

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

**NGUYỄN QUANG CHÍNH**

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP CAN THIỆP  
TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TRONG  
KIỂM SOÁT BỆNH HEN PHẾ QUẢN Ở NGƯỜI  
TRƯỞNG THÀNH TẠI HUYỆN AN DƯƠNG, HẢI PHÒNG**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**HẢI PHÒNG, NĂM 2017**

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

BỘ Y TẾ

**NGUYỄN QUANG CHÍNH**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG**

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ GIẢI PHÁP CAN THIỆP  
TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TRONG  
KIỂM SOÁT BỆNH HEN PHẾ QUẢN Ở NGƯỜI  
TRƯỞNG THÀNH TẠI HUYỆN AN DƯƠNG, HẢI PHÒNG**

**Chuyên ngành: Y tế công cộng**

**Mã số: 62.72.03.01**

**NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:**

- 1. PGS.TS. PHẠM HUY QUYẾN**
- 2. PGS.TS. NGUYỄN VĂN HIẾN**

**HẢI PHÒNG, NĂM 2017**

**LỜI CẢM ƠN**

Trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án này tôi đã nhận được rất nhiều sự giúp đỡ hết sức quý báu của các thầy cô, đồng nghiệp và gia đình.

**Với tấm lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc:** tôi xin chân thành cảm ơn PGS.TS. Phạm Huy Quyền Trưởng bộ môn Sinh lý bệnh – Miễn dịch dị ứng trường Đại học Y Dược Hải Phòng, PGS. TS. Nguyễn Văn Hiến – Bộ môn Giáo dục sức khỏe trường Đại học Y Hà Nội đã trực tiếp hướng dẫn, giúp đỡ và tạo mọi điều kiện tốt nhất cho tôi trong suốt quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận án.

**Với tất cả tấm lòng tôi xin trân trọng cảm ơn:** Ban giám hiệu trường Đại Học Y Dược Hải Phòng, Phòng đào tạo sau đại học, Khoa Y tế công cộng; UBND huyện An Dương, An Lão ; các cán bộ y tế Bệnh viện, Trung tâm y tế, Trạm Y tế, cộng tác viên địa phương... đã tạo điều kiện thuận lợi về mọi mặt, giúp đỡ đóng góp ý kiến quý báu cho tôi trong quá trình nghiên cứu thực hiện đề tài cũng như trong 4 năm học tập tại trường.

Tôi luôn biết ơn tới sự giúp đỡ của các cơ quan đơn vị liên quan, người thân trong gia đình, đồng nghiệp đã luôn giúp đỡ, động viên tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu.

Trân trọng cảm ơn !

Hải Phòng, ngày      tháng      năm 2017

Nguyễn Quang Chính

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Quang Chính, Nghiên cứu sinh Khóa 1 (2012 – 2015) – Đại học Y Dược Hải Phòng, chuyên ngành Y tế công cộng, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Phạm Huy Quyến và PGS.TS. Nguyễn Văn Hiến.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, khách quan và trung thực; đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin chịu trách nhiệm về nội dung đề tài cũng như kết quả nghiên cứu luận án của mình trước nhà trường và hội đồng chấm luận án.

Hải Phòng, ngày      tháng      năm 2017

Người viết cam đoan

Nguyễn Quang Chính



**DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT**

ACT	Asthma Control Test (Test kiểm soát hen)
BV	Bệnh viện
CBYT	Cán bộ y tế
CLB	Câu lạc bộ
CNHH	Chức năng hô hấp
CT	Can thiệp
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
CSYT	Cơ sở y tế
DN	Dị nguyên
DU	Dị ứng
ĐT	Điều trị
GINA	Global Initiative for Asthma (CT P/C hen toàn cầu)
HPQ	Hen phế quản
HQCT	Hiệu quả can thiệp
KAP	Kiến thức thái độ thực hành
KN	Kháng nguyên
KSH	Kiểm soát hen
PEF	Lưu lượng đỉnh
FEV-1	Thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên
PV	Phỏng vấn
NB	Người bệnh
NC	Nghiên cứu
TL	Tỷ lệ
TTGDSK	Truyền thông giáo dục sức khỏe
TCT	Trước can thiệp
SCT	Sau can thiệp
SL	Số lượng
WHO	World Health Organization (Tổ chức y tế thế giới)
YTKP	Yếu tố kích phát

## MỤC LỤC

	<i>Trang</i>
<b>ĐẶT VẤN ĐỀ</b>	1
<b>Chương 1: TỔNG QUAN</b>	3
1.1. Dịch tễ học bệnh hen phế quản	3
1.2. Cơ chế bệnh sinh bệnh hen phế quản	12
1.3. Chẩn đoán bệnh hen phế quản	13
1.4. Điều trị hen phế quản	18
1.4.1. Điều trị cắt cơn hen phế quản	18
1.4.2. Điều trị dự phòng hen phế quản	19
1.5. Xu hướng nghiên cứu bệnh hen phế quản trên thế giới và Việt Nam	22
1.6. Truyền thông giáo dục sức khỏe trong phòng chống bệnh hen phế quản	23
1.7. Một số thông tin về địa bàn nghiên cứu	29
<b>Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b>	32
2.1. Địa điểm, đối tượng, thời gian nghiên cứu	32
2.2. Phương pháp nghiên cứu	35
2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu	36
2.4. Triển khai nghiên cứu can thiệp	39
2.4.1. Triển khai can thiệp cán bộ y tế	39
2.4.2. Triển khai can thiệp tới người bệnh hen phế quản	41
2.5. Đánh giá thay đổi trong kiểm soát hen phế quản	47
2.6. Các biến số, chỉ số, phương pháp, công cụ thu thập thông tin	49
2.7. Sai số và biện pháp khống chế sai số	52
2.8. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu	52
2.9. Đạo đức trong nghiên cứu	53
2.10. Hạn chế của nghiên cứu	54
<b>Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU</b>	55
3. 1. Thực trạng kiểm soát bệnh hen phế quản tại xã Hồng Thái huyện An Dương và xã Quốc Tuấn huyện An Lão, Hải Phòng	55
3.1.1. Đặc điểm dịch tễ học bệnh hen phế quản tại cộng đồng	55
3.1.2. Một số yếu tố liên quan	58

3.2. Hiệu quả can thiệp tới kiểm soát bệnh hen phế quản	63
3.2.1. Hiệu quả can thiệp tới kiến thức, thái độ, thực hành người bệnh; kiểm soát bệnh hen phế quản	63
3.2.2. Hiệu quả can thiệp tới kiến thức thái độ thực hành của cán bộ y tế trong điều trị kiểm soát bệnh hen phế quản	81
<b>Chương 4: BÀN LUẬN</b>	96
4.1. Thực trạng, nhu cầu kiểm soát bệnh hen phế quản tại 2 xã nghiên cứu	96
4.1.1. Thực trạng bệnh hen phế quản tại 2 xã nghiên cứu	96
4.1.2. Nhu cầu kiểm soát hen phế quản tại 2 xã nghiên cứu	104
4.2. Kết quả mô hình can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe trong kiểm soát bệnh hen phế quản tại xã Hồng Thái, huyện An Dương, Hải Phòng	106
4.2.1. Xây dựng mô hình và các hoạt động của mô hình	106
4.2.2. Một số kết quả đạt được của mô hình can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe tại xã Hồng Thái, huyện An Dương, thành phố Hải Phòng	112
4.2.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp TTGDSK đối với kiểm soát bệnh hen	116
<b>KẾT LUẬN</b>	130
<b>KHUYẾN NGHỊ</b>	132
Danh mục các công trình nghiên cứu đã công bố	133
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

**DANH MỤC BẢNG**

<b>Bảng</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Trang</b>
Bảng 1.1	Phân bậc hen phế quản theo GINA	17
Bảng 2.1	Kết quả hoạt động huấn luyện, đào tạo cán bộ y tế	41
Bảng 2.2	Kết quả hoạt động truyền thông cá nhân, nhóm, lưu động	46
Bảng 2.3	Các biến số / chỉ số nghiên cứu về người bệnh hen phế quản	49
Bảng 2.4	Các biến số / chỉ số nghiên cứu về cán bộ y tế	50
Bảng 2.5	Hiệu quả can thiệp	50
Bảng 3.1	Tỷ lệ hiện mắc hen phế quản theo giới tính	55
Bảng 3.2	Tỷ lệ người bệnh hen phế quản theo nhóm tuổi	55
Bảng 3.3	Tỷ lệ người bệnh hen phế quản theo trình độ học vấn	56
Bảng 3.4	Tỷ lệ người bệnh hen phế quản theo nghề nghiệp	56
Bảng 3.5	Triệu chứng cơ năng, thực thể của người bệnh	57
Bảng 3.6	Tỷ lệ người bệnh mắc hen phế quản tại thời điểm điều tra	58
Bảng 3.7	Tỷ lệ người bệnh theo điều kiện kinh tế, môi trường sống	58
Bảng 3.8	Tỷ lệ người bệnh hen phế quản theo tiền sử dị ứng	60
Bảng 3.9	Các yếu tố kích phát cơn hen phế quản ở người bệnh	60
Bảng 3.10	Các yếu tố liên quan mức độ hen của người bệnh	61
Bảng 3.11	Các yếu tố liên quan mức độ kiểm soát hen của người bệnh	62
Bảng 3.12	Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp, gián tiếp	63
Bảng 3.13	Kiến thức của người bệnh về bệnh hen phế quản	65
Bảng 3.14	Đánh giá hiệu quả can thiệp tới mức độ đạt kiến thức của người bệnh	66
Bảng 3.15	Thái độ của người bệnh về bệnh hen phế quản	66
Bảng 3.16	Hiệu quả can thiệp tới mức độ đạt thái độ của người bệnh về bệnh HPQ	67
Bảng 3.17	Thực hành của người bệnh để dự phòng cơn hen cấp	68
Bảng 3.18	Hiệu quả can thiệp tới mức độ đạt thực hành của người bệnh về bệnh HPQ	69
Bảng 3.19	Đánh giá hiệu quả can thiệp tới kiến thức thái độ thực hành (KAP) của người bệnh về bệnh HPQ	70
Bảng 3.20	Đánh giá hiệu quả can thiệp tới bệnh HPQ của người bệnh	71
Bảng 3.21	Các yếu tố ảnh hưởng tới can thiệp đến kiến thức đạt và chưa đạt của người bệnh	73
Bảng 3.22	Phân tích đa biến yếu tố liên quan mức độ kiến thức đạt của người bệnh	74
Bảng 3.23	Phân tích đa biến yếu tố liên quan đến thái độ đạt của người	75

	bệnh	
Bảng 3.24	Phân tích đa biến yếu tố liên quan đến mức độ thực hành đạt của người bệnh	76
Bảng 3.25	Phân tích đa biến yếu tố liên quan đến mức đạt KAP chung của người bệnh	77
Bảng 3.26	Yếu tố liên quan đến mức độ kiểm soát hen của người bệnh	78
Bảng 3.27	Số lượng người bệnh hài lòng về khám chữa bệnh	80
Bảng 3.28	Trình độ chuyên môn, giới tính của đối tượng nghiên cứu là cán bộ y tế	81
Bảng 3.29	Hiệu quả can thiệp tới kiến thức của cán bộ y tế về bệnh HPQ	82
Bảng 3.30	Hiệu quả can thiệp tới mức độ kiến thức của CBYT về bệnh HPQ	83
Bảng 3.31	Hiệu quả can thiệp tới thái độ của cán bộ y tế về bệnh HPQ	84
Bảng 3.32	Hiệu quả can thiệp tới mức độ thái độ của CBYT về bệnh HPQ	85
Bảng 3.33	Hiệu quả can thiệp tới thực hành của cán bộ y tế về điều trị cắt cơn HPQ	86
Bảng 3.34	Hiệu quả can thiệp tới mức độ thực hành của cán bộ y tế về điều trị cắt cơn hen phế quản	86
Bảng 3.35	Hiệu quả can thiệp tới thực hành đúng của cán bộ y tế trong điều trị kiểm soát HPQ	87
Bảng 3.36	Hiệu quả can thiệp tới mức độ thực hành của cán bộ y tế về điều trị dự phòng hen phế quản	88
Bảng 3.37	Hiệu quả can thiệp tới mức độ KAP của CBYT về bệnh hen phế quản	90
Bảng 3.38	Các yếu tố ảnh hưởng tới can thiệp đến kiến thức thái độ thực hành điều trị của CBYT	91
Bảng 3.39	Phân tích đa biến yếu tố liên quan kiến thức của cán bộ y tế	91
Bảng 3.40	Phân tích đa biến yếu tố liên quan thái độ của cán bộ y tế	92
Bảng 3.41	Phân tích đa biến yếu tố liên quan thực hành cắt cơn của CBYT	93
Bảng 3.42	Phân tích đa biến yếu tố liên quan thực hành dự phòng của cán bộ y tế	94
Bảng 3.43	Phân tích đa biến yếu tố liên quan kiến thức thái độ thực hành chung của CBYT	95

## DANH MỤC HÌNH

<b>Hình</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Trang</b>
Hình 1.1	Cơ chế bệnh sinh bệnh hen phế quản	12
Hình 1.2	Bản đồ huyện An Dương Hải Phòng	31
Hình 1.3	Bản đồ huyện An Lão Hải Phòng	31
Hình 2.1	Dụng cụ đo lưu lượng đỉnh kế Asthma Check	33
Hình 2.2	Đo lưu lượng đỉnh kế để đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở	33
Hình 2.3	Sử dụng thuốc trong Test hồi phục phế quản	34
Sơ đồ 2.1	Mô hình nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng	44
Hình 3.1	Các mùa trong năm với xuất hiện cơn hen	59
Hình 3.2	Thời gian xuất hiện cơn hen trong ngày	59
Hình 3.3	Tổng điểm trung bình ACT theo 12 tháng can thiệp của 200 BN	79
Hình 3.4	Hỏi quy tuyến tính điểm ACT của BN trong 12 tháng can thiệp	79
Hình 3.5	Các kênh thông tin bệnh nhân muốn tiếp nhận thông tin về bệnh	80
Hình 3.6	Tuổi trung bình và số năm công tác của CBYT	81
Hình 3.7	Sự hài lòng và mong muốn được đào tạo của CBYT về bệnh hen	89
Hình 3.8	Cán bộ y tế mong muốn được cung cấp qua kênh thông tin	89

## DANH MỤC HỘP

<b>Hộp</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Trang</b>
Hộp 3.1	Mong muốn của người bệnh về thành lập Câu lạc bộ hen phế quản – <i>Thảo luận nhóm người bệnh trước can thiệp</i>	64
Hộp 3.2	Kiến thức thái độ của người bệnh xã Hồng Thái trước can thiệp – <i>Thảo luận nhóm người bệnh trước can thiệp</i>	67
Hộp 3.3	Thực hành của người bệnh xã Hồng Thái trước can thiệp – <i>Thảo luận nhóm người bệnh trước can thiệp</i>	69
Hộp 3.4	Kiến thức thái độ thực hành của người bệnh xã Hồng Thái sau can thiệp – <i>Thảo luận nhóm Sinh hoạt CLB người bệnh sau can thiệp</i>	70
Hộp 3.5	Đánh giá của người bệnh, CBYT về hiệu quả Câu lạc bộ hen phế quản – <i>Phỏng vấn sâu BN, CBYT</i>	72
Hộp 3.6	Ý kiến của CBYT và lãnh đạo địa phương về việc thành lập Câu lạc bộ hen phế quản – <i>Phỏng vấn sâu CBYT trước can thiệp</i>	83
Hộp 3.7	Kiến thức thái độ thực hành của CBYT huyện An Dương trước can thiệp – <i>Phỏng vấn sâu thảo luận nhóm CBYT trước can thiệp</i>	84
Hộp 3.8	Kiến thức thái độ thực hành của CBYT huyện An Dương sau can thiệp – <i>Thảo luận nhóm CBYT sau can thiệp</i>	90

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là một bệnh gặp khá phổ biến trong cộng đồng. Bệnh do nhiều yếu tố gây nên, gặp ở cả người lớn và trẻ em. Do đặc tính diễn biến mạn tính nên bệnh ảnh hưởng nhiều đến đời sống sinh hoạt, học tập, lao động, kinh tế, sức khỏe của người bệnh, thậm chí đe dọa tính mạng người bệnh [1].

Hiện nay, HPQ có xu hướng ngày càng tăng trên thế giới cũng như ở Việt Nam do hậu quả của ô nhiễm môi trường, sử dụng thuốc hóa chất, nhịp sống căng thẳng... Bệnh ít gặp hơn ở những vùng khí hậu trong lành như: đồi núi, nông thôn; nhưng tăng theo quá trình đô thị hóa, công nghiệp hóa cùng với khí hậu nóng ẩm và gần biển. Theo tổ chức y tế thế giới (WHO), các nước đang phát triển có 100 triệu đến 200 triệu người mắc, 40 đến 50 nghìn trường hợp tử vong hàng năm. Còn ở các nước phát triển tỷ lệ tử vong do HPQ thấp hơn, vào khoảng 1/100.000 dân [1],[40].

Chương trình phòng chống hen phế quản toàn cầu (Global Initiative For Asthma) GINA, đã khẳng định hiệu quả trong điều trị kiểm soát hen phế quản, nhấn mạnh việc điều trị dự phòng, người bệnh (NB) có lối sống sinh hoạt hợp lý thì hoàn toàn có thể kiểm soát được bệnh. Những năm gần đây chương trình phòng chống HPQ được triển khai ở nhiều nước, trong đó có Việt Nam, với mục tiêu là áp dụng rộng rãi liệu pháp điều trị kiểm soát HPQ triệt để và nó được xem như giải pháp hữu hiệu cho NB [1]. Tuy nhiên biện pháp điều trị này chưa thật phổ biến rộng rãi ở nhiều cộng đồng, ngay cả ở các nước phát triển với nhiều lý do khác nhau [108].

Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu điều tra tổng thể nào về bệnh HPQ trên phạm vi cả nước, qua một số nghiên cứu ở các địa phương của một số tác giả, ước tính tỷ lệ (TL) mắc HPQ người trưởng thành khoảng 2-6% [1]. Các huyện ngoại thành Hải Phòng, trong đó có các huyện An Dương, An Lão; việc chuyển dịch các nhà máy ra vùng ngoại thành, sử dụng hóa chất trong công nghiệp, nông nghiệp kéo theo tình trạng gây ô nhiễm môi trường. Điều đó làm cho tình trạng bệnh tật, bệnh HPQ tại đây thay đổi theo [2],[6].

Chương trình phòng chống hen theo GINA bước đầu triển khai ở nước ta và thực tế điều trị HPQ tại cộng đồng ở Hải Phòng ra sao, nhận thức của người dân và thầy thuốc như thế nào về bệnh nói chung, việc điều trị kiểm soát HPQ thực tế ra sao? Đây là những câu hỏi đặt ra nhưng vẫn còn ít được nghiên cứu đánh giá [3].

Truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) với các phương pháp truyền thông trực tiếp và truyền thông gián tiếp sẽ cung cấp kiến thức, thay đổi thái độ, hướng dẫn người bệnh thực hành chăm sóc điều trị đúng bệnh HPQ, từ đó cải thiện tình trạng



điều trị kiểm soát HPQ. Với tỷ lệ (TL) mắc bệnh cao trong cộng đồng, HPQ cần được nghiên cứu can thiệp [6],[31].

Trong những nghiên cứu gần đây của một số tác giả trong và ngoài nước, chủ yếu ứng dụng điều trị kiểm soát HPQ tại bệnh viện (BV), trường học. Thực sự việc kiểm soát HPQ tại cộng đồng ra sao? Cộng đồng và người bệnh đã được truyền thông giáo dục sức khỏe như thế nào để kiểm soát HPQ (KSH). Cán bộ y tế (CBYT) địa phương cần triển khai những hoạt động gì để kiểm soát bệnh?, đây là các vấn đề đang đặt ra yêu cầu cấp thiết, cần được giải đáp. Rất cần thiết triển khai một mô hình Câu lạc bộ (CLB) tại cộng đồng để TT-GDSK với mục đích tác động đến người bệnh nhằm cung cấp thông tin, thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) để đạt hiểu biết, duy trì hành vi sức khỏe tốt, kiểm soát HPQ [22].

Một số nghiên cứu (NC) đã chứng tỏ, ở nước ta tỉ lệ được dự phòng HPQ của người bệnh rất thấp [6],[31], số liệu điều tra dịch tễ học bệnh hen ở người trưởng thành vẫn chưa đầy đủ và chúng ta cũng thiếu những NC đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp kiểm soát HPQ cho người trưởng thành tại cộng đồng. Như vậy việc tiến hành các NC can thiệp (CT) về bệnh HPQ thực sự trở nên cấp thiết [19].

Góp phần trả lời các câu hỏi đặt ra trên đây, chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu thực trạng và giải pháp can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe trong kiểm soát bệnh hen phế quản ở người trưởng thành tại huyện An Dương, Hải Phòng”.

Mục tiêu nghiên cứu:

- 1. Mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bệnh hen phế quản tại hai xã thuộc hai huyện An Dương và An Lão, thành phố Hải Phòng năm 2013.*
- 2. Đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe trong kiểm soát bệnh hen phế quản tại huyện An Dương, thành phố Hải Phòng năm 2014.*

## Chương 1

### TỔNG QUAN

#### 1.1. Dịch tễ học bệnh hen phế quản

##### 1.1.1. Mức độ lưu hành của hen phế quản

Hen phế quản là một trong những bệnh phổi mạn tính phổ biến nhất trên thế giới, bệnh gặp ở mọi lứa tuổi và tất cả các nước trên thế giới. Trong vòng 20 năm gần đây tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng [40],[48].

##### 1.1.1.1. Tỷ lệ mắc hen phế quản

Hen phế quản là bệnh lý thường gặp, tỷ lệ mắc và tử vong cao ở hầu hết các quốc gia trên thế giới [1]. Tỷ lệ mắc HPQ khác nhau giữa các nước, các chủng tộc, nói chung cao ở các nước công nghiệp và thấp hơn ở các nước đang phát triển. Dao động rất khác nhau từ 2 đến 19% dân số, tỷ lệ khoảng 3-5% ở người trưởng thành [68]. Số liệu về mức độ lưu hành bệnh cho thấy: Pháp 6,8%, Úc 14,7%, New Zealand 13,3%, Tazania 7-9%, Hoa Kỳ 7,1%, Mexico 3,3%, Thái Lan 6,5%, Hồng Kông 6,2%, Singapore 4,9%, Malaixia 4,8%, Đài Loan 2,6%, đặc biệt cao ở đảo Tristan de Cunha 30% và rất thấp ở bộ tộc Papous ở New Zealand, thổ dân Úc 0,1%... [68],[70].

Các số liệu về xu hướng mắc bệnh HPQ ở người lớn cũng tăng lên theo thời gian: ở Úc từ 1982 đến 1992 tăng từ 6,5% lên 9,9%, Bỉ năm 1978 (2,4%) đến 1981 (7,2%), Phần Lan năm 1975 (2%) đến 1990 (3%) (theo GINA 2005) [69].

Hen phế quản có thể gặp ở mọi lứa tuổi, thường xuất hiện lần đầu ở lứa tuổi dưới 5 tuổi, nhiều trường hợp bệnh tiến triển kéo dài và duy trì đến tuổi trưởng thành. Có một tỷ lệ đáng kể về bệnh tạm thời ổn định, một số mắc lại khi trưởng thành và điều này thể hiện ở tần suất mắc bệnh theo tuổi ở nhiều nghiên cứu đã công bố [6],[41].

Như một số bệnh lý dị ứng (DU) miễn dịch khác, HPQ không phải bệnh chỉ gặp ở một giới tính nào [6],[36]. Bệnh thường mắc ở cả 2 giới, khi trưởng thành tỷ lệ mắc bệnh ở nữ có xu hướng cao hơn ở nam cùng độ tuổi [1],[40]. Về trình độ học vấn của NB nhiều nghiên cứu cũng đã thấy rằng nhìn chung người mắc HPQ có trình độ học vấn thấp hơn so với mặt bằng chung của cộng đồng, nó có thể là hậu quả của bệnh ảnh hưởng đến sức khỏe, kết quả học tập [6],[31].

### *1.1.1.2. Một số yếu tố tác động đến tỷ lệ mắc bệnh hen phế quản*

Có nhiều tác nhân gây HPQ bao gồm: các dị nguyên (DN) trong nhà (bụi, lông súc vật...) các DN như phấn hoa, khói, hóa chất, bụi, kết hợp với những yếu tố thuận lợi làm cho tỷ lệ hen có xu hướng tăng lên ở nhiều quốc gia. Ở những nơi ô nhiễm môi trường trầm trọng, đặc biệt ô nhiễm không khí, do khói bụi của nhà máy hoá chất...[7],[61]. Theo tác giả Riitta Sauni, nghiên cứu bệnh ở công nhân lao động khi thử test kháng nguyên (KN) thì có đến 45% công nhân có phản ứng với test KN, với lông súc vật - vật nuôi là 27%, phấn hoa 19%, hoa cỏ khô 31% và mốc là 2%... Thay đổi thời tiết, lạnh, gắng sức, khói thuốc lá, thuốc lá là những tác nhân kích thích phát cơn hen ở phần lớn NB [100].

Về yếu tố liên quan đến gia đình và NB: có nhiều NC đã chỉ ra rằng HPQ có liên quan với yếu tố di truyền, gia đình, con cháu của những người bị HPQ có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn hẳn so với nhóm chứng bình thường. Đặc biệt trẻ song sinh, hoặc bố mẹ mắc hen thì nguy cơ xuất hiện bệnh cao hơn hẳn nhóm khác [66]. Các NC tiến hành ở cộng đồng từ những cặp sinh đôi cho thấy tác động của yếu tố di truyền lên sự xuất hiện bệnh, khoảng 35-70 % NB có yếu tố gia đình. Tuy nhiên, hiện nay chưa xác định được gen cụ thể liên quan chặt chẽ đến sự xuất hiện của bệnh HPQ và các bệnh Atopy, đa số NC cũng gợi ý rằng hen chịu tác động của các yếu tố đa gen [41],[79].

HPQ có liên quan yếu tố nghề nghiệp, tỷ lệ mắc cao ở những người làm nghề có tiếp xúc thường xuyên với hóa chất như nhựa, cao su; sản xuất giấy, nghề chế biến thực phẩm, thức ăn, nghề xây dựng, luyện kim... có tỷ lệ mắc cao hơn hẳn so với các nghề ít phải tiếp xúc với yếu tố nguy cơ của HPQ [60],[62].

### **1.1.2. Gánh nặng bệnh tật do hen phế quản**

HPQ là một trong các bệnh mạn tính phổ biến trên thế giới [1],[71], bệnh không những có tỷ lệ mắc cao mà còn ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của con người. Tổ chức y tế thế giới ước tính có 300 triệu người mắc HPQ năm 2005 và sẽ tăng lên 400 triệu người vào năm 2025; tỷ lệ mắc ở Việt Nam từ 4 -10% [68]. Trên thế giới hàng năm số người chết do bệnh HPQ là 250.000 người, trong đó rất nhiều trường hợp tử vong, có thể phòng tránh được. Ở Anh, Pháp, Đức trung bình mỗi năm có tới 2.000 trường hợp tử vong và tỷ lệ đó tăng lên dần (ở Pháp năm 1980 tử vong 1.480 trường hợp thì năm 1990 tử vong 1.990 trường hợp và ở Hoa Kỳ năm 1998 tử vong 3.000 trường hợp, đến nay hàng năm 4.000 – 5.000 người tử vong. HPQ là nguyên nhân gây

tử vong hàng thứ 4 và dự kiến sẽ đứng hàng thứ 3 thế giới vào năm 2020. Tỷ lệ tử vong do bệnh HPQ được thông báo của các quốc gia thường thấp hơn so với thực tế, vì chẩn đoán bỏ sót và theo dõi không đầy đủ. Nguyên nhân gây tử vong thường là do cơn HPQ nặng, HPQ ác tính, hay do mắc bệnh kéo dài bị biến chứng và tác dụng phụ của thuốc [48],[79].

Có rất nhiều NC đánh giá về chi phí tài chính cho điều trị HPQ và đều nhận định là chi phí cho HPQ là cao so với chi phí chung cho y tế và thu nhập của người dân ở các quốc gia. Theo một số thống kê, chi phí trực tiếp (viện phí, thuốc) cho bệnh HPQ chiếm 1-3% tổng chi phí y tế [58]. Riêng ở Hoa Kỳ, HPQ ảnh hưởng tới khoảng 12 - 15 triệu dân (chiếm 4 - 5% dân số), hàng năm khoảng 2-3 triệu lượt NB phải đi cấp cứu, có đến 1 triệu lượt người nằm viện vì HPQ. Chi phí trực tiếp và gián tiếp cho HPQ tới hơn 14,5 tỉ đô la, chiếm 1% ngân sách cho y tế của Hoa Kỳ, trong đó chi phí cho nằm viện khoảng 4,5 tỉ đô la, chi phí y tế trung bình của một gia đình có thu nhập ổn định là 5,5% đến 14,5% tổng thu nhập gia đình [100]. Ở Ấn Độ chi phí cho điều trị HPQ chiếm tới 9% tổng thu nhập bình quân đầu người [102].

HPQ ảnh hưởng xấu đến công việc học tập, sinh hoạt của người bệnh. Mỗi lần lên cơn hen NB thường cảm thấy tức ngực, khó thở; do bệnh hay xuất hiện vào ban đêm nên ảnh hưởng tới giấc ngủ, sức khỏe của người bệnh. Ở người trưởng thành, HPQ có thể dẫn tới giảm khả năng lao động, ảnh hưởng trực tiếp đến công việc của họ cũng như cuộc sống gia đình và xã hội. Ở thanh thiếu niên, bệnh ảnh hưởng đến sự phát triển và học tập của trẻ, giảm kết quả học tập và chất lượng cuộc sống của trẻ [26],[30]. NC cho thấy 56% NB bị hạn chế hoạt động thể lực, 51% bị cơn hen làm thức dậy vào đêm và trên 52% đã phải nhập viện cấp cứu hoặc cần sự giúp đỡ của CBYT trong năm [79]. Theo đánh giá của Hugo Neffen qua các NC thì: HPQ ảnh hưởng giới hạn hoạt động thể lực của NB như thể thao 50%, giấc ngủ 46%, nghỉ ngơi tự nhiên 41%, lối sống 37%, hoạt động xã hội 29%, chọn nghề 30%, làm việc nhà 37% [76]. Người mắc bệnh HPQ giảm khả năng lao động nên bị ảnh hưởng trực tiếp đến đời sống kinh tế xã hội [6].

Về vấn đề điều trị (ĐT) HPQ, theo tổng kết của GINA ở nhiều quốc gia NB được điều trị cắt cơn hen là chủ yếu, còn điều trị dự phòng kiểm soát hen triệt để mới đạt 5-15% [6],[19]. Đây là một tỷ lệ rất thấp so với yêu cầu và khả năng có thể là 85% số NB hen. Điều này cũng thấy rõ qua một NC tiến hành ở khu vực Châu Á Thái Bình Dương trên 8 quốc gia trong đó có Việt Nam, nhằm đánh giá sự hiểu biết, thái độ và

thực tế điều trị bệnh hen. Kết quả cho thấy 88% NB có triệu chứng trong vòng 4 tuần qua, 43% NB bị thức dậy ban đêm vì cơn hen nặng (ít nhất 1 lần/1 tuần), 30% NB phải nhập viện hoặc vào cấp cứu vì cơn HPQ, 40% NB phải nghỉ học, 60% không thể hoạt động thể lực bình thường, 71% không chơi được thể thao và không ngủ ngon về ban đêm [57]. Tình hình NB được kiểm soát hen hoàn toàn rất thấp, tỷ lệ NB tự dùng thuốc, không theo đơn khám bệnh còn cao; chỉ có 29% NB khi lên cơn HPQ đến bác sĩ, 29% NB dùng đơn thuốc cũ, 23% NB tự mua thuốc [6],[57].

### ***1.1.3. Dịch tễ học bệnh hen phế quản tại Việt Nam***

- *Về tỷ lệ mắc bệnh:* Ở Việt Nam dù chưa có điều tra tổng thể, nhưng theo ước tính của một số NC: có khoảng 2-6% dân số mắc HPQ [1], [104], đây là một tỷ lệ mắc bệnh khá cao, tương đương với Hoa Kỳ và thấp hơn Pháp, Úc...

Theo NC của Nguyễn Năng An, Nguyễn Quang Chính, Hoàng Văn Nhật [1],[6],[31], tỷ lệ mắc HPQ ở người lớn là 3-5%. Các NC về bệnh HPQ ở nước ta đều cho thấy bệnh có xu hướng tăng lên trong những năm gần đây, trong một điều tra của Bộ môn dị ứng - Đại học Y Hà Nội và Khoa dị ứng - miễn dịch lâm sàng bệnh viện Bạch Mai, từ năm 1961 đến nay tỉ lệ HPQ chung đã tăng gấp 2 lần, từ 3% tới 6% [1].

Mức độ lưu hành HPQ ở người trưởng thành Việt Nam năm 2010 là 4,1%. Trong số các địa phương NC, mức độ lưu hành HPQ cao nhất là ở Nghệ An (7,65%), thấp nhất ở Bình Dương (1,51%) [19].

- *Phân bố bệnh theo giới:* Cũng theo kết quả NC “Dịch tễ học và tình hình kiểm soát hen phế quản ở người trưởng thành Việt Nam năm 2010” tỷ lệ mắc hen ở nam giới là 4,6%, cao hơn so với tỷ lệ 3,62% ở nữ giới [19].

- *Phân bố bệnh theo lứa tuổi:* HPQ ở nước ta cũng gặp ở mọi lứa tuổi như nhiều nước khác trên thế giới [53], nhiều NC của các tác giả đều thấy rằng độ tuổi bệnh xuất hiện lần đầu thường là ở lứa tuổi thiếu niên cao hơn so với các lứa tuổi khác, nhận xét của Phan Quang Đoàn trong một NC cho rằng: có 39,6% người HPQ phát sinh bệnh ở lứa tuổi thiếu niên [13]. nhưng phân bố tỷ lệ NB theo độ tuổi không có sự khác biệt [6].

- *Phân bố bệnh theo nghề nghiệp:* Kết quả các NC về nghề nghiệp của NB cho thấy tỷ lệ mắc HPQ có liên quan chặt chẽ với vấn đề ô nhiễm không khí. Những người sống, làm việc trong môi trường nhiều khói bụi, không khí ô nhiễm có nguy cơ mắc HPQ cao hơn người khác [1], [40]. Môi trường sống ẩm thấp, nhiều bụi, mốc, có vật

nuôi...là những yếu tố thuận lợi làm xuất hiện bệnh, bệnh hay gặp ở những người làm nông nghiệp [6],[31].

- *Một số yếu tố khác liên quan đến bệnh HPQ*: Các NC đều cho rằng NB hen có trình độ văn hóa thấp hơn rõ rệt so với mức văn hóa chung với người không bị HPQ ở cùng cộng đồng, giống như xu hướng chung của các nước đang phát triển hoặc chậm phát triển khác [6]. Theo tác giả Dương Quý Sỹ trong điều tra tại thành phố Đà Lạt, Lâm Đồng năm 2004 có đến 54% NB không học THCS [104], điều đó có thể liên quan do mắc bệnh xuất hiện từ nhỏ, ảnh hưởng tới khả năng học tập của người bệnh [6].

Yếu tố thúc đẩy cơn HPQ bao gồm cả các dị nguyên, được nhiều nhà NC khẳng định là: thay đổi thời tiết, nhiễm trùng đường hô hấp (đặc biệt là virus), khói, bụi, nóng ẩm... Cũng có một số DN đã được khẳng định là những nhân tố trực tiếp gây HPQ: bụi nhà, phấn hoa, nấm mốc, lông súc vật... [6],[7]. Các yếu tố kích thích khởi phát cơn hen không giống nhau giữa các NB, có NB chỉ có một vài yếu tố trong khi các NB khác có nhiều yếu tố kích thích khởi phát cơn hen, theo NC của Lương Thị Thuận ở TP HCM thấy có 16 nhóm yếu tố kích phát (YTKP) cơn hen, có NB bị kích thích khởi phát cơn hen bởi 13/16 YTKP, cũng có trường hợp không xác định rõ yếu tố kích thích khởi phát cơn hen [13].

Nhiều NC đã chỉ ra các yếu tố cơ địa dị ứng cá nhân và gia đình có liên quan mật thiết đến khả năng mắc bệnh, môi trường ô nhiễm cùng với cơ địa DƯ được xem là 2 yếu tố nguy cơ quan trọng gây hen: theo Nguyễn Năng An bản thân NB có cơ địa DƯ là 76,19% [1], theo NC của Phan Quang Đoàn thì cơ địa gia đình mắc bệnh DƯ gặp ở 42,5% NB hen [13]. Nhiều tác giả cho rằng một trong hai người bố hoặc mẹ bị HPQ thì nguy cơ con bị hen là 30%, nếu cả bố mẹ đều bị hen thì nguy cơ mắc HPQ ở con là 50% [41].

Các NC đều có nhận xét tương tự nhau là: nhiều NB thường xuất hiện cơn HPQ nặng hơn vào mùa đông - xuân so với các mùa khác [8]. Cơn HPQ hay xuất hiện về đêm và gần sáng (70,42%) [40],[41].

Về mức độ nặng nhẹ của bệnh HPQ, có nhiều cách tiếp cận phân loại khác nhau: dựa vào tần suất, mức độ nặng của cơn hen, biến chứng kèm theo, đáp ứng với điều trị... Trước đây, đa số các NB được phân loại dựa trên mức độ nặng nhẹ của cơn HPQ khi NB vào viện cấp cứu. Hiện nay xu hướng hội nhập thế giới thì các nhà chuyên ngành về HPQ và dị ứng khuyến cáo nên phân loại độ HPQ tại cộng đồng theo độ HPQ của GINA và cách này thích hợp với phương pháp điều trị kiểm soát hen theo

độ. Theo NC của Đào Minh Tuấn, BN vào Viện nhi Trung ương năm 2002 tình trạng bệnh HPQ độ 1 - 2 chiếm 80% các trường hợp, còn bậc HPQ nặng khoảng 10 - 20%. Theo NC của Phạm Văn Thức, Vũ Minh Thục tại 1 phường nội thành Hải Phòng năm 2003 (Tập chí YHTH số 444 năm 2003) thì bệnh HPQ có nhiều biến chứng với tỷ lệ cao: biến dạng lồng ngực 12,67%, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 4,23%, tim phổi mạn tính 5,63%. Chết do HPQ ở nước ta có lẽ cũng có tỷ lệ khá cao như các nước đang phát triển khác, rất tiếc chưa thấy có NC nào chính thức thông báo về tỷ lệ chết do hen tại cộng đồng cũng như các yếu tố nguy cơ liên quan đến tử vong do hen [40],[41].

Về tình hình chẩn đoán bệnh HPQ, theo Nguyễn Năng An có 55,2% NB chưa được chẩn đoán hen [1], thấp hơn so với NC của Nguyễn Việt Cồ (63%  $p < 0,001$ ). Thực tế vẫn còn nhiều trường hợp NB chưa được chẩn đoán đúng và bị bỏ sót, vì vậy dẫn đến việc điều trị không đúng hướng, làm tăng nặng bệnh. Thực hiện chẩn đoán đúng và điều trị phù hợp, cần kết hợp với đo lưu lượng đỉnh sẽ giúp cho chẩn đoán, theo dõi trong điều trị [12],[25]. Nhiều NC cho rằng, NB hen ở nước ta ít khi chủ động đi khám bệnh định kỳ, cho nên chỉ có số ít NB được theo dõi bởi CBYT chuyên khoa. Theo NC ARIAP năm 2000 tại Việt Nam, số NB đi khám BS đa khoa 4,64 lần/năm, BS chuyên khoa 1,03 lần/năm, đó là số lần tự đi khám bệnh thấp nhất so với các NB ở các quốc gia khác trong khu vực châu Á Thái Bình Dương. Cũng trong NC đó 26% NB Việt Nam phải quay lại điều trị nội trú, tỷ lệ cao nhất so với các nước trong khu vực (trung bình của các nước là 15%) [57]. Một NC tiến hành trong năm 2003 tại Đà Lạt có 18,3% số NB hen trong cộng đồng phải vào viện điều trị vì cơn hen cấp nặng, điều này cho thấy công tác kiểm soát hen (KSH) tại cộng đồng chắc chắn còn kém [104]. Sử dụng dụng cụ đo lưu lượng đỉnh giúp cho CBYT trong ĐT kiểm soát hen rất ít. Cho đến nay các NC khác nhau đều thấy rằng hầu hết NB hen ở nước ta đều không được đo lưu lượng đỉnh để theo dõi điều trị, thường thăm dò này chỉ thấy áp dụng tại phòng khám chuyên khoa và trong các NC điều tra phát hiện HPQ tại cộng đồng [6], [19].

#### ***1.1.4. Một số nội dung kiểm soát bệnh hen phế quản***

Theo GINA 2014, đánh giá kiểm soát HPQ gồm kiểm soát triệu chứng và nguy cơ tương lai của kết quả xấu. Trong đó: Đánh giá kiểm soát triệu chứng trong 4 tuần qua; Xác định yếu tố nguy cơ đối với đợt kịch phát, giới hạn luồng thông khí và tác dụng

phụ; Đo chức năng hô hấp lúc chẩn đoán, lúc bắt đầu điều trị, sau điều trị với thuốc 3-6 tháng và định kỳ sau đó.

- Đánh giá các vấn đề điều trị: Ghi nhận bậc điều trị hiện tại của NB; xem kỹ thuật hít thuốc, đánh giá sự tuân thủ và phản ứng phụ; Kiểm tra NB có bản kế hoạch hành động hen hay không; Hỏi thái độ mục đích của NB đối với bệnh và thuốc điều trị. Kiểm soát HPQ chính là chìa khóa cho quản lý bệnh tốt vì: bệnh luôn biến đổi theo thời gian và không gian; khi được kiểm soát, bệnh không biến đổi nhiều nữa [1]. Kiểm soát HPQ là đánh giá tính chất của bệnh trong một khoảng thời gian ngắn (1 tuần đến 3 tháng). Sự kiểm soát khác độ nặng của bệnh, vì đo lường trong 1 khoảng thời gian dài hơn (6-12 tháng). Nó có liên quan nhiều hơn đến bệnh sử, tình trạng tăng phản ứng phế quản và tái cấu trúc phế quản. Thuật ngữ độ nặng của cơn hen tương ứng với tình hình bệnh hen ở một thời điểm nhất định (ví dụ có một cơn hen nặng) [68],[69]. Kiểm soát HPQ chủ yếu dựa vào việc định lượng các triệu chứng và sử dụng trả lời bảng câu hỏi hợp chuẩn như trắc nghiệm Asthma Control Test – Test kiểm soát hen (ACT), đánh giá trong thời gian 7 ngày, 5 đề mục lâm sàng (cho điểm từ 1 đến 5, điểm số tối đa là 25 điểm: khi điểm số  $\geq 19$  NB được coi là kiểm soát tốt. Để bổ sung người ta có thể đánh giá kiểm soát tốt bằng thăm dò chức năng hô hấp, nhất là đo lưu lượng đỉnh (PEF) thở ra hoặc là đo FEV-1 (Forced expiratory volume in one second: thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu) [1],[2],[41]. Có thể sử dụng Test ACT trong việc phân loại kiểm soát HPQ. ACT rất hữu ích trong việc xác định kiểm soát bệnh HPQ những người bệnh ngoại trú khi NB không kiểm soát được theo GINA [109].

Thực trạng KSH của người bệnh dựa vào NB tự đánh giá mức độ kiểm soát bệnh; Bác sĩ (BS) đánh giá mức KSH của NB; theo dõi chức năng phổi [1]. Công cụ chính xác, tin cậy, đơn giản và khả thi trong đánh giá KSH, đó là dùng bảng câu hỏi đánh giá KSH (ACT) [1],[44]. Có thể chia 3 nhóm yếu tố ảnh hưởng đến KSH: các yếu tố liên quan đến chính người bệnh; thầy thuốc và các yếu tố liên quan đến bệnh.

Về vấn đề KSH, thực trạng và các yếu tố liên quan đến điều trị kiểm soát bệnh HPQ ở Việt Nam nói chung hoặc các địa phương khác nhau nói riêng vẫn còn ít được NC đánh giá. Một số NC tại thành phố Hồ Chí Minh thấy người trưởng thành vẫn chưa được kiểm soát tốt, người bị HPQ bậc 4 còn chiếm tỷ lệ cao, gây tác động xấu đến hoạt động thể lực, thậm chí đe dọa tính mạng khi gặp cơn HPQ cấp tính và không kịp điều trị thích đáng [12]. Lý do của tình hình điều trị KSH không được như mong



muốn ở đa số các NB HPQ, cần phải có các NC đánh giá, cũng như cần có NC can thiệp để cải thiện tình hình kiểm soát bệnh HPQ [6].

Cũng theo nghiên cứu của ARIAP ở Việt Nam số ngày điều trị tại BV trung bình của NB HPQ 4,43 ngày/năm, cao nhất so với các nước trong khu vực. Chi phí điều trị ở các NB HPQ tính tương đối so với thu nhập bình quân đầu người (GDP) ở Việt Nam chiếm 35%, cao hơn nhiều so với Singapore chỉ với 1%. Tuy nhiên tính trên phương diện chi phí cho điều trị trực tiếp cho NB hen ở nước ta chi phí thấp nhất khu vực, với  $141 \pm 12$  USD, ở Hồng Kông là 1.110 USD, Đài Loan 328 USD [58].

Đề tài nghiên cứu của Bộ Y tế năm 2010 cho thấy: hiện nay nhiều phương pháp điều trị hen khác nhau đã được sử dụng, trong đó điều trị bằng thuốc tây y và đông y là những phương pháp phổ biến nhất, lần lượt là 91,1% và 14,4%. Trong đó, một số lượng đáng kể NB đang sử dụng phối hợp nhiều phương pháp để điều trị. Trong số 485 NB HPQ được khảo sát các thông tin về vấn đề DT và KSH, chỉ có 29,1% người hiện có điều trị dự phòng và 57,9% NB chưa từng dùng các thuốc dự phòng HPQ. Ngoài ra, tỷ lệ NB có theo dõi lưu lượng đỉnh tại nhà rất thấp, chỉ chiếm 4,5% [19].

Việc dùng bảng câu hỏi trắc nghiệm ACT có thể giúp NB đánh giá được mức độ kiểm soát HPQ ngay tại nhà, do đặc điểm đơn giản, rõ ràng, dễ thực hiện, khá chính xác và không cần đo chức năng hô hấp, quan trọng hơn là tăng cường được sự hợp tác giữa thầy thuốc và NB, giúp NB tuân thủ điều trị tốt hơn [32]. Các khảo sát ở Việt Nam và nhiều nước trên thế giới cho thấy: hiện mới chỉ có 39,7% số NB đạt được kiểm soát HPQ theo đánh giá bằng bộ câu hỏi ACT, gần 60% số NB chưa kiểm soát được bệnh; tỷ lệ NB có dùng thuốc dự phòng HPQ còn thấp [6],[19].

Một số NC can thiệp của các tác giả cho thấy hiệu quả can thiệp KSH, mức độ nặng của cơn HPQ được cải thiện rõ rệt. Như NC đặc điểm lâm sàng của NB được kiểm soát hoàn toàn của tác giả Bùi Thị Hạnh Duyên tại Phòng khám hô hấp Bệnh viện Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, có 58 NB được điều trị từ độ 4 về độ 1 với thời gian điều trị 9 tháng [12]. Khi hen được kiểm soát 89,4%, thì chuyển sang kiểm soát 1 phần còn 7,8%, chuyển sang không kiểm soát 2,8%. Nếu HPQ kiểm soát một phần 70% việc chuyển sang HPQ kiểm soát 18,4%, vào cơn HPQ cấp 0,1% [1].

Việc KSH triệt để muốn đạt được kết quả tốt cần tác động từ nhiều nhóm đối tượng. Phụ thuộc kiến thức - thái độ - thực hành của CBYT và NB. Chúng tôi chưa thấy có NC nào về bệnh HPQ trên thế giới hay tại Việt Nam can thiệp bằng các hoạt

động TTGDSK qua mô hình Câu lạc bộ (CLB) bệnh nhân hen phế quản tại cộng đồng để cải thiện việc kiểm soát bệnh HPQ. Thực hiện TTGDSK về bệnh với các loại hình truyền thông trực tiếp (tư vấn, truyền thông nhóm, làm mẫu, hội thi...) và truyền thông gián tiếp (phát tờ rơi, áp phích, loa truyền thanh,...) để tác động thay đổi đến KAP của CBYT và của NB [22],[34].

Hiện nay việc đánh giá mức độ kiểm soát HPQ bằng bảng trắc nghiệm ACT theo hướng dẫn của GINA 2014 [34], [72],[88]. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Chính tại Kim Thành Hải Dương năm 2006, tình trạng NB kiểm soát HPQ tốt là 7,0% [6]; Nghiên cứu của Hoàng Văn Nhật tại Cát Hải, Hải Phòng năm 2011, NB kiểm soát HPQ tốt 6,6%; NB chưa được kiểm soát hoặc kiểm soát 1 phần 93,4% [31].

Thực trạng công tác điều trị, quản lý NB HPQ tại các địa phương, năng lực của cán bộ y tế (CBYT), thực tế điều trị, sử dụng thuốc, công tác tư vấn, tuyên truyền về phòng, điều trị HPQ ở các địa phương đang thực sự đặt ra nhu cầu cấp thiết. Trong khi GINA khuyến nghị triển khai kiểm soát HPQ tại cộng đồng các quốc gia, với những lợi ích rõ rệt mà nó mang lại cho người bệnh và toàn xã hội. Tuy việc triển khai chương trình này ở nước ta còn chưa phổ biến, cũng như chưa có nhiều NC đánh giá thực trạng và chưa có NC can thiệp nâng cao hiệu quả mang lại của nó [6],[28].

#### ***1.1.5. Các yếu tố nguy cơ gây bệnh hen phế quản***

Các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến HPQ có thể chia thành 2 loại: các yếu tố gây bệnh HPQ và các yếu tố kích thích làm khởi phát cơn HPQ. Vai trò chính xác của một số yếu tố chưa rõ ràng, một số yếu tố khác như dị nguyên (DN) rơi vào cả 2 loại trên. Yếu tố gây bệnh HPQ gồm yếu tố chủ thể (chủ yếu là yếu tố di truyền) và yếu tố gây cơn HPQ là yếu tố môi trường [11],[27],[41].

##### ***\* Yếu tố chủ thể:***

- Gen: Yếu tố gen, giới tính có liên quan đến việc tạo cơ địa dị ứng Atopy, cũng như tạo ra cơ địa tăng phản ứng của đường thở.

- Béo phì: thừa cân béo phì cũng là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh HPQ ở các đối tượng, do việc tăng cân, tăng gắn mỡ làm hẹp đường thở.

##### ***\* Yếu tố môi trường:***

- Các dị nguyên kích thích xuất hiện cơn hen có thể có trong nhà như: bụi nhà, mạt nhà, vật nuôi (chó mèo...), dị nguyên từ gián, nấm mốc, bào tử. Ở ngoài nhà là



viêm mạn tính đường hô hấp, ngoài ra còn dẫn đến quá trình co thắt phế quản, giãn mạch, tăng tiết niêm dịch phế quản, phù nề phế quản [2],[13].

Cơ chế tắc nghẽn trong HPQ: chính do tác động của các mediator gây viêm, leucotrien, interleukin và các tác động của một số hệ thần kinh thực vật ở đường hô hấp, dẫn đến 5 biểu hiện đáng chú ý:

- Phù nề niêm mạc phế quản
- Phân hủy biểu mô phế quản và màng cơ bản dày thêm
- Phi đại cơ trơn phế quản
- Tạo niêm dịch trong tiêu phế quản
- Thâm nhiễm các tế bào viêm

Hệ thần kinh tự động (thực vật) tham gia vào cơ chế gây hẹp đường thở đó là hệ tiết cholin, hệ giao cảm, hệ phó giao cảm, hệ phản xạ Axon [2],[41]. Mối quan hệ giữa phơi nhiễm cao hơn các chất ô nhiễm quang hóa gắn với tỷ lệ cao xuất hiện bệnh HPQ, viêm mũi dị ứng, eczema [61], [62]

Cơ chế tăng tính phản ứng phế quản trong HPQ là một tình trạng bệnh lý không những đặc hiệu cho HPQ mà còn ở một số bệnh đường hô hấp khác: viêm phế quản mạn tính, viêm mũi dị ứng, bệnh tăng tiết nhầy (mucoviscidose). Có thể nói tăng tính phản ứng phế quản là cơ sở giải thích sự xuất hiện cơn HPQ do gắng sức, các loại khói bụi (khói thuốc lá, bếp than, khí thải ô tô...), không khí lạnh, các mùi hương phấn...[12]. Điều đó đã mở ra hướng giúp KSH hoàn toàn, chủ động dựa trên sản phẩm thuốc là sự phối hợp thuốc chống viêm và thuốc giãn phế quản kéo dài trong nhiều dạng chế phẩm hít, khí dung cho điều trị dự phòng KSH [4],[5],[72].

### **1.3. Chẩn đoán bệnh hen phế quản**

#### ***1.3.1. Tiêu chuẩn để chẩn đoán hen phế quản***

HPQ là một bệnh lý đa dạng, thường đặc trưng bởi viêm đường dẫn khí mạn tính. Hen được định nghĩa bởi sự hiện diện của bệnh sử có các triệu chứng hô hấp như khò khè, khó thở, nặng ngực và ho. Các triệu chứng này thay đổi theo thời gian và về cường độ, đi cùng với sự dao động của giới hạn dòng khí thở ra [72].

Theo GINA (2012) đã đề xuất một số tiêu chuẩn chính để chẩn đoán HPQ:

- Đặc điểm lâm sàng: Cơn hen điển hình.
- Khai thác tiền sử: Cơn khó thở tái phát nhiều lần, cơ địa dị ứng.
- Các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng: đo chức năng thông khí phổi, chụp X quang tim phổi, test phục hồi phế quản...

- Có kết quả tốt khi điều trị theo phác đồ các bệnh dị ứng: kháng histamin, thuốc giãn phế quản...

Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng [2],[4],[70].

### *1.3.1.1. Triệu chứng lâm sàng của hen phế quản*

#### ***Triệu chứng của cơn hen phế quản điển hình***

Cơn hen xuất hiện đột ngột, thường về đêm, thời gian xuất hiện, mức độ nặng phụ thuộc nhiều yếu tố. Dấu hiệu tiền triệu chứng là ngứa mũi, hắt hơi, chảy nước mắt nước mũi, ho từng cơn, bồn chồn, hoảng sợ...

Rất nhanh sau đó là cơn khó thở chậm, khó thở thường rõ ở thì thở ra, trong cơn hen, lồng ngực NB giãn căng, các cơ hô hấp phụ nổi rõ, vẻ mặt hoảng sợ, tím tái trong cơn hen nặng. Nhịp thở có thể nhanh hoặc chậm tùy theo mức độ nặng nhẹ của cơn, tiếng thở cò cữ, rít kéo dài, nghe thấy rõ trong các cơn hen điển hình. Nghe phổi sẽ thấy tiếng ran ngáy, ran rít. Trường hợp co thắt phế quản nhiều, thời gian thở ra rất dài. Cơn khó thở kéo dài hoặc ngắn tùy từng người bệnh. Sau một vài phút hoặc vài giờ, đến giai đoạn viêm long, báo hiệu sắp hết cơn, NB khạc nhổ rất khó khăn, ra được một ít đờm đặc trắng, quánh; nghe phổi có thể thấy nhiều tiếng ran ẩm [2],[5].

Ho và nặng ngực là 2 triệu chứng gặp phổ biến ở NB HPQ. Sau cơn HPQ có thể người bệnh tự hồi phục hết khó thở hoặc nhờ điều trị.

***Triệu chứng của hen phế quản không điển hình:*** Ho dai dẳng, khạc đờm quánh dính nhất là về đêm, khó thở dai dẳng không thành cơn rõ rệt, chẩn đoán phải phối hợp dựa vào lâm sàng, tiền sử dị ứng bản thân, gia đình; dựa vào test phục hồi phế quản với salbutamol hít hoặc khí dung thấy thay đổi lưu lượng đỉnh, FEV-1 (tăng trên 20% so với lúc trước thử nghiệm)... và điều trị có kết quả tốt với thuốc giãn phế quản và corticosteroid [40],[41].

### *1.3.1.2. Tiền sử:* Phần lớn các người bệnh hen có các dấu hiệu sau:

- Có cơn hen: khó thở, khò khè, ho có tính chất chu kỳ. Các triệu chứng nặng lên vào ban đêm hoặc gần sáng (làm người bệnh thức giấc), khi có mặt DN trong không khí, các yếu tố kích phát cơn HPQ hoặc gắng sức [4],[6].

- Cơ địa người bệnh có mắc viêm da / eczema hoặc các bệnh dị ứng khác... Người thân trong gia đình bị HPQ, dị ứng, viêm mũi hoặc viêm xoang.

### 1.3.1.3. Đặc điểm về cận lâm sàng

- Đo chức năng hô hấp (CNHH) là một xét nghiệm không thể thiếu được và ngày càng được sử dụng thường xuyên trong các chuyên khoa về bệnh phổi, đặc biệt trong bệnh HPQ [4]... Thông qua việc đo CNHH có thể đánh giá được quá trình thông khí phổi, góp phần cho chẩn đoán chính xác bệnh hen, đánh giá mức độ nặng nhẹ của bệnh và phân biệt với các rối loạn hô hấp khác [40]. Thông thường khi bị HPQ, NB hay có biểu hiện của rối loạn thông khí tắc nghẽn cụ thể các chỉ số: thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên (FEV-1), lưu lượng đỉnh (PEF) đều giảm, mức độ giảm của các chỉ số này thường trên 15% so với chỉ số dự báo lý thuyết. Đối với HPQ đã có biến chứng biểu hiện rối loạn thông khí hỗn hợp [41].
- X quang: trong cơn hen thấy hình ảnh XQ phổi quá sáng, khoang liên sườn giãn. Chụp Xquang tim phổi thường được tiến hành khi có nghi ngờ trong chẩn đoán giữa HPQ với các bệnh phổi khác có khó thở [41].
- Máu: thường bạch cầu ái toan tăng, nếu có sốt công thức bạch cầu tăng.
- Khí máu: PO<sub>2</sub> bình thường hoặc giảm tùy theo mức độ nặng nhẹ, chỉ có ích cho đánh giá biến chứng không dùng để chẩn đoán bệnh.
- Đờm: Có thể tìm thấy tinh thể Charcot Leyden, thể xoắn Curschmann. (Thực tế ít dùng vì phức tạp, chỉ có giá trị trong nghiên cứu thể khó chẩn đoán).
- Xét nghiệm miễn dịch: trong huyết thanh IgA thấp, IgE có khi cả IgG cao, IgE có thể cao gấp 17 lần bình thường, tỷ lệ CD4, CD8 tăng: chứng tỏ có rối loạn điều hòa miễn dịch (bình thường là 1,91) [2],[41].
- Test dị ứng: Test lấy da và test kích thích hô hấp với các DN nghi ngờ giúp cho chẩn đoán đặc hiệu xác định dị nguyên gây HPQ (nguyên nhân gây bệnh) [41].
- Oxit Nitric thở ra: (FENO) tăng lên trong hen ái toan.

Điều trị thử những trường hợp hen không điển hình dễ nhầm với các bệnh phổi khác như COPD... NB đáp ứng tốt với các thuốc coi như đặc hiệu với HPQ như thuốc giãn phế quản, corticoid rất có ích cho chẩn đoán xác định HPQ [2],[41].

Một số thể hen thường gặp hiện nay: [74]

- + Hen dị ứng: khởi phát từ trẻ, bệnh sử/tiền sử có bệnh DU, đáp ứng tốt với ICS
- + Hen không dị ứng: đờm có bạch cầu trung tính, ái toan hoặc chỉ chứa một vài tế bào viêm, đáp ứng với ICS kém hơn.
- + Hen khởi phát muộn: không dị ứng và thường đòi hỏi ICS liều cao hơn hoặc không đáp ứng với ICS.

- + Hen có giới hạn luồng khí cố định: do đường thở bị tái cấu trúc.
- + Hen béo phì: một số người bệnh béo phì bị HPQ có các triệu chứng hô hấp nổi bật và viêm nhẹ đường thở.

#### 1.3.1.4. Chẩn đoán mức độ nặng nhẹ của bệnh hen phế quản

**Chẩn đoán mức độ hen phế quản tại bệnh viện:** Dựa vào tần xuất cơn HPQ, mức độ khó chịu giữa các cơn, đo chức năng hô hấp, thông khí phổi, chụp phim Xquang phổi [2],[4],[41].

**Hen nhẹ:** Triệu chứng xảy ra < 2 lần/tuần, khó chịu về đêm (hen ban đêm) < 2 lần/ tháng, không có triệu chứng giữa 2 đợt khó thở. Chức năng hô hấp thay đổi không nhiều qua chỉ số FEV-1 > 80%, thay đổi FEV-1 < 20% trong ngày.

**Hen trung bình:** Triệu chứng xảy ra > 2 lần/tuần, ảnh hưởng đến cuộc sống sinh hoạt, lao động hàng ngày và giấc ngủ, thức giấc về đêm (hen ban đêm) > 2 lần/ tháng, không có triệu chứng giữa 2 đợt khó thở. Người bệnh thường có dấu hiệu mạn tính đòi hỏi hàng ngày phải hít thuốc cường  $\beta_2$ . Đo chức năng hô hấp: FEV-1 dao động trong khoảng 60- 80%, thay đổi FEV-1 trong ngày 20-30%.

**Hen nặng:** Hen khó thở liên tục, các đợt thường xuyên nặng lên, cơn hen xuất hiện vào ban đêm, bệnh ảnh hưởng nghiêm trọng đến cuộc sống người bệnh. Chức năng hô hấp: FEV-1 < 60%, thay đổi FEV-1 > 30%.

**Hen ác tính:** Gồm các dấu hiệu lâm sàng nặng dẫn tới tình trạng tăng  $CO_2$  máu, toan máu và giảm thông khí nghiêm trọng dễ dẫn tới nguy cơ tử vong.

#### **Biến chứng hen phế quản**

**Biến chứng tức thì:** Cơn hen ác tính có thể gây suy hô hấp cấp, trực tiếp đe dọa tính mạng người bệnh gây ra tràn khí màng phổi, nhiễm khuẩn hô hấp.

**Biến chứng lâu dài:** Thường xuất hiện sau nhiều năm, do hen nặng hay do điều trị không đúng cách [4],[41].

+ Biến dạng lồng ngực: gặp ở trường hợp hen từ bé, xương ức nhô ra phía trước, hoặc lồng ngực doãng rộng ở phía trước.

+ Biến chứng do lạm dụng thuốc, khi dùng nhiều corticoide sẽ gây ra hội chứng Cushing, loãng xương, nhiễm khuẩn dai dẳng, rối loạn tâm thần...

+ Diễn biến mạn tính kéo dài gây suy hô hấp mạn tính dẫn tới suy tim do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, biến chứng này hay gặp ở người lớn tuổi, hen lâu năm không được điều trị chu đáo [4],[41].

### 1.3.2. Chẩn đoán bệnh hen phế quản tại cộng đồng

- Theo hướng dẫn của GINA thì một người được coi là mắc bệnh hen khi hiện tại (trong 1 tháng qua) hay trong tiền sử có 4 triệu chứng hoặc dấu hiệu sau: khó thở thành cơn tái phát, tiếng khò khè cò cữ, ho dai dẳng tái phát nhiều lần, nặng ngực.

Các triệu chứng đó thường hay xảy ra về đêm và sáng, nhất là khi tiếp xúc với dị nguyên hay gắng sức... [70].

- Trường hợp không đủ các dấu hiệu điển hình trên. Ví dụ không có cơn khó thở điển hình (chỉ có 3 dấu hiệu ho dai dẳng, khò khè, nặng ngực) thì phối hợp với khai thác tiền sử bản thân gia đình, nếu có biểu hiện bệnh dị ứng, mề đay, chàm... và đáp ứng điều trị tốt với thuốc corticoid thì cũng là BN hen [68].

- Kết hợp đo lưu lượng đỉnh thờ ra tối đa trong 1 giây; và Test phục hồi phế quản dương tính [70].

**Bảng 1.1. Phân bậc hen phế quản theo GINA**

Bậc	Triệu chứng	Triệu chứng về đêm	Lưu lượng đỉnh	Dao động lưu lượng đỉnh
Bậc 1 Nhẹ, cách quãng	< 2 lần/tuần - Không triệu chứng và bình thường giữa các cơn đột phát - Các cơn đột phát ngắn	< 2 lần/tháng	> 80%	< 20%
Bậc 2 Nhẹ, dai dẳng	≥ 2 lần/tuần Các cơn đột phát có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt	≥ 2 lần/tháng	≥ 80%	20 – 30%
Bậc 3 Trung bình dai dẳng	- Triệu chứng xảy ra liên tục - Giới hạn hoạt động hàng ngày - Các cơn đột phát xảy ra thường xuyên	Thường xuyên	> 60 – 80%	> 30%
Bậc 4 Nặng dai dẳng	- Triệu chứng xảy ra liên tục. - Giới hạn hoạt động hàng ngày - Các cơn đột phát xảy ra thường xuyên	Thường xuyên	≤ 60%	> 30%

### 1.4. Điều trị hen phế quản

**1.4.1. Điều trị cắt cơn hen phế quản:** tại nhà, tại cơ sở y tế, tại bệnh viện chủ yếu dựa vào mức độ nặng nhẹ của cơn HPQ mà áp dụng [2], [45], [46]:



- *Con hen nhẹ*: BN chỉ cần dùng thuốc nhóm  $\beta_2$  - cường giao cảm (với các biệt dược ventoline...) hít khi thấy khó chịu hô hấp xuất hiện. Đồng thời cho uống theophylline viên 0,1g x 3 - 4 viên/ngày chia 2 lần.

- *Con hen nặng vừa*: Trước hết phải cho thuốc chống viêm bằng hít liên tiếp (các corticoid 200 – 500  $\mu\text{g}$  / ngày) Cường  $\beta_2$  tác dụng kéo dài có thể dùng nhưng phối hợp với corticoid hít, các  $\beta_2$  tác dụng ngắn đúng lúc lên cơn hen.

- *Con hen nặng*: Có thể dùng các thuốc trên nhưng không cắt cơn mà lại nặng hơn. Chỉ định cho NB dùng corticoid hít liều cao có thể tới 2000  $\mu\text{g}$  / ngày. Phối hợp tiêm tĩnh mạch chậm 1 ống Diaphylline hoặc truyền nhỏ giọt tĩnh mạch 100 - 200mg Hemisuccinate Hydrocortisone. Nếu sau 30 phút điều trị như trên mà kết quả không rõ rệt thì cho NB thở Oxy qua mũi và tiếp tục các loại thuốc trên.

*Các cơn hen kéo dài*: Cơn khó thở kéo dài nhiều ngày hoặc nhiều tuần không đỡ, khi điều trị bằng theophylline hay  $\beta$  giải phóng adrenaline. Cần dùng loại corticoide đường tiêm với liều cao vừa đủ chia đều trong ngày, đồng thời dùng kháng sinh để dự phòng bội nhiễm [2],[46].

Mục đích điều trị hen là bình thường hóa chức năng hô hấp, giúp NB có cuộc sống gần như người bình thường. Vì vậy việc đầu tiên là phải xác định mức độ nặng nhẹ của bệnh, để có căn cứ xử trí bệnh.

Trong điều trị HPQ, có nhiều phương pháp khác nhau được áp dụng: ĐT triệu chứng và ĐT đặc hiệu (điều trị căn nguyên) [2],[45].

Điều trị triệu chứng là phương pháp điều trị đơn giản, có hiệu quả nhanh trong việc cắt cơn khó thở và sử dụng thuốc trong thời gian ngắn, cứu sống người bệnh. Khi xuất hiện cơn khó thở người bệnh phải sử dụng thuốc cắt cơn; nhiều trường hợp bị tác dụng phụ của thuốc do sử dụng thuốc kéo dài [6],[91].

Đối với NB biểu hiện đợt kịch phát tại cơ sở chăm sóc ban đầu hoặc cơ sở cấp cứu:

- Đánh giá độ nặng của đợt kịch phát dựa vào mức độ khó thở, nhịp thở, nhịp tim, độ bão hòa oxy và chức năng hô hấp, bắt đầu sử dụng thuốc SABA và oxy liệu pháp.
- Nên chuyển ngay đến cơ sở cấp cứu nếu có dấu hiệu đợt kịch phát nặng, hoặc đến chăm sóc đặc biệt nếu người bệnh lơ mơ, lú lẫn hoặc nghe phổi thấy im lặng. Trong khi chuyển, nên cho SABA, Oxy có kiểm soát và corticosteroid toàn thân.
- Điều trị nên được bắt đầu bằng cách cho SABA lặp đi lặp lại (bằng ống hít định liều và buồng đệm), cho corticosteroid uống sớm và oxy có kiểm soát. Nếu có đáp ứng, xem lại NB sau 1 giờ gồm triệu chứng, độ bão hòa oxy và chức năng hô hấp.

- Điều trị Ipratropium bromide được khuyến cáo đối với đợt kịch phát nặng. Đối với NB biểu hiện đợt kịch phát tại cơ sở chăm sóc ban đầu hoặc cơ sở cấp cứu.
  - Magnesium sulfate nên được xem xét đối với NB có đợt kịch phát nặng không đáp ứng với điều trị ban đầu.
  - X quang ngực không được khuyến cáo sử dụng thường quy.
  - Quyết định nhập viện nên dựa trên tình trạng lâm sàng, chức năng hô hấp, đáp ứng với điều trị, bệnh sử về các đợt kịch phát và khả năng xử trí tại nhà.
  - Trước xuất viện, NB nên được bắt đầu điều trị với thuốc dự phòng kiểm soát hoặc nâng bậc liều dùng của thuốc hiện tại và giảm thuốc cắt cơn.
  - + Kháng sinh không được kê toa một cách thường qui đối với đợt kịch phát hen
  - + Hẹn tái khám sớm sau bất kỳ đợt kịch phát nào, bất kể nơi nào đã xử trí.
- Đợt kịch phát biểu hiện một đợt trở nặng các triệu chứng và chức năng hô hấp cấp hoặc bán cấp so với tình trạng thường ngày của NB, hoặc trong một số trường hợp là biểu hiện ban đầu của HPQ.
- NB có nguy cơ tử vong có liên quan đến HPQ nên được nhận diện, được lưu ý để khám lại thường xuyên hơn.
  - Xử trí bệnh trở nặng và đợt kịch phát là một phần của một quá trình liên tục, từ tự xử trí bởi NB với bản kế hoạch hành động HPQ, đến xử trí các triệu chứng nghiêm trọng hơn ở chăm sóc ban đầu, ở khoa cấp cứu và bệnh viện. Tất cả NB nên được cung cấp một kế hoạch hành động phù hợp với mức KSH và kiến thức y tế để họ biết cách nhận biết và đối phó khi bệnh trở nặng [71], [72].

#### **1.4.2. Điều trị dự phòng hen phế quản**

##### **1.4.2.1. Phương pháp giải miễn cảm**

Trong các biện pháp điều trị kiểm soát HPQ, trị liệu miễn dịch đặc hiệu (allergen - specific immunotherapy) là phương pháp mang lại hiệu quả điều trị cao. Bản chất của phương pháp này là đưa vào cơ thể NB liều tăng dần DN gây hen để thay đổi đáp ứng miễn dịch của cơ thể từ chỗ tạo ra nhiều kháng thể dị ứng lớp IgE thì sau điều trị lại tạo ra kháng thể lớp IgG. Nhưng vì HPQ là bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra, việc xác định được DN đích thực gây HPQ gặp nhiều khó khăn, cho nên việc áp dụng phương pháp này vẫn còn là vấn đề tranh luận. Đó là phương pháp ĐT đặc hiệu, an toàn và có nhiều triển vọng, thích hợp với những trường hợp xác định được chính xác

nguyên nhân gây bệnh. Phương pháp giải mẫn cảm đặc hiệu chỉ áp dụng cho NB sau giai đoạn cấp đã được kiểm soát bằng thuốc cắt cơn HPQ [14],[17],[24].

#### 1.4.2.2. Phương pháp loại trừ nguyên nhân

Bên cạnh việc xử lý và điều trị bệnh HPQ, những biện pháp can thiệp nhằm tránh tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ cũng là phần quan trọng trong chương trình KSH toàn cầu được xếp vào biện pháp phòng bệnh cấp 3, nghĩa là nhằm tránh tiếp xúc với các nguy cơ, các kích thích không đặc hiệu khác ở NB đã được chẩn đoán HPQ. Mục đích của các biện pháp này là ngăn chặn xuất hiện cơn hen hay sự tăng nặng bệnh, giảm nhu cầu sử dụng thuốc của NB khi tiếp xúc với dị nguyên (DN) hay các yếu tố được xác định; tuy nhiên để tạo ra môi trường có nồng độ DN giảm đi tại nhà của người bệnh là một vấn đề không dễ giải quyết. Các chiến lược kiểm soát DN có hiệu quả cần được xây dựng phù hợp với điều kiện của người bệnh, trong các DN được xác định có liên quan nhiều đến biểu hiện hoặc tăng nặng bệnh HPQ [1],[29],[35],[89].

Một số biện pháp khác như:

- Tiêm phòng Cúm: nên tiêm phòng cho NB hen thể trung bình, nặng hàng năm [71].
- Tạo hình phế quản bằng đốt nhiệt: tại các Trung tâm chuyên khoa hô hấp;
- Dùng Vitamin D: NC khảo sát cắt ngang cho thấy giảm Vitamin D khiến suy giảm chức năng hô hấp, tăng nguy cơ cơn kịch phát và giảm đáp ứng với ICS [71].

#### 1.4.2.3. Phương pháp điều trị dự phòng kiểm soát bệnh HPQ tại cộng đồng

**Điều trị dự phòng kiểm soát HPQ:** Theo phác đồ quản lý HPQ của Tổ chức y tế thế giới (WHO), điều trị kiểm soát hiện nay là dùng thuốc giãn phế quản tác dụng dài (salmeterol) và corticoid (fluticasone) qua đường hít bằng miệng; NB phải dùng thuốc hàng ngày (dù không còn triệu chứng) để dự phòng cơn hen xảy ra. Điều này hiệu quả hơn dùng corticoid đơn thuần và tránh được tác dụng phụ do dùng corticoid liều cao bằng đường uống [70].

Trên thế giới, chương trình kiểm soát bệnh HPQ đã tạo thành một mạng lưới toàn cầu và đã có những đóng góp nhất định trong việc kiểm soát, nâng cao chất lượng sống cho NB [2]. Theo kết quả nghiên cứu của Trần Thúy Hạnh hiện số NB được kiểm soát tốt chỉ đạt 5 - 15% [19].

#### - Xu hướng dùng thuốc kiểm soát bệnh hen phế quản hiện nay [2]

Việc điều trị HPQ hiện nay người ta chia phác đồ gồm 4 bậc:

- Bậc 1: Không cần điều trị hoặc dùng thuốc dự phòng

- **Bậc 2:** Corticoid dạng hít hoặc theophylin phóng thích chậm.
- **Bậc 3:** Corticoid dạng hít, thuốc giãn PQ tác dụng dài, corticoid dạng hít tác dụng kéo dài với theophylin phóng thích chậm, thuốc cường  $\beta_2$  tác dụng dài.
- **Bậc 4:** Corticoid dạng hít, dạng viên dùng lâu dài. Thuốc giãn phế quản tác dụng dài: cường  $\beta_2$  dạng hít tác dụng kéo dài và theophylin phóng thích chậm.

Các thuốc khí dung ngày càng được ưa chuộng do tác dụng trực tiếp tại đường hô hấp và ít tác dụng phụ. Các nhóm thuốc chính: Cường  $\beta_2$  tác dụng ngắn, Cường  $\beta_2$  tác dụng kéo dài, kháng cholinergic, methyl xanthin, glucocorticosteroid dạng hít.

GINA 2012 [70] đưa ra một chương trình gồm 4 điểm để điều trị và dự phòng những tác động xấu do HPQ như sau:

Điểm 1: Thường xuyên dùng glucocorticosteroide dạng khí dung

Điểm 2: Theo dõi lưu lượng đỉnh sáng, chiều.

Điểm 3: Khi có cơn hen trung bình NB biết dùng thuốc giãn phế quản, NB phải biết các dấu hiệu của cơn hen nguy kịch để cấp cứu kịp thời.

Điểm 4: Cần tổ chức những Câu lạc bộ hen phế quản để họ trao đổi những kinh nghiệm trong điều trị, tự theo dõi bệnh.

#### **Thực hiện đúng sáu bước sử dụng thuốc xịt dự phòng hen phế quản [71]**

Bước 1: Mở nắp bình thuốc, tư thế đứng thẳng hoặc ngồi thẳng;

Bước 2: Cầm bình thuốc thẳng đứng bằng 2 ngón tay, lắc đều bình thuốc 4-5 lần.

Bước 3: Thở ra cho đến khi không thể thở ra được nữa.

Bước 4: Ngậm kín môi vào phần miệng ống của bình xịt. Bắt đầu xịt thuốc và cùng lúc hít vào thật sâu, thật dài.

Bước 5: Nín thở càng lâu càng tốt (khoảng 10 giây) để giúp thuốc có thời gian lắng đọng lại ở bề mặt niêm mạc đường thở.

Bước 6: Thở ra chậm và nhẹ nhàng.

Nếu cần xịt thêm thuốc thì làm lại các bước 2-6.

#### **Một số lưu ý: [72]**

- Việc sử dụng thuốc đúng cách có vai trò đặc biệt quan trọng, do đó NB cần được hướng dẫn đầy đủ và đúng cách. Ngay sau khi được nghe các BS, CBYT hướng dẫn, NB dùng thử thuốc ngay trước mặt CBYT để khẳng định đã hiểu và làm đúng cách.

- Một số thuốc dạng bình xịt định liều có cửa sổ liều ở bên cạnh bình thuốc, trong trường hợp này chỉ cần nhìn số ở cửa sổ, khi về số “0” có nghĩa là không còn liều nào trong bình xịt; đây là cách xác định bình xịt đã hết thuốc.
- Khi dùng thuốc dạng xịt có chứa thành phần corticoid, sau mỗi lần xịt thuốc nhớ súc miệng thật kỹ, vì có thể gây bệnh nấm họng.

### ***Sáu bước kiểm soát bệnh hen phế quản***

- Đánh giá kiểm soát và nhu cầu điều trị
- Đặt mục tiêu điều trị phù hợp với NB
- Điều trị khởi phát để đạt được kiểm soát hen
- Duy trì kết quả, tìm ra bậc điều trị thấp nhất mà kiểm soát được bệnh
- Điều trị đợt cấp, các triệu chứng hoặc cơn hen nguy kịch
- Điều chỉnh điều trị khi không kiểm soát được bệnh và đợt cấp tính

***Theo khuyến cáo của GINA về kiểm soát bệnh HPQ triệt để ở người bệnh cần đạt những điểm sau [2],[72].***

- Không có triệu chứng ban ngày
- Không phải thức giấc về đêm
- Hầu như không có cơn hen kịch phát
- Không còn phải vào viện cấp cứu vì cơn hen
- Không cần dùng thuốc cắt cơn
- Tác dụng phụ do điều trị rất ít.
- Không giới hạn về hoạt động thể lực
- Lưu lượng đỉnh gần bình thường.

### **1.5. Xu hướng nghiên cứu bệnh hen phế quản trên thế giới và Việt Nam**

***Hiện nay trên thế giới có 4 xu hướng nghiên cứu về bệnh hen [71],[72]***

- Nghiên cứu nhằm hiểu biết rõ hơn về cơ chế bệnh sinh của HPQ
- Nghiên cứu xác định yếu tố nguy cơ và phòng tránh với các yếu tố nguy cơ
- Nghiên cứu phát triển tiếp cận thuốc điều trị mới
- Nghiên cứu đánh giá các chiến lược quản lý điều trị kiểm soát hen

***Xu hướng nghiên cứu bệnh HPQ tại Việt Nam tập trung các vấn đề [41];***

- Điều tra dịch tễ học bệnh HPQ của Việt Nam.
- Nghiên cứu thử nghiệm mô hình chẩn đoán quản lý điều trị bệnh HPQ tại cộng đồng nông thôn, thành thị, bệnh viện, trường học...
- Xây dựng hướng dẫn chẩn đoán quản lý điều trị HPQ phù hợp.

- Dự phòng hen, các NC về tiếp cận KSH, sinh bệnh học và cơ chế gây hen...

**Mục tiêu của chương trình kiểm soát HPQ toàn cầu (GINA):** Tăng nhận thức về bệnh HPQ như một vấn đề sức khỏe cộng đồng toàn cầu; Đưa ra các khuyến cáo then chốt về chẩn đoán và quản lý bệnh HPQ; Cung cấp các chiến lược để điều chỉnh các khuyến cáo cho phù hợp với nhu cầu dịch vụ và các nguồn lực y tế; Xác định các lĩnh vực nghiên cứu tương lai có ý nghĩa đặc biệt với cộng đồng toàn cầu [72].

**Để thực hiện tốt chương trình quản lý và phòng ngừa hen cần:** Xác định yếu tố nguy cơ: yếu tố cơ địa, yếu tố môi trường; Tăng cường tiếp xúc giữa NB và BS; Đánh giá điều trị và theo dõi kiểm soát những đợt hen cấp.

Theo một NC lớn của GINA tiến hành trên nhiều quốc gia (nghiên cứu GOAL: Gaining Optimal Asthma Control – Chương trình kiểm soát hen hoàn toàn) cho rằng có thể 85% NB đạt được kiểm soát hoàn toàn và còn lại là kiểm soát một phần; như vậy điều trị dự phòng hợp lý dẫn tới kiểm soát bệnh HPQ. Mỗi mức độ kiểm soát này đều có tiêu chí cụ thể xác định [68],[69]. Đây là một bước tiến đột phá trong nhận thức về tính hiệu quả của điều trị KSH.

Đa số NC giáo dục sức khỏe để kiểm soát HPQ được triển khai tại bệnh viện, trường học. Nếu triển khai NC mô hình câu lạc bộ (CLB) HPQ tại cộng đồng có thể sẽ phù hợp với yêu cầu thực tiễn, góp phần giải quyết một vấn đề có ý nghĩa y tế công cộng, góp phần cung cấp bổ sung thêm các số liệu về đặc điểm dịch tễ của bệnh, mô tả thực trạng, các yếu tố liên quan kiểm soát bệnh HPQ và thí điểm mô hình CLB can thiệp kiểm soát bệnh HPQ qua hoạt động truyền thông GDSK tại cộng đồng [9],[41].

## **1.6. Truyền thông giáo dục sức khỏe trong phòng chống bệnh hen phế quản**

### **1.6.1. Một số khái niệm về truyền thông giáo dục sức khỏe [22]**

- **Truyền thông** là phương tiện giúp con người có mối liên hệ gắn gũi với nhau trong môi trường sống, truyền thông qua ngôn ngữ bằng lời và không lời, với sự hỗ trợ của một số phương tiện. Truyền thông là quá trình liên tục chia sẻ thông tin, kiến thức thái độ, tình cảm, kỹ năng nhằm tạo sự hiểu biết lẫn nhau giữa bên truyền và bên nhận thông điệp, dẫn đến các thay đổi trong nhận thức, hành động và nhằm mục đích quan trọng là để đáp ứng nhu cầu cuộc sống.

- **Giáo dục sức khỏe** là quá trình tác động có mục đích vào con người nhằm thay đổi kiến thức, thái độ thực hành của con người. Phát triển những thực hành lành mạnh mang lại trạng thái sức khỏe tốt nhất có thể được cho con người.

- **Hành vi** là biểu hiện cụ thể các yếu tố cấu thành đó là kiến thức, thái độ, thực hành của người đó trong một tình huống hay trong một sự việc cụ thể nhất định.

- **Hành vi sức khỏe** là những hành vi của con người ảnh hưởng tốt hoặc xấu đến sức khỏe của chính bản thân họ, của những người xung quanh và của cộng đồng.

- **Kiến thức** là những kinh nghiệm, những sự kiện có thực phản ánh trí thông minh của con người, được hình thành qua học tập, quan sát, kinh nghiệm.

- **Thái độ** có vai trò quan trọng đối với hành vi con người. Trong công tác GDSK cần xem xét phân tích rõ tại sao hầu hết mọi người đều có thái độ nhất định đối với các hành vi sức khỏe, để từ đó có tác động thích hợp nhằm làm chuyển đổi thái độ.

- **Thực hành** là công việc thực tế đã đạt được qua thực hiện kỹ năng và kỹ xảo.

Sự thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành trở nên khác trước, có thể theo chiều hướng tăng hoặc giảm, tích cực hoặc tiêu cực và để có sự thay đổi đó cần có sự tác động bằng nhiều cách khác nhau.

- **Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe:**

Truyền thông GDSK là quá trình liên tục chia sẻ thông tin, kiến thức, thái độ, tình cảm và kỹ năng nhằm tạo sự đồng cảm, hiểu biết lẫn nhau giữa bên truyền và bên nhận. Giáo dục sức khỏe: giống như giáo dục chung, đó là quá trình tác động nhằm thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành của con người. Phát triển những thực hành lành mạnh mang lại tình trạng sức khỏe tốt nhất cho con người [22],[37].

Để cộng đồng có sức khỏe tốt cần can thiệp trên nhiều phương diện. Theo Badgley 1975 định nghĩa về TT-GDSK là “Giúp quần chúng đạt được sức khỏe bằng chính nỗ lực của họ”; theo WHO, 1977 “Một hoạt động nhằm vào các cá nhân để đưa đến việc thay đổi hành vi”; hay theo Taskforce on HE, NY 1976 “...bao gồm những hoạt động nhằm thông tin, động viên và giúp đỡ quần chúng chấp nhận và duy trì những hành vi có lợi cho sức khỏe...” [22],[42].

TT-GDSK rất quan trọng, vì có hiểu biết, kiến thức sẽ giúp ích cho mỗi người có thái độ hành vi phòng tránh, xử trí vấn đề sức khỏe khi gặp phải. Nếu hiểu nguyên nhân - hậu quả của một hành vi có hại tới sức khỏe, sẽ giúp họ thay đổi hành vi và duy trì hành vi mới có lợi cho sức khỏe. TT-GDSK sẽ giúp mọi người từ không biết thành có kiến thức; từ kiến thức thành hành động phòng tránh, xử trí điều trị đúng [23],[37].

TTGDSK nhằm mục đích tác động đến đối tượng, cộng đồng; cung cấp kiến thức, thay đổi thái độ, thực hành để đạt mục đích cộng đồng thực hiện, duy trì hành vi sức khỏe lành mạnh [9]. Hành vi sức khỏe lành mạnh của một cá nhân cần 5 yếu tố:

1. Kiến thức: hiểu biết đầy đủ về hành vi lành mạnh đó
2. Niềm tin và thái độ: tích cực, muốn thực hiện hành vi lành mạnh
3. Kỹ năng: cố gắng để thực hiện hành vi lành mạnh đó
4. Các nguồn lực: có đủ để có thể thực hiện hành vi đó
5. Sự ủng hộ: Có môi trường và sự hỗ trợ để thực hiện và duy trì hành vi lâu dài.

TTGDSK có 3 nhiệm vụ quan trọng là: nâng cao kiến thức; thay đổi thái độ; thực hành của con người về sức khỏe [22],[47].

Muốn thay đổi hành vi sức khỏe theo hướng có lợi cho sức khỏe cần TTGDSK. TTGDSK cần tiến hành thường xuyên, liên tục, lâu dài, bằng nhiều biện pháp khác nhau, chứ không phải là một công việc có thể làm một lần là được [21].

***Hoạt động truyền thông GDSK chia ra 2 nhóm phương pháp:***

*Truyền thông gián tiếp:* qua phương tiện truyền thông đại chúng như truyền hình, truyền thanh, báo chí, viết bài, tin, ảnh; pano, áp phích, băng rôn, tờ rơi, sách, sổ tay hướng dẫn, Internet, điện thoại; tin nhắn...

*Truyền thông trực tiếp:* Tư vấn cá nhân (mọi vấn đề về sức khỏe...), làm mẫu, thăm hộ gia đình, truyền thông nhóm, tập huấn, mít tinh, hội thảo, tuần hành, tọa đàm, hội trại, truyền thông lồng ghép, hội thi, lễ phát động...

Nhưng để triển khai TT-GDSK hiệu quả cần có sự chỉ đạo của các cấp, sự phối kết hợp liên ngành tại các tuyến thành phố, quận huyện, xã phường [20],[22].

Đánh giá hiệu quả hoạt động TT-GDSK giúp cán bộ y tế có hiểu biết thái độ thực hành (KAP) đúng, qua các hoạt động của CBYT sẽ tác động tới cộng đồng thay đổi hành vi, cải thiện trong phòng và điều trị bệnh như: cải thiện chăm sóc tại cộng đồng trong điều trị HIV/AIDS [10], xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp ở trẻ em [23], vệ sinh môi trường [20], [34], kiểm soát bệnh đái tháo đường [37]... đã góp phần làm giảm hoặc thanh toán bệnh, nâng cao sức khỏe bà mẹ, trẻ em, chăm sóc sức khỏe hợp lý; giảm số người mắc và tử vong do bệnh... NC của Nguyễn Văn Hiến trong xây dựng thí điểm phòng TT-GDSK tại trung tâm y tế huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam cho thấy, hoạt động chỉ đạo của phòng TT-GDSK đã làm tăng số lượng, chất lượng hoạt động và kỹ năng TT-GDSK của cán bộ y tế. Người dân được nâng cao kiến thức và thực hành về phòng chống bệnh tật thường gặp như tiêu chảy cấp, ngộ độc thực phẩm, bệnh lây truyền qua đường tiêu hóa [8],[21],[22]. Nghiên cứu của Lê Thị Tài về ảnh hưởng của mô hình Truyền thông GDSK – Câu lạc bộ: “Phụ nữ vì sức khỏe môi trường” lên KAP về vệ sinh môi trường kết luận: tất cả điểm kiến thức về vệ sinh môi trường đều tăng rõ rệt so với trước can thiệp [34].



### ***1.6.2. Truyền thông giáo dục sức khỏe áp dụng trong kiểm soát bệnh HPQ***

HPQ là một bệnh mạn tính với nhiều người mắc. Trong những năm qua, hoạt động TTGDSK có thực hiện nhưng chủ yếu đối với NB đến khám và điều trị tại phòng khám chuyên khoa. Theo khuyến cáo của GINA, việc KSH gắn với cộng đồng và tại nhà, NB chỉ khám và điều trị tại cơ sở y tế khi thật sự cần [68].

Trong một NC được thực hiện tại 8 quốc gia châu Á-Thái Bình Dương với 3.207 NB, ban ngày các triệu chứng HPQ xuất hiện 51,4% và 44,3% rối loạn giấc ngủ gây ra bởi bệnh HPQ ở trước đó bốn tuần; 43,6% NB đã phải nhập viện, cấp cứu tại BV, hoặc đến CSYT để điều trị bệnh trong 12 tháng trước đó [59]; 15,3% số người được hỏi cho biết họ được yêu cầu nhập viện [59]. Các can thiệp đa thành phần có hiệu quả trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống ở trẻ em và thanh thiếu niên bị bệnh hen. Cần NC bổ sung là cần thiết để đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp ở người lớn và xác định cá nhân, thành phần cần can thiệp [60], [108].

Một NC tổng quan cho thấy 54% BS ở tuyến y tế cơ sở chưa chẩn đoán được bệnh hen đúng và đến 34% chẩn đoán bệnh quá mức. Vì vậy, bồi dưỡng năng lực chẩn đoán và xử trí HPQ cho tuyến y tế cơ sở rất quan trọng [51].

