hơn. Đặc điểm này cho thấy tình trạng dinh dưỡng của BN ở các nước phát triển tốt hơn, liên quan đến điều kiện kinh tế, chăm sóc y tế và nhận thức của người bệnh. Giảm nồng độ Albumin, Prealbumin ảnh hưởng nhiều đến quá trình điều trị đợt cấp, khi BN cần dùng

nhiều loại thuốc điều trị. Đồng thời, nó cũng ảnh hưởng đến tiên lượng và khả năng áp dụng các biện pháp điều trị kết hợp cho BN.

2. Mối liên quan giữa các điểm đánh giá tình trạng dinh dưỡng với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở BN COPD đợt cấp

Kết quả nghiên cứu cho thấy các BN COPD có mức độ tắc nghẽn càng nặng, nhiều nguy cơ (tăng số đợt cấp phải nhập viện), nhiều triệu chứng (điểm MRC cao, điểm CAT cao), PaCO₂ cao (bệnh ở giai đoạn muộn, đã có tình trạng rối loạn trao đổi khí) thì khả năng bị SDD càng cao. Điều này phù hợp với cơ chế gây SDD của BN COPD. Từ đó, các bác sĩ lâm sàng cần có các biện pháp nâng cao tình trạng dinh dưỡng cho BN bằng các biện pháp giáo dục, nâng cao hiểu biết của BN COPD hơn, không chỉ trong điều trị mà còn trong dinh dưỡng.

Kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu về dinh dưỡng đã được thực hiện trước đây. Trong nghiên cứu của Yuceedge MB và CS (2013), tình trạng SDD được đánh giá bằng BMI có mối tương quan với mức độ nặng của COPD, SDD được đánh giá bằng SGA có tương quan với FEV₁, FVC, PEF, số lần nhập viện [10]. Nghiên cứu của Chaudhary SC và CS (2017) cho kết quả có sự giảm điểm MNA và BMI đáng kể khi giai đoạn của COPD tăng lên ($p < 0,001$) [9].

Kết quả nghiên cứu cho thấy cần đặc biệt chú ý dinh dưỡng cho các BN COPD nhập viện điều trị, đặc biệt nhóm BN có rối loạn thông khí tắc nghẽn nặng. Các BN có nhiều đợt cấp, phải nhập viện nhiều lần, có nguy cơ SDD cao, liên quan đến nhiều cơ chế bệnh sinh. Vì vậy, việc tư vấn và can thiệp dinh dưỡng cho các BN này rất quan trọng, góp phần điều trị và quản lý hiệu quả BN COPD.

KẾT LUẬN

Chỉ số BMI, điểm MNA có tương quan nghịch với số lần đợt cấp nhập viện, điểm MRC, PaCO₂ và tương quan thuận với FVC sau test, FEV₁ sau test ($p < 0,05$). Điểm SGA có mối tương quan thuận với số đợt cấp trong năm, số lần đợt cấp nhập viện, điểm MRC ($p < 0,01$) và PaCO₂ ($p < 0,05$), tương quan nghịch với nồng độ Albumin, FVC và FEV₁ sau test ($p < 0,05$).

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn Đảng uỷ Ban Giám đốc Học viện Quân y đã cho phép chúng tôi thực hiện đề tài tại Bệnh viện Quân y 103.

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 2020 report. 2020.

2. Raad S, Smith C, Allen K. Nutrition status and chronic obstructive pulmonary disease: Can we move beyond the body mass index? *Nutrition in clinical practice*. 2019; 34(3):330-339.

3. Cano NJ, Roth H, Court-Ortuné I, et al. Nutritional depletion in patients on long-term oxygen therapy and/or home mechanical ventilation. *The European respiratory journal*. 2002; 20(1):30-37.

4. Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, et al. What is subjective global assessment of nutritional status? *Journal of parenteral and enteral nutrition*. 1987; 11(1):8-13.

5. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutrition reviews*. 1996; 54(1 Pt 2):59-65.

6. Nguyễn Đức Long. Khảo sát tình trạng dinh dưỡng và nhận xét chế độ dinh dưỡng đang sử dụng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Luận văn Thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội. Hà Nội, 2014.

7. Nguyễn Thị Thảo. Đánh giá mức độ nặng và căn nguyên vi sinh của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. *Luận văn thạc sỹ y học*. Đại học Y Hà Nội. Hà Nội, 2018.

8. Gupta B, Kant S, Rachna M, et al. Nutritional status of chronic obstructive pulmonary disease patients admitted in hospital with acute exacerbation. *Journal of clinical medicine research*. 2010; 2(2):68-74.

9. Chaudhary SC, Rao PK, Rao PK, et al. Assessment of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease patients. *International Journal of Contemporary Medical Research*. 2017; 4(1):268-271.

10. Yuceege MB, Salman SO, Duru S, et al. The evaluation of nutrition in male COPD patients using subjective global assesment and mini nutritional assessment. *International Journal of Internal Medicine*. 2013; 2(1):1-5.