

- complicated by twin reversed arterial perfusion sequence (TRAP). *Pediatr Radiol* **41**, 694–701 (2011). <https://doi.org/10.1007/s00247-010-1921-2>.
5. **Pagani G, D'Antonio F, Khalil A, Papageorghiu A, Bhide A, Thilaganathan B.** Intrafetal laser treatment for twin reversed arterial perfusion sequence: cohort study and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013 Jul;42(1):6-14. doi: 10.1002/uog.12495. PMID: 23640771.
  6. **Porreco RP, Barton SM, Haverkamp AD.** Occlusion of umbilical artery in acardiac, acephalic twin. *Lancet.* 1991 Feb 9;337(8737):326-7. doi: 10.1016/0140-6736(91)90946-m. PMID: 1671233.
  7. **Shettikeri A, Acharya V, V S, Sahana R, Radhakrishnan P.** Outcome of Pregnancies Diagnosed with TRAP Sequence Prenatally: A Single-Centre Experience. *Fetal Diagn Ther.* 2020;47(4):301-306. doi: 10.1159/000503389. Epub 2019 Nov 26. PMID: 31770756.
  8. **Twin Reversed Arterial Perfusion (TRAP)** | Johns Hopkins Medicine
  9. **Valsky DV, Martinez-Serrano MJ, Sanz M, Eixarch E, Acosta ER, Martinez JM, Puerto B, Gratacós E.** Cord occlusion followed by laser cord transection in monochorionic monoamniotic discordant twins. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011 Jun;37(6):684-8. doi: 10.1002/uog.8924. PMID: 21500298

## ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI HÀ NỘI NĂM 2024

Trần Thị Thu Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Mỹ Duyên<sup>1</sup>, Vũ Minh Thúy<sup>1</sup>,  
Lê Thu Hằng<sup>1,2</sup>, Dương Thu Hương<sup>1</sup>, Hoàng Thị Kim Hoa<sup>3</sup>,  
Phạm Thị Vân<sup>1</sup>, Hoàng Thị Xuân Hương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) và xác định một số yếu tố liên quan của người bệnh COPD điều trị nội trú tại các bệnh viện Hà Nội năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 196 người bệnh (NB) đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Phổi Trung Ương và Bệnh viện Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội, từ tháng 1 – 4/2024. **Kết quả:** điểm SGRQ-C là  $63,3 \pm 14,5$ ; điểm thành phần cho các triệu chứng, hoạt động và ảnh hưởng lần lượt là  $72,1 \pm 17,4$ ,  $79,4 \pm 17,6$  và  $50,64 \pm 16,7$ . Một số yếu tố liên quan làm cho CLCS của NB bị giảm như tuổi, chỉ số BMI, mức độ tắc nghẽn GOLD, số năm mắc bệnh, số đợt cấp cần nhập viện, có sử dụng liệu pháp oxy hay không, các triệu chứng ở mũi. **Kết luận:** CLCS của NB tham gia nghiên cứu ở mức độ trung bình kém. Người Điều dưỡng cần quan tâm hơn nữa đến việc quản lý các triệu chứng cho nhóm đối tượng này. **Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, COPD, SGRQ-C.

### SUMMARY

#### ASSESSING THE QUALITY OF LIFE AMONG PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN HANOI IN 2024

**Objectives:** This study aims to evaluate the quality of life and identify related factors in patients

with COPD undergoing inpatient treatment at Hanoi hospitals in 2024. **Methods:** A cross-sectional was conducted among 196 COPD patients at the National Lung Hospital and the University of Medicine and Pharmacy Hospital – Vietnam National University, Hanoi, from January to April 2024 using the St. George's Respiratory Questionnaire for COPD patients (SGRQ-C). **Results:** The overall SGRQ-C score was  $63.3 \pm 14.5$ , with component scores for symptoms, activities, and impacts being  $72.1 \pm 17.4$ ,  $79.4 \pm 17.6$ , and  $50.64 \pm 16.7$ , respectively. Factors related to the quality of life decreasing included age, BMI, GOLD obstruction level, number of years with the disease, number of exacerbations requiring hospitalization, use of oxygen therapy, and nasal symptoms. **Conclusion:** The study found that the quality of life is moderately poor among the patients. Nurses should pay more attention to help patients manage their symptoms.

**Keywords:** Quality of life, chronic obstructive pulmonary disease, COPD, SGRQ-C.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức y tế thế giới (WHO), ước tính rằng trên toàn cầu có 251 triệu ca mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) trong năm 2016, chiếm khoảng 12% dân số từ 40 tuổi trở lên [1]. COPD là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba trên toàn thế giới, với 3,23 triệu ca tử vong vào năm 2019. Với tỷ lệ hút thuốc ngày càng tăng ở các nước đang phát triển và dân số già ở các nước có thu nhập cao, tỷ lệ mắc COPD dự kiến sẽ tăng trong 40 năm tới và tính đến năm 2060 có thể có hơn 5,4 triệu ca tử vong hàng năm do COPD và các bệnh liên quan.

Tại Việt Nam, tỷ lệ người lớn tuổi mắc COPD lên đến 12,6%, trong đó tỷ lệ mắc ở nam là

<sup>1</sup>Đại học Phenikaa

<sup>2</sup>Bệnh viện Phổi Trung Ương

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Xuân Hương

Email: huong.hoangthixuan@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024

16,8% và nữ là 10% [2]. COPD ảnh hưởng tới thể chất, tinh thần và cuộc sống hàng ngày của người bệnh, làm cho chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh giảm. CLCS của người COPD là vấn đề được nhiều nhà nghiên cứu qua tâm, có ảnh hưởng đến kết quả điều trị và chăm sóc tại nhà cũng như tại bệnh viện. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu:

1. Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại các bệnh viện Hà Nội năm 2024

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại các bệnh viện Hà Nội năm 2024.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu.** Người bệnh đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Phổi Trung Ương và Bệnh viện Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội, trong thời gian từ tháng 1 – 4/2024 thỏa mãn tiêu chuẩn sau đây:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng:** Người bệnh được chẩn đoán xác định là COPD, từ 18 tuổi trở lên, và có khả năng giao tiếp.

- **Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng:** Người bệnh rối loạn ý thức, thông khí xâm nhập.

o **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang.

o **Cỡ mẫu:** Theo công thức, cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi là n = 191 người bệnh.

**Bộ công cụ:** Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi đánh giá triệu chứng hô hấp Saint George dành cho người bệnh COPD (SGRQ-C). Bộ câu hỏi gồm 36 câu chia làm 3 phần triệu chứng (7 câu), hoạt động (9 câu) và ảnh hưởng (20 câu). Mỗi câu hỏi có câu trả lời với số điểm khác nhau. Điểm số thấp nhất là 0 (CLCS tốt nhất có thể) và cao nhất là 100 (tệ nhất có thể).

**Phân tích số liệu:** Số liệu sau khi được thu thập được làm sạch dữ liệu sau đó được nhập và sẽ được phân tích bằng phần mềm SPSS 27.0. Nghiên cứu sử dụng thuật toán thống kê mô tả.

**Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu này được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Phenikaa tại quyết định số 024.15/ĐHP-HĐĐĐ ngày 16 tháng 04 năm 2024 Các đối tượng được mời tham gia dựa trên tinh thần tự nguyện, các thông tin được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

*Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu*

**tượng nghiên cứu**

Biến số	Số lượng (N=196)	Tỷ lệ %
<b>Giới tính</b>		
Nam	140	71,4%
Nữ	56	28,6%
<b>Nhóm Tuổi</b>		
< 60 tuổi	17	8,7%
≥ 60 tuổi	179	91,3%
Tuổi trung bình ± SD 70,24 ± 9,05		
<b>Trình độ học vấn</b>		
Tiểu học/Cấp 2	95	48,5%
Cấp 3	44	22,4%
Trung cấp/cao đẳng/đại học/SDH	57	29,1%
<b>Hút thuốc lá</b>		
Chưa từng	72	36,7%
Đã và đang hút	124	63,3%
<b>Chỉ số BMI</b>		
< 18,5	66	33,7%
18,5 < x < 24,9	121	61,7%
≥ 25,0	9	4,6%
BMI trung bình: 19,9 ± 2,97		
<b>Nghề nghiệp</b>		
Công nhân	16	8,2%
Kinh doanh	11	5,6%
Làm ruộng	84	42,9%
Hưu trí	68	34,7%
Tự do	17	8,7%
<b>Tình trạng hôn nhân</b>		
Độc thân	16	8,2%
Kết hôn	177	90,3%
Ly hôn/Góa	3	1,5%

**Nhận xét:** Người bệnh tham gia nghiên cứu chủ yếu là nam giới (71,4), từ trở lên 60 (91,3%). Trình độ học vấn của người bệnh từ Trung học Cơ sở trở xuống chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu (48,5%). Tỷ lệ người bệnh hút thuốc lá chiếm 63,3%. Có hơn 1/3 NB suy dinh dưỡng. Nghề nghiệp làm ruộng chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu 42,9%.

*Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng và sự hỗ trợ từ bên ngoài của người bệnh COPD*

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (N=196)	Tỷ lệ (%)
Mức độ tắc nghẽn GOLD	1	0,5%
	2	11,2%
	3	52,6%
	4	35,7%
Mắc bệnh mạn tính	Có	64,3%
	Không	35,7%
Các bệnh mạn tính mắc kèm	Bệnh tim mạch	49%
	Bệnh rối loạn chuyển hóa	31,1%
	Viêm loét dạ dày	12,8%

	Khác	9	4,6%
Số năm bị bệnh	< 3 năm	43	21,9%
	3 – 5 năm	47	24%
	> 5 năm	106	54,1%
Số đợt cấp của bệnh cần nhập viện	0 đợt	3	1,5%
	1 – 2 đợt	27	13,8%
	≥ 3 đợt	166	84,7%
Sử dụng liệu pháp oxy	Có	119	60,7%
	Không	77	39,3%
Triệu chứng/khó chịu ở mũi	Có	133	67,9%
	Không	63	32,1%

**Nhận xét:** Mức độ tắc nghẽn đường thở theo GOLD giai đoạn 3 và 4 chiếm 88,3%. NB có mắc thêm các bệnh mạn tính chiếm 64,3%. Đa số NB trong nghiên cứu bị bệnh trên 5 năm chiếm khoảng 54,1%. Số lượng người bệnh có đợt cấp cần nhập viện từ 3 đợt trở lên chiếm

84,7%. Tỷ lệ người bệnh sử dụng liệu pháp oxy chiếm 60,7%. Tỷ lệ người bệnh có các triệu chứng khó chịu ở mũi là 67,9%.

**3.2. Chất lượng cuộc sống của người bệnh tham gia nghiên cứu**

**Bảng 3.3. Điểm CLCS của người bệnh COPD**

Cấu phần	Điểm SGRQ-C
Triệu chứng	72,1 ± 17,4 (22,2 – 100)
Hoạt động	79,4 ± 17,6 (37,4 – 99,99)
Ảnh hưởng	50,64 ± 16,7 (7,56 – 70,14)
Chung	63,3 ± 14,5 (34,15 – 84,58)

**Nhận xét:** CLCS chung và điểm SGRQ-C trung bình của cấu phần triệu chứng, hoạt động, ảnh hưởng lần lượt là 63,3 ± 14,5, 72,1 ± 17,4, 79,4 ± 17,6 và 50,64 ± 16,7. Bảng 4. Một số yếu tố liên quan với CLCS chung