Giáo dục về việc sử dụng thuốc tối ưu là một chiến lược cần thiết để cải thiện KSH. Tập trung vào việc sử dụng hợp lý và thích hợp để thực hiện KSH hiện tại của NB, cải thiện kiểm soát HPQ ở người trưởng thành. Trong 6 tháng thử nghiệm kiểm soát, nhóm đối chứng (ĐC) được tiến hành tại 66 nhà thuốc cộng đồng tại Bỉ. Trong kết luận có thể cải thiện đáng kể kết quả điều trị ở những NB lớn tuổi [63]. NB hen sau khi được giáo dục, đánh giá không kiểm soát từ 58%, giảm 25% xuống 33% (theo Haughney et al. Prim Care Respir J 2004). Số ngày với các triệu chứng hen (triệu chứng ban ngày) đã giảm 0,8 ngày / 2 tuần, tương đương với 21,0 ngày / mỗi năm (khoảng giá trị: giảm 0,6 - 2,3 ngày mỗi năm); ngày nghỉ học đã giảm 12,3 ngày mỗi năm (khoảng giá trị: giảm 3,4 - 31,2 ngày mỗi năm); và số NB cần chăm sóc cấp cứu đã giảm 0,57 lần mỗi năm (giảm của 0,33-1,71 lần mỗi năm) [60]. Giáo dục sức khỏe cho NB giúp việc quản lý bệnh hiệu quả và toàn diện hơn [108].

Trong NC mối liên hệ giữa việc làm sạch môi trường và các triệu chứng hen hoặc các triệu chứng hen nặng, đã cho thấy khi sử dụng hàng tuần hơn hai loại thuốc xịt có liên quan với các triệu chứng hen (OR 2.5, 95% CI 1,5-4,0), cơn hen hiện tại (OR 1.7, 95% CI 1,1-2,6) và hen không kiểm soát (OR 2.0, 95% CI 1,2-3,3 [64].

Một khảo sát thực hiện trong 6 tháng sau khi can thiệp GDSK, kết quả cho thấy một sự cải thiện về mặt thống kê sức khỏe trước can thiệp (TCT) và sau can thiệp (SCT) ( $p < 0,001$ ). Nghiên cứu này cho thấy rằng GDSK có thể nâng cao kiến thức và thay đổi hành vi có lợi cho sức khỏe của các cá nhân của hộ gia đình [65]. Các NC cho thấy sự tuân thủ sử dụng thuốc dự phòng và kỹ thuật hít trong bệnh HPQ là tối ưu nhất. Giáo dục nhằm giảm đọt cấp bằng cách cho phép NB hoặc cha mẹ nhận biết và hành động theo những dấu hiệu cảnh báo sớm có tác dụng tốt. Điều này sẽ cho kết quả thời gian nằm viện ngắn hơn và làm giảm nhu cầu điều trị [67]. Việc áp dụng các hướng dẫn điều trị chuẩn, cải thiện KSH từ tuần thứ hai và thay đổi quan trọng từ tuần thứ tư, nếu vẫn kiên trì cho đến tuần thứ mười hai đã có kết quả tốt ( $p < 0,0001$ ). Can thiệp GDSK dẫn đến cải thiện về kiến thức trong nhiều lĩnh vực. Cải thiện các triệu chứng HPQ bắt đầu sớm hơn trong những người can thiệp giáo dục bổ sung [51]. Chất lượng cuộc sống của NB được cải thiện nếu họ tuân theo điều trị thường xuyên, nhưng thách thức quan trọng của hoạt động y tế là NB tuân thủ điều trị [49].

Trên thế giới, các NC cho thấy sự khó khăn trong tuân thủ điều trị của NB, cách sử dụng thuốc dự phòng và kỹ thuật sử dụng thuốc hít. TTGDSK nhằm giảm cơn hen cấp bằng cách cho NB hoặc cha mẹ nhận ra và hành động theo những dấu hiệu cảnh báo sớm. Điều này sẽ cho kết quả trong thời gian nằm viện ngắn hơn và làm giảm nhu cầu cấp cứu [67]. Các chính sách thúc đẩy phát hiện bệnh sớm, đảm bảo điều trị đầy đủ và cụ thể, cải thiện chất lượng không khí, giúp giảm gánh nặng của bệnh [55].

Nhiều yếu tố có ảnh hưởng đến KSH: các yếu tố có liên quan đến chính người bệnh (đánh giá quá mức kiểm soát từ chính người bệnh, cảm nhận kém về tình trạng khó thở, tiếp tục hút thuốc lá và tuân thủ điều trị kém), cùng với có các bệnh kèm theo (trào ngược dạ dày thực quản, béo phì, môi trường sống ô nhiễm ...). Các yếu tố có liên quan đến thầy thuốc (chế độ điều trị đơn giản và giáo dục người bệnh). Ngay khi đạt được kiểm soát bệnh hen, điều cần thiết là phải thích ứng điều trị đối với tình trạng bệnh; giảm liều hoặc tăng liều trở lại nếu thấy cần thiết. Trong mọi trường hợp, thầy thuốc phải tìm được liều lượng thấp nhất có hiệu quả cho người bệnh [48].

Tại Việt Nam, hình thức can thiệp điều trị KSH đã được thực hiện. Triển khai mô hình Câu lạc bộ NB HPQ tại bệnh viện đã được thực hiện tại Hà Nội, Hải Phòng, là nơi tập trung những NB nặng, trong khi mô hình can thiệp cộng đồng thì chưa có.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy trên bố mẹ của 92 bệnh nhi khám điều trị tại

Khoa hô hấp Nhi - BV Xanh Pôn Hà Nội thấy sau tuyên truyền tỷ lệ bố mẹ bệnh nhi biết cách dự phòng HPQ cho con từ 15,2% tăng lên 57,6%, KAP của bố mẹ bệnh nhi về bệnh, cách điều trị và phòng bệnh cải thiện rõ rệt, tăng từ 30,4% lên 66,3% [39].

Nghiên cứu của Đặng Thị Hương Giang về hiệu quả can thiệp bằng GDSK tới tình trạng bệnh hen ở trẻ 13- 14 tuổi thấy: giáo dục sức khỏe đã làm giảm triệu chứng ban ngày và triệu chứng ban đêm của trẻ ở quận can thiệp sau 1 năm, có sự khác biệt so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). Có sự tăng tỉ lệ trẻ đạt kiểm soát hen tốt ở quận can thiệp từ 88,7% lên 94,6% sau 1 năm, mức tăng khác biệt có ý nghĩa so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). GDSK làm giảm tỉ lệ trẻ phải nghỉ học vì hen ở quận can thiệp từ 11,3% xuống còn 2,3% sau 1 năm ( $p < 0,05$ ). Tỉ lệ trẻ có kiến thức tốt ở quận can thiệp tăng từ 2,3% lên 13,5% sau khi được GDSK, có sự khác biệt so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ) [16]. Tỷ lệ cao (60%) không được kiểm soát tốt bệnh và khó kiểm soát bệnh HPQ trong các NC, nhấn mạnh sự cần thiết phải xác định các yếu tố liên quan đến kiểm soát hen kém. Một chính sách y tế của giáo dục về bệnh HPQ, truy cập dịch vụ chăm sóc sức khỏe, cai nghiện thuốc lá có thể đem lại hiệu quả và kết quả trong quản lý và kiểm soát bệnh HPQ tốt hơn [19], [78].

Thực trạng kiểm soát bệnh HPQ tại cộng đồng gắn chặt với công tác truyền thông GDSK. Nếu tiến hành các hoạt động can thiệp (CT) TTGDSK một cách đồng bộ, thông qua mô hình Câu lạc bộ sẽ thay đổi kiến thức thái độ của CBYT, NB, qua đó tác động đến thực hành của CBYT, NB trong điều trị bệnh, cũng như kiểm soát bệnh HPQ tại cộng đồng. Can thiệp và đánh giá hiệu quả công tác TTGDSK đã thay đổi KAP của CBYT, NB, sử dụng so sánh tỷ lệ trước và sau can thiệp để tính chỉ số hiệu quả và đánh giá chỉ số hiệu quả giữa 2 nhóm can thiệp và nhóm chứng để đánh giá HQCT chứng minh các NC có giá trị. Đánh giá hiệu quả sẽ giúp ích cho ngành y tế có kế hoạch chương trình hành động để tuyên truyền, phổ biến kiến thức, nâng cao hiệu quả trong phòng và điều trị bệnh, nâng cao chất lượng sống NB hen [20],[37].

Trên thực tế kiểm soát HPQ còn chưa đạt như mong muốn có thể do các lý do:

- Căn nguyên của bệnh HPQ có đặc tính diễn biến mạn tính, có liên quan đến tuổi tác, gắn liền cơ chế dị ứng, tái phát làm bệnh trầm trọng lên.
- Do các yếu tố nguy cơ đến mắc bệnh HPQ nặng tăng lên:
  - + Yếu tố môi trường tự nhiên - xã hội, nơi ở: Môi trường ô nhiễm, khói bụi thuốc lá, ẩm thấp, điều kiện dinh dưỡng.

+ Hoạt động của hệ thống y tế: đầu tư cho đào tạo tập huấn, tuyên truyền, hướng dẫn phác đồ khám, điều trị phù hợp, các hoạt động giám sát kiểm tra.

- Do kiến thức thái độ thực hành của CBYT, NB và cộng đồng: Có thể họ thiếu thông tin kiến thức hoặc có nhiều lý do khiến kiểm soát bệnh HPQ chưa đúng mức.

Để can thiệp cải thiện kiểm soát bệnh HPQ tại cộng đồng, cần triển khai đồng bộ các giải pháp sau và cũng là hướng NC nhằm đến:

- *Tác động đến lãnh đạo chính quyền địa phương, đơn vị y tế:* quan tâm chỉ đạo, hỗ trợ ngân sách, ủng hộ các hoạt động triển khai TTGDSK và hoạt động y tế...

- *Can thiệp tác động đến người bệnh:* Hoạt động truyền thông thay đổi hành vi, triển khai mô hình CLB, tư vấn sức khỏe, cấp phát tài liệu truyền thông. Người bệnh cần có kiến thức thái độ và thực hành đúng. Biết biểu hiện bệnh, yếu tố kích thích khởi phát cơn hen, biết cách điều trị cắt cơn đúng, biết điều trị dự phòng, giảm tác hại của điều trị không đúng cách đến sức khỏe, kinh tế... thấy rõ vai trò lợi ích của điều trị dự phòng, tự theo dõi điều trị kiểm soát hen. Khuyến khích cộng đồng, người bệnh vệ sinh môi trường, vệ sinh nơi ở, vệ sinh cá nhân, loại bỏ yếu tố kích phát cơn hen như: ẩm thấp, lông súc vật, thuốc lá, khói bụi,... Dùng đúng cách, đúng liều đúng thuốc dự phòng HPQ.

- *Can thiệp tác động đến hệ thống y tế:* Thay đổi KAP của CBYT, qua hoạt động đào tạo, tập huấn hướng dẫn hoạt động TTGDSK, CBYT (khám tư vấn, điều trị bệnh đúng cách) sẽ tác động đến KAP của NB và kiểm soát bệnh HPQ [16].

## **1.7. Một số thông tin về địa bàn nghiên cứu**

### **1.7.1. Tình hình hen phế quản tại thành phố Hải Phòng**

Thành phố Hải Phòng có diện tích 1.509 km<sup>2</sup>, dân số gần 2 triệu người, là thành phố cảng biển, có nhiều khu công nghiệp lớn, có 8 huyện ngoại thành trong tổng số 15 quận huyện trên địa bàn thành phố. Trong những năm gần đây các địa phương đã có nhiều chuyển biến về kinh tế xã hội khi nhiều nhà máy mọc lên, kinh doanh đa ngành nghề... Việc chuyển dịch nhà ở, cơ sở sản xuất ra địa bàn ven đô, các nhà máy xí nghiệp chuyển dịch dần từ nội thành ra ngoại thành, kéo theo tình trạng ô nhiễm môi trường, có thể khiến các vấn đề sức khỏe thay đổi theo [7],[9].

Nghiên cứu tỷ lệ mắc hen tại Hải Phòng của Vũ Minh Thục năm 2003 ở 1 xã vùng ven biển cho thấy tỷ lệ mắc bệnh hen là 3,01% và ở một phường nội thành là 3,97%. Một NC khác tại quận Hồng Bàng, huyện An Dương Hải Phòng của Phạm

Văn Thức và Phạm Huy Quyên năm 2003 – 2005 và NC của Hoàng Văn Nhật năm 2011 ở Cát Hải cũng cho kết quả tương tự [31].

Do tính chất lao động nông nghiệp, công nghiệp, ngành nghề biển kết hợp điều kiện vệ sinh môi trường kém, điều kiện sinh hoạt - thu nhập thấp của người dân đã ảnh hưởng tỷ lệ mắc, chăm sóc, điều trị, kiểm soát bệnh HPQ tại các địa phương [8],[31].

Với đặc điểm về địa lý, kinh tế, diễn biến bệnh thay đổi theo thời gian. Tình hình mắc bệnh HPQ, công tác quản lý và điều trị NB hen tại ngoại thành hiện đang là vấn đề cấp thiết. Các số liệu về những chỉ tiêu trên hiện nay chưa được cung cấp một cách chính xác và cập nhật. Cần thiết để có các biện pháp chính sách thích hợp giải quyết vấn đề y tế nói trên, cần NC điều tra đánh giá tình hình mắc HPQ tại các địa phương, thực hiện các can thiệp TTGDSK để cải thiện KSH tại cộng đồng [31].

### ***1.7.2. Một số đặc điểm về hai huyện An Dương, An Lão - Hải Phòng***

Huyện An Dương, An Lão là hai huyện nằm ở phía Tây thành phố Hải Phòng. Huyện An Dương diện tích trên 9.700 km, dân số trên 15 vạn người, có 16 đơn vị hành chính (15 xã, 1 thị trấn). Huyện An Lão diện tích đất trên 11.700 km, dân số trên 13 vạn người, có 17 đơn vị hành chính trực thuộc (15 xã, 2 thị trấn).

Trên địa bàn 2 huyện có quốc lộ 5, quốc lộ 10 chạy qua và hàng trăm km đường liên tỉnh, liên huyện, liên xã. Các huyện này có vị trí địa lý thuận lợi cho giao thông, phát triển kinh tế, cơ sở hạ tầng. Hiện trên địa bàn 2 huyện có 336 doanh nghiệp, 216 công ty trách nhiệm hữu hạn, công ty cổ phần, 20 hợp tác xã xí nghiệp tập thể. Với sự phát triển kinh tế, xã hội, hai huyện đã đạt bình quân tăng trưởng trong 5 năm (2010 - 2015) đạt 13,07%. Tuy nhiên bên cạnh những yếu tố thuận lợi, vấn đề đặt ra trong công tác quản lý Nhà nước trên một số lĩnh vực gặp khó khăn và phức tạp; nhất trong công tác bảo đảm vệ sinh môi trường, sự ô nhiễm môi trường đã và đang tác động, ảnh hưởng đến đời sống, sức khỏe của nhân dân.

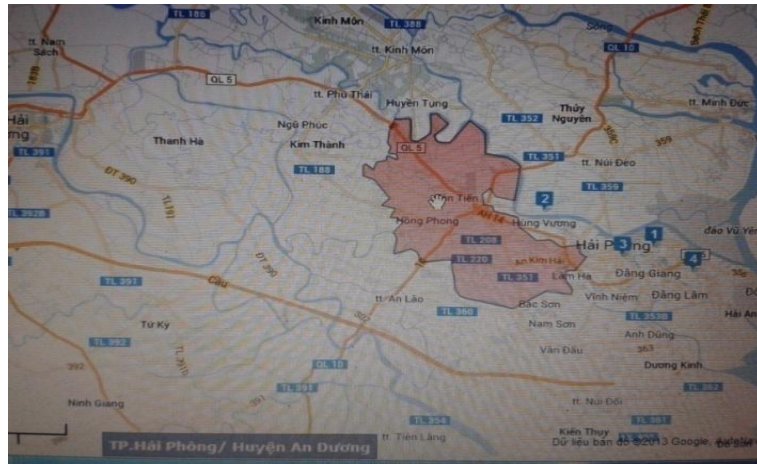
Huyện An Dương và An Lão giáp với huyện Kim Thành, Hải Dương và các quận nội thành Hải Phòng. Đây là 2 huyện vừa có đặc điểm nông thôn, vừa có đặc điểm thành thị, nên mang tính đại diện cho các quận, huyện tại Hải Phòng. Do đặc điểm như vậy nên tình hình mắc bệnh HPQ, công tác quản lý và điều trị người bệnh HPQ tại địa phương đang là vấn đề cấp thiết và cần quan tâm giải quyết. Các số liệu về bệnh HPQ chưa được cung cấp một cách chính xác và cập nhật để làm bằng chứng

cần thiết để xây dựng chính sách, biện pháp giải quyết vấn đề, cụ thể là triển khai nghiên cứu các can thiệp phù hợp để kiểm soát HPQ tại địa phương [8].

Xã Hồng Thái, huyện An Dương, có diện tích 7,16 km<sup>2</sup>, dân số năm 1999 là 8.594 người. Có 50 công ty, doanh nghiệp nhà máy đóng trên địa bàn.

Xã Quốc Tuấn, huyện An Lão có diện tích 8,14 km<sup>2</sup>, dân số năm 1999 là 8.659 người; có 22 công ty, doanh nghiệp nhà máy lớn.

Phát triển kinh tế nông nghiệp nông thôn với quy mô ngày càng lớn, trong đó, hình thành ngày càng nhiều các mô hình nuôi trồng, chăn nuôi tập trung... khiến khối lượng chất thải ngày càng gia tăng. Rác thải xuất hiện nhiều nơi, ven sông Văn Úc là nơi hình thành bãi rác tạm thời, gần nơi sinh hoạt của hàng trăm hộ dân. Đó chính là nguyên nhân gây ô nhiễm môi trường mà người dân nơi đây đang phải đối mặt.



**Hình 1.2. Bản đồ huyện An Dương Hải Phòng**



**Hình 1.3. Bản đồ huyện An Lão Hải Phòng**

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Địa điểm đối tượng, thời gian nghiên cứu:

##### 2.1.1. Địa điểm nghiên cứu:

Thành phố Hải Phòng có 15 quận huyện; chọn chủ đích huyện An Dương (nhóm can thiệp), huyện An Lão (nhóm chứng) là 2 huyện cạnh nhau.

Tại huyện An Dương, chọn ngẫu nhiên xã Hồng Thái để can thiệp và huyện An Lão chọn ngẫu nhiên xã Quốc Tuấn tham gia nghiên cứu đối chứng.

##### 2.1.2. Đối tượng nghiên cứu:

- Toàn bộ người dân từ 16 tuổi trở lên sống tại hai xã Hồng Thái huyện An Dương, xã Quốc Tuấn huyện An Lão, thành phố Hải Phòng được điều tra phát hiện tỷ lệ mắc bệnh HPQ.

- Tất cả người bệnh được phát hiện bị bệnh HPQ, từ điều tra tại xã Hồng Thái huyện An Dương và xã Quốc Tuấn huyện An Lão.

- Cán bộ y tế: Bác sĩ, CBYT của Bệnh viện huyện, Trung tâm y tế huyện, Trạm y tế, y tế thôn có khám điều trị, TTGDSK về bệnh HPQ tại huyện An Dương, An Lão.

##### 2.1.2.1. Lựa chọn người bệnh tham gia nghiên cứu:

\* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được giới thiệu về nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Người bệnh được chẩn đoán bị HPQ dựa theo tiêu chuẩn của GINA 2012 [70]:

\* *Hiện tại hoặc trong tiền sử người bệnh có 4 triệu chứng, dấu hiệu:*

- + Có lên cơn khó thở tái phát nhiều lần.
- + Thở khò khè cò cữ hay tái phát.
- + Ho dai dẳng, khạc đờm trắng tái phát.
- + Có dấu hiệu tức nặng ngực tái phát nhiều lần.

Các triệu chứng hoặc dấu hiệu trên hay xảy ra và nặng lên về đêm, hoặc khó thở hay xuất hiện và nặng lên sau gắng sức, cảm xúc mạnh, thay đổi thời tiết, nhiễm khuẩn hô hấp cấp, tiếp xúc các dị nguyên như lông thú, bụi nhà, phấn hoa, khói...

Trường hợp người bệnh nghi ngờ thì xác định bệnh bằng cách kết hợp hỏi tiền sử bản thân mắc bệnh dị ứng, gia đình mắc hen hoặc dị ứng; khi kết hợp với điều trị bằng thuốc giãn phế quản, corticoid mà đáp ứng tốt với điều trị.

Đo PEF và Test phục hồi phế quản để chẩn đoán xác định NB HPQ.



**Hình 2.1. Dụng cụ đo lưu lượng đỉnh kế Asthma Check**



**Hình 2.2. Đo lưu lượng đỉnh kế để đánh giá mức độ tắc nghẽn hô hấp**

*\* Đo lưu lượng đỉnh kế (PEF): biểu hiện rối loạn tắc nghẽn có thể hồi phục và sự biến đổi lưu thông khí.*

+ FEV1 là lưu lượng toàn phần trong giây thứ nhất của thể tích thở ra tối đa. Nếu giá trị đo được giảm hơn 20% so với giá trị đo lý thuyết hoặc so với giá trị đo của BN hôm trước thì chẩn đoán hen phế quản.

Dùng PEF đo FEV 1 để chẩn đoán và đánh giá mức độ của hen phế quản và mức độ kiểm soát bệnh hen phế quản. Giá trị của PEF phải được thông qua tỷ lệ PEFR, được đo 2 lần và tính theo công thức:

$PEFR = \% (\text{số đo được cao nhất} - \text{số đo được thấp nhất}) / \text{số đo được cao nhất}$ .

Nếu > 50% thì được xem là Hen phế quản.



Phương pháp đo:

- Người bệnh ở tư thế đứng
- Cài đặt lại về mức 0 trên lưu lượng đỉnh kế
- Sau khi hít sâu, NB thở ra nhanh, mạnh qua miệng và thổi vào lưu lượng đỉnh kế
- Lặp lại động tác để có kết quả 3 lần đo; lấy kết quả là số đo cao nhất.
- *Những người bệnh nghi ngờ, làm test hồi phục phế quản.*



**Hình 2.3. Sử dụng thuốc trong Test hồi phục phế quản**

*\* Test hồi phục phế quản:*

*Thăm dò được làm bằng cách:*

- Bước 1. Người bệnh được đo chức năng hô hấp trước, nhờ đó có các chỉ số như FEV1 (thể tích khí thở ra gắng sức trong giây đầu tiên) và FEV1/FVC (tỷ lệ giữa thể tích khí thở ra gắng sức trong giây đầu tiên chia cho dung tích sống gắng sức). Khi chỉ số FEV1/FVC < 70%, người bệnh được chẩn đoán có rối loạn thông khí tắc nghẽn.

- Bước 2. Người bệnh được yêu cầu hít 400mcg salbutamol (4 nhát xịt ventolin). Sau đó ngồi chờ 20 phút.

- Bước 3. Đo lại chức năng hô hấp sau 20 phút xịt thuốc giãn phế quản.

- Bước 4. Đánh giá kết quả: nếu FEV1 sau khi hít thuốc giãn phế quản 20 phút cải thiện được trên 200ml hoặc trên 12%: người bệnh được đánh giá là có test hồi phục phế quản dương tính, khi đó họ được xem là có đáp ứng tốt với thuốc giãn phế quản; người bệnh được chẩn đoán là mắc HPQ.

*\* Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Người bệnh không hợp tác, không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Người bệnh mắc các bệnh khác: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (TNMT), lao phổi,...

### *2.1.2.2. Lựa chọn cán bộ y tế tham gia nghiên cứu:*

#### *\* Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Là CBYT của Bệnh viện huyện, Trung tâm y tế huyện, Trạm y tế xã, y tế thôn và y tế tư nhân có khám điều trị, thực hiện TT-GDSK về bệnh hen trên địa bàn 2 huyện An Dương, An Lão. CBYT có thời gian công tác trên 12 tháng tại địa bàn nghiên cứu.
- Được giới thiệu về nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### *\* Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Cán bộ y tế không hợp tác, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **2.1.3. Thời gian nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 7/ 2013 đến 12/2014, chia làm 2 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Nghiên cứu mô tả đánh giá ban đầu nhóm can thiệp huyện An Dương, nhóm chứng huyện An Lão, mô tả thực trạng và xây dựng giải pháp can thiệp

Giai đoạn 2: Nghiên cứu can thiệp cộng đồng trước sau có đối chứng.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

Nghiên cứu kết hợp 2 loại thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích và nghiên cứu can thiệp cộng đồng trước sau có nhóm đối chứng.

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích nhằm xác định thực trạng và tỷ lệ mắc HPQ ở người trưởng thành, đồng thời mô tả kiến thức thái độ thực hành về dự phòng cơn hen và tìm các yếu tố liên quan KAP của NB và CBYT.
- Nghiên cứu can thiệp so sánh trước sau và với nhóm chứng nhằm đánh giá hiệu quả trước và sau can thiệp trên đối tượng nghiên cứu là NB HPQ tại xã Hồng Thái, huyện An Dương.
- Sử dụng phối hợp phương pháp NC định lượng và định tính để thu thập thông tin.

#### **2.2.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích:**

- Tiến hành từ tháng 7/2013 đến tháng 10/2013.
- Điều tra sàng lọc toàn bộ người dân trên 16 tuổi tại cộng đồng hai xã nghiên cứu; Khám, phát hiện người bệnh HPQ. Nghiên cứu toàn bộ số người bệnh để mô tả thực trạng bệnh HPQ; Kiến thức thái độ thực hành và thực trạng kiểm soát bệnh HPQ.
- Điều tra cán bộ y tế, đánh giá kiến thức thái độ thực hành về điều trị cắt cơn và điều trị dự phòng bệnh HPQ.

### 2.2.2. Nghiên cứu can thiệp

- Tiến hành trong thời gian 12 tháng, từ tháng 10/2013 đến tháng 10/2014.
- Người bệnh xã Hồng Thái huyện An Dương được can thiệp, tổ chức mô hình Câu lạc bộ, đánh giá KAP, hiệu quả can thiệp kiểm soát bệnh HPQ sau 12 tháng can thiệp.
- Cán bộ y tế huyện An Dương: mời tham gia các lớp đào tạo tập huấn về kỹ năng TTGDSK, điều trị cắt cơn và điều trị dự phòng bệnh hen HPQ. Đánh giá KAP, hiệu quả can thiệp sau 12 tháng.

### 2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

#### 2.3.1. Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu mô tả có phân tích

##### 2.3.1.1. Nghiên cứu định lượng :

- Người bệnh Hen phế quản:

+ Cỡ mẫu: Xác định tỷ lệ mắc bệnh HPQ tại cộng đồng: theo công thức tính cỡ mẫu của nghiên cứu dịch tễ học mô tả cắt ngang.

\* Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{(p \cdot \varepsilon)^2} \quad (1)$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu

$Z_{1-\alpha/2}$  là hệ số tin cậy, lấy giá trị 1,96 (tương ứng với độ tin cậy là 95%)

$p = 0,04$ ; tỷ lệ mắc bệnh ở cộng đồng của các nghiên cứu trước [21]

$q = 1 - p$

Mức độ sai khác của NC so với thực tế, lấy độ chính xác tương đối  $\varepsilon = 0,2$

Theo các NC khác HPQ hiện nay có tỷ lệ khoảng 4% (đề tài nghiên cứu cấp Bộ năm 2010) và sai khác của NC mong muốn không quá 20% so với thực tế trong quần thể.

Như vậy ( $p = 0,04$ ,  $\varepsilon = 0,2$ ) thay vào (1) ta có:  $n = 2.304$

Với 2.304 người, đủ điều kiện đại diện cho quần thể về mặt thống kê.

Do số dân các xã nghiên cứu đều trên 8.000 dân, người trưởng thành chiếm trên 60%, có trên 5.000 người trưởng thành /1 xã. Thực tế chúng tôi đã tiến hành điều tra toàn bộ số người trưởng thành trong xã để đảm bảo cỡ mẫu nghiên cứu mô tả có phân tích, đảm bảo vấn đề đạo đức trong nghiên cứu để tất cả NB trong xã đều được can thiệp. Cụ thể chúng tôi đã điều tra được tổng số 11.972 người dân ở 2 xã.

+ Chọn mẫu:

- Liệt kê các hộ theo thôn trong xã, tiến hành điều tra toàn bộ số người trưởng thành  $\geq 16$  tuổi tại hộ gia đình của các thôn trong xã để phát hiện người bệnh HPQ (phụ lục 1). Thực tế chúng tôi tiến hành điều tra toàn bộ người trưởng thành tại xã Hồng Thái huyện An Dương và xã Quốc Tuấn huyện An Lão, cụ thể chúng tôi đã điều tra sàng lọc: 7/7 thôn, 1.993 hộ với 5.323 người xã Hồng Thái An Dương và 5/5 thôn, 2.484 hộ với 6.649 người xã Quốc Tuấn An Lão. Điều tra sàng lọc để phát hiện những người nghi ngờ mắc HPQ.
- Phỏng vấn, quan sát, khám bệnh tất cả người nghi ngờ để xác định NB Hen phế quản; mô tả được đặc điểm dịch tễ học bệnh HPQ và Kiến thức thái độ thực hành (KAP) về bệnh HPQ.

- Cán bộ y tế:

+ Cỡ mẫu: Phỏng vấn, quan sát CBYT tham gia khám điều trị bệnh HPQ tại 2 huyện để mô tả đặc điểm của CBYT và KAP của họ về bệnh HPQ. Số lượng CBYT huyện An Dương là 65 người và CBYT huyện An Lão là 55 người.

+ Chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ các CBYT tham gia khám điều trị bệnh HPQ tại 2 huyện nghiên cứu.

### 2.3.1.2. Nghiên cứu định tính:

- Người bệnh:

+ Cỡ mẫu: Trong số NB được phát hiện, chúng tôi chọn ngẫu nhiên 1 NB / 01 thôn xóm để tham gia 01 cuộc thảo luận nhóm (8-10 người) và chọn 1 NB trong số NB tham gia thảo luận nhóm để tham gia phỏng vấn sâu để tìm hiểu thực trạng hoạt động phòng chống bệnh HPQ và kiểm soát bệnh HPQ tại xã Hồng Thái huyện An Dương.

+ Chọn mẫu: Lựa chọn ngẫu nhiên người bệnh với cỡ mẫu đại diện trong danh sách tham gia phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm.

- Cán bộ y tế:

+ Cỡ mẫu: Tiến hành 01 cuộc phỏng vấn sâu Trưởng Trạm Y tế, 01 CBYT Trạm Y tế; Tiến hành 4 cuộc thảo luận nhóm: 2 cuộc thảo luận với CBYT tuyến huyện, 2 cuộc với CBYT tuyến xã với 8 -10 CBYT/ cuộc để tìm hiểu thực trạng nhu cầu hoạt động phòng chống bệnh HPQ và kiểm soát bệnh HPQ tại 2 huyện.

+ Chọn mẫu: lựa chọn ngẫu nhiên CBYT theo cỡ mẫu đại diện trong danh sách tham gia phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm.

### 2.3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu can thiệp

Chọn chủ đích xã Hồng Thái, huyện An Dương để can thiệp:

#### 2.3.2.1. Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu định lượng:

- Người bệnh Hen phế quản:

+ Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu kiểm định cho sự khác nhau giữa 2 tỷ lệ:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{P_1(1-p_1) + P_2(1-p_2)}{(P_1 - P_2)^2} \quad (2)$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu;  $\alpha = 0,05$  (khoảng tin cậy 95%),  $\beta = 1 - \alpha$

$Z_{(1-\alpha/2)}$  là hệ số tin cậy, lấy giá trị 1,96 (tương ứng độ tin cậy 95%),

$p_1$  = tỷ lệ kiểm soát bệnh HPQ trước can thiệp (5%)

$p_2$  = tỷ lệ kiểm soát bệnh HPQ mong muốn sau can thiệp (giả sử 30%)

Tính được  $n = 61$  NB. Thực tế chúng tôi đã đưa vào can thiệp tất cả 200 người bệnh HPQ được phát hiện và được so sánh với 255 NB được phát hiện ở xã đối chứng.

+ Chọn mẫu: Trên thực tế chúng tôi đã chọn toàn thể người bệnh được phát hiện từ nghiên cứu mô tả tại xã Hồng Thái, huyện An Dương tham gia mô hình CLB người bệnh HPQ. Người bệnh tham gia sinh hoạt định kỳ tại CLB, hàng tháng đánh giá mức độ KSH bằng bảng ACT. Những người bệnh không có khả năng đi sinh hoạt CLB: do già yếu, bận việc không thể tham gia sinh hoạt CLB hàng tháng ... được cộng tác viên (CTV) tư vấn, nhắc nhở tại nhà. (Trong 12 tháng triển khai, cả hai xã đều không có người bệnh vắng mặt và chuyển đi xa, nên chúng tôi tiếp cận được đủ số người bệnh lần 2 so với lần 1).

- Cán bộ y tế:

Chọn chủ đích CBYT huyện An Dương để can thiệp, CBYT huyện An Lão làm đối chứng.

+ Cỡ mẫu: Mời tất cả cán bộ y tế tham gia các lớp tập huấn nâng cao năng lực: Kiến thức về khám, chẩn đoán, điều trị cắt cơn, điều trị dự phòng, kiểm soát bệnh HPQ với 65 CBYT huyện An Dương; Đánh giá KAP của CBYT sau 12 tháng can thiệp, so

sánh nhóm chứng 55 CBYT huyện An Lão. (Trong 12 tháng triển khai, cả hai huyện CBYT không có sự thay đổi, nên chúng tôi tiếp cận đủ số CBYT lần 2 so với lần 1).

+ Chọn mẫu: Chọn mẫu toàn thể.

#### 2.3.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu cho nghiên cứu định tính:

- Người bệnh:

+ Cỡ mẫu: Tiến hành 1 cuộc thảo luận nhóm với 8 NB để nhận xét hiệu quả hoạt động phòng chống và kiểm soát bệnh HPQ với mô hình CLB sau 12 tháng thực hiện.

+ Chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên theo danh sách người bệnh tham gia câu lạc bộ.

- Cán bộ y tế:

+ Cỡ mẫu: Tiến hành 2 cuộc thảo luận nhóm với 8 CBYT/cuộc, tại xã Hồng Thái huyện An Dương và CBYT huyện để nhận xét KAP, hiệu quả hoạt động phòng chống bệnh HPQ và kiểm soát bệnh HPQ sau 12 tháng thực hiện can thiệp.

+ Chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên theo danh sách các cán bộ y tế được can thiệp.

## 2.4. Triển khai nghiên cứu can thiệp

### 2.4.1. Can thiệp tới cán bộ y tế

#### 2.4.1.1. Nội dung can thiệp tới cán bộ y tế:

- Họp với đại diện Phòng Y tế, TTYT, Bệnh viện huyện, Ủy ban nhân dân xã, các ban ngành, cán bộ y tế của từng xã để giới thiệu nội dung, kế hoạch nghiên cứu, vai trò của địa phương. Mục đích, lợi ích của nghiên cứu triển khai Câu lạc bộ.

\* *Lựa chọn cán bộ y tế:* Lập danh sách, chọn toàn bộ cán bộ BV, TTYT, y tế xã, y tế thôn, tại huyện An Dương, là Y bác sĩ hiện tại tham gia tư vấn, chẩn đoán điều trị người bệnh hen trong huyện; đồng ý tham gia nghiên cứu.

\* Đào tạo: Tổ chức 4 khóa đào tạo lại cho CBYT về kiến thức kỹ năng liên quan đến HPQ, do các chuyên gia lĩnh vực chuyên ngành thực hiện (tập trung vào các tháng 10, 11/2013; tháng 5/2014 tập huấn nhắc lại). Mời CBYT tham gia sinh hoạt cùng CLB hen phế quản tại xã Hồng Thái.

\* Đào tạo kỹ năng TT-GDSK: tư vấn, làm mẫu, thảo luận nhóm, nói chuyện sức khỏe... sử dụng tài liệu truyền thông: tờ rơi, áp phích về bệnh hen...

\* Các nội dung đào tạo: Nâng cao kiến thức, thái độ, kỹ năng thực hành (KAP) cho CBYT về nguyên nhân, biểu hiện, hậu quả... và khám chẩn đoán, điều trị cắt cơn hen, điều trị dự phòng cơn hen, kiểm soát bệnh hen phế quản... Lợi ích và hiệu quả của

kiểm soát hen, giới thiệu phương pháp điều trị dự phòng dạng xịt hít tại chỗ, hướng dẫn quy trình kiểm soát hen, lộ trình điều trị theo bậc hen, đo lưu lượng đỉnh, sử dụng test ACT...

- CBYT ứng dụng, sử dụng các kiến thức, kỹ năng được đào tạo vào trong thực tế điều trị tại cơ sở y tế, tại nhà. Kết hợp khám, hướng dẫn điều trị, đưa ra lời khuyên cho NB về vệ sinh môi trường sống, loại bỏ các yếu tố kích phát cơn hen, điều trị theo đơn, dùng thuốc dự phòng, tự đánh giá kiểm soát bệnh bằng bảng ACT...

\* Phát triển tài liệu truyền thông: Khi triển khai can thiệp chúng tôi sản xuất và đưa vào sử dụng các tài liệu truyền thông sau:

- + Sản xuất và cung cấp 100 quyển tài liệu chuyên môn cho CBYT
- + Sản xuất 1.000 quyển bản tin y tế chuyên đề Hen phé quản cấp cho Cán bộ Y tế (CBYT), cộng tác viên, người bệnh và người nhà người bệnh
- + Sản xuất và cấp: 100 tờ áp phích “Hoàn toàn có thể kiểm soát Bệnh hen”;
- + Sản xuất và cấp 5.000 tờ rơi “Kiểm soát Hen phé quản”
- + Sản xuất bảng 10.000 tờ theo dõi ACT hàng tháng để CBYT dùng truyền thông, phát cho người bệnh tự theo dõi tại nhà.
- + Sản xuất 01 chuyên đề truyền hình: Phát sóng và phát tại buổi sinh hoạt CLB. Sau khi kết thúc Câu lạc bộ, áp phích, tờ rơi, đĩa phát thanh được cung cấp cho các đơn vị y tế trong thành phố sử dụng.

*2.4.1.2. Kết quả hoạt động huấn luyện, đào tạo cán bộ y tế về điều trị kiểm soát hen phé quản tại huyện An Dương năm 2013-2014.*

Trung tâm TT-GDSK thành phố Hải Phòng đã triển khai 2 lớp tập huấn kỹ năng TT-GDSK cho cán bộ y tế huyện An Dương về bệnh hen. Trung tâm phối hợp với các bác sĩ chuyên ngành của bệnh viện (BV) Đại học Y dược Hải Phòng tổ chức 2 lớp tập huấn kiến thức về chẩn đoán, điều trị bệnh hen cho CBYT huyện An Dương.

Kết quả can thiệp cho thấy, số lượng cán bộ y tế tuyến huyện, tuyến xã, cộng tác viên được tập huấn tăng dần theo năm. Cán bộ tập huấn tuyến huyện là 20 người; tuyến xã là 20 người.

**Bảng 2.1. Kết quả hoạt động huấn luyện, đào tạo cán bộ:**

<b>Hoạt động</b>	<b>Năm 2013</b>	<b>Năm 2014</b>
<b><i>Hoạt động tập huấn</i></b>	1 lớp	1 lớp
Cán bộ tuyến huyện	20 người	20 người
Cán bộ tuyến xã	40 người	45 người
<b><i>Hoạt động phát triển mạng lưới</i></b>		
Cán bộ tuyến huyện	20 người	20 người
Cán bộ tuyến xã	15 người	20 người
<b><i>Hoạt động truyền thông đại chúng</i></b>	<b>Năm 2013</b>	<b>Năm 2014</b>
Phóng sự truyền hình	01	01
Chương trình Thầy thuốc gia đình	10	10
Đài phát thanh xã	01	01
Đài phát thanh các thôn	6	6
<b><i>Hoạt động sản xuất cung cấp tài liệu truyền thông</i></b>		
Áp phích	50 tờ	50
Tờ rơi	5.000 tờ	5.000
Sổ tay	250 quyển	250
Bảng theo dõi ACT	5000 tờ	5000
Đĩa phát thanh	8 đĩa	28 đĩa
<b><i>Hoạt động truyền thông cá nhân, nhóm, lưu động</i></b>		
Thăm hộ gia đình do Y tế thôn, CTV CLB thực hiện	600 lượt	1.800 lượt
Phát thanh trên loa địa phương	54 lần	162 lần

#### **2.4.2. Triển khai can thiệp tới người bệnh hen phế quản**

##### **2.4.2.1. Câu lạc bộ Hen phế quản:**

Trong NC can thiệp chúng tôi tiến hành thành lập CLB hen phế quản. Tham gia hoạt động CLB theo sự tự nguyện của mỗi người có chung một mục đích, đề ra chương trình hoạt động của mình sao cho phù hợp với khả năng và thời gian của các thành viên khác [34]. Phù hợp với khuyến cáo của chương trình phòng chống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và HPQ quốc gia đang triển khai tại 24 tỉnh thành phố, hướng



dẫn thành lập và hoạt động CLB bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và HPQ tại BV đa khoa các tỉnh thành [1]. Với các hoạt động: ra mắt CLB, tổ chức sinh hoạt cho các hội viên của CLB định kỳ, mở rộng quy mô, với nội dung sinh hoạt phong phú, sinh động [1],[22].

Xuất phát từ nhu cầu thực tế qua phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm của đại diện chính quyền, CBYT, NB ở địa phương, chúng tôi thấy nhu cầu cần thiết thành lập CLB hen phế quản. CLB hen phế quản nhằm đáp ứng phần nào nhu cầu và giải pháp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của người bệnh, qua đó nâng cao hiệu quả trong điều trị KSH. Sau khi hình thành CLB, các thành viên bầu ra ban chủ nhiệm, nhóm trưởng và xây dựng nội quy hoạt động. Câu lạc bộ do Trung tâm truyền thông GDSK thành lập và xây dựng chương trình hoạt động trong 12 tháng. Dựa trên nguồn kinh phí hoạt động thường xuyên của đơn vị và xã hội hóa. Xây dựng nội quy hoạt động, có chương trình nội dung sinh hoạt CLB thường kỳ.

Mỗi buổi sinh hoạt CLB với một chủ đề, “Bệnh hen có thể kiểm soát hoàn toàn” với phương pháp, nội dung cần xoay quanh vấn đề cho hội viên dễ hiểu, dễ làm theo. Chương trình sinh hoạt CLB gồm chuyên gia chia sẻ thông tin, phổ biến kiến thức làm mẫu qua bài trình chiếu, hội viên thảo luận, đặt câu hỏi, nội dung phù hợp chủ đề, mục đích hướng tới. Ban chủ nhiệm CLB lên kế hoạch, theo dõi nội dung, ôn lại kiến thức các buổi sinh hoạt trước, luôn nhấn mạnh những thông điệp cần lưu tâm. Khi tham gia sinh hoạt CLB hen phế quản, hội viên có quyền lợi và nghĩa vụ sau:

+ *Quyền lợi:*

- Được tham gia sinh hoạt câu lạc bộ; được phát sổ theo dõi; cấp thẻ hội viên
- Được khám, tư vấn và đo chức năng hô hấp miễn phí trong kỳ sinh hoạt CLB
- Được cập nhật kiến thức trong kiểm soát tốt bệnh HPQ
- Được chia sẻ kinh nghiệm từ những thành viên trong câu lạc bộ

+ *Nghĩa vụ:*

- Phải tuân thủ điều trị theo hướng dẫn; tham gia đầy đủ các buổi sinh hoạt
- Tuyên truyền phát triển hội viên và giữ uy tín cho Câu lạc bộ

+ *Mục tiêu của câu lạc bộ:*

1. Phổ biến kiến thức, nâng cao hiểu biết cho người bệnh về bệnh HPQ.
2. Hướng dẫn kỹ năng thực hành dùng thuốc và các biện pháp phòng tránh yếu tố gây kích phát cơn HPQ cho người bệnh.

3. Tư vấn, giải đáp thắc mắc, trao đổi kinh nghiệm với thành viên tham gia CLB.
4. Giúp thành viên CLB có kỹ năng chủ động tự theo dõi, chăm sóc sức khỏe cho chính mình.

**\* Phương pháp truyền thông GDSK: [22],[47]**

- Truyền thông vận động: chính quyền địa phương, các ban ngành đoàn thể tham gia công tác tuyên truyền, điều trị kiểm soát hen. Truyền thông đại chúng: loa phát thanh xã,
- Truyền thông trực tiếp cho người bệnh: Qua sinh hoạt Câu lạc bộ, qua tư vấn, thảo luận nhóm, hội thi cho CTV, người bệnh...
- Truyền thông gián tiếp cho người bệnh: Qua sản xuất, cấp phát sử dụng tài liệu truyền thông: tờ rơi, áp phích, băng đĩa tuyên truyền, sổ nhật ký...

**\* Phương tiện:**

Phương tiện, công cụ, nội dung giám sát, đánh giá hoạt động truyền thông GDSK điều trị dự phòng kiểm soát HPQ.

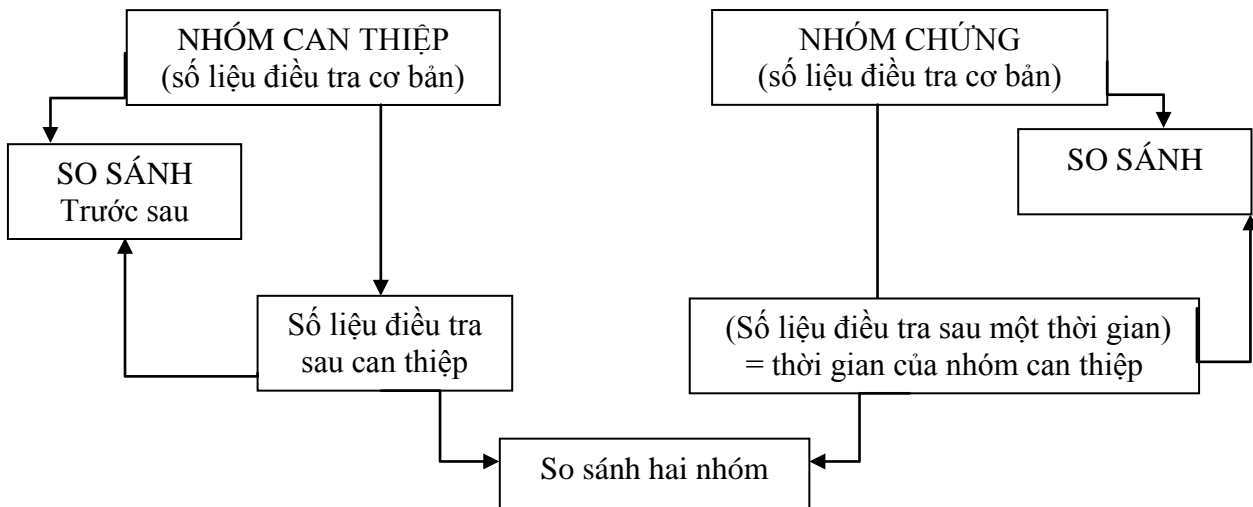
- Phương tiện: bao gồm đĩa VCD, ti vi, máy tính, máy chiếu, loa phát thanh, tờ thông tin về điều trị dự phòng kiểm soát HPQ.
- Các công cụ sử dụng bao gồm: Nội dung buổi sinh hoạt, bảng kiểm, bảng câu hỏi, danh sách, các báo cáo tham luận.
- Thu thập thông tin, theo dõi, giám sát, đánh giá hiệu quả hoạt động CLB.

**\* Nội dung thực hiện:**

- Xác định, huy động nguồn lực để thực hiện mô hình CLB, xây dựng cơ chế hoạt động.
- Lập kế hoạch tiến trình thực hiện: Những hoạt động được nêu trong kế hoạch, những dịch vụ, chất lượng và phương tiện dịch vụ cung cấp.
- Thực hiện TT-GDSK thay đổi hành vi, điều trị dự phòng kiểm soát HPQ...
- Củng cố mạng lưới cộng tác viên tuyên truyền, tư vấn tại cộng đồng.
- Tập huấn đào tạo một cách có kế hoạch, có hệ thống cho cán bộ y tế liên quan.

**\* Đánh giá hiệu quả hoạt động can thiệp truyền thông GDSK.**

- Mô hình thiết kế đánh giá trước – sau, so sánh nhóm can thiệp và nhóm chứng;



**Sơ đồ 2.1. Mô hình nghiên cứu can thiệp trước sau có nhóm đối chứng**

Thiết kế mô hình đánh giá với một nhóm can thiệp và một nhóm chứng, bằng cách chọn nhóm chứng tương đồng với nhóm can thiệp (đặc điểm cá nhân, địa dư, đặc điểm kinh tế, văn hóa, xã hội,...), hai xã có khoảng cách xa nhau để không bị tác động của hoạt động TTGDSK khi can thiệp. Điều tra cơ bản ban đầu thực hiện với cả nhóm can thiệp và nhóm không can thiệp.

Sau thời gian can thiệp, cả nhóm can thiệp và nhóm chứng được điều tra lại vào cùng thời điểm và sử dụng cùng bộ công cụ điều tra trước và sau can thiệp [43]; Thay đổi giữa 2 cuộc điều tra được xem là hiệu quả của chương trình can thiệp. Đo lường chiều hướng tăng hoặc giảm về các chỉ số của đối tượng.

+ Các thông tin về định lượng là các bảng câu hỏi được thiết kế trước, các kết quả thu được từ bảng câu hỏi sẽ được phân tích và đưa ra nhận định về kết quả.

+ Các thông tin định tính, được thu thập để giúp trả lời câu hỏi về ý nghĩa, hiệu quả, chất lượng hoạt động truyền thông GDSK. Việc thu thập thông tin định tính chủ yếu qua việc tiến hành phỏng vấn và thảo luận nhóm.

**2.4.2.2. Nội dung triển khai Câu lạc bộ Hen phế quản: [1],[22].**

Các hoạt động Câu lạc bộ HPQ đã được triển khai như sau:

- Hội thảo triển khai CLB với sự tham dự của Sở Y tế, Trường Đại học Y dược Hải Phòng, đại diện Phòng Y tế, TTYT, Bệnh viện huyện An Dương; Ủy ban nhân dân xã,

các ban ngành, cán bộ y tế của xã Hồng Thái để giới thiệu nội dung, kế hoạch, vai trò của địa phương, lợi ích của thực hiện mô hình CLB Hen phế quản.

- Thành lập Câu lạc bộ Hen phế quản tại xã Hồng Thái huyện An Dương. Lập danh sách người bệnh tham gia; làm thẻ hội viên câu lạc bộ, xây dựng nội quy Câu lạc bộ; quyền lợi, nghĩa vụ của hội viên.

- Khai trương Câu lạc bộ vào ngày 10/10/2013 với sự chứng kiến của: Sở Y tế, Đại học Y dược Hải Phòng, UBND huyện An Dương, Bệnh viện, Trung tâm Y tế, Phòng Y tế, Trạm Y tế, cộng tác viên và NB HPQ tại địa phương.

- Tiến hành sinh hoạt câu lạc bộ định kỳ 1 lần/ tháng trong 12 tháng. Từ tháng 10/2013 đến tháng 10/2014. Với sự giúp đỡ của các bác sĩ chuyên ngành từ: Bệnh viện Đại học Y dược Hải Phòng, Viện Y học biển Việt Nam, Trung tâm truyền thông GDSK - Sở Y tế Hải Phòng, BV Đa khoa huyện An Dương, Bệnh viện Kiến An...

Câu lạc bộ sinh hoạt theo chủ đề về các nội dung: nguyên nhân, biểu hiện, hậu quả bệnh HPQ... cách phòng tránh khởi phát cơn HPQ, sử dụng thuốc điều trị cắt cơn; lợi ích và hiệu quả của phương pháp điều trị dự phòng, thuốc xịt dự phòng, cách ghi nhật ký về bệnh, tự đánh giá mức độ kiểm soát bệnh HPQ tại nhà....

Khuyến khích cộng đồng vệ sinh môi trường, nơi ở - cá nhân, loại bỏ yếu tố kích phát cơn hen: ẩm thấp, lông súc vật, thuốc lá, khói bụi, chế độ dinh dưỡng hợp lý... Nhấn mạnh việc dùng thuốc điều trị dự phòng cho người bệnh.

- 20 chủ đề sinh hoạt CLB do các BS trong lĩnh vực chuyên ngành thực hiện:

1. Nhận biết cơn HPQ cấp tính
2. Nguyên nhân gây bệnh HPQ? Nguyên nhân gây cơn HPQ?
3. Nhận biết các yếu tố gây dị ứng, kích phát cơn HPQ - cách phòng tránh
4. Dinh dưỡng, vận động thể lực cho người bệnh HPQ
5. Điều trị dự phòng cơn HPQ bằng thuốc xịt tại chỗ
6. HPQ và lối sống - Những điều nên làm, những điều nên tránh
7. Thuốc điều trị bệnh HPQ - thuốc ảnh hưởng tới bệnh HPQ
8. Theo dõi điều trị bệnh HPQ tại nhà- Sử dụng thuốc điều trị đúng cách
9. Theo dõi điều trị cơn HPQ tại nhà - Khi nào phải đến Bác sĩ
10. Theo dõi diễn tiến bệnh HPQ tại nhà bằng bảng 5 câu hỏi ACT

11. Theo dõi diễn tiến bệnh HPQ tại nhà bằng lưu lượng đỉnh kế cơ học
12. Kế hoạch hành động tại nhà của người bệnh HPQ
13. Diễn tiến tự nhiên của bệnh HPQ - thái độ điều trị đúng đắn
14. Tác dụng phụ của thuốc điều trị HPQ - cách phòng tránh
15. Các loại thuốc phổ biến trong điều trị bệnh HPQ
16. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và bệnh HPQ
17. Viêm mũi dị ứng và bệnh HPQ
18. HPQ ở người cao tuổi, HPQ trên phụ nữ có thai và cho con bú
19. Cách dùng thuốc xịt cắt cơn, thuốc xịt dự phòng
20. Vai trò của lưu lượng đỉnh kế và cách đo lưu lượng đỉnh kế tại nhà

Nghiên cứu sinh, Trung tâm TTGDSK thành phố Hải Phòng phối hợp với Trạm Y tế xã để tổ chức mô hình CLB. Xây dựng nội quy CLB, chọn 10 cộng tác viên y tế thôn làm nòng cốt; sinh hoạt CLB tại hội trường Trạm y tế Hồng Thái.

Kết hợp TTGDSK trực tiếp và gián tiếp: hình thức nói chuyện sức khỏe, tư vấn cá nhân, làm mẫu, hội thi... Sử dụng tài liệu truyền thông để hỗ trợ hoạt động TTGDSK: cấp tài liệu, áp phích, tờ rơi, sổ nhật ký, bảng ACT... kết hợp tuyên truyền trên loa phát thanh 6 thôn, loa phát thanh xã: 01 lần / tuần.

Những NB không tham gia sinh hoạt Câu lạc bộ thường xuyên được. Hằng tháng CBYT thôn, xã; thành viên nòng cốt tiếp cận truyền thông GDSK tại nhà, cung cấp tài liệu hướng dẫn, theo dõi chấm điểm bằng bảng ACT.

### **Bảng 2.2. Kết quả hoạt động truyền thông cá nhân, nhóm, lưu động:**

<b>Hoạt động TTGDSK</b>	<b>Số lượng năm 2013</b>	<b>Số lượng năm 2014</b>
Hội thi	0	01 hội thi CTV và NB
Sinh hoạt câu lạc bộ theo chủ đề do các bác sĩ chuyên khoa thực hiện	03 buổi (trên 50 người tham gia / buổi)	09 buổi (trên 50 người tham gia / buổi)
Thăm hộ gia đình do Y tế thôn, cộng tác viên CLB thực hiện	600 lