

**KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ ALBUMIN MÁU Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ***Nguyễn Quang Thông<sup>1</sup>, Nguyễn Trọng Nghĩa<sup>2</sup>*<sup>1</sup>*Khoa Y, Trường Đại học Duy Tân, Đà Nẵng, Việt Nam*<sup>2</sup>*Khoa nội tiết-thần kinh-hô hấp, Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam*

DOI: 10.47122/VJDE.2023.63.15

**ABSTRACT:*****Survey of blood Albumin concentration in inpatients with chronic obstructive pulmonary disease at Hue Central Hospital***

**Objective:** To study the clinical and subclinical characteristics of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and the relationship between blood albumin levels of COPD patients inpatient treatment at Hue Central Hospital. **Methods:** The study used descriptive cross-sectional design, retrospective data. Using data processing software SPSS 20.0. A total of 70 patients with COPD treated at Hue Central Hospital, a convenient sample (n>30) was selected from the medical record archive for data collection. The variables used in the study included the characteristics of the research subjects' personal information, clinical and subclinical characteristics, nutritional index, and blood albumin index of COPD patients treated at the Hospital since January 2023 to March 2023. **Results:** The rate of blood albumin decreased below 35g/dL was 44.3% according to different levels. The study found a statistically significant relationship between blood albumin and anthropometric characteristics (weight, BMI), years of disease, respiratory muscle contractions. **Conclusion:** The study shows that the clinical and subclinical characteristics and the decreased rate of albumin account for a high percentage, which needs attention.

**Keyword:** *albumin; chronic obstructive pulmonary disease; BMI.*

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) và mối liên quan nồng độ Albumin máu của bệnh nhân BPTNMT điều trị nội trú tại bệnh viện Trung ương Huế. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang, số liệu hồi cứu. Sử dụng phần mềm xử lý số liệu SPSS 20.0. Tổng cộng có 70 bệnh nhân mắc BPTNMT điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế, chọn mẫu thuận tiện (n>30) từ kho lưu trữ bệnh án để thu thập số liệu. Các biến số được sử dụng trong nghiên cứu bao gồm đặc điểm thông tin cá nhân đối tượng nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ số dinh dưỡng, chỉ số Albumin máu của bệnh nhân BPTNMT điều trị tại Bệnh viện từ tháng 1/2023 đến tháng 3/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ Albumin máu giảm dưới 35g/dL là 44,3% theo các mức độ khác nhau. Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa Albumin máu với đặc điểm nhân trắc (cân nặng, BMI), số năm mắc bệnh, cơ kéo cơ hô hấp. **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ Albumin giảm chiếm tỷ lệ cao, điều này cần được quan tâm.

**Từ khoá:** *Albumin; bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; BMI.*

Tác giả liên hệ: Nguyễn Quang Thông

Email: [nguyenquangthong9898@gmail.com](mailto:nguyenquangthong9898@gmail.com)

Ngày nhận bài: 7/6/2023

Ngày phản biện khoa học: 8/6/2023

Ngày duyệt bài: 15/6/2023

**1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Albumin huyết thanh người (HSA) là một protein huyết tương đa chức năng, chiếm hơn 50% tổng lượng protein huyết tương. Về mặt sinh lý, Albumin tồn tại chủ yếu ở trạng thái khử có chứa dư lượng cysteine tự do (Cys34). Dư lượng này tạo thành nhóm thiol lớn nhất trong máu ngoại vi và đại diện cho con đường chính mà qua đó albumin loại bỏ các loại oxy và nitơ phản ứng (ROS và RNS) [12]. Ngoài đặc tính chống oxy hóa, albumin còn là chất phản ứng ở pha cấp tính âm tính và nồng độ của nó giảm trong phản ứng ở pha cấp tính. Hơn nữa, albumin là một dấu hiệu lâm sàng của suy dinh dưỡng[9]. Suy dinh dưỡng phổ biến ở bệnh nhân BPTNMT và tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống, nguy cơ đợt cấp, thời gian nằm viện và chi phí chăm sóc sức khỏe tổng thể. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hà Thanh và cộng sự “*Tình trạng dinh dưỡng, chế độ ăn uống và chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe ở bệnh nhân ngoại trú BPTNMT*” có khoảng 74.4% bệnh nhân tham gia nghiên cứu bị suy dinh dưỡng, có thể thấy rằng điều này gây ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị này gây ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân[10]. Điều này là do sự mất cân bằng giữa tổng hợp và phân hủy protein. Suy dinh dưỡng và giảm cân là phổ biến ở những người mắc BPTNMT và một số đặc điểm chuyển hóa nhất định, chẳng hạn như khối lượng chất béo cạn kiệt và khối lượng không có chất béo, có thể ảnh hưởng thêm đến việc mất khả năng hoạt động của phổi Nguyên nhân giảm cân quan trọng nhất ở bệnh nhân BPTNMT nặng chủ yếu là tăng tiêu hao năng lượng do cơ hô hấp làm việc quá sức và không hiệu quả. Hầu như các đợt cấp BPTNMT đều có nhu cầu tăng trao đổi chất tăng lên và mất cân bằng trong tổng hợp Protein. Hiện nay còn ít đề tài nghiên cứu khảo sát nồng độ albumin máu ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Vì vậy tôi tiến hành nghiên cứu “**Khảo sát nồng độ albumin máu ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Huế**” với các mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Huế.*

