

Nghiên cứu gốc

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI PHÒNG KHÁM HÔ HẤP BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Lê Thị Điệp¹, Hoàng Văn Quang², Ngô Thế Hoàng¹, Nguyễn Duy Cường¹, Huỳnh Thị Thanh Ngân¹

1. Khoa Nội Hô hấp, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

2. Khoa HSTC-CD BV Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: Lê Thị Điệp ✉ lediepbvtn2018@gmail.com

TÓM TẮT: Đánh giá CLCS và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi mắc BPTNMT tại phòng khám Hô hấp – Bệnh viện Thống Nhất. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 240 bệnh nhân ≥ 60 tuổi, chẩn đoán BPTNMT theo GOLD 2025. Thông tin lâm sàng được thu thập và CLCS được đánh giá bằng thang đo SGRQ-C phiên bản tiếng Việt đã chuẩn hóa. Phân tích thống kê sử dụng mô tả, so sánh và hồi quy logistic đa biến để xác định yếu tố liên quan độc lập đến CLCS thấp. Tuổi trung bình 72 ± 8 ; nhóm 60–69 tuổi chiếm 41,3%, 70–79 tuổi 40,8%, ≥ 80 tuổi 18,8%. Nam giới chiếm 86,2%; 75,4% có tiền sử hút thuốc; 71,7% có ít nhất một bệnh đồng mắc. Điểm SGRQ-C trung bình $50,2 \pm 19,6$, trong đó lĩnh vực triệu chứng bị ảnh hưởng nặng nhất ($58,5 \pm 19,5$). Có 47,9% bệnh nhân có CLCS thấp hoặc rất thấp. Phân tích đa biến cho thấy: tuổi ≥ 70 (OR=1,7), giới nữ (OR=3,1), tiền sử nhập viện điều trị, cần người chăm sóc (OR=1,2), phân nhóm GOLD E (OR=1,2), đợt cấp phải nhập viện điều trị (OR=1,3) là những yếu tố liên quan độc lập đến CLCS thấp ($p < 0,05$). Người cao tuổi mắc BPTNMT tại Bệnh viện Thống Nhất có CLCS suy giảm đáng kể, đặc biệt trong hoạt động thể chất. Tuổi cao, nữ giới, bệnh nặng, đợt cấp nhiều, bệnh đồng mắc và hút thuốc là những yếu tố nguy cơ chính. Cần triển khai đánh giá CLCS thường quy và thực hiện các can thiệp toàn diện (cai thuốc lá, phục hồi chức năng hô hấp, quản lý bệnh đồng mắc và hỗ trợ tâm lý – xã hội) để cải thiện cuộc sống cho nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: BPTNMT, người cao tuổi, chất lượng cuộc sống, SGRQ-C, Bệnh viện Thống Nhất.

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS IN ELDERLY PEOPLE WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT THE RESPIRATORY CLINIC, THONG NHAT HOSPITAL

Le Thi Diep, Hoang Van Quang, Ngo The Hoang, Nguyen Duy Cuong, Huynh Thi Thanh Ngan

ABSTRACT: To evaluate the quality of life and associated factors among elderly patients with COPD attending the Respiratory Outpatient Clinic, Thong Nhat Hospital. A cross-sectional study was conducted on 240 patients aged ≥ 60 years with confirmed COPD according to GOLD 2025 criteria. Clinical data were collected, and QoL was assessed using the validated Vietnamese version of the St. George's Respiratory Questionnaire for COPD patients (SGRQ-C). Statistical analysis included descriptive statistics, bivariate tests, and multivariate logistic regression to identify independent factors associated with poor QoL. The mean age was 72 ± 8 years; 41.3% were 60–69 years, 41.3% were 70–79 years, and 40.8% were ≥ 80 years. Males accounted for 86.2%; 75.4% had a history of smoking, and 71.7% had at least one comorbidity. The mean total SGRQ-C score was 50.2 ± 19.6 , with the symptoms domain being the most impaired (58.5 ± 19.5). Overall, 47.9% of patients had low or very low QoL. Multivariate analysis showed that age ≥ 70 (OR=1.7), female gender (OR=3.1), history of hospitalization, need for caregiver support (OR=1.2), GOLD group E (OR=1.2), and acute exacerbations requiring hospitalization (OR=1.3) were independently associated with poor QoL ($p < 0.05$). Elderly patients with COPD at Thong Nhat Hospital had significantly impaired QoL, particularly in physical activity. Advanced age, female gender, severe airflow limitation, frequent exacerbations, comorbidities, and smoking were key determinants of poor QoL. Routine QoL assessment and comprehensive interventions—including smoking cessation, pulmonary rehabilitation, comorbidity management, and psychosocial support—are essential to improve outcomes in this vulnerable population.

