

kháng thuốc trong quần thể vi khuẩn và giữa quần thể các loài vi khuẩn khác nhau. Do đó, tỷ lệ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* cũng bị ảnh hưởng bởi dịch tễ học và tình hình đề kháng kháng sinh chung trong khu vực. Vì vậy, việc lựa chọn kháng sinh điều trị nên được kết hợp với các yếu tố nguy cơ của người bệnh và dịch tễ học của các chủng *P. aeruginosa* tại từng khu vực. Bên cạnh đó việc thực hiện tốt công tác kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện sẽ góp phần loại bỏ sự tồn tại của vi khuẩn gây bệnh, giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng cơ hội và nhiễm khuẩn bệnh viện.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Thứ nhất, dữ liệu trong nghiên cứu này chỉ từ một bệnh viện duy nhất, không phản ánh toàn bộ tỷ lệ nhiễm và mô hình đề kháng kháng sinh của vi khuẩn tại khu vực. Do đó, những cuộc khảo sát tiến hành với quy mô lớn hơn là điều rất cần thiết. Thứ hai, do hạn chế về tiếp cận thông tin lâm sàng, nhóm nghiên cứu chưa thu thập được các thông tin về thời gian nằm viện, chẩn đoán và phác đồ điều trị cũng như các yếu tố liên quan khác.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu cung cấp các dữ liệu quan trọng về tỷ lệ nhiễm cũng như mức độ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa*. Tỷ lệ nhiễm *P. aeruginosa* là 2,0% và tỷ lệ này cao hơn ở nhóm tuổi <20 và >60. *P. aeruginosa* là căn nguyên thường xuyên gây nhiễm trùng đường hô hấp và nhiễm khuẩn tiết niệu. Các chủng *P. aeruginosa* phân lập được đề kháng cao với các kháng sinh ciprofloxacin, levofloxacin (>35,0%). Vì vậy, trong trường hợp cần điều trị ngay mà

chưa có kết quả kháng sinh đồ, nên hạn chế những kháng sinh này. Khi đó, piperacillin-tazobactam, cefepime và tobramycin có thể là những lựa chọn phù hợp trong điều trị nhiễm trùng do *P. aeruginosa*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tacconelli, et al** (2018). Discovery, research, and development of new antibiotics: the WHO priority list of antibiotic-resistant bacteria and tuberculosis. *Lancet Infect Dis*, 18(3): p. 318-327.
2. **Helio S. Sader, et al** (2019). Geographical and temporal variation in the frequency and antimicrobial susceptibility of bacteria isolated from patients hospitalized with bacterial pneumonia: results from 20 years of the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program (1997-2016). *J Antimicrob Chemother*, 74: p. 1595-1606.
3. **Bộ Y tế** (2017). Hướng dẫn thực hành kỹ thuật xét nghiệm Vi sinh lâm, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Huyền và cộng sự** (2023). Mức độ kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* phân lập được tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên năm 2017-2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 523, số 1, tr 115-119.
5. **Trần Đình Bình và cộng sự** (2021). So sánh tính đề kháng kháng sinh của một số loài vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế năm 2018 và 2019. *Tạp chí Y Dược Lâm sàng*, tập 108, tr 149-157.
6. **Lê Văn Cường, Dương Quang Hiệp** (2020). Sự phân bố và tính kháng thuốc của trực khuẩn mủ xanh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 511, số 1, tr 114-118.
7. **Nguyễn Thị Đoan Trinh và cộng sự** (2023). Đặc điểm gây bệnh và tính kháng kháng sinh của *Pseudomonas aeruginosa* tại Bệnh viện C Đà Nẵng. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, số 58, tr 159-166.
8. **Lubna Farooq, et al** (2019). Frequency and antibiogram of multi-drug resistant *Pseudomonas aeruginosa* in a Tertiary Care Hospital of Pakistan. *Original Article*, 35(6): p. 1622-1626.

TỈ LỆ VÀ GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG NHẬP VIỆN CỦA SUY DINH DƯỠNG TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Lê Khắc Bảo¹, Trần Thanh Tùng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy dinh dưỡng là tình trạng bệnh lý phổ biến và làm nặng thêm kết cục xấu ở người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Dù vậy, tầm quan trọng của suy dinh dưỡng chưa được chú trọng ở

nhóm người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoại trú. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ và giá trị tiền lượng nhập viện của suy dinh dưỡng trên người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu theo dõi trên 183 người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoại trú tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ tháng 03/2022 đến tháng 09/2022, được xác định tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp đánh giá tổng thể chủ quan SGA (Subjective Global Assessment). **Kết quả:** 32,2% người bệnh BPTNMT ngoại trú mắc suy dinh dưỡng, trong số đó, 27,8% ở mức độ nhẹ đến vừa và 4,4% ở mức độ nặng. Suy dinh dưỡng liên quan đến

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Tùng

Email: tranthanh tung02101994@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 12.3.2024

lập nhập viện do mọi nguyên nhân với OR = 2,45; (KTC 95% = 1,02 - 5,89; p = 0,045).

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, BPTNMT.

SUMMARY

PREVALENCE AND PREDICTIVE VALUE OF HOSPITALIZATION OF MALNUTRITION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Background: Malnutrition is a common medical condition and worsens poor outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease. However, the importance of malnutrition has not been aware enough among chronic obstructive pulmonary disease outpatients. **Objectives:** To determine the prevalence and predictive value of first hospitalization of malnourished patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Subjects and research methods:** Prospective cohort study on 183 chronic obstructive pulmonary disease outpatients at Nhan Dan Gia Dinh Hospital from March 2022 to September 2022, whose nutritional status were assessed by SGA (Subjective Global Assessment) method. **Results:** 32.2% of chronic obstructive pulmonary disease outpatients were malnutrition, of whom 27.8% and 4.4% were classified mild to moderate and severe malnutrition respectively. Malnutrition is independently associated with all-cause hospitalization OR = 2.45; (95% CI = 1.02 - 5.89; p = 0.045).

Keywords: Malnutrition, Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một trong các nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới và Việt Nam¹. Tình trạng dinh dưỡng ngày càng được công nhận là yếu tố quan trọng trong quản lý BPTNMT. Suy dinh dưỡng (SDD) ảnh hưởng xấu đến chức năng hô hấp², góp phần làm BPTNMT nặng thêm. Ngược lại, bệnh mạn tính dẫn đến rối loạn tâm thần kinh, rối loạn quá trình hấp thu chất dinh dưỡng, làm người bệnh càng suy mòn, giảm chất lượng cuộc sống, tăng nặng triệu chứng, tăng tỉ lệ nhập viện và tử vong trên BPTNMT.

Nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỉ lệ SDD ở người bệnh BPTNMT ngoại trú thay đổi từ 16,4% đến 45%³⁻⁵, tùy theo vị trí địa lý, chủng tộc, bệnh đồng mắc, tần suất đợt cấp. Ở Việt Nam hiện nay, hầu như các nghiên cứu mới chỉ tập trung đánh giá tình trạng SDD ở người bệnh nội trú mà chưa chú ý đến nhóm bệnh nhân ngoại trú.

Hiện tại chưa có hướng dẫn chính thức khuyến nghị phương pháp đánh giá dinh dưỡng quy chuẩn tại Việt Nam. Phương pháp đánh giá tổng thể theo chủ quan SGA (Subjective Global Assessment) được chứng minh có giá trị cao chẩn đoán và phân loại SDD, được dùng trong

nhiều nghiên cứu trên BPTNMT tại Việt Nam^{5,6}. SGA khảo sát nhiều phương diện khác nhau: sự thay đổi cân nặng, chế độ ăn gần đây, các triệu chứng tiêu hoá ảnh hưởng dinh dưỡng và đánh giá lâm sàng về mức độ mất lớp mỡ dưới da, teo cơ, phù hoặc báng bụng.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ và giá trị tiên lượng nhập viện của suy dinh dưỡng trên người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 18 tuổi có chẩn đoán BPTNMT tại Phòng quản lý hen và BPTNMT - Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, có thể đọc hiểu, trả lời và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đang trong đợt cấp BPTNMT và/hoặc người bệnh gù vẹo cột sống, tàn tật không đo được chiều cao, cân nặng.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Đoàn hệ tiến cứu

Cỡ mẫu: Dùng công thức tính cỡ mẫu trên dân số: $n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times p(1-p)/d^2$

Với n là cỡ mẫu tối thiểu, $Z_{(1-\alpha/2)}$ là hệ số tương ứng với khoảng tin cậy 95%, $\alpha = 5\%$, p là tỷ lệ cần xác định, d là độ chính xác mong muốn = 7,5 %, chọn p = 50% vì không tìm được nghiên cứu có các đặc điểm tương đồng về địa lý, chủng tộc so với nghiên cứu chúng tôi, cỡ mẫu tính được là n = 170.

Y đức. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Khoa học, Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh và của Bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

Thu thập và phân tích dữ liệu. Chúng tôi chọn mẫu liên tục trên người bệnh đến khám tại Phòng khám quản lý hen và BPTNMT - Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, chúng tôi thu thập số liệu và theo dõi biến cố nhập viện do mọi nguyên nhân của người bệnh trong 90 ngày.

Chúng tôi lưu trữ và xử lý dữ liệu với phần mềm STATA 14.1. Chúng tôi báo cáo tỉ lệ SDD được đánh giá theo phương pháp SGA, tỉ lệ nhập viện do mọi nguyên nhân trong thời gian theo dõi 3 tháng. Chúng tôi dùng phép kiểm χ^2 , Fisher chính xác, và hồi quy Logistic đơn biến tìm liên quan giữa các biến độc lập với kết cục nhập viện do mọi nguyên nhân. Chúng tôi dùng hồi quy Logistic đa biến để xác định mối liên quan độc lập giữa SDD với biến cố nhập viện do mọi nguyên nhân.

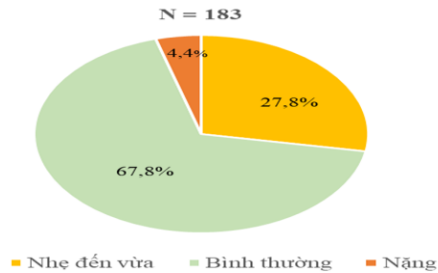
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 183 đối tượng nghiên cứu được theo

đổi đủ 90 ngày, có 50 (27,3%) người bệnh nhập viện do mọi nguyên nhân, trong đó ghi nhận có 3 trường hợp tử vong.

Đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu thể hiện ở Bảng 1.

Tỉ lệ suy dinh dưỡng: 32,2% có SDD theo phương pháp SGA, trong đó có 27,8% SDD mức độ nhẹ đến vừa và 4,4% SDD mức độ nặng (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Tỉ lệ suy dinh dưỡng
Bảng 1. Đặc điểm cơ bản của ĐTNC

| Đặc điểm cơ bản (n=183) | | Min | Max |
|--|-----------|------|------|
| Tuổi | 66,1±9,4 | 41 | 91 |
| Giới tính nam, n (%) | 167(91,3) | | |
| BMI (kg/m ²) | 20,9±3,1 | 11,6 | 32,1 |
| Tiền sử có hút thuốc lá, n(%) | 168(91,8) | | |
| Tình trạng đang hút thuốc lá, n (%) | 24(13,1) | | |
| ≥ 1 đợt cấp nhập viện trong 12 tháng, n (%) | 55(30,1) | | |
| % GTĐĐ FEV1 sau test giãn phế quản ≥ 50, n (%) | 115(62,8) | | |
| Phân nhóm BPTNMT, n (%) | | | |
| A | 7(3,8) | | |
| B | 105(57,4) | | |
| C | 14(7,7) | | |
| D | 57(31,2) | | |
| Đang sử dụng LABA+ICS, n(%) | 105(57,4) | | |
| Tăng huyết áp, n (%) | 83(45,4) | | |
| Suy tim sung huyết, n (%) | 6(3,3) | | |
| Ung thư, n (%) | 7(3,8) | | |

Mối liên quan giữa suy dinh dưỡng và kết cục nhập viện do mọi nguyên nhân

So với người bệnh có tình trạng dinh dưỡng bình thường, những người bệnh SDD có tỉ lệ nhập viện cao hơn đáng kể (50,9% so với 16,1%). Để loại trừ các yếu tố tuổi, chức năng phổi, thời gian mắc bệnh, bệnh đồng mắc có thể ảnh hưởng tình trạng dinh dưỡng như ung thư, suy tim sung huyết, phân tích hồi quy Logistic đa biến được thực hiện để xác định mối liên quan độc lập giữa suy dinh dưỡng và kết cục nhập viện (Bảng 2)

Bảng 2. Kết quả phân tích đa biến các yếu tố liên quan kết cục nhập viện

| STT | Yếu tố | OR | KTC 95% | P |
|-----|-----------------------------------|-------|-------------|-------|
| 1 | SDD | 2,49 | 1,02-6,07 | 0,045 |
| 2 | BMI | 0,83 | 0,71-0,97 | 0,019 |
| 3 | %GTĐĐ FEV1 ≥50% | 0,68 | 0,30-1,57 | 0,371 |
| 4 | Số đợt cấp nhập viện 12 tháng qua | 2,85 | 1,77-4,59 | 0,000 |
| 5 | Số năm mắc BPTNMT | 0,98 | 0,84-1,14 | 0,773 |
| 6 | Suy tim sung huyết | 1,13 | 0,13-9,89 | 0,911 |
| 7 | Ung thư | 55,61 | 5,61-551,31 | 0,001 |

Qua mô hình tiên lượng nhập viện do mọi nguyên nhân (Bảng 3), SDD là một yếu tố liên quan độc lập với nhập viện do mọi nguyên nhân với OR hiệu chỉnh 2,45 (KTC 95% 1,02 - 5,89; p = 0,045). BMI, số đợt cấp BPTNMT nhập viện 12 tháng qua và ung thư đồng mắc cũng là yếu tố liên quan độc lập với kết cục nhập viện do mọi nguyên nhân.

Bảng 3: Mô hình các yếu tố tiên lượng nhập viện do mọi nguyên nhân.

| STT | Yếu tố | Hệ số | OR | KTC 95% | P |
|-----------------|--------------------------------|--------|-------|-------------|-------|
| 1 | SDD | 0,897 | 2,45 | 1,02-5,89 | 0,045 |
| 2 | BMI | -0,189 | 0,83 | 0,71-0,96 | 0,016 |
| 3 | Đợt cấp nhập viện 12 tháng qua | 1,057 | 2,88 | 1,79-4,61 | 0,000 |
| 4 | Ung thư | 3,884 | 48,64 | 5,08-465,93 | 0,001 |
| Hằng số = 1,702 | | | | | |

IV. BÀN LUẬN

Đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam xác định tỉ lệ SDD và đánh giá liên quan giữa SDD với nhập viện ở người bệnh BPTNMT ngoại trú trên cỡ mẫu lớn (n = 183). Tỉ lệ SDD ở mức cao (32,2%) và SDD được chứng minh là yếu tố liên quan độc lập với kết cục nhập viện do mọi nguyên nhân trong 3 tháng theo dõi.

Tỉ lệ suy dinh dưỡng. Tỷ lệ SDD 32,2% trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Hogan D 44,8%, dù cả hai nghiên cứu đều đánh giá trên dân số BPTNMT ngoại trú tại Thành phố Hồ Chí Minh ⁵. Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu của tác giả thấp hơn (n = 29) và tiến hành đã lâu, từ năm 2014. Hiện nay người bệnh có thể được giáo dục về BPTNMT và cách chăm sóc sức khỏe, cải thiện dinh dưỡng nên có thể tỷ lệ SDD hiện tại ít hơn.

Tỷ lệ SDD trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Vũ Thị Thanh (96,6%) ⁶. Sự khác biệt có thể do dân số nghiên cứu khác nhau khi Vũ Thị Thanh chọn người bệnh đợt cấp BPTNMT cần thở máy là đối tượng nghiên cứu. Người bệnh BPTNMT nhập viện thường có tình trạng dinh dưỡng kém hơn so với ngoại trú, do

tác động tiêu cực của các triệu chứng đợt cấp tăng nặng đến dinh dưỡng và trạng thái tâm lý căng thẳng, trầm cảm. Đặc biệt người bệnh thở máy, hầu hết là bệnh nặng phải nuôi ăn qua đường tĩnh mạch, nhu cầu chuyển hoá cao, từ việc kết hợp tình trạng vừa giảm cung cấp dinh dưỡng vừa tăng nhu cầu sử dụng năng lượng làm tỉ lệ SDD rất cao trong nghiên cứu của tác giả này. Một phân tích gộp của tác giả Sehgal và cộng sự báo cáo tỷ lệ SDD ở người bệnh BPTNMT đợt cấp cao hơn (75,8%; KTC 95% = 54,6 - 97%) so với nhóm người bệnh BPTNMT ổn định (36,9%; KTC 95% = 25,7 - 48,2%)⁷.

Tỉ lệ SDD trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Hoong J M (16,4%), Soler J J (19,1%)^{3,4}. Sự khác biệt có thể là do quản lý chế độ dinh dưỡng tại Việt Nam khác biệt các nước tiên tiến, và một số người bệnh Việt Nam do điều kiện kinh tế bản thân hạn chế nên khó có bữa ăn đảm bảo dinh dưỡng. Thực vậy, Sehgal ghi nhận tỉ lệ SDD ở các nước đang phát triển cao hơn nhiều so với dân số chung qua một phân tích gộp so sánh giữa nhiều nghiên cứu khác nhau trên thế giới⁷. Ngoài ra, việc sử dụng các tiêu chuẩn chọn mẫu khác nhau cũng ảnh hưởng đến kết quả khi tác giả Soler J J sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán BPTNMT của Hiệp hội phẫu thuật lồng ngực và mạch máu Tây Ban Nha (SEPAR), loại ra những bệnh nhân có bệnh lý đồng mắc có thể làm thay đổi tình trạng dinh dưỡng như xơ gan, ung thư, suy tim, suy thận mạn, rối loạn nhịp tim mạn tính hay sử dụng corticosteroid toàn thân kéo dài⁴. Trong khi đó chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán BPTNMT của GOLD 2021 và không loại trừ các bệnh lý đồng mắc trong tiêu chuẩn loại trừ, điều đó có thể làm ảnh hưởng đến tỉ lệ SDD trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Về phía nghiên cứu của Hoong J M và cộng sự (2016) dựa vào thông tin hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, điều này có thể dẫn đến thiếu sót trong chẩn đoán SDD như chính tác giả đã nhận định. Nghiên cứu chúng tôi là tiến cứu, đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tại thời điểm thu nhận, và theo dõi các biến cố trong 3 tháng.

Mối liên quan giữa SDD và kết cục nhập viện do mọi nguyên nhân. SDD là hậu quả của quá trình tiến triển sinh lý bệnh theo thời gian liên quan BPTNMT trong đó người mắc bệnh nặng hơn có chức năng hô hấp kém hơn và các quá trình viêm gia tăng góp phần dẫn đến sự phát triển của SDD và suy giảm khả năng sống còn sau đó. Theo chiều ngược lại SDD cũng liên

quan đến các kết cục xấu của BPTNMT. Phân tích hồi quy Logistic đa biến trong nghiên cứu chúng tôi cho thấy SDD, BMI, số đợt cấp nhập viện 12 tháng qua, ung thư liên quan độc lập kết cục nhập viện do mọi nguyên nhân trong BPTNMT.

Căn nguyên của SDD trong BPTNMT là đa yếu tố và phức tạp, đồng thời cả hai đều có thể có liên quan với nhau. Tuy nhiên, một tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp gần đây đã chỉ ra rằng hỗ trợ dinh dưỡng sẽ cải thiện được chức năng hô hấp, ngoài ra còn nâng cao miễn dịch, từ đó cải thiện được chất lượng cuộc sống, giảm tần suất xuất hiện đợt cấp BPTNMT cần nhập viện⁸. Nghiên cứu chứng minh liên quan giữa SDD với kết cục nhập viện và tử vong của tác giả Hoong J M (2016), tác giả Charlotte L (1999) đều cho thấy SDD làm tăng nguy cơ nhập viện, tử vong trên BPTNMT^{3,8}, tương tự nghiên cứu chúng tôi. Nghiên cứu thuần tập hồi cứu của Zapatero và cộng sự (2013) trên hơn 300.000 người bệnh BPTNMT điều trị nội trú ghi nhận: người bệnh béo phì có nguy cơ tái nhập viện thấp hơn so với không béo phì⁹. Tác giả này cũng phát hiện ra rằng người bệnh SDD có nguy cơ tử vong cao hơn đáng kể khi nhập viện và tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê. Schols A M và cộng sự (1997) tiến hành thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng với giả được trên 203 người bệnh BPTNMT ngoại trú, nghiên cứu tác động hỗ trợ dinh dưỡng cho thấy tăng cân trong BPTNMT làm giảm nguy cơ nhập viện và tử vong; BMI, tuổi, tăng cân là yếu tố độc lập tiên lượng khả năng sống còn trong BPTNMT¹⁰. Nghiên cứu này cũng cho thấy người bệnh BPTNMT có SDD cần nhập viện điều trị nhiều hơn và thời gian nằm viện dài hơn; tỉ lệ tái nhập viện vì đợt cấp BPTNMT cao hơn; tăng tỉ lệ loét do tì đè và chậm lành vết thương¹⁰. Với tần suất nhập viện cao và thời gian nằm viện kéo dài, người bệnh BPTNMT có SDD sẽ làm tăng nguy cơ phơi nhiễm với các bệnh lý nguy hiểm xuất hiện tại cơ sở điều trị Y tế như viêm phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn bệnh viện. Điều này có thể ảnh hưởng trực tiếp đến điều trị và tiên lượng sống còn của người bệnh.

Vậy qua các nghiên cứu kể trên, dù cho sử dụng các thiết kế nghiên cứu và công cụ xác định SDD khác nhau, trên cỡ mẫu tương tự hay lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều, đều cho nhận định chung rằng SDD là yếu tố liên quan với kết cục nhập viện do mọi nguyên nhân, cụ thể là SDD làm tăng nguy cơ nhập viện giống với kết quả báo cáo trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 183 người bệnh BPTNMT ngoại trú đang điều trị tại khoa Nội hô hấp - Cơ xương khớp, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định khảo sát tỉ lệ và giá trị tiên lượng nhập viện của suy dinh dưỡng trên người bệnh BPTNMT cho thấy:

1) Tỉ lệ SDD của người bệnh BPTNMT ngoại trú là 32,2%, trong đó tỉ lệ SDD mức độ nhẹ đến vừa là 27,8% và SDD mức độ nặng là 4,4%.

2) SDD là yếu tố liên quan độc lập với kết cục nhập viện do mọi nguyên nhân với OR hiệu chỉnh = 2,45; KTC 95% = 1,02 - 5,89; p = 0,045.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mathers C D, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. PLOS Medicine. 2006;3 (11), pp. e442.
2. Ezzell L, Jensen GL. Malnutrition in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Clin Nutr. Dec 2000;72(6):1415-6
3. Hoona J M, Ferguson M, Hukins C, & Collins PF. Economic and operational burden associated with malnutrition in chronic obstructive pulmonary disease. Clinical Nutrition. 2017;36(4):1105-9.
4. Soler J. J, Sánchez L, Román P, Martínez M.A, & Perpiñá M. Prevalence of Malnutrition in

Outpatients With Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Archivos de Bronconeumología (English Edition). 2004;40(6), 250-8.

5. Hogan D, Lan LT, Diep DT, Gallegos D, Collins PF. Nutritional status of Vietnamese outpatients with chronic obstructive pulmonary disease. J Hum Nutr Diet. Feb 2017;30(1):83-89.
6. Vũ Thị Thanh. Hiệu quả chế độ dinh dưỡng giàu lipid trong điều trị người bệnh đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thở máy. Luận án Tiến sĩ. 2017. Đại học Y Hà Nội
7. Sehgal I S, Dhooria S, Agarwal R. Chronic obstructive pulmonary disease and malnutrition in developing countries. Curr Opin Pulm Med. Mar 2017;23(2):139-48.
8. Landbo C, Prescott E, Lange P, Vestbo J, Almdal TP. Prognostic value of nutritional status in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. Dec 1999;160(6):1856-61
9. Zapatero A, Barba R, Ruiz J, Losa JE, et al. Malnutrition and obesity: influence in mortality and readmissions in chronic obstructive pulmonary disease patients. J Hum Nutr Diet. 2013;26:16-22
10. Schols A M, Slangen J, Volovics L, Wouters E F. Weight loss is a reversible factor in the prognosis of chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. Jun 1998;157(6 Pt 1):1791-7.

TỶ LỆ MỔ LẤY THAI VÀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CÁC SẢN PHỤ ĐƯỢC MỔ LẤY THAI TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2023

Nguyễn Thị Hà Phương¹, Lê Thị Thanh Tâm¹,
Nguyễn Thị Minh Huệ¹, Vũ Thị Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ mổ lấy thai và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các sản phụ được mổ lấy thai tại khoa Phụ sản Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả mô tả cắt ngang tiến cứu 398 sản phụ được mổ lấy thai tại khoa Phụ sản Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 05 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023. **Kết quả:** Có 398/981 ca MLT, tỷ lệ mổ lấy thai là 40,6%. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các sản phụ mổ lấy thai: tình trạng các sản phụ mổ lấy thai chủ yếu là khỏe mạnh (83,4%), cách thức có thai chủ yếu là có thai tự nhiên (92,2%). Tình trạng ối và ngôi thai trước mổ chủ yếu là ối còn, số lượng bình thường, ngôi đầu; tỉ lệ bất thường ối, ngôi

ngược chiếm tỉ lệ thấp. Vị trí bánh rau, tim thai trước mổ phần lớn là bình thường. Có 34,4% trường hợp đã mổ lấy thai 1 lần; 10,3% trường hợp đã mổ lấy thai 2 lần. Tuổi thai chủ yếu từ 37 – 41 tuần chiếm 89,1%. Trước mổ, cổ tử cung có độ mở từ dưới 2 cm chiếm tỷ lệ chủ yếu với 86,2%; Trung bình độ mở CTC trước mổ là $1,16 \pm 0,44$ cm. **Kết luận:** Tỷ lệ mổ lấy thai tại khoa Phụ sản Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An khá cao, các trường hợp mổ lấy thai chủ yếu có đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bình thường.

Từ khóa: mổ lấy thai, sản phụ.

SUMMARY

CAESAREAN SECTION RATES AND CLINICAL CHARACTERISTICS, SUBCLINICAL FEATURES OF MOTHERS UNDERGOING CAESAREAN SECTION AT THE OBSTETRICS DEPARTMENT OF FRIENDSHIP GENERAL MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL IN NGHE AN PROVINCE IN 2023

Objective: To caesarean section rates and clinical characteristics, subclinical features of mothers undergoing caesarean section at the obstetrics

¹Trường Đại học Y Khoa Vinh

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hà Phương

Email: drhaphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024