

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. N. Friedman et al., "Bronchiolitis: recommendations for diagnosis, monitoring and management of children one to 24 months of age," *Paediatrics & child health*, vol. 19, no. 9, pp. 485-491, 2014.
2. L. Haskell et al., "Understanding factors that contribute to variations in bronchiolitis management in acute care settings: a qualitative study in Australia and New Zealand using the theoretical domains framework," *BMC pediatrics*, vol. 20, pp. 1-12, 2020.
3. S. N. Nguyen, T. N. T. Nguyen, L. T. Vu, and T. D. Nguyen, "Clinical Epidemiological Characteristics and Risk factors for severe bronchiolitis caused by Respiratory Syncytial Virus in Vietnamese children," *International Journal of Pediatrics*, vol. 2021, no. 1, p. 9704666, 2021.
4. N. T. Giang, N. N. Sáng, K. P. Thủy, and T. V. Bàn, "Các yếu tố ảnh hưởng tới độ nặng của viêm tiểu phế quản cấp ở trẻ em," *Tạp chí y học Việt Nam*, vol. 524, no. 2, 2023.
5. B. Y. Tê, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em," Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, pp. 459-464, 2015.
6. N. T. Mai, "Kết quả chăm sóc, điều trị bệnh nhi viêm tiểu phế quản và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City, năm 2020-2021," *TLU*, 2022.
7. N. V. Tinh, "Đặc điểm dịch tễ học và một số yếu tố liên quan tới viêm tiểu phế quản mức độ nặng ở trẻ em nhiễm virus hợp bào hô hấp," *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, vol. 172, no. 11, pp. 159-166, 2023.
8. M. Ghazaly and S. Nadel, "Characteristics of children admitted to intensive care with acute bronchiolitis," *European Journal of Pediatrics*, vol. 177, pp. 913-920, 2018.

YẾU TỐ NGUY CƠ LIÊN QUAN ĐẾN TẦN SUẤT ĐỢT CẤP Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN QUẬN 11

Phạm Anh Tuấn¹, Phạm Thùy Trâm¹, Phạm Thanh Vũ¹,
Huỳnh Kim Lụa¹, Phan Diễm Hoài¹, Trần Chánh Xuân¹, Lê Thị Tuyết Lan²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đợt cấp COPD là yếu tố tăng gánh nặng cho bệnh nhân và hệ thống y tế, gây suy giảm chức năng phổi và tăng nguy cơ tử vong. Mục tiêu nghiên cứu này là mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân COPD và phân tích các yếu tố nguy cơ liên quan đến tần suất đợt cấp. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 258 bệnh nhân COPD tại phòng khám Hô hấp bệnh viện Quận 11 từ 01/2022 đến 09/2024. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm: ít đợt cấp (0-1 đợt/năm) và nhiều đợt cấp (≥ 2 đợt/năm). Phân tích hồi quy logistic xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến đợt cấp. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân là nam giới (95,3%), người Hoa (61,2%), thuộc GOLD 3 (72,5%) với FEV₁ trung bình 45,8%. Nhóm nhiều đợt cấp có FEV₁ thấp hơn (41,6% so với 51,3%, $p < 0,001$), tỷ lệ còn hút thuốc cao hơn (43,1% so với 23,7%, $p = 0,004$) và nhiều bệnh đồng mắc hơn. Yếu tố nguy cơ mạnh nhất là suy tim (OR=46,60), bệnh tim thiếu máu cục bộ (OR=24,10), FEV₁ thấp (SMD=-1,42) và điểm CAT cao (SMD=1,02). **Kết luận:** Bệnh đồng mắc tim mạch và chức năng phổi kém là những yếu tố nguy cơ mạnh nhất của đợt cấp COPD. Cần đánh giá toàn diện bệnh nhân COPD, chú trọng sàng lọc và điều trị tích cực các bệnh đồng mắc tim mạch. **Từ khóa:** COPD, đợt cấp, yếu tố nguy cơ, bệnh đồng mắc tim mạch, chức năng phổi

SUMMARY

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH EXACERBATION FREQUENCY IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT DISTRICT 11 HOSPITAL