2. *Đánh giá mối liên quan giữa nồng độ albumin máu với mức độ nặng của bệnh ở đối tượng nghiên cứu.*

**2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**a. Đối tượng nghiên cứu**

Bệnh nhân đang điều trị nội trú tại bệnh viện Trung ương Huế trong giai đoạn tháng 1 năm 2023 đến tháng 3 năm 2023,

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 3 năm 2023

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa nội Nội tiết-Thần kinh- Hô hấp, Bệnh viện Trung ương Huế.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân mắc BPTNMT nặng có chỉ định xét nghiệm Albumin máu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ những bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu, loại trừ những bệnh lý liên quan đến Albumin máu, loại bỏ bệnh nhân đã được chỉ định truyền albumin.

**b. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang để khảo sát nồng độ albumin máu ở bệnh nhân BPTNMT nặng.

**c. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.**

Cỡ mẫu chọn theo mẫu thuận tiện n>30, chọn được 70 mẫu.

**d. Phương pháp thu thập thông tin.**

Thu thập thông tin từ kho lưu trữ bệnh án thuộc phòng Hậu cần của Bệnh viện Trung ương Huế.

**e. Công cụ đánh giá.**

Phiếu thu thập gồm 42 câu, trong đó 8 câu thông tin chung đối tượng nghiên cứu, 5 câu về tiền sử, 17 câu đặc điểm lâm sàng và 12 câu thông tin cận lâm sàng.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong nghiên cứu này, với cỡ mẫu 70 phiếu điều tra thu thập và đạt yêu cầu. Sau đây là một số kết quả nghiên của nghiên cứu.

**a. Mô tả đặc điểm nồng độ albumin của đối tượng nghiên cứu.**

**Bảng 1.** Kết quả xét nghiệm albumin máu

Chỉ số	N	%
SDD nhẹ và trung bình(28- <35 g/L)	20	28,6
SDD nặng (<28 g/L)	11	15,7
Bình thường( 35-52g/L)	39	55,7
<b>Tổng</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Số bệnh nhân có chỉ số Albumin dao động từ 28 đến dưới 35 g/L chiếm tỷ lệ cao nhất 55,7%. Nhóm bệnh nhân có Albumin dưới 28 g/L chiếm tỷ lệ thấp nhất 15,7%.

**b. Mối liên quan giữa albumin máu với đối tượng nghiên cứu.**

**Bảng 2.** Mối liên quan đặc điểm chung với Albumin

		TB ± ĐLC	P
<b>Tuổi</b>	40-49	22,5 ±1,2	>0,05
	50-59	19,8 ±2,8	
	60-69	20,3 ±4,08	
	>70	20,1 ±2,98	
<b>Giới tính</b>	Nam	20,1±3,3	>0,05
	Nữ	21,5±2,78	
<b>Địa dư</b>	Thành Thị	20,6±3,23	>0,05
	Nông thôn	18,3±2,9	
<b>Số năm mắc</b>	<5	20,1±2,8	< 0,05
	5-10	18,9±3,5	
	>10	17,7±4,3	
<b>Tiền sử đọt cấp</b>	0-1	20,4±3,35	>0,05
	≥ 2	19,6±3,09	
<b>Tiền sử hút thuốc</b>	Dưới 10	21±3,37	>0,05
	10-19	20,5±3,22	
	20-29	19,9±2,76	
	Trên 30	20,1±3,73	

**Nhận xét:** Tuổi, giới tính, tiền sử đọt cấp, tiền sử hút thuốc, địa dư (p>0,05) không có ý nghĩa thống kê đến Albumin. Số năm mắc có ý nghĩa thống kê đến Albumin đối tượng nghiên cứu (p<0,05).