Keywords: COPD, elderly, quality of life, SGRQ-C, Thong Nhat Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu toàn cầu. Theo WHO (2021), có khoảng 3,5 triệu ca tử vong do BPTNMT, chiếm 5% tổng tử vong toàn cầu, và dự báo sẽ đứng thứ ba vào năm 2030 [1]. Nghiên cứu Global Burden of Disease ghi nhận hơn 212 triệu ca mắc và 3,23 triệu ca tử vong hàng năm [2]. Tại châu Á – Thái Bình Dương, tỷ lệ mắc trung bình 6,3% [3], còn tại Việt Nam là 6,7% ở nhóm ≥ 40 tuổi [4].

Nguyên nhân chính gồm hút thuốc lá, ô nhiễm không khí, khối phế sinh khối và tiền sử lao phổi. Tỷ lệ mắc tăng rõ rệt ở người cao tuổi do suy giảm chức năng hô hấp và hiện tượng “lão hóa phổi” [2]. Ngoài gánh nặng tử vong, BPTNMT gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến kinh tế – xã hội và chất lượng cuộc sống (CLCS) người bệnh. Nhiều bệnh nhân gặp khó khăn trong vận động, giảm khả năng tự chăm sóc, dễ rơi vào lo âu, trầm cảm; CLCS thấp có liên quan chặt chẽ với tăng nhập viện và tử vong [5].

Đánh giá CLCS giúp phản ánh toàn diện mức độ ảnh hưởng của bệnh. Thang đo St. George's Respiratory Questionnaire – phiên bản rút gọn (SGRQ-C) được chứng minh là công cụ phù hợp, ngắn gọn, đáng tin cậy (Cronbach's alpha $> 0,8$) [6]. Nhiều nghiên cứu quốc tế đã áp dụng SGRQ-C để lượng giá CLCS của bệnh nhân BPTNMT [7-9], song tại Việt Nam, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi, dữ liệu còn hạn chế.

Bệnh viện Thống Nhất là cơ sở y tế trọng điểm về chăm sóc người cao tuổi, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá CLCS ở nhóm bệnh nhân BPTNMT tại đây. Do đó, việc khảo sát CLCS và các yếu tố liên quan sẽ góp phần định hướng các biện pháp can thiệp toàn diện hơn trong quản lý bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

Khảo sát đặc điểm lâm sàng của người cao tuổi mắc BPTNMT điều trị ngoại trú.

Đánh giá CLCS theo thang đo SGRQ-C.

Xác định một số yếu tố liên quan đến CLCS ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả NB cao tuổi (≥ 60 tuổi) được chẩn đoán BPTNMT đến khám tại phòng khám Hô Hấp – Bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1 - 2025 đến hết tháng 6 - 2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán BPTNMT theo GOLD (FEV1/FVC $< 0,7$, sau nghiệm pháp phục hồi phế quản), đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các bệnh lý không phải BPTNMT: Hen phế quản, lao phổi tiến triển, bệnh lý nhu mô phổi lan tỏa.

Suy tim ứ huyết, hội chứng mạch vành cấp tính, suy tim nặng, khuyết tật thần kinh chiếm ưu thế, di chứng đột quỵ, suy gan, suy thận, bệnh lý ác tính giai đoạn cuối.

Tình trạng tinh thần và nhận thức kém, không thể đáp ứng được các đánh giá về chất lượng cuộc sống

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu 240 bệnh nhân (tham khảo nghiên cứu Nguyễn Thanh Hà 2019, Lê Thị Vân 2020 [6,10]).

Nội dung nghiên cứu: đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu, bệnh nền, chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi. Phương tiện nghiên cứu và phương pháp xử lý số liệu: sử dụng bảng câu hỏi SGRQ-C (phiên bản tiếng Việt chuẩn hóa).

Xử lý số liệu dựa trên phần mềm SPSS 20.0, tính tỉ lệ phần trăm của các biến số nghiên cứu, mô tả và phân tích mối liên quan bằng Chi-square, t-test, ANOVA, hồi quy đa biến.

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Khoa học số 738-146/QĐ-BVTN ngày 7/5/2025 và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của bệnh viện số 220/2025 CN-BVTN-HĐĐĐ ngày 28/4/2025.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n =240)	Ti lệ (%)
Tuổi (năm)		
Trung bình	72 ± 8	
60-69	99	41,3
70-79	96	40,8
≥ 80	45	18,8
Giới		
Nam	207	86,2
Nữ	33	13,8
Trình độ học vấn THCS trở xuống	13	5,4
Có hút thuốc lá (đang/đã từng)	181	75,4
Có bệnh đồng mắc (THA, ĐTĐ, tim mạch...)	142	59,1

Đa số bệnh nhân là nam (3/4 tổng số), tuổi trung bình gần 72 ± 8. Tỷ lệ hút thuốc lá và có bệnh đồng mắc cao, phù hợp đặc điểm dịch tễ của BPTNMT ở người cao tuổi [Bảng 1].

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng – chức năng hô hấp (n = 240)

Đặc điểm	n	%
Ho, khạc đờm mạn tính	136	56,7
Khó thở mMRC ≥ 2	136	56,7
Sụt cân (BMI < 18,5 kg/m ²)	44	18,3
Đợt cấp trong 12 tháng		
0 - 1 lần	113	47,1
≥ 2 lần	127	52,9
Phân loại GOLD (theo FEV1)		
GOLD 1–2 (nhẹ, trung bình)	173	72,1
GOLD 3–4 (nặng, rất nặng)	67	27,9

Phần lớn bệnh nhân ở mức độ GOLD 1–2, nhưng vẫn có tới hơn 1/3 ở giai đoạn

nặng – rất nặng. Khoảng 1/2 bệnh nhân khó thở mức độ vừa – nhiều, và gần 53% có ≥2 đợt cấp trong năm [Bảng 2].

Bảng 3. Điểm chất lượng cuộc sống theo SGRQ-C (n = 240)

Đặc điểm	Điểm trung bình ± SD	Min – Max
Triệu chứng	58,5 ± 19,5	0 – 100
Hoạt động	57,7 ± 21,3	7,6 – 100
Tác động	42,8 ± 23,3	0 – 100
Tổng điểm	50,2 ± 19,6	2,4 – 100

CLCS chung của toàn bộ bệnh nhân ở mức trung bình (50,2 điểm). Lĩnh vực triệu chứng bị ảnh hưởng nhiều nhất, cho thấy biểu hiện của bệnh là vấn đề nổi bật ở người cao tuổi mắc BPTNMT [Bảng 3].

Bảng 4. Phân loại mức CLCS theo SGRQ-C (n = 240)

Đặc điểm	Điểm SGRQ-C	n	%
Cao	0–25	22	9,2
Trung bình	26–50	103	42,9
Thấp	51–75	89	37,1
Rất thấp	≥ 76	26	10,8

Có tới 47,9% bệnh nhân có CLCS thấp hoặc rất thấp. Điều này phản ánh gánh nặng đáng kể của bệnh lên sinh hoạt hàng ngày và tâm lý xã hội của người bệnh [Bảng 4].

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến CLCS thấp (SGRQ-C > 50)

Yếu tố	Adjusted OR (95%CI)	p-value
Tuổi ≥ 70	1,7 (1,5 - 2,0)	<0,001
Giới nữ	3,1 (1,5 - 6,5)	0,014
Cần người chăm sóc	1,2 (1,1 - 1,4)	<0,001
Phân nhóm GOLD E	1,2 (0,9 – 1,4)	0,015
Tiền sử đợt cấp nhập viện	1,3 (1,0 – 1,8)	<0,001

CLCS thấp có mối liên quan chặt chẽ với tuổi cao, giới nữ, mức độ GOLD nặng,

số đợt cấp nhiều. Trong đó, yếu tố giới tính là mạnh nhất (OR=3,1) [Bảng 5].

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và lâm sàng

Trong nghiên cứu này với 240 bệnh nhân ≥ 60 tuổi mắc BPTNMT, tuổi trung bình là 72 ± 8 , với gần 59,6% thuộc nhóm ≥ 70 tuổi. Kết quả này phản ánh xu hướng già hóa bệnh nhân BPTNMT tại Việt Nam, phù hợp với báo cáo Global Burden of Disease, trong đó tỷ lệ mắc tăng gấp gần 20 lần khi so sánh giữa nhóm trẻ (18–24 tuổi) và nhóm ≥ 75 tuổi [2]. Người cao tuổi vốn đã suy giảm chức năng phổi sinh lý, khi mắc BPTNMT sẽ tiến triển nặng nề hơn.

Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế (86,2%), tỷ lệ này cao gấp sáu lần nữ giới. Đây là đặc điểm chung ở Việt Nam và nhiều quốc gia châu Á, do tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới còn rất cao (42,3%) trong khi nữ chỉ khoảng 1,1% [1]. Nghiên cứu trong nước của Nguyễn Thanh Hà (2019, n=160) ghi nhận 86,9% bệnh nhân là nam [6]; Lê Thị Vân (2020, n=120) cũng cho thấy 83,3% bệnh nhân là nam [10]. Tuy nhiên, xu hướng này khác với các nước phát triển: Merino (2019, Tây Ban Nha) báo cáo tỷ lệ nữ chiếm gần 40%, còn nghiên cứu của Snell (2016, Anh) thậm chí nữ giới chiếm đến 45% [11]. Nguyên nhân là do sự thay đổi hành vi hút thuốc và vai trò xã hội của phụ nữ ở châu Âu. Như vậy, kết quả của chúng tôi phản ánh đúng đặc điểm dịch tễ học tại Việt Nam hiện nay, nhưng cũng cảnh báo khả năng tỷ lệ nữ sẽ tăng trong tương lai khi xu hướng hút thuốc ở nữ trẻ ngày càng gia tăng.

Về lâm sàng, đa số bệnh nhân có triệu chứng ho, khạc đờm mạn tính (56,7%) và khó thở mMRC ≥ 2 (56,7%). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Sidharth (2021, Ấn Độ) với tỷ lệ khó thở vừa–nặng 59% [12]. Trong khi đó Zhang (2023, Trung Quốc) báo cáo tỷ lệ này lên tới 72% [8], cho thấy sự khác biệt có thể đến từ đặc điểm dân số, môi trường và mức độ tuân thủ điều trị.

Khoảng 52,9% bệnh nhân có ≥ 2 đợt cấp trong năm. Con số này cao hơn so với nghiên cứu của Saja (2025, Saudi Arabia) là 26% [7]. GOLD 2025 xác định đợt cấp là một trong những yếu tố dự báo quan trọng nhất về tử vong và CLCS ở bệnh nhân BPTNMT. Mỗi đợt cấp không chỉ làm

suy giảm chức năng phổi nhanh hơn mà còn làm tăng nguy cơ nhập viện và chi phí y tế.

Về phân loại GOLD, 27,9% bệnh nhân thuộc giai đoạn GOLD 3–4, cho thấy tỷ lệ bệnh nặng trong mẫu nghiên cứu khá cao. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Horner (2020, Áo) với tỷ lệ GOLD nặng là 25%. Nguyên nhân có thể do bệnh nhân tại Việt Nam thường phát hiện muộn, hoặc do khả năng tiếp cận thuốc và phục hồi chức năng còn hạn chế. Đây là điểm đáng lưu ý, vì quản lý bệnh ở giai đoạn muộn luôn khó khăn và tốn kém hơn.

4.2. Chất lượng cuộc sống theo SGRQ-C

Điểm CLCS trung bình của nghiên cứu là $50,2 \pm 19,6$, cao hơn đáng kể so với ngưỡng 25 điểm – mốc mà GOLD coi là CLCS đã bị ảnh hưởng. Trong đó, lĩnh vực triệu chứng bị ảnh hưởng nặng nhất ($58,5 \pm 19,5$), tiếp đến là hoạt động ($57,7 \pm 21,3$) và tác động ($42,8 \pm 23,3$).

So sánh với nghiên cứu trong nước như của Nguyễn Thanh Hà (2019, Việt Nam): điểm SGRQ-C trung bình $50,6 \pm 23,4$ [6]; của Lê Thị Vân (2020, Việt Nam): điểm trung bình $48,7 \pm 17,3$ [10]. Như vậy, điểm số trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong nước. Điều này cho thấy tính nhất quán trong bối cảnh nghiên cứu bệnh nhân ngoại trú tại các bệnh viện tuyến trung ương.

So sánh với nghiên cứu quốc tế như của tác giả Saja (2025, Saudi Arabia): $53,6 \pm 23,0$ [7]; của tác giả Zhang (2023, Trung Quốc): $69,4 \pm 16,8$ [8]; của Merino (2019, Tây Ban Nha): $42,2 \pm 25,3$ ở bệnh nhân ≥ 65 tuổi [9].

Điểm số của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu trong nước và gần với Saja (2025), nhưng thấp hơn nghiên cứu Zhang (2023) [8]. Sự khác biệt này có thể do yếu tố văn hóa, kinh tế và hệ thống chăm sóc y tế.

Phân loại CLCS theo SGRQ-C cho thấy chỉ 9,2% bệnh nhân có CLCS cao, trong khi 47,9% có CLCS thấp hoặc rất thấp. Con số này cao hơn hẳn nghiên cứu Merino (2019) ở Tây Ban Nha (42%) [9] và Horner (2020, Áo) (38%). Điều này phản ánh sự khác biệt lớn giữa các quốc gia phát triển và đang phát triển, đồng thời khẳng định nhu cầu cấp thiết về can thiệp nâng cao CLCS ở Việt Nam.

4.3. Các yếu tố liên quan đến CLCS

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy nhiều yếu tố ảnh hưởng đến CLCS thấp (SGRQ-C >50): Tuổi ≥ 70 (OR=1,7): Tuổi cao liên quan trực tiếp đến suy giảm chức năng phổi, giảm cơ lực, đồng thời đi kèm nhiều bệnh đồng mắc. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu Zhang (2023) tại Trung Quốc, trong đó tuổi cao là yếu tố tiên lượng mạnh mẽ CLCS kém [8]. Giới nữ (OR=3,1): Mặc dù nữ giới chiếm tỷ lệ nhỏ, nhưng CLCS lại thấp hơn nam. Saja (2025) cũng khẳng định nữ giới có CLCS kém hơn nam do phổi nhạy cảm hơn với khói thuốc và thường kèm lo âu, trầm cảm nhiều hơn [7]. Tiền sử nhập viện điều trị (OR=1,3): Phù hợp với Merino (2019), số lần nhập viện và đợt cấp có mối liên hệ mạnh mẽ với CLCS. Nhập viện vì đợt cấp là dấu ấn của bệnh nặng và đi kèm CLCS xấu hơn [9]. Cần người chăm sóc (OR=1,2): Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bouloukaki và cộng sự (2024) tại Hy Lạp [13], khi tác giả ghi nhận mức độ hỗ trợ xã hội cao có liên quan chặt chẽ đến các kết quả tự báo cáo tốt hơn của bệnh nhân BPTNMT trong chăm sóc ban đầu. Đồng thời, nghiên cứu của Arabyat và Raisch (2019) [14], cũng cho thấy những bệnh nhân BPTNMT có ít hỗ trợ xã hội/tinh thần hơn dễ rơi vào tình trạng trầm cảm, suy giảm chất lượng cuộc sống và tăng mức độ tàn phế. Phân nhóm GOLD E (OR=1,2): Phù hợp với nghiên cứu tại Thái Lan (2020) khi sử dụng phân loại GOLD ABCD cũng cho thấy xu hướng tương tự: nhóm D có điểm SGRQ trung bình cao nhất ($58,2 \pm 14,2$), phản ánh CLCS kém nhất, trong khi nhóm C có điểm SGRQ thấp hơn ($31,9 \pm 15,9$) [15].

4.4. Ý nghĩa lâm sàng và cộng đồng

Kết quả này khẳng định rằng CLCS là một chỉ số quan trọng, phản ánh toàn diện tình trạng bệnh nhân. Không chỉ triệu chứng hô hấp mà cả yếu tố tuổi, giới, mức độ tắc nghẽn của bệnh và tiền sử nhập viện điều trị đều ảnh hưởng sâu sắc.

Từ góc độ lâm sàng: Bác sĩ cần thường quy sử dụng SGRQ-C để đánh giá CLCS bên cạnh đo chức năng hô hấp. Những bệnh nhân có điểm SGRQ-C >50 cần được ưu tiên theo dõi, can thiệp phục hồi chức năng và hỗ trợ tâm lý.

Từ góc độ y tế cộng đồng: Cần tăng cường chương trình cai thuốc lá cho người cao tuổi. Cần mở rộng phục hồi chức năng

hô hấp tại cộng đồng, không chỉ trong bệnh viện. Nên lồng ghép tư vấn dinh dưỡng, tập luyện và chăm sóc tâm lý cho người cao tuổi mắc BPTNMT.

So sánh với quốc tế, nghiên cứu Jones (2019) chỉ ra rằng bệnh nhân có điểm SGRQ ≥ 60 có nguy cơ tử vong 5 năm cao gấp đôi nhóm <30. Với điểm trung bình 55,7 và hơn 15% bệnh nhân ≥ 76 điểm, quản thể nghiên cứu của chúng tôi rõ ràng có nguy cơ cao. Điều này đòi hỏi Bệnh viện Thống Nhất phải có chiến lược quản lý chủ động, kết hợp điều trị y khoa với chăm sóc toàn diện.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 240 bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT tại phòng khám Hô hấp – Bệnh viện Thống Nhất cho thấy: Tuổi trung bình 72 ± 8 , đa số là nam giới, tỷ lệ hút thuốc và bệnh đồng mắc cao. Chất lượng cuộc sống bị suy giảm rõ rệt với điểm SGRQ-C trung bình 50,2; lĩnh vực triệu chứng bị ảnh hưởng nặng nhất. Có gần 50% bệnh nhân có CLCS thấp hoặc rất thấp. Các yếu tố liên quan độc lập đến CLCS thấp gồm: tuổi ≥ 70 , giới nữ, mức độ GOLD 3–4, tỷ lệ nhập viện.

Người cao tuổi mắc BPTNMT có CLCS suy giảm đáng kể, cần được quản lý toàn diện, kết hợp điều trị y khoa, cai thuốc lá, phục hồi chức năng hô hấp và hỗ trợ tâm lý – xã hội để cải thiện cuộc sống.

Kiến nghị: Lồng ghép đánh giá CLCS bằng SGRQ-C vào quy trình khám ngoại trú. Tập trung quản lý đợt cấp, tăng cường cai thuốc lá, hỗ trợ dinh dưỡng, vận động phục hồi chức năng và chăm sóc tâm lý – xã hội. Nghiên cứu tiếp theo cần thiết kế đoàn hệ để theo dõi thay đổi CLCS theo thời gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. Global Health Estimates 2023. WHO; 2023.
- [2] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. 2025 Report.
- [3] Cheng SL, et al. COPD prevalence in Asia-Pacific. *Respirology*. 2021;26(5):457-465.
- [4] Hoàng Thị Lâm. Nghiên cứu dịch tễ BPTNMT tại miền Bắc Việt Nam. *Tạp chí Y học VN*. 2019;489(2):25-31.
- [5] Karlsen J, Jørgensen R, Weinreich UM. De-

pression and anxiety in COPD: a systematic review. *Respir Med.* 2024;210:107–120.

[6] Nguyễn Thanh Hà. Chất lượng cuộc sống bệnh nhân BPTNMT ngoại trú. *Tạp chí Y học VN.* 2019;474(3):66-72.

[7] Saja A, et al. Health-related quality of life in COPD patients in Saudi Arabia. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2025;20:337–345.

[8] Zhang P, et al. Quality of life in Chinese COPD patients: a cross-sectional study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2023;18:1121–1130.

[9] Merino M, et al. Health status in elderly COPD patients in Spain. *Eur Respir J.* 2019;53(4):180-190.

[10] Lê Thị Vân. Đánh giá CLCS bệnh nhân BPTNMT theo SGRQ-C. *Tạp chí Y học VN.* 2020;480(6):51-59.

[11] Snell N, et al. Prevalence and impact of COPD in the UK. *Thorax.* 2016;71(6):535–542.

[12] Kharbanda, S., & Anand, R. (2021). "Health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A hospital-based study". *The Indian journal of medical research*, 153(4), 459–464.

[13] Bouloukaki, I., Christodoulakis, et al. (2024). "Exploring the Link between Social Support and Patient-Reported Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A Cross-Sectional Study in Primary Care". *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(5), 544. <https://doi.org/10.3390/healthcare12050544>.

[14] Arabyat R.M, Raisch D.W. (2019). "Relationships Between Social/Emotional Support and Quality of Life, Depression and Disability in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Analysis Based on Propensity Score Matching". *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 53(10), 918–927. <https://doi.org/10.1093/abm/kaz002>.

[15] Tassawan Kantatong, Deesomchok A, et al. (2020). Predicting quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients living in the rural area of Chiang Mai Province, Thailand. *The Open Public Health Journal*, 13(1).