Background/Objectives: COPD exacerbations increase burden on patients and healthcare systems, causing rapid lung function decline and increased mortality risk. This study aimed to describe clinical characteristics of COPD patients and analyze risk factors associated with exacerbation frequency. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 258 COPD patients at the Respiratory Clinic of District 11 Hospital from January 2022 to September 2024. Patients were divided into two groups: infrequent exacerbations (0-1 per year) and frequent exacerbations (≥ 2 per year). Logistic regression analysis identified risk factors associated with exacerbations. **Results:** Most patients were male (95.3%), Chinese ethnicity (61.2%), classified as GOLD 3 (72.5%) with mean FEV₁ of 45.8%. The frequent exacerbation group had lower FEV₁ (41.6% vs. 51.3%, $p < 0.001$), higher rates of current smoking (43.1% vs. 23.7%, $p = 0.004$), and more comorbidities. The strongest risk factors were heart failure (OR=46.60), ischemic heart disease (OR=24.10), low FEV₁ (SMD=-1.42), and high CAT score (SMD=1.02). **Conclusions:** Cardiovascular comorbidities and poor lung function are the strongest risk factors for COPD exacerbations. Comprehensive assessment of COPD patients should emphasize screening and active treatment of cardiovascular comorbidities.

Keywords: COPD, exacerbation, risk factors, cardiovascular comorbidities, lung function

¹Bệnh viện Quận 11, TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Tuyết Lan

Email: tuyetlanyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) gây tắc nghẽn đường thở tiến triển, ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống, với yếu tố nguy cơ chính là khói thuốc lá và ô nhiễm không khí. Hiện COPD là vấn đề sức khỏe toàn cầu nghiêm trọng với tỷ lệ mắc khoảng 11,7% dân số từ 40 tuổi trở lên và là nguyên nhân tử vong hàng thứ 3 toàn cầu¹. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc COPD là 7,1% ở nam giới và 1,9% ở nữ giới từ 40 tuổi trở lên⁴.

Đợt cấp COPD là sự kiện quan trọng làm tăng gánh nặng cho bệnh nhân và hệ thống y tế, gây suy giảm chức năng phổi, giảm chất lượng cuộc sống và tăng nguy cơ tử vong. Bệnh nhân có từ hai đợt cấp trở lên mỗi năm thuộc nhóm "thường xuyên đợt cấp" và có tiên lượng xấu hơn⁴. Mặc dù nhiều nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra mối liên quan giữa các bệnh đồng mắc, đặc biệt là bệnh tim mạch, với tần suất đợt cấp COPD, các nghiên cứu tại Việt Nam về vấn đề này còn hạn chế.

Phòng khám Hô hấp bệnh viện Quận 11 hiện đang quản lý khoảng 400 bệnh nhân COPD. Sau đại dịch COVID-19, việc đánh giá toàn diện các yếu tố liên quan đến đợt cấp COPD là cần thiết để xây dựng chiến lược điều trị và dự phòng hiệu quả, giúp cải thiện chất lượng điều trị và giảm gánh nặng y tế tại địa phương. Nghiên cứu này được thực hiện với hai mục tiêu chính:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, nhân trắc học và cận lâm sàng của bệnh nhân COPD tại phòng khám Hô hấp bệnh viện Quận 11.
2. Phân tích các yếu tố nguy cơ liên quan đến tần suất đợt cấp COPD, đặc biệt là vai trò của bệnh đồng mắc tim mạch và chức năng hô hấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện trên bệnh nhân đến khám tại phòng khám Hô hấp bệnh viện Quận 11 từ 01/2022 đến 09/2024. Tiêu chuẩn chọn mẫu: (1) Chẩn đoán COPD theo GOLD 2023 với FEV₁/FVC < 0.7 sau test hồi phục phế quản; (2) Đồng ý tham gia nghiên cứu; (3) Tái khám ít nhất 1 lần/3 tháng. Loại trừ bệnh nhân không đo được chức năng hô hấp. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính tỷ lệ trong nghiên cứu cắt ngang: $n = Z^2(1-\alpha/2) \times p \times (1-p)/d^2$, trong đó $Z(1-\alpha/2) = 1,96$ (độ tin cậy 95%), $p = 0,53$ (tỷ lệ bệnh nhân COPD có ≥ 2 đợt cấp/năm theo nghiên cứu của Hurst và cộng sự)³, $d = 0,07$.

Cỡ mẫu tính được: $n = (1,96)^2 \times 0,53 \times 0,47/(0,07)^2 = 194$ bệnh nhân. Sau khi cộng thêm 10% dự phòng mất mẫu, cỡ mẫu tối thiểu cần là 213 người. Thực tế nghiên cứu thu thập được 258

bệnh nhân, đáp ứng yêu cầu về cỡ mẫu.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang. Các biến số nghiên cứu được thu thập bao gồm đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, dân tộc), chỉ số nhân trắc học (BMI), tiền sử hút thuốc lá, các bệnh đồng mắc, các chỉ số đánh giá mức độ bệnh (điểm CAT, mMRC, FEV₁), tình trạng đợt cấp theo tiêu chuẩn Antonisen và phân nhóm bệnh theo GOLD 2023, cùng với thông tin về các thuốc điều trị.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu. Số liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án, phần mềm Hsoft và xử lý bằng SPSS 25.0. Bệnh nhân chia thành nhóm ít đợt cấp (0-1 đợt/năm) và nhiều đợt cấp (≥ 2 đợt/năm). So sánh bằng t-test, Mann-Whitney U, Chi-square hoặc Fisher's exact test. Phân tích hồi quy logistic xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và đợt cấp, kết quả biểu diễn bằng OR (biến phân loại) và SMD (biến liên tục).

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Y đức bệnh viện Quận 11. Thông tin bệnh nhân được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 270 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được thu dung vào nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu có 12 bệnh nhân không ghi nhận được đủ số liệu. Cuối cùng còn 258 bệnh nhân hoàn thành nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	67,5 ± 8,1	
40-59	37	14,3
60-79	199	77,2
≥ 80	22	8,5
Giới tính		
Nam	246	95,3
Nữ	12	4,7
Dân tộc		
Hoa	158	61,2
Kinh	99	38,4
Tày	1	0,4
BMI (kg/m²)	19,7 ± 2,5	
<18,5 (Nhẹ cân)	75	29,1
18,5-24,9 (Bình thường)	173	67,0
25-29,9 (Thừa cân)	7	2,7
≥ 30 (Béo phì)	3	1,2
Hút thuốc lá (HTL) (gói/năm)	41,7 ± 5,2	
Không hút thuốc	12	4,7
Đã ngừng hút	157	60,9

Còn hút thuốc	89	34,5
FEV₁ (%)	45,8 ± 8,3	
Giai đoạn GOLD		
GOLD 1	0	0
GOLD 2	64	24,8
GOLD 3	187	72,5
GOLD 4	7	2,7
CAT (điểm)	15,6 ± 2,3	
mMRC (điểm)	2,1 ± 0,6	
Phân nhóm COPD		
Nhóm A	2	0,8
Nhóm B	104	40,3
Nhóm E	152	58,9
Bệnh đồng mắc		
Tăng huyết áp	157	60,9
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	106	41,1
Trào ngược dạ dày thực quản	92	35,7
Rối loạn lipid máu	82	31,8
Suy tim	42	16,3

Tần suất đợt cấp (đợt/năm)	1,7 ± 0,7	
Không có đợt cấp	32	12,4
1 đợt cấp	89	34,5
≥2 đợt cấp	137	53,1
Có đợt cấp nhập viện	15	5,8

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân COPD là nam giới (95,3%), thuộc nhóm tuổi 60-79 năm (77,2%), với tỷ lệ người Hoa cao (61,2%). Chỉ số BMI trung bình thấp ($19,7 \pm 2,5 \text{ kg/m}^2$) với 29,1% bệnh nhân thiếu cân. Tiền sử hút thuốc ghi nhận 60,9% đã ngừng hút và 34,5% còn hút thuốc, với mức phơi nhiễm $41,7 \pm 5,2$ gói-năm. Phần lớn bệnh nhân thuộc GOLD 3 (72,5%) với FEV₁ trung bình $45,8 \pm 8,3\%$. Bệnh đồng mắc phổ biến gồm tăng huyết áp (60,9%), bệnh tim thiếu máu cục bộ (41,1%) và trào ngược dạ dày thực quản (35,7%).

Bảng 2. Đặc điểm điều trị của đối tượng nghiên cứu

Nhóm thuốc	FEV ₁ (%)	Điểm mMRC	Điểm CAT	Số đợt cấp TB
LABA/ICS (n = 225)	44,2 ± 6,8	2,2 ± 0,5	15,8 ± 2,1	1,7 ± 0,7
LABA/LAMA (n = 10)	60,8 ± 3,9	2,2 ± 0,4	15,0 ± 1,2	0,9 ± 0,3
LABA/LAMA/ICS (n = 3)	34,7 ± 7,6	2,7 ± 0,6	18,3 ± 1,5	2,7 ± 0,6
LAMA (n = 5)	56,4 ± 4,8	0,2 ± 0,4	12,0 ± 0,7	1,0 ± 0,0
SABA (n = 15)	59,1 ± 6,9	0,9 ± 0,3	12,3 ± 2,1	0,9 ± 0,5
Giá trị p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Giá trị p được tính từ kiểm định Kruskal-Wallis

Xét về điều trị, nhóm LABA/LAMA có FEV₁ cao nhất ($60,8 \pm 3,9\%$) và số đợt cấp thấp nhất ($0,9 \pm 0,3$), trong khi nhóm LABA/LAMA/ICS có FEV₁ thấp nhất ($34,7 \pm 7,6\%$) và số đợt cấp cao nhất ($2,7 \pm 0,6$).

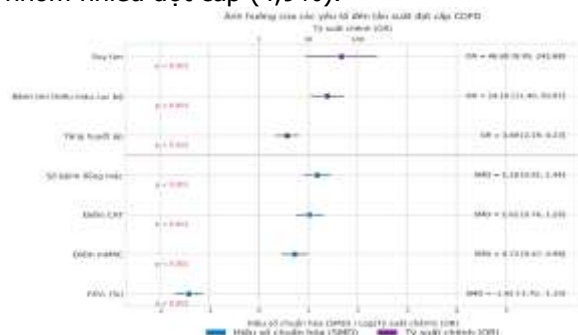
Bảng 3. So sánh đặc điểm lâm sàng, nhân trắc và cận lâm sàng theo tần suất đợt cấp

Đặc điểm	0-1 đợt cấp (n=114)	≥2 đợt cấp (n=144)	Giá trị p*
Đặc điểm nhân trắc			
Tuổi (năm)	67,3 ± 8,3	67,6 ± 7,9	0,665
BMI (kg/m ²)	19,9 ± 2,7	19,5 ± 2,3	0,343
Chức năng hô hấp			
FEV ₁ (%)	51,3 ± 7,3	41,6 ± 6,3	<0,001
Các thông số lâm sàng			
HTL (gói.năm)	40,8 ± 5,6	42,4 ± 4,8	-
Điểm CAT	14,4 ± 2,0	16,5 ± 2,1	<0,001
Điểm mMRC	1,9 ± 0,6	2,3 ± 0,5	<0,001
Tình trạng hút thuốc			
Không hút thuốc	7 (6,1%)	5 (3,5%)	0,004
Đã ngừng hút	80 (70,2%)	77 (53,5%)	
Còn hút thuốc	27 (23,7%)	62 (43,1%)	
Bệnh đồng mắc			
Số bệnh đồng mắc	1,2 ± 0,8	2,4 ± 1,2	<0,001
Tăng huyết áp	50 (43,9%)	107 (74,3%)	<0,001
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	9 (7,9%)	97 (67,4%)	<0,001
Trào ngược dạ dày thực quản	41 (36,0%)	51 (35,4%)	1,000
Rối loạn lipid máu	38 (33,3%)	44 (30,6%)	0,733
Suy tim	0 (0,0%)	42 (29,2%)	<0,001
Giai đoạn GOLD			

GOLD 2	56 (49,1%)	8 (5,6%)	<0,001
GOLD 3	58 (50,9%)	129 (89,6%)	
GOLD 4	0 (0,0%)	7 (4,9%)	

Giá trị p được tính từ kiểm định t-test cho biến định lượng phân phối chuẩn, Mann-Whitney U nếu không phân phối chuẩn; Chi-square cho biến định tính, Fisher's exact nếu tần số kỳ vọng < 5

Không có sự khác biệt về tuổi ($p=0,665$) và BMI ($p=0,343$) giữa hai nhóm. Tuy nhiên, nhóm nhiều đợt cấp có chỉ số FEV₁ thấp hơn đáng kể ($41,6 \pm 6,3\%$ so với $51,3 \pm 7,3\%$, $p<0,001$), điểm CAT và mMRC cao hơn ($p<0,001$), cho thấy mức độ tắc nghẽn và triệu chứng nặng hơn. Với tình trạng hút thuốc, nhóm nhiều đợt cấp có tỷ lệ còn hút thuốc cao hơn ($43,1\%$ so với $23,7\%$, $p=0,004$). Bệnh đồng mắc cũng phổ biến hơn ở nhóm nhiều đợt cấp, đặc biệt là tăng huyết áp ($74,3\%$ so với $43,9\%$, $p<0,001$), bệnh tim thiếu máu cục bộ ($67,4\%$ so với $7,9\%$, $p<0,001$) và suy tim ($29,2\%$ so với 0% , $p<0,001$). Số bệnh đồng mắc trung bình cao hơn đáng kể ở nhóm nhiều đợt cấp ($2,4 \pm 1,2$ so với $1,2 \pm 0,8$, $p<0,001$). Xét về giai đoạn GOLD, nhóm nhiều đợt cấp chủ yếu thuộc GOLD 3 ($89,6\%$), trong khi nhóm ít đợt cấp có sự phân bố tương đối đồng đều giữa GOLD 2 ($49,1\%$) và GOLD 3 ($50,9\%$). Giai đoạn GOLD 4 chỉ xuất hiện ở nhóm nhiều đợt cấp ($4,9\%$).



Hình 1. Ảnh hưởng của các yếu tố đến tần suất đợt cấp COPD

Biểu đồ forest plot minh họa ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ đến tần suất đợt cấp COPD, thể hiện bằng tỷ suất chênh (OR) hoặc hiệu số chuẩn hóa (SMD). Yếu tố có tác động mạnh nhất là suy tim (OR = 46,60; 95% CI: 8,95-242,68), cho thấy bệnh nhân có suy tim có nguy cơ đợt cấp cao gấp gần 47 lần. Tiếp theo là bệnh tim thiếu máu cục bộ với OR = 24,10 (95% CI: 11,40-50,97) và tăng huyết áp với OR = 3,69 (95% CI: 2,19-6,23). Các biến số liên tục được thể hiện bằng SMD, trong đó FEV₁ thấp có tác động rõ rệt với SMD = -1,42 (95% CI: -1,70 đến -1,15), nghĩa là giảm FEV₁ liên quan đến tăng

nguy cơ đợt cấp. Điểm CAT cao (SMD = 1,02; 95% CI: 0,76-1,29) và số bệnh đồng mắc nhiều (SMD = 1,18; 95% CI: 0,91-1,44) cũng làm tăng nguy cơ đợt cấp, trong khi điểm mMRC cho thấy mối liên quan yếu hơn (SMD = 0,72; 95% CI: 0,47-0,98).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 258 bệnh nhân COPD với đa số là nam giới (95,3%), thuộc nhóm tuổi 60-79 năm (77,2%), tỷ lệ người Hoa cao hơn người Kinh (61,2% so với 38,4%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ học toàn cầu và khu vực, nơi COPD chủ yếu ảnh hưởng đến nam giới cao tuổi do tiếp xúc nhiều với yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá⁴.

Chỉ số BMI trung bình thấp ($19,7 \pm 2,5$ kg/m²), với 29,1% bệnh nhân thiếu cân (BMI < 18,5 kg/m²). Tỷ lệ này phù hợp với các nghiên cứu châu Á, BMI thấp có thể liên quan đến viêm hệ thống, tăng chuyển hóa và giảm khẩu phần ăn do khó thở.

Đặc điểm lâm sàng nổi bật là tỷ lệ bệnh nhân GOLD 3 cao (72,5%), điểm CAT và mMRC trung bình lần lượt là $15,6 \pm 2,3$ và $2,1 \pm 0,6$. Theo GOLD 2023, 58,9% thuộc nhóm E và 40,3% thuộc nhóm B. Tỷ lệ GOLD 3 này cao hơn so với các nghiên cứu quốc tế³, có thể do bệnh nhân tại bệnh viện chuyên khoa thường ở giai đoạn nặng hơn hoặc do chẩn đoán muộn.

Bệnh đồng mắc tim mạch chiếm tỷ lệ cao: tăng huyết áp (60,9%), bệnh tim thiếu máu cục bộ (41,1%) và suy tim (16,3%). Tỷ lệ này phản ánh mối liên quan giữa COPD và các bệnh tim mạch thông qua cơ chế viêm hệ thống, stress oxy hóa và rối loạn chức năng nội mạc⁶.

Về điều trị, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân được điều trị bằng LABA/LAMA có chỉ số FEV₁ cao nhất ($60,8 \pm 3,9\%$) và số đợt cấp trung bình thấp ($0,9 \pm 0,3$), trong khi nhóm LABA/LAMA/ICS có FEV₁ thấp nhất ($34,7 \pm 7,6\%$) và số đợt cấp cao nhất ($2,7 \pm 0,6$). Kết quả này phản ánh thực tế rằng bệnh nhân với triệu chứng nặng hơn và nhiều đợt cấp hơn thường được kê đơn liệu pháp ba thuốc, phù hợp với khuyến cáo điều trị hiện nay¹.

Kết quả nổi bật trong nghiên cứu của chúng tôi là mối liên quan mạnh mẽ giữa các bệnh đồng mắc tim mạch và nguy cơ đợt cấp COPD. Bệnh nhân có suy tim có nguy cơ đợt cấp cao nhất với tỷ suất chênh OR = 46,60 (95% CI: 8,95-242,68).

Bệnh tim thiếu máu cục bộ là yếu tố nguy cơ đáng kể thứ hai với OR = 24,10 (95% CI: 11,40-50,97). Tăng huyết áp cũng làm tăng nguy cơ đợt cấp với OR = 3,69 (95% CI: 2,19-6,23)².

Mối liên quan mạnh mẽ giữa bệnh tim mạch và đợt cấp COPD có thể được giải thích bởi nhiều cơ chế bệnh sinh. Suy tim có thể làm trầm trọng thêm các triệu chứng hô hấp như khó thở, làm tăng nguy cơ phù phổi và viêm phổi, các tình trạng có thể kích hoạt hoặc bị nhầm lẫn với đợt cấp COPD. Bệnh tim thiếu máu cục bộ và COPD chia sẻ nhiều yếu tố nguy cơ chung như hút thuốc lá và tình trạng viêm mạn tính⁵.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan nghịch giữa FEV₁ và nguy cơ đợt cấp, với hiệu số chuẩn hóa SMD = -1,42 (95% CI: -1,70 đến -1,15). Bệnh nhân có nhiều đợt cấp có FEV₁ thấp hơn đáng kể so với nhóm ít đợt cấp (41,6 ± 6,3% so với 51,3 ± 7,3%, p<0,001). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu ECLIPSE, Hurst và cộng sự báo cáo rằng FEV₁ thấp là yếu tố dự báo độc lập cho đợt cấp thường xuyên³.

Mối liên quan này có thể được giải thích bởi việc giảm FEV₁ phản ánh mức độ tắc nghẽn đường thở nặng hơn, giảm dự trữ hô hấp và tăng tình trạng viêm đường thở, tất cả đều làm tăng nhạy cảm với các tác nhân gây đợt cấp như nhiễm trùng hô hấp⁸.

Điểm CAT cao cũng được xác định là yếu tố dự báo đợt cấp với SMD = 1,02 (95% CI: 0,76-1,29). Số bệnh đồng mắc cao cũng làm tăng nguy cơ đợt cấp (SMD = 1,18; 95% CI: 0,91-1,44). Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của đánh giá và điều trị toàn diện các bệnh đồng mắc ở bệnh nhân COPD⁷.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được ghi nhận. Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang tại một trung tâm duy nhất nên tính đại diện của mẫu nghiên cứu có thể bị hạn chế, chưa phản ánh đầy đủ đặc điểm của toàn bộ quần thể bệnh nhân COPD tại Việt Nam. Thứ hai, mặc dù các mối liên quan thống kê mạnh mẽ được tìm thấy, nhưng thiết kế nghiên cứu không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố nguy cơ và đợt cấp COPD. Khoảng tin cậy rộng của một số biến số, đặc biệt là suy tim (95% CI: 8,95-242,68), cho thấy cần thận trọng khi diễn giải kết quả và cần các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để xác nhận. Hơn nữa, nghiên cứu chưa thu thập đầy đủ thông tin về các biến số quan trọng khác như chỉ số hô hấp (DLco), dữ liệu hình ảnh học (CT ngực), và các chỉ điểm sinh học viêm, khiến cho

việc đánh giá toàn diện các cơ chế bệnh sinh bị hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp các dữ liệu quan trọng về đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của đợt cấp COPD tại bệnh viện Quận 11. Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân COPD thuộc giai đoạn GOLD 3, với gánh nặng triệu chứng đáng kể. Các bệnh đồng mắc tim mạch, đặc biệt là suy tim và bệnh tim thiếu máu cục bộ, cùng với chức năng phổi kém (FEV₁ thấp) là những yếu tố nguy cơ mạnh nhất của đợt cấp COPD.

Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của đánh giá toàn diện bệnh nhân COPD, bao gồm sàng lọc và điều trị tích cực các bệnh đồng mắc tim mạch. Cần có thêm các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để xác nhận các kết quả này và đánh giá hiệu quả của các can thiệp nhằm giảm tần suất đợt cấp ở bệnh nhân COPD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Agustí, A., Celli, B. R., Criner, G. J., et al. (2023). Global initiative for chronic obstructive lung disease 2023 report: GOLD executive summary. *European Respiratory Journal*, 61(4).
2. Chen, W., Thomas, J., Sadatsafavi, M., et al. (2015). Risk of cardiovascular comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Respiratory Medicine*, 3(8), 631-639.
3. Hurst, J. R., Anzueto, A., Vestbo, J. (2017). Susceptibility to exacerbation in COPD. *The Lancet Respiratory Medicine*, 5(9), e29.
4. Lâm, H. T., Ekerljung, L., Tuong, N. V., et al. (2014). Prevalence of COPD by disease severity in men and women in northern Vietnam. *COPD*, 11(5), 575-581.
5. MacLeod, M., Papi, A., Contoli, M., et al. (2021). Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation fundamentals: diagnosis, treatment, prevention and disease impact. *Respirology*, 26(6), 532-551.
6. Sin, D. D., Man, S. P. (2003). Why are patients with chronic obstructive pulmonary disease at increased risk of cardiovascular diseases? The potential role of systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. *Circulation*, 107(11), 1514-1519.
7. Vanfleteren, L. E., Spruit, M. A., Groenen, M., et al. (2013). Clusters of comorbidities based on validated objective measurements and systemic inflammation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 187(7), 728-735.
8. Wedzicha, J. A., Seemungal, T. A. (2007). COPD exacerbations: defining their cause and prevention. *The Lancet*, 370(9589), 786-796.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2024 – 2025

Trần Hải Yến¹, Hoàng Việt Bách²,
Nguyễn Hà Thu¹, Vũ Thị Quí¹, Lê Thị Hương¹

TÓM TẮT

Tình trạng dinh dưỡng ở người bệnh ung thư đại trực tràng (UTĐTT) trước phẫu thuật luôn là vấn đề rất đáng quan tâm vì nó ảnh hưởng trực tiếp quá trình hồi phục hay đáp ứng điều trị trong các liệu trình tiếp theo. Việc xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của người bệnh là cần thiết để có phương án can thiệp cải thiện kết cục điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả một số yếu tố liên quan của người bệnh ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được tiến hành trên 126 người bệnh ung thư đại trực tràng trước phẫu thuật tại Bệnh viện K từ 06/2024 – 03/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) theo BMI và PG-SGA lần lượt là 17,46% và 91,27%. Theo BMI, nữ giới (28%) có nguy cơ SDD cao hơn nam giới (10,5%) với $p = 0,011$ (OR = 0,303; 95%CI = 0,12 – 0,79). Người bệnh ung thư đại tràng có lệ thiếu máu (35,1%) cao hơn trực tràng (15,4%) với $p = 0,014$ (OR = 2,979; 95%CI = 1,22–7,27). Theo PG-SGA tình trạng SDD của đại tràng (95,95%) cao hơn trực tràng (84,62%) với $p = 0,049$; 95%CI = 1,08 – 17,09). **Kết luận:** Nguy cơ SDD của người bệnh ung thư đại trực tràng trước phẫu thuật còn cao. Tuổi và vị trí ung thư là hai yếu tố liên quan trực tiếp đến tình trạng dinh dưỡng. Cụ thể nam giới có nguy cơ SDD theo BMI chỉ bằng 0,3 lần so với nữ giới (OR = 0,303; 95%CI = 0,12 – 0,79). Theo PG-SGA vị trí ung thư ở đại tràng có nguy cơ SDD cao gấp 4 lần so với ung thư trực tràng (OR = 4,303; 95%CI = 1,08 – 17,09).

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng, suy dinh dưỡng, trước phẫu thuật.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED STATUS OF COLORECTAL CANCER PATIENTS BEFORE SURGERY AT K HOSPITAL 2024-2025

The nutritional status of colorectal cancer (CRC) patients before surgery is always a critical issue, as it directly impacts the recovery process and treatment response in subsequent regimens. It's essential to identify factors influencing patients' nutritional status for optimal **Objective:** To describe factors associated with nutritional status in CRC patients at K Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 126 colorectal cancer patients before surgery at K Hospital from June 2024 to March 2025. **Results:** The malnutrition rates according to

BMI and PG-SGA were 17.46% and 91.27%, respectively. Based on BMI, females (28%) had a higher risk of malnutrition than males (10.5%) with $p = 0.011$ (OR = 0.303; 95% CI = 0.12–0.79). Hemoglobin levels indicated a higher anemia rate in colon cancer patients (35.1%) compared to rectal cancer patients (15.4%) with $p = 0.014$ (OR = 2.979; 95% CI = 1.22–7.27). Similarly, according to PG-SGA, the malnutrition rate in colon cancer patients (95.95%) was higher than in rectal cancer patients (84.62%) with $p = 0.049$; 95% CI = 1.08–17.09). **Conclusion:** The risk of malnutrition in colorectal cancer patients before surgery remains high. Age and tumor location are two factors directly associated with nutritional status. Specifically, males have only 0.3 times the risk of malnutrition based on BMI compared to females (OR = 0.303; 95% CI = 0.12 – 0.79). According to the PG-SGA, patients with colon cancer have a fourfold higher risk of malnutrition compared to those with rectal cancer (OR = 4.303; 95% CI = 1.08 – 17.09). **Keywords:** Colorectal cancer, malnutrition, before surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê Ung thư Toàn cầu năm 2024 của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (American Cancer Society-ACS) và Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Thế giới (International Agency for Research on Cancer - IARC), năm 2022 ước tính có khoảng 20 triệu trường hợp ung thư mới và 9,7 triệu ca tử vong trên toàn thế giới; dự kiến đến năm 2050 số ca ung thư cần mổ 35 triệu¹. Dữ liệu của Global Cancer Observatory 2022, tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng có tỉ lệ mới mắc cao thứ 4 đồng thời tỉ lệ tử vong cao đứng thứ 5 trên tổng các mặt bệnh ung thư, phản ánh vấn đề sức khỏe cộng đồng cần được quan tâm sâu sắc². Mặc dù có tỉ lệ mắc và tử vong cao nhưng tình trạng dinh dưỡng để hỗ trợ điều trị và phục hồi lại kém được quan tâm khiến tình trạng SDD trở nên phổ biến³. Trong những năm gần đây các nghiên cứu trong và ngoài nước đều đưa ra tỉ lệ SDD với UTĐTT theo PG-SGA chiếm tới trên 40% đồng thời cũng chỉ ra một số yếu tố liên quan ảnh hưởng đến tình trạng dinh dưỡng^{4,5}. Vì vậy, để cập nhật thêm dữ liệu nhằm phản ánh đúng thực trạng hiện tại, phục vụ cho công tác sàng lọc, can thiệp hiệu quả nên với những lý do trên chúng tôi tiến hành đề tài: "*Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh ung thư đại trực tràng trước phẫu thuật tại Bệnh viện K năm 2024 – 2025*".

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hải Yến

Email: haiyen16011012@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025