

một lần thực hiện xét nghiệm khá tốn kém và chưa phải thể tiếp cận tới phụ nữ mang thai trên toàn quốc.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ thai phụ Việt Nam mang đột biến gen G6DP là 5,28%, gồm 19 loại đột biến gen được phát hiện. Hầu hết đột biến trên gen G6DP là đột biến c.961G>A (p.Val321Met) và đột biến c.1478G>A (p.Arg493His), chiếm 47,47% trong tổng số đột biến phát hiện được của gen G6DP. Trong tương lai, việc mở rộng và phát triển các chương trình sàng lọc đột biến gen G6DP cho thai phụ Việt Nam là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **MICS 2014** Tiếng Việt.pdf. Multiple Indicator Cluster survey. <https://www.unicef.org/vietnam/topics/multiple-indicator-cluster-survey>
2. **Luzzatto L, Ally M, Notaro R.** Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. *Blood*. Sep 10 2020; 136(11):1225-1240. doi:10.1182/blood.2019000944
3. **Richardson SR, O'Malley GF.** Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency. StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024.
4. **Vidavalur R, Ezeaka VC, Bhutani VK.** Estimated disease burden and lost economic productivity due to glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency in Nigerian newborns. *Semin Perinatol*. Feb 2021;45(1):151360. doi:10.1016/j.semperi.2020.151360
5. **Nguyen TT, Le QT, Hoang DT, et al.** Massively parallel sequencing uncovered disease-associated variant spectra of glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency, phenylketonuria and galactosemia in Vietnamese pregnant women. *Mol Genet Genomic Med*. Jul 2022;10(7):e1959. doi:10.1002/mgg3.1959
6. **Bancone G, Menard D, Khim N, et al.** Molecular characterization and mapping of glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) mutations in the Greater Mekong Subregion. *Malar J*. Jan 23 2019;18(1):20. doi:10.1186/s12936-019-2652-y
7. **Liu Z, Yu C, Li Q, et al.** Chinese newborn screening for the incidence of G6PD deficiency and variant of G6PD gene from 2013 to 2017. *Hum Mutat*. Jan 2020;41(1):212-221. doi:10.1002/humu.23911
8. **Lover AA, Dantzer E, Hongvanthong B, et al.** Prevalence and risk factors for asymptomatic malaria and genotyping of glucose 6-phosphate (G6PD) deficiencies in a vivax-predominant setting, Lao PDR: implications for sub-national elimination goals. *Malar J*. Jun 1 2018;17(1):218. doi:10.1186/s12936-018-2367-5

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG CỦA MỘT SỐ THANG ĐIỂM TRÊN BỆNH NHÂN BỎNG HÔ HẤP

Nguyễn Thái Ngọc Minh¹, Trần Đình Hùng^{1,2}, Nguyễn Như Lâm^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị tiên lượng tử vong của một số thang điểm trên bệnh nhân bỏng hô hấp. **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả trên 76 bệnh nhân người lớn bỏng hô hấp, nhập viện trong 48 giờ từ khi bị bỏng, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Bỏng Quốc Gia Lê Hữu Trác từ 11/2021 đến 2/2024. Tại thời điểm vào viện, các thang điểm tiên lượng được sử dụng để đánh giá gồm BOBI, rBaux và ABSI. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong chung của nhóm nghiên cứu là 73,7%, phụ thuộc vào tuổi, diện tích và độ sâu tổn thương bỏng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm cứu sống và tử vong về điểm của các thang điểm tiên lượng. Trong đó, thang điểm **rBaux và ABSI** có giá trị tiên lượng tử vong tốt với diện tích dưới đường cong >0,8, thang điểm rBaux

có AUC cao nhất = 0,8393. **Kết luận:** Đối với bệnh nhân bỏng hô hấp, thang điểm **rBaux** có giá trị tiên lượng tử vong tốt nhất, phù hợp áp dụng trên lâm sàng. **Từ khóa:** Tiên lượng tử vong, bỏng hô hấp

SUMMARY

EVALUATION THE ROLE OF SOMEMORTALITY PROGNOSTIC SCORES FOR INHALATION INJURY PATIENT

Objective: Evaluate the mortality prognostic value of prognostic scores for inhalation injury burn patients. **Subjects:** Prospective, descriptive study on 76 adult inhalation injury burn patients, hospitalized within 48 hours of burn injury. Patients treated at the Intensive Care Unit - Le Huu Trac National Burn Hospital from November 2021 to February 2024. Hospitalized patients were scored according to the prognostic score used for inhalation injury burn patients. **Results:** The mortality rate of inhalation injury burn patients is 73,7%, depending on age, area and depth of burn wound. There was a statistically significant difference between the survivor and death groups in the value of the prognostic scores. The rBaux and ABSI scores had good mortality prognostic value with area under the curve >0,8, the rBaux score

¹Học viện Quân Y

²Bệnh viện Bỏng Quốc Gia Lê Hữu Trác

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Ngọc Minh

Email: minhnguyennib@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

had the highest AUC = 0.8393.. **Conclusions:** The rBaux score had the best mortality prognostic value and suitable for clinical application against inhalation injury burn patient. **Keywords:** Prognostic of mortality, inhalation injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong hô hấp là thể bong đặc biệt với cơ chế tổn thương do bệnh nhân hít phải khói, khí nóng và các sản phẩm thải ra từ đám cháy trong các vụ hỏa hoạn. Trên thế giới, tỷ lệ bệnh nhân bong hô hấp chiếm khoảng 5-30% tổng số bệnh nhân bong, bong hô hấp thường kết hợp với bong da vì vậy thường là các trường hợp bong nặng và rất nặng. Mặc dù có nhiều tiến bộ điều trị nhưng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân bong hô hấp còn cao, đặc biệt là ở các nước đang phát triển [1]. Để đánh giá mức độ và phân loại bệnh nhân nhiều thang điểm đã được nghiên cứu và phát triển. Đa số các thang điểm tiên lượng khả năng cứu sống bệnh nhân bong đều gồm các yếu tố: tuổi, giới tính, diện tích và độ sâu tổn thương bong, chỉ một số tính đến yếu tố bong hô hấp. Hiện nay có một số thang điểm có tính đến yếu tố bong hô hấp như BOBI (Belgium Outcome of Burn Injury Score), rBaux (Revised Baux Score) và ABSI (Abbreviated Burn Severity Index) nhưng vai trò của giá trị tiên lượng còn nhiều tranh luận. Tại Việt Nam đã ứng dụng nhiều thang điểm trong đánh giá tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân bong nói chung, nhưng ít nghiên cứu đánh giá riêng cho nhóm bệnh nhân bong bong hô hấp. Xuất phát từ những nhận xét trên, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài với mục tiêu: *Đánh giá giá trị tiên lượng tử vong của một số thang điểm trên bệnh nhân bong hô hấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

+ Nghiên cứu trên 76 bệnh nhân bong hô hấp, tuổi từ 16 đến 65 tuổi, nhập viện trong 48 giờ từ khi bị bong.

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định tổn thương bong hô hấp bằng nội soi phế quản ống mềm

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả

2.3. Thời gian địa điểm nghiên cứu

+ Địa điểm: Khoa Hồi sức cấp cứu - Bệnh viện Bong Quốc Gia Lê Hữu Trác

+ Thời gian nghiên cứu: từ 11/2021 đến 2/2024.

2.4. Các phương pháp tính điểm của thang điểm tiên lượng bệnh nhân bong

+ Thang điểm BOBI (Belgium Outcome of Burn Injury Score) [2]: Điểm BOBI = (Tuổi) + (% diện tích bong) + (Bong hô hấp)

Cách tính điểm các tham số và tổng điểm tương ứng với tỷ lệ tử vong như sau:

Tuổi (năm)	Điểm	Thang điểm BOBI	Tỷ lệ tử vong (%)
<50	0	Tổng điểm	
50-64	1	0	0,1
65-79	2	1	1,5
>80	3	2	5
Diện tích bong (%)	Điểm	3	10
<20	0	4	20
20-39	1	5	30
40-59	2	6	50
60-79	3	7	75
80-100	4	8	85
Bong hô hấp	Điểm	9	95
Có	3	10	100

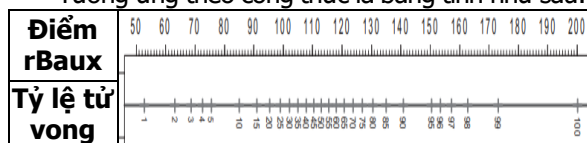
+ Thang điểm rBaux (Revised Baux Score) [3]:
Điểm rBaux = Tuổi + Tổng diện tích bong + (17 x Bong hô hấp)