**Bảng 3.** Mối liên quan đặc điểm nhân trắc học với Albumin

	TB ± ĐLC	GTNN-GTLN	P
<b>Cân nặng</b>	52,3 ± 10,7	33-94	< 0,05
<b>Chiều cao</b>	159,9 ±7,4	140-185	>0,05
<b>BMI</b>	20,2 ± 3,2	13-27,9	<0,05

**Nhận xét:** các chỉ số cân nặng, BMI có ý nghĩa thống kê Albumin(p<0,05). Còn chiều cao không có ý nghĩa thống kê Albumin(p>0,05) của đối tượng nghiên cứu.

**Bảng 4.** Mối liên quan đặc điểm sinh hiệu với Albumin

Chỉ số sinh hiệu	TB ± ĐLC	GTNN-GTLN	P
<b>Mạch</b>	98,7 ±15,3	72-156	>0,05
<b>Nhiệt độ</b>	37,1 ±0,4	36,5-39	>0,05

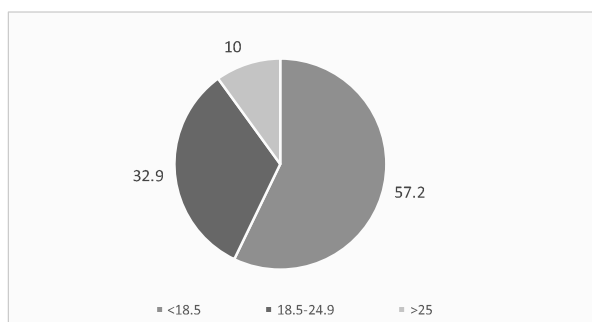
<b>Tần số thở</b>		22,8 ±3,03	14-30	>0,05
<b>SpO2</b>		94,4 ±3,9	75-99	>0,05
<b>Huyết áp</b>	Tâm thu	127,28 ±21,4	80-180	>0,05
	Tâm trương	76,4 ±11,29	50-100	

**Nhận xét:** Các chỉ số sinh hiệu không có ý nghĩa thống kê Albumin(p>0,05).

**Bảng 5.** Mối liên quan đặc điểm lâm sàng với Albumin

<b>Triệu chứng</b>		<b>TB ± ĐLC</b>	<b>P</b>
<b>Ho</b>	Có	20,2±3,33	>0,05
	Không	37,2±11,4	
<b>Đàm</b>	Có	32,9±5,19	>0,05
	Không	38,4±9,64	
<b>Khó thở</b>	Có	33,3±5,59	>0,05
<b>Nặng ngực</b>	Có	32,3±5,55	>0,05
	Không	33,5±5,6	
<b>Phập phồng cánh mũi</b>	Có	32,5±5,26	>0,05
	Không	33,4±5,67	
<b>Rút lõm lồng ngực</b>	Có	32,1±5,9	>0,05
	Không	33,7±5,39	
<b>Co kéo gian sườn</b>	Có	32,6±6,17	<0,05
	Không	33,5±5,36	
<b>Co kéo hõm ức</b>	Có	30,3±5,56	<0,05
	Không	33,8±5,4	
<b>Ran rít</b>	Có	33,5±5,46	>0,05
	Không	32,2±6,03	
<b>Ran ẩm</b>	Có	33,4±5,36	>0,05
	Không	32,7±6,09	
<b>Ran ngứa</b>	Có	33,5±5,77	>0,05
	Không	32,6±5,17	
<b>Ran nổ</b>	Có	30,4±5,38	>0,05
	Không	33,4±5,57	

**Nhận xét :** Triệu chứng co kéo hõm ức,co kéo gian sườn (p<0,05) có ý nghĩa thống kê đến Albumin của đối tượng nghiên cứu. Còn các triệu lâm sàng khác không có ý nghĩa thống kê Albumin (p>0,05).



**Biểu đồ 3.1** Đặc điểm hệ số dinh dưỡng BMI

**Nhận xét:** Nhóm BMI suy dinh dưỡng có tỷ lệ 57,2% cao nhất, nhóm thừa cân béo phì BMI ≥25 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 10%.

**Bảng 6.** Mối liên quan giữa phân theo nhóm chỉ số BMI và Albumin

BMI	Albumin						Tổng
	<28		28- 35		>35		
	n	%	n	%	n	%	
<18,5	29	72,5	9	22,5	2	5,0	40(100%)
18,5- 24,9	9	39,1	8	34,8	6	26,1	23(100%)
≥25	1	14,3	3	42,9	3	42,9	7(100%)
<b>Tổng</b>	39	55,7	20	28,6	11	15,7	70(100%)

**Nhận xét:** Nhóm Suy dinh dưỡng BMI <18,5, số bệnh nhân Albumin dưới 28 g/L chiếm tỷ lệ cao nhất 72,5%. Nhóm dinh dưỡng bình thường (18,5-24,9) có số bệnh nhân Albumin dưới 28 g/L và 28-35 g/L xấp xỉ ngang nhau. Nhóm dinh dưỡng thừa cân, béo phì BMI >25, số bệnh nhân Albumin 28-35g/L và Albumin >35 bằng nhau cùng chiếm tỷ lệ 42,9%. Sự khác biệt 2 chỉ số Albumin và BMI có ý nghĩa thống kê ( với p<0,05).

**4. THẢO LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung ở đối tượng nghiên cứu**

Trong tổng số 70 bệnh nhân nghiên cứu, số bệnh nhân nam chiếm 91,4%, nữ chiếm 8,6%, tỷ lệ nam/nữ là 32/3. Cao hơn nghiên cứu của nước ngoài. Sự khác nhau này một phần là do hầu hết phụ nữ Việt Nam ít hút thuốc, chủ yếu mắc bệnh qua các yếu tố nguy cơ như khói bụi, đặc biệt hút thuốc lá thụ động. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu của tôi (71,6±11,09) tương tự với các nghiên cứu của tác giả khác[9],[2]. Phần lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của tôi thường lớn tuổi, nhóm cao tuổi lớn hơn 70 tuổi chiếm đa phần (58.6%), tuổi cao nhất là 97 tuổi, tuổi thấp nhất là 40 tuổi. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quang Đợi [2]. Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ bệnh, sự tiến triển bệnh tự nhiên theo thời gian nên thường biểu hiện ở lứa tuổi này. Số đợt cấp cho kết quả 51 bệnh nhân (72,9%) nhập viện lần 1 hoặc lần đầu nhập viện do bệnh BPTNMT, số bệnh nhân có 2 đợt cấp là chiếm 27,1% Điều này có thể giải thích vì số liệu nghiên cứu được thực hiện vào khoảng thời gian quý 1 năm 2023, nên tỷ lệ đợt cấp 0-1 là phù hợp. Về tiền sử hút thuốc số bệnh nhân hút thuốc trên 30 gói/năm chiếm tỷ lệ cao. 100% bệnh nhân giới tính nam và nữ

đều sử dụng thuốc lá. Thông qua bảng 3.7 số lượng bệnh nhân sử dụng thuốc lá trên 20 gói/năm ở bệnh nhân nam là 79,7% chiếm tỷ lệ cao nhất, nhóm bệnh nhân nữ có 2 bệnh nhân hút thuốc lá trên 20 gói/năm chiếm 33,4%. Giới tính và tình trạng hút thuốc có mối liên quan với nhau.

**4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ĐTNC**

Trong phân tích đối tượng nghiên cứu của tôi cho kết quả 98,6% bệnh nhân khó thở, 95,7% bệnh nhân ho thường xuyên, khạc đàm chiếm 94,6%, nặng ngực gặp ít hơn chiếm khoảng 21,4%. Mức độ khó thở của nhóm bệnh nhân BPTNMT được phân loại theo thang điểm mMRC tương ứng mức điểm từ 0 đến 4 điểm, đây là một tiêu chuẩn tương đối dễ đánh giá triệu chứng khó thở tại cộng đồng khi so sánh với sử dụng thang điểm CAT, mặt khác thang điểm mMRC có ý nghĩa hơn trong việc thăm khám tại phòng khám cấp cứu hoặc bệnh nhân nội trú [53,54]. Số liệu hồi cứu đa phần qua quá trình bệnh lý bệnh nhân bị khó thở dao động từ 0-4 và số bệnh nhân từ 2 điểm trở lên chiếm tỷ lệ cao 82,9%. Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quang Đợi (2019) tỷ lệ từ 2 điểm trở lên chiếm 76,2% và dưới 2 điểm chiếm 23,8%.[2]. Nghiên cứu của tôi cho kết quả số bệnh nhân có triệu chứng rì rào phế nang giảm chiếm tỷ lệ cao

nhất 94,7%, các trường hợp nghe ran rít, ran ngáy cũng gặp khá phổ biến lần lượt là 77,1% và 70%. Các tỷ lệ này có phần tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hồi và Phan Thị Hạnh tỷ lệ ran rít 70% và ran ngáy 68,2%, rì rào phế nang giảm chiếm 56,7%, tuy nhiên nghiên cứu của tôi có tỷ lệ lồng ngực hình thùng chiếm 32,4% giảm hơn so nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hồi. [6] Giá trị trung bình pH máu của nghiên cứu  $7,39 \pm 0,05$ , 87,1% trường hợp  $pH < 7,45$ , 87,1% trường hợp  $PaO_2$  lớn hơn 60 mmHg, 35,7%  $PaCO_2$  lớn hơn 45mmHg. Phù hợp vì đa số nghiên cứu trên bệnh nhân giai đoạn nặng của bệnh. Sự thay đổi thành phần khí máu là mất xích quan trọng trong sinh lý bệnh của BPTNMT, nó thay đổi theo tiến triển của bệnh. Sự tổn thương đường thở và phá huỷ các phế nang gây rối loạn thông khí là cơ chế chính giảm oxy máu động mạch kết hợp tăng  $CO_2$

#### 4.3. Đặc điểm albumin máu và chỉ số dinh dưỡng BMI

Trong một số nghiên cứu của trong nước như là: Nguyễn Thị Thuỳ Linh (2017), tỷ lệ người bệnh có albumin giảm nhẹ chiếm 25,4%, 5,3% người bệnh có albumin giảm vừa [8]. Hoặc nghiên cứu của Nguyễn Đức Long(2014) chỉ ra rằng tỷ lệ bệnh nhân giảm Albumin chiếm 62,5% [9]. Số bệnh nhân có chỉ số Albumin dao động từ 35 đến 50 g/L chiếm tỷ lệ cao nhất 55,7%. Nhóm bệnh nhân có Albumin dưới 35 g/L chiếm tỷ lệ thấp nhất 44,3%. Trung bình chỉ số Albumin là  $33,26 \pm 5,57$ , giá trị cao nhất là 46,5g/L và thấp nhất là 22,7g/L. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Laaban (1993) chỉ có 4% bệnh nhân có chỉ số albumin giảm nặng [32]. Nghiên cứu tôi tương đồng với các nghiên cứu trên, bệnh nhân giảm nồng độ albumin xuất hiện nhiều ở các đối tượng nghiên cứu. Điều này cũng phù hợp với diễn biến mạn tính của bệnh và việc quản lý dinh dưỡng kém ở cộng đồng. Bệnh nhân trong nghiên cứu của tôi phần lớn đã có suy dinh dưỡng và bị giảm cân trước đó.

Nghiên cứu của Gupta B và cộng sự (2010) trên 83 bệnh nhân đợt cấp BPTNMT tỉ lệ suy dinh dưỡng là 57,8% tỷ lệ thừa cân và bình thường chiếm tỷ lệ 42,2%, trong đó béo phì chiếm tỷ lệ cao hơn. [23]

Theo biểu đồ 3.1 nghiên cứu tôi cho kết quả tỷ lệ suy dinh dưỡng với BMI  $< 18,5$  chiếm tỷ lệ cao nhất 57,2%, BMI trong giá trị bình thường (18,5-24,9) chiếm 32,9%, và 10% bệnh nhân thừa cân béo phì BMI  $> 25$ . Trung bình BMI  $20,21 \pm 3,28$  cao nhất là 27,9 và thấp nhất là 13. Nghiên cứu tôi tương đồng với nghiên cứu của Gupta B và cộng sự và nghiên cứu của Đỗ Nam Khánh, có sự khác nhau ở nghiên cứu Vũ Thị Thanh là vì đối tượng nghiên cứu của nghiên cứu này là trên nhóm bệnh nhân thở máy điều trị tích cực tại Trung tâm Hô hấp- Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu của tôi trên đối tượng bệnh nhân mắc BMTNMT nặng điều trị đa số tại khoa.

#### 4.4. Mối liên quan nồng độ Albumin máu đến mức độ nặng của bệnh.

##### 4.4.1. Mối liên quan đến đặc điểm lâm sàng

Theo bảng 2,4 và 5, về đặc điểm thông tin chung của đối tượng và đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố như: số năm mắc, triệu chứng cơ kéo gian sườn, cơ kéo hõm ức có  $p < 0,05$ , có ý nghĩa trong thống mức độ liên quan đến nồng độ Albumin huyết thanh. Số năm mắc lâu năm và việc sử dụng cơ hô hấp phụ trong những lần khó thở của đợt cấp làm tiêu hao năng lượng nhiều, một phần đối tượng nghiên cứu đa số là lớn tuổi, tình trạng dinh dưỡng kém, ý thức về bệnh tật còn chưa được chú ý nhiều.

##### 4.4.2. Mối liên quan đến đặc điểm cận lâm sàng.

Nghiên cứu của tôi theo số liệu từ bảng 6 cho kết quả  $p > 0,05$ , sự khác biệt các biến số với Albumin không có ý nghĩa thống kê. Việc không có sự khác biệt các chỉ số pH,  $PCO_2$ ,  $PO_2$  với Albumin, kết quả này giống nghiên cứu Laaban(1993)[14]. Điều này có thể giải

thích do khi bệnh nhân nhập viện được hỗ trợ ngay như thở Oxy, thở máy không xâm nhập,..... sau đó mới được làm xét nghiệm nên các chỉ số theo dõi này có thể thay đổi khó để đánh giá chính xác

#### **4.4.3. Mối liên quan giữa Albumin và BMI.**

Trong nghiên cứu của tôi tỷ lệ bệnh nhân thừa cân 10% thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu của Ciric (2013) nghiên cứu trong 85 bệnh nhân có kết quả tỉ lệ thừa cân là 28 (32,9%) và béo phì là 15 (17,6%) [16]. Trên thế giới một số lượng ngày càng tăng của bệnh nhân của bệnh nhân BPTNMT thừa cân hay béo phì, lý do để giải thích cho điều này là có thể họ vẫn quản lý tốt chế độ ăn nhưng do mệt mỏi và khó thở tăng khi hoạt động từ đó dẫn đến ít hoạt động và tăng cân. Một vai trò quan trọng khác của albumin là một dấu ấn sinh học lâm sàng về suy dinh dưỡng [44]. Chỉ số albumin chưa phải là tiêu chuẩn để chẩn đoán nhưng nó góp phần quan trọng trong tiên lượng và điều trị cho bệnh nhân.

Theo bảng 3.19. Cân nặng và BMI có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) còn chiều cao, không có ý nghĩa thống kê. Theo đánh giá từ bảng 3.23, tình trạng BMI dưới 18,5 của bệnh nhân cao, bệnh nhân có nồng độ albumin dưới 35 g/l chiếm tỷ lệ cao trong nhóm BMI dưới 18,5 là 41,4%. Trong nhóm BMI bình thường có 14 bệnh nhân giảm nồng độ albumin dưới 35g/l chiếm 20%, có sự tương đồng các nhóm chỉ số BMI với Albumin, và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Khi albumin giảm thấp điều đó chứng tỏ có tình trạng thiếu năng lượng trong thời gian trước đó, sau điều trị albumin trở về bình thường thì cũng chưa đủ để khẳng định bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng trở về bình thường, vì trong quá trình điều trị albumin có thay đổi do nhiều nguyên nhân như nhiễm trùng, rối loạn chức năng gan hay được sử dụng albumin ngoại sinh nên khó để kết luận là do hiệu quả của chế độ dinh dưỡng thừa cân hay béo phì, lý do để giải thích cho

điều này là có thể họ vẫn quản lý tốt chế độ ăn nhưng do mệt mỏi và khó thở tăng khi hoạt động từ đó dẫn đến ít hoạt động và tăng cân.

### **5. KẾT LUẬN**

Nồng độ albumin giảm có liên quan đến số năm mắc bệnh, các chỉ số về cân nặng và BMI ( $p < 0,05$ ). Co kéo giãn sườn ( $X \pm SD$ ): 32,6 ± 6,17, co kéo hõm ức ( $X \pm SD$ ): 30,3 ± 5,56, có ý nghĩa liên quan thống kê. Nhóm đối tượng BMI dưới 18,5 có tỷ lệ giảm nồng độ albumin chiếm tỷ lệ 41,4% cao hơn so với nhóm không giảm nồng độ albumin 14,3%. Có nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến giảm nồng độ albumin máu ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Để kiểm soát được cần phải có sự phối hợp giữa bệnh nhân, gia đình bệnh nhân và nhân viên y tế nhằm nâng cao thể trạng, chế độ ăn uống và tập luyện.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế, Tổng cục thống kê, WHO (2015). Điều tra tình hình hút thuốc lá ở người trưởng thành. GATS.
2. Nguyễn Quang Đợi (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở bệnh nhân tắc động mạch phổi”.
3. Vũ Văn Đính.” *Suy hô hấp và tâm phế mạn*”. Hồi sức cấp cứu toàn tập, NXB Y học, Hà Nội. Tr 44-53.
4. Lê Nhật Huy, Trần Thị Hồng Thanh, Dương Đình Chinh. (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tình hình chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện tỉnh Nghệ An. Y học thực hành. 6(968), tr. 59-62
5. Lê Nhật Huy (2020). Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và đánh giá kết quả can thiệp điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại tỉnh Nghệ An.
6. Nguyễn Thanh Hải, Phan Thị Hạnh (2013), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang

- và kết quả khí máu của bệnh nhân có đợt cấp BPTNMT điều trị tại trung tâm Hồ Hấp- Bệnh Viện Bạch Mai. Tr. 47
7. Đỗ Nam Khánh (2021), Tình hình dinh dưỡng của người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện phổi TW năm 2021.
  8. Nguyễn Thị Thuỳ Linh (2017), Thực trạng dinh dưỡng của người mắc BPTNMT đang điều trị tại Bệnh viện Phổi Thái Bình. Tr 60-62.
  9. Nguyễn Đức Long (2014).Khảo sát tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2014.
  10. *Sinh lý bệnh học* (2002). Trường ĐH Y Hà Nội, Tr 301-327.
  11. Vũ Thị Thanh (2016).Hiệu quả chế độ dinh dưỡng giàu lipid trong điều trị bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thở máy tại Bệnh viện Bạch Mai.
  12. Vũ Duy Thuởng và cộng sự (2008), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn gây bệnh trong đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tr. 36
  13. Nguyễn Việt Tiến, Ngô Quý Châu, Lương Ngọc Khuê và cộng sự (2018), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Nhà xuất bản Y học, Bộ Y tế.
  14. Alharbi, K., & Enrione, E. B. (2012). Malnutrition is prevalent among hemodialysis patients in Jeddah, Saudi Arabia. *PubMed*, 23(3), 598–608. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22569456>
  15. Badgett, R. G., Tanaka, D. a. P., Hunt, D. K., Jolley, M. J., Feinberg, L. E., Steiner, J. F., & Petty, T. L. (1993). Can moderate chronic obstructive pulmonary disease be diagnosed by historical and physical findings alone? *The American Journal of Medicine*, 94(2),188–196. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(93\)90182-o](https://doi.org/10.1016/0002-9343(93)90182-o)
  16. Cabrerizo, S., Cuadras, D., Gómez-Busto, F., Artaza-Artabe, I., Marín-Ciancas, F., & Malafarina, V. (2015). Serum albumin and health in older people: Review and meta analysis. *Maturitas*, 81(1), 17–27. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.02.009>
  17. Chen, H., Lin, C., Wang, C., Chan, M., Hsu, J., Hang, L. W., Perng, D., Yu, C., & Wang, H. (2019). Comparison between COPD Assessment Test (CAT) and modified Medical Research Council (mMRC) dyspnea scores for evaluation of clinical symptoms, comorbidities and medical resources utilization in COPD patients. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118(1), 429–435. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.06.018>
  18. Elliott, M., Adams, L., Cockcroft, A., Macrae, K. D., Murphy, K., & Guz, A. (1991). The Language of Breathlessness: Use of Verbal Descriptors by Patients with Cardiopulmonary Disease. *The American Review of Respiratory Disease*, 144(4), 826–832. <https://doi.org/10.1164/ajrccm/144.4.826>
  19. Elisabetta Zinellu , Alessandro G. Fois (2020). Serum Albumin Concentrations in Stable Chronic Obstructive.Pulmonary Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis
  20. Gallego, M., Pomares, X., Capilla, S., Marcos, M. A., Suarez, D., Monsó, E., & Montón, C. (2016). C-reactive protein in outpatients with acute exacerbation of COPD: its relationship with microbial etiology and severity. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, Volume 11, 2633–2640. <https://doi.org/10.2147/copd.s117129>