Nội dung	Câu trả lời	Tổng điểm TB	p
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	53,8 ± 16,3	0,005
	≥ 60 tuổi	64,2 ± 14,1	
Chỉ số BMI	Suy dinh dưỡng <18,5	67,24 ± 13,2	0,023
	Bình thường (18,5 – 24,9)	61,2 ± 14,7	
	Béo phì/thừa cân ≥ 25,0	61,6 ± 16,8	
Mức độ tắc nghẽn GOLD của ông bà	2	50,7 ± 12,3	< 0,001 (giai đoạn 2 vs 3, 4)
	3	60,17 ± 13,2	
	4	72,2 ± 11,7	
Số năm bị bệnh	< 3 năm	59,9 ± 12,9	< 0,001 (<3 năm vs >5 năm)
	3 – 5 năm	57,6 ± 14,7	
	> 5 năm	67,2 ± 14,0	
Số đợt cấp của bệnh cần nhập viện	0 đợt	47,9 ± 5,6	0,039 (0 đợt so với ≥3 đợt)
	1 – 2 đợt	59,0 ± 13,8	
	≥ 3 đợt	64,24 ± 14,5	
Sử dụng liệu pháp oxy	Có	68,8 ± 11,8	< 0,001
	Không	54,7 ± 14,2	
Triệu chứng/khó chịu ở mũi	Có	67,1 ± 12,8	< 0,001
	Không	55,1 ± 14,7	
Có nhận được sự hỗ trợ vật chất từ xã hội	Có	65,2 ± 14,1	0,002
	Không	57,9 ± 14,4	

**Nhận xét:** Kết quả phân tích cho thấy một số yếu tố liên quan làm cho CLCS của NB giảm như tuổi (p = 0,005), chỉ số BMI (p = 0,023), mức độ tắc nghẽn theo GOLD (p < 0,001), số năm mắc bệnh (p < 0,001), số đợt cấp cần nhập viện (p = 0,039), có sử dụng liệu pháp oxy hay không (p < 0,001), các triệu chứng ở mũi (p < 0,001), sự hỗ trợ vật chất từ xã hội (p = 0,002).

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của người bệnh trong nghiên cứu.** Trong nghiên cứu này đa phần NB là nam chiếm 71,4%, tỉ lệ này tương tự một số nghiên cứu đã thực hiện trước đó [3, 4]. Các đối tượng có tuổi trung bình là 70,24 ± 9,05

tuổi, phần lớn là người cao tuổi, nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 91,3%, đây là đối tượng dễ có nguy cơ mắc COPD do chức năng hô hấp ở độ tuổi này đã bị suy giảm. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Anan S. Jarab và cộng sự (2023) có tuổi trung bình là 68 tuổi [4], Vũ Hằng Hạnh (2019) có tuổi trung bình là 68 ± 10 tuổi [5].

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu người bệnh ở giai đoạn 3 và 4 chiếm 88,3%, giai đoạn 1 và 2 chỉ chiếm 11,7%. Kết quả nghiên cứu này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Abdou Wouliyou Nsounfon 58,6% [6]. Sự khác biệt này là do số lượng người bệnh ở giai đoạn 3 và 4 ở nghiên cứu chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Abdou Wouliyou Nsounfon [6].

Người bệnh ở giai đoạn càng cao thì CLCS càng thấp, cuộc sống của họ chỉ dừng lại ở nhà, giao tiếp xã hội cũng bị hạn chế rất nhiều. Điều này làm cho CLCS của họ bị giảm sút rất nhiều. Trong quần thể nghiên cứu có 54,1% là người bệnh COPD được chẩn đoán mắc từ 5 năm trở lên.

**4.2. Chất lượng cuộc sống của người bệnh COPD.** Điểm SGRQ-C chung là  $63,3 \pm 14,5$  và điểm thành phần trung bình cho các triệu chứng, hoạt động và ảnh hưởng lần lượt là  $72,1 \pm 17,4$ ,  $79,4 \pm 17,6$  và  $50,64 \pm 16,7$ .

**4.2.1. Điểm SGRQ-C triệu chứng.** Điểm SGRQ-C triệu chứng của nghiên cứu của chúng tôi là  $72,1 \pm 17,4$ , cao hơn so với các nghiên cứu Harun Erdal (2023) là  $62,39 \pm 24,88$  [7], Peihua Zhang và cộng sự (2023)  $56,16 \pm 18,52$  [8], Anan S. Jarab và cộng sự (2023) là  $45,2$  [4], Lê Thị Vân và cộng sự (2019) là  $50,9 \pm 19,0$  [6], Xiaotong Cheng và cộng sự (năm 2024) là  $61,00 \pm 20,0$  [10], Andreas Horner và cộng sự (2020) là  $55,6$  [9]. Kết quả có sự khác biệt đó có thể là do người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu người bệnh ở giai đoạn 3 – 4 chiếm 88,3%, vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi xuất hiện đợt cấp vào thời điểm tham gia nghiên cứu.

**4.2.2. Điểm SGRQ-C hoạt động.** Điểm SGRQ-C hoạt động của nghiên cứu của chúng tôi là  $79,4 \pm 17,6$ , cao hơn so với các nghiên cứu Peihua Zhang và cộng sự (2023) là  $67,44 \pm 21,27$  [8], Harun Erdal (2023) là  $65,73 \pm 23,38$  [7], Xiaotong Cheng và cộng sự (2024) là  $51,51 \pm 17,86$  [10], Lê Thị Vân và cộng sự (2019) là  $46,8 \pm 16,8$  [6]. Có sự chênh lệch giữa nghiên cứu của chúng tôi có thể là do độ tuổi trung bình của chúng tôi là  $70,24 \pm 9,05$ , đây là đối tượng dễ có nguy cơ mắc COPD do chức năng hô hấp ở độ tuổi này đã bị suy giảm. Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu người bệnh ở giai đoạn 3 và 4 chiếm 88,3%, số người bệnh không tập thể dục đều đặn hàng tuần chiếm 56,1% gây ra nhiều tác hại cho sức khỏe như bệnh tim mạch trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 49%, bệnh rối loạn chuyển hóa chiếm 31,1%....

**4.2.3. Điểm SGRQ-C ảnh hưởng.** Điểm SGRQ-C ảnh hưởng của nghiên cứu của chúng tôi là  $50,64 \pm 16,7$ , tương tự kết quả nghiên cứu Xiaotong Cheng và cộng sự (2024) là  $53,17 \pm 14,37$  [10]. Kết quả của chúng tôi cao hơn bài nghiên cứu của Malik Shahnawaz Ahmed và cộng sự (2016) là  $33,53 \pm 22,67$ , Harun Erdal (2023) là  $41,20 \pm 22,78$  [7], Lê Thị Vân và cộng sự (2019) là  $44,3 \pm 22,7$  [6]. Điểm SGRQ-C ảnh hưởng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu Peihua Zhang và cộng sự (2023) là  $75,23 \pm 18,53$  [8]. Điều này do nhóm

tuổi của nghiên cứu của chúng tôi cao (tuổi trung bình là  $70,24 \pm 9,05$ ), phần lớn là người cao tuổi, nhóm tuổi  $\geq 60$  tuổi chiếm 91,3%, là người bệnh điều trị ở tuyến trung ương và NB ở giai đoạn (theo GOLD) ở giai đoạn 3 và 4 nhiều chiếm 88,3%, giai đoạn 1, 2 chỉ chiếm 11,7%.

**4.2.4. Điểm SGRQ-C chung.** Điểm SGRQ-C chung của nghiên cứu này gần tương đồng của Peihua Zhang và cộng sự (2023) là  $69,46 \pm 16,82$  [8] và điểm thành phần trung bình cho các triệu chứng, hoạt động và ảnh hưởng lần lượt là  $56,16 \pm 18,52$ ,  $67,44 \pm 21,27$ ,  $75,23 \pm 18,53$ . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Vân (2019) là  $46,2 \pm 17,8$  [6], có thể vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi xuất hiện đợt cấp vào thời điểm tham gia nghiên cứu, là người bệnh điều trị ở tuyến trung ương và đối tượng nghiên cứu của chúng tôi làm lao động chân tay chiếm tỉ lệ cao hơn (51,1%). Kết quả của chúng tôi cũng cao hơn kết quả nghiên cứu của Xiaotong Cheng và cộng sự (2024) là  $53,97 \pm 14,17$  [10], Harun Erdal (2023) là  $52,06 \pm 21,06$  [7].

**4.3. Môi liên quan giữa CLCS chung và các đặc điểm cá nhân, lâm sàng và sự hỗ trợ từ bên ngoài.** Tuổi có mối liên quan đến CLCS chung ( $p = 0,005 < 0,05$ ). Kết quả của nghiên cứu tương tự như kết quả nghiên cứu của Anan S. Jarab và cộng sự (năm 2023) [4], Lê Thị Vân và cộng sự (năm 2019) [6]. Tuổi là một trong số yếu tố nguy cơ gây mắc COPD do chức năng hô hấp ở độ tuổi này đã bị suy giảm, đó có thể là lý do dẫn đến sự khác biệt này.

Chỉ số BMI là có mối liên quan đến CLCS chung ( $p = 0,023 < 0,05$ ), người bệnh trong nghiên cứu có BMI từ  $18,5 \text{ kg/m}^2$  có chất lượng tốt hơn. Kết quả nghiên cứu tương tự như kết quả nghiên cứu của Andreas Horner (năm 2020) [9]

Mức độ tắc nghẽn theo GOLD và số năm bị bệnh có mối liên quan đến CLCS chung ( $p = < 0,001 < 0,05$ ), người bệnh trong nghiên cứu ở giai đoạn càng lớn thì có CLCS càng thấp [6, 7]. Kết quả nghiên cứu tương tự như kết quả nghiên cứu của Lê Thị Vân và cộng sự (năm 2019) [6]. Số năm bị bệnh có mối liên quan đến CLCS chung ( $p = < 0,001 < 0,05$ ).

Người bệnh bị số đợt cấp càng nhiều thì CLCS của họ sẽ càng thấp. Để nâng cao CLCS thì người bệnh phải đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ tuân thủ điều trị của bác sỹ, tái khám định kỳ sẽ giúp cho CLCS của bệnh nhân được cải thiện tốt hơn. Sử dụng liệu pháp oxy có mối liên quan đến CLCS chung ( $p > 0,01 < 0,05$ ). Người bệnh phải sử dụng liệu pháp oxy có CLCS thấp hơn người bệnh không phải sử dụng liệu pháp oxy. Kết quả

ngiên cứu này giống với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Vân và cộng sự (2019) [6], Joanna Rosińczuk và cộng sự (2018) rằng người bệnh đã phải sử dụng liệu pháp oxy tại nhà là những người có CLCS kém hơn rất nhiều so với người bệnh chưa phải sử dụng. Triệu chứng/khó chịu ở mũi có mối liên quan đến CLCS chung ( $p = > 0,001 < 0,05$ ). Tương tự với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Vân và cộng sự (2019) cũng đã tìm hiểu về mối liên quan này [6]. CLCS của người bệnh có các triệu chứng của mũi trong 3 tháng gần thời điểm tham gia nghiên cứu có CLCS thấp hơn người bệnh không có các triệu chứng này.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả phân tích trên 196 người bệnh COPD đang điều trị tại 2 bệnh viện: Bệnh viện Phổi Trung ương và Bệnh viện Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội chúng tôi nhận thấy CLCS bị ảnh hưởng ở mức khá nặng với với điểm SGRQ-C chung là  $63,3 \pm 14,5$  và điểm thành phần trung bình của triệu chứng là  $72,1 \pm 17,4$ , hoạt động là  $79,4 \pm 17,6$ , ảnh hưởng là  $50,6 \pm 16,7$ . Một số yếu tố liên quan rõ rệt với CLCS của người bệnh COPD gồm tuổi, chỉ số BMI, mức độ tắc nghẽn GOLD của NB, số năm mắc bệnh, số đợt cấp cần nhập viện, tình trạng sử dụng liệu pháp oxy, và các triệu chứng ở mũi. Nghiên cứu cho thấy CLCS của NB mắc bệnh phổi mạn tính ở mức độ trung bình kém. Người Điều dưỡng cần quan tâm hơn nữa đến việc quản lý các triệu chứng cho nhóm đối tượng này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Prof Christopher JL Murray, and Alan Lopez D.,** Alternative projections of mortality and disability by cause 1990 - 2020: Global Burden of

- Disease Study. The Lancet, 1997. 349(9064): p. 1498 - 1504.
2. **WHO.** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 2023.
3. **Hye-Young Kwon and Eugene Kim,** Factors contributing to quality of life in COPD patients in South Korea. International journal of chronic obstructive pulmonary disease, 2016: p. 103-109.
4. **Anan Jarab S.,Walid Al-Qerem, Kareem Alzoubi H., et al.,** (2023). Health-related quality of life and its associated factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Plos one, 18(10), e0293342.
5. **Vũ Hằng Hạnh,** Chất lượng cuộc sống của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và một số yếu tố liên quan tại trung tâm hô hấp bệnh viện bạch mai năm 2019. 2019. TLU.
6. **Lê Thị Vân, Nguyễn Văn Hưng, Nguyễn Thị Kim Ngân,** Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại bệnh viện Phổi Hà Nội năm 2020. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển 2020. 5: p. 9-17.
7. **Erdal Harun,** Klinische Charakteristiken und Beeinträchtigungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, gemessen anhand des St. George's Respiratory Questionnaire. 2023.
8. **Peihua Zhang, Niphawan Samartkit, and Masingboon K.,** Factors associated with health-related quality of life among employed individuals with chronic obstructive pulmonary disease: A correlational study in China. Belitung Nursing Journal, 2023. 9(3): p. 271.
9. **Andreas Horner, Otto Burghuber C., Sylvia Hartl, et al.,** Quality of life and limitations in daily life of stable COPD outpatients in a real-world setting in Austria—results from the CLARA project. International journal of chronic obstructive pulmonary disease, 2020: p. 1655-1663.
10. **Xiaotong Cheng and Joseph Michael Manlutac D.,** Correlates of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Patients' Quality of Life in Selected Hospitals of Shandong, China. Frontiers in Medical Science Research, 2024. 6(2).

## PHÂN TÍCH ĐẶC ĐIỂM DÙNG THUỐC VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT TẠI KHOA ICU BỆNH VIỆN ĐỒNG NAI - 2

Đinh Thị Thúy Hà<sup>1</sup>, Phạm Xuân Khôi<sup>1</sup>,  
Nguyễn Ngọc Ân<sup>1</sup>, Nguyễn Lê Dương Khánh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Đại học Lạc Hồng, Đồng Nai

<sup>2</sup>Bệnh viện Đồng Nai 2

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Thúy Hà

Email: thuyha@lhu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024

**Đặt vấn đề:** Nhiễm khuẩn huyết (NKH) là nguyên nhân phổ biến gây tử vong trong các đơn vị chăm sóc đặc biệt ở các khoa Hồi Sức Cấp Cứu (ICU) trên toàn thế giới. Điều trị kháng sinh (KS) kịp thời là nền tảng của nhiễm trùng ICU. **Mục tiêu:** Khảo sát phác đồ điều trị và các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị NKH tại khoa ICU bệnh viện Đồng Nai – 2. **Đối tượng và phương pháp:** Hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân (BN) được chẩn đoán NKH hoặc sốc nhiễm khuẩn (SNK) được điều trị tại khoa ICU Bệnh