Bong hô hấp: có tính là 1, không có tính là 0
Thang điểm rBaux tính tỷ lệ tử vong tương ứng bằng công thức:

$$e^{-8.8168+(0.0775*rBaux)}$$

$$\text{Tỷ lệ tử vong (\%)} = \frac{1}{1 + e^{-8.8168+(0.0775*rBaux)}}$$

Tương ứng theo công thức là bảng tính như sau:



+ Thang điểm ABSI (Abbreviated Burn Severity Index) [4]:

Điểm ABSI = Tuổi + giới tính + Có bong sâu + diện tích bong chung + bong hô hấp

Cách tính điểm các tham số và tổng điểm tương ứng với tỷ lệ tử vong như sau:

Tuổi (năm)	Điểm	Bong hô hấp	Điểm
0 – 20	1	Có	1
21 – 40	2	Không	0
41 – 60	3	Bong da có bong sâu	Điểm
61 – 80	4	Có	1
81 – 100	5	Không	0
Diện tích bong (%)	Điểm	Giới tính	Điểm
1 – 10	1	Nam	1
11 – 20	2	Nữ	0
21 – 30	3	Thang điểm ABSI	
31 – 40	4	Tổng điểm	Tỷ lệ tử vong (%)
41 – 50	5	2 – 3	< 1
51 – 60	6	4 – 5	2
61 – 70	7	6 – 7	10 – 20
71 – 80	8	8 – 9	30 – 50

81 – 90	9	10 – 11	60 - 80
91 – 100	10	>12	>90

2.5. Xử lý số liệu : - Các biến định lượng trình bày dưới dạng trung vị, khoảng tứ phân vị. Các biến định tính trình bày dưới dạng tỷ lệ %. So sánh biến định lượng bằng kiểm định Mann-Whitney

- Sử dụng phần mềm STATA 16.0 và giá trị $p < 0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Quá trình nghiên cứu và thu thập số liệu được thông qua bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y học của Bệnh viện Bông Quốc Gia Lê Hữu Trác

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

	BN nghiên cứu	Tử vong	Cứu sống	p
Số bệnh nhân	76	56 (73,7%)	20 (26,3%)	
Tuổi	37 (29 – 45)	38,5 (32 – 46)	31 (25,5 – 37)	< 0,05
Nam	58 (76,3%)	45(80,4%)	13(65%)	
Nữ	18 (23,7%)	11(19,6%)	7(35%)	
Diện tích bóng chung (%)	66 (50 – 81,5)	71,5 (60 – 89)	45 (28 – 61)	< 0,05
Diện tích bóng sâu (%)	40 (17 – 51,5)	42 (32 – 55)	15 (6 – 36,5)	< 0,05

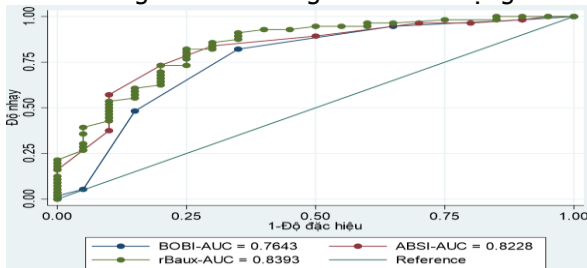
Nhận xét: Các bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là nam giới, có sự khác biệt về tuổi và diện tích bóng chung và bóng sâu ở nhóm bệnh nhân tử vong và cứu sống ($p < 0.05$).

Bảng 3.2. Đặc điểm các thang điểm tiên lượng của bệnh nhân bông hô hấp và kết quả điều trị

Thang điểm	BN nghiên cứu n=76		Tử vong n=56		Cứu sống n=20		p
	Trung vị	Khoảng tứ phân vị	Trung vị	Khoảng tứ phân vị	Trung vị	Khoảng tứ phân vị	
BOBI	6	5 – 7	6	6 – 7	5	4 – 6	< 0,05
ABSI	12	10 – 14	13	11 – 14	9,5	8 – 11	< 0,05
rBaux	120	101 – 139	130	111 – 142	93,5	81 – 109	< 0,05

Nhận xét: Điểm ABSI và rBaux ở mức cao so với tiên lượng tử vong và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các nhóm bệnh nhân tử vong và cứu sống của các thang điểm tiên lượng.

có diện tích dưới đường cong cao nhất và điểm cắt là 106 với độ nhạy 82,1%, độ đặc hiệu 70%.



Biểu đồ 1: Giá trị diện tích dưới đường cong của các thang điểm tiên lượng

Nhận xét: Điểm ABSI và rBaux có diện tích dưới đường cong AUC > 0,8. Diện tích dưới đường cong của thang điểm rBaux cao nhất là 0,8393.

Bảng 3.3. Giá trị tiên lượng của các thang điểm trong mô hình đường cong ROC

	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Diện tích dưới đường cong	KTC 95%
BOBI	5	94,6%	35%	0,7643	0,63-0,89
ABSI	10	89,3%	50%	0,8228	0,71-0,93
rBaux	106	82,1%	70%	0,8393	0,73-0,95

Nhận xét: Điểm ABSI có điểm cắt là 10 với độ nhạy 89,3%, độ đặc hiệu 50%. Điểm rBaux

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.

Các bệnh nhân bông hô hấp trong nghiên cứu là các bệnh nhân lứa tuổi trưởng thành với 76 bệnh nhân nhập viện điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Bông Quốc Gia. Trung vị độ tuổi của bệnh nhân nghiên cứu là 37 tuổi. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi, nhóm bệnh nhân tử vong là 38,5 tuổi và nhóm cứu sống là 31 tuổi với $p < 0,05$. Tuổi cũng là yếu tố tiên lượng rất quan trọng và được đưa vào hầu hết các thang điểm tiên lượng trong bông. Trong đó, các thang điểm BOBI hay ABSI đưa ra nhiều giới hạn về độ tuổi nhưng khác nhau về mặt tính toán [4], [5]. Giới tính của các bệnh nhân nghiên cứu có nam giới chiếm đa số với 76,3%. Ở nhóm bệnh nhân tử vong tỷ lệ cao hơn với 80,4% là nam giới. Thang điểm ABSI là thang điểm duy nhất sử dụng yếu tố này [4]. Diện tích bóng là yếu tố nguy cơ sử dụng trong tất cả các thang điểm đánh giá tiên lượng bệnh nhân bông và diện tích bóng từ 20% diện tích cơ thể được phân loại là mức độ bông nặng [6]. Các bệnh nhân bông hô hấp trong nghiên cứu có diện tích bóng rộng, độ sâu lớn và có khác biệt về diện tích bóng chung,

diện tích bỏng sâu giữa nhóm tử vong và nhóm cứu sống ($p < 0,05$). Tỷ lệ tử vong do bỏng hô hấp có sự khác biệt rất lớn trong các nghiên cứu. Thống kê của tác giả Kadri.S.S và cộng sự (2016) tại Mỹ, tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân có diện tích bỏng nặng ($>20\%$ diện tích cơ thể) là 50% [7]. Các bệnh nhân bỏng hô hấp có thể tăng tỷ lệ tử vong gần 24 lần đối với bệnh nhân bỏng dưới 60 tuổi và diện tích bỏng $<20\%$, điều đó phần nào lý giải tỷ lệ tử vong cao của bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ tử vong là $73,7\%$ [8].

4.2. Đánh giá các thang điểm tiên lượng tử vong

4.2.1. Thang điểm BOBI. Thang điểm BOBI (Belgium Outcome of Burn Injury Score) được công bố năm 2008 bởi bác sĩ Blot. S để dự đoán tỷ lệ tử vong do bỏng dựa trên các tiêu chí lâm sàng đơn giản và khách quan [2]. Thang điểm sử dụng các giá trị về độ tuổi, diện tích tổn thương bỏng và tình trạng bỏng hô hấp. Theo tác giả Chittoria.R.K (2021) thang điểm BOBI là một yếu tố dự đoán tỷ lệ tử vong của bệnh nhân bỏng và giúp phân loại bệnh nhân ở các nước đang phát triển. Tuy nhiên chưa thể dự đoán chính xác kết quả điều trị của bệnh nhân nếu chỉ bằng cách sử dụng điểm BOBI. Thang điểm cần bổ sung thêm tiêu chuẩn về sự thay đổi về dân số và khả năng đáp ứng y tế [5]. Kết quả đánh giá các bệnh nhân nghiên cứu đều ở mức độ bỏng nặng nhưng điểm BOBI của nhóm bệnh nhân tử vong chung trong nghiên cứu có trung vị là 6 (6 – 7), tương ứng tỷ lệ tử vong là 50% và điểm cắt chỉ là 5 với mức tiên lượng tử vong 30% đều không phù hợp với kết quả là $73,7\%$ [2]. Trong thang điểm của BOBI chưa tính đến diện tích bỏng sâu và giá trị chẩn đoán bỏng hô hấp kết hợp còn khá thấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng thang điểm BOBI cũng không có giá trị tiên lượng cao với diện tích dưới đường cong (AUC) $< 0,8$. Trong các thang điểm, thang điểm BOBI chưa chú trọng đến lứa tuổi trẻ em và trung niên cũng chưa đánh giá mức độ bỏng da và bỏng hô hấp, những yếu tố này ảnh hưởng rất lớn đến phương pháp điều trị. Đây có thể là nguyên nhân khiến thang điểm chưa có giá trị tiên lượng phù hợp với các bệnh nhân bỏng hô hấp.

4.2.2. Thang điểm ABSI. Thang điểm ABSI đã được sử dụng rộng rãi trong hơn ba thập kỷ trước và được đánh giá cao về độ chính xác trong việc dự đoán tỷ lệ tử vong của bệnh nhân bỏng [8]. Tuy nhiên, theo tác giả Andrei. M và cộng sự (2018) khi so sánh thang điểm rBaux và thang điểm ABSI trong mô hình dự báo tỷ lệ

tử vong, điểm rBaux được đánh giá là phù hợp hơn và tác giả cũng khuyến cáo sử dụng rBaux trong thực hành lâm sàng [9]. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù không tương đồng với tiên lượng tử vong khi điểm ABSI của bệnh nhân nghiên cứu có trung vị cao là 12 điểm tương đương tử vong là trên 90% nhưng tại điểm cắt của điểm ABSI trong mô hình dự đoán của đường cong ROC là 10 với độ nhạy $89,3\%$, độ đặc hiệu là 50% có giá trị tiên lượng tử vong là 60 - 80% phù hợp với kết quả nghiên cứu ($73,7\%$). Điểm ABSI đã chia nhiều nhóm tuổi hơn so với thang điểm BOBI nhưng cũng chưa có đánh giá mức độ bỏng hô hấp, thang điểm cũng yếu tố giới tính còn tính ngẫu nhiên. Điểm ABSI cũng có giá trị tốt trong mô hình tiên lượng tử vong với kết quả diện tích dưới đường cong AUC của điểm ABSI là $0,8228$.

4.2.3. Thang điểm rBaux. Trong các thang điểm tiên lượng, thang điểm rBaux không chia ra các mức độ lứa tuổi và sử dụng số tuổi của bệnh nhân giúp việc tính toán nhanh chóng và dễ dàng hơn. Tổn thương bỏng hô hấp cũng được đánh giá cao với 17 điểm trong thang điểm tính toán. Thang điểm rBaux cũng như hai thang điểm trước cũng chưa tính đến yếu tố tổn thương bỏng sâu và mức độ bỏng hô hấp. Việc tìm ra một thang điểm chính xác nhất là rất khó khăn nhưng thang điểm rBaux được nhiều nghiên cứu chứng minh sự phù hợp trong tiên lượng bệnh nhân bỏng có bỏng hô hấp kết hợp sau khi cải tiến. Tuy nhiên, thang điểm chỉ phù hợp với bệnh nhân nhóm tuổi trưởng thành và người già. Trong nghiên cứu trước đây của chúng tôi giai đoạn 2015 – 2019 về điểm rBaux cũng có giá trị tiên lượng tử vong chính xác cao ở những bệnh nhân bỏng có bỏng đường hô hấp ở người cao tuổi và có thể chấp nhận được ở bệnh nhân lứa tuổi trưởng thành [1]. Trong nghiên cứu này, thang điểm rBaux có giá trị tiên lượng tỷ lệ tử vong tốt, nhóm tử vong có trung vị 130 điểm (111 – 142) tương ứng với tỷ lệ gần 80% . Điểm cắt trong mô hình dự đoán của Điểm rBaux cũng phù hợp với kết quả đánh giá chung khi có diện tích AUC cao nhất là $0,8393$ tại điểm cắt là 106 với độ nhạy $82,1\%$ nhưng độ đặc hiệu cao nhất là 70% .

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 76 bệnh nhân bỏng hô hấp điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu – Bệnh viện Bỏng Quốc Gia, chúng tôi rút ra một số kết luận: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm cứu sống và tử vong về điểm của các

thang điểm tiên lượng. Trong đó, mô hình tiên lượng tử vong cho bệnh nhân bỏng hô hấp của thang điểm ABSI và rBaux có giá trị tiên lượng tốt với diện tích dưới đường cong ROC > 0,8. Thang điểm rBaux có giá trị tiên lượng tử vong tốt nhất trong các thang điểm nghiên cứu với diện tích dưới đường cong ROC = 0,8393 tại điểm cắt 106 có độ nhạy 82,1%, độ đặc hiệu 70%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Như Lâm, Nguyễn Thái Ngọc Minh (2022). Risk Factors For Death And Prognosis Value Of Revised Baux Score For Burn Patients With Inhalation Injury. *Ann Burns Fire Disasters*, 35(1), 41–45.
2. Belgian Outcome in Burn Injury Study Group (2009). Development and validation of a model for prediction of mortality in patients with acute burn injury. *Br J Surg*, 96(1), 111–117.
3. Osler T., Glance L.G., and Hosmer D.W. (2010). Simplified Estimates of the Probability of Death After Burn Injuries: Extending and Updating the Baux Score. *Journal of Trauma: Injury, Infection & Critical Care*, 68(3), 690–697.
4. Usmani A., Pipal D.K., Bagla H., et al. Prediction of Mortality in Acute Thermal Burn Patients Using the Abbreviated Burn Severity Index Score: A Single-Center Experience. *Cureus*, 14(6), e26161.
5. Chittoria R.K. (2021). Utility of Belgium Outcome of Burn Injury Score (BOBI score) in Predicting Mortality in Burn patients– Case Report. *Madridge J Dermatol Res*, 5(1), 110–112.
6. Jeschke M.G., van Baar M.E., Choudhry M.A., et al. (2020). Burn injury. *Nat Rev Dis Primers*, 6(1), 1–25.
7. Kadri S.S., Miller A.C., Hohmann S., et al. (2016). Risk Factors for In-Hospital Mortality in Smoke Inhalation-Associated Acute Lung Injury: Data From 68 United States Hospitals. *Chest*, 150(6), 1260–1268.
8. Mlcak R.P. Inhalation injury from heat, smoke, or chemical irritants. <<https://www.uptodate.com/contents/inhalation-injury-from-heat-smoke-or-chemical-irritants>>. Accessed on 22 June 2021.14.
9. Andrei M., Grosu-Bularda A., Vermeşan O., et al. (2018). Negative Prognostic Factors in Severe Burns - Implication for Clinical Outcome. *Medicina Moderna - Modern Medicine*, 25, 83–94.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Lê Thị Thảo¹, Ngu Đình Sơn, Nguyễn Thị Thu Hằng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm CAT và một số yếu tố liên quan của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 100 bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại khoa nội Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên và Bệnh viện Quận 11 trong 4 tháng từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 4 năm 2021. **Kết quả:** Tác động của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân dựa trên thang CAT là rõ ràng. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bao gồm: Trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh và bệnh lý đi kèm. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bị ảnh hưởng rõ ràng. **Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, chất lượng cuộc sống, CAT.

SUMMARY

ASSESSING THE QUALITY OF LIFE OF

¹Trường Đại học Tây Nguyên

²Đại học Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thảo

Email: ltthao@ttn.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

PEOPLE WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Objective: Assessing quality of life using the CAT scale and some related factors of people with chronic obstructive pulmonary disease. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 100 patients with chronic obstructive pulmonary disease at the internal medicine department of the Tây Nguyên Regional General Hospital and District 11 Hospital in 4 months from December 2020 to April 2021. **Results:** The impact of chronic obstructive pulmonary disease on the patient's quality of life based on the CAT scale is clear. Some factors related to the quality of life of people with chronic obstructive pulmonary disease include: Education level, duration of illness and comorbidities. **Conclusions:** The quality of life of patients of chronic obstructive pulmonary disease is clearly affected. **Keywords:** Chronic obstructive pulmonary disease, quality of life, CAT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một trong những bệnh đe dọa tính mạng phổ biến nhất ảnh hưởng đến dân số trên toàn cầu. Đây là một thách thức đối với hệ thống y tế toàn cầu vì tính chất phổ biến, chi phí điều trị cao, tiến triển phức tạp kéo dài, các biến chứng và hậu quả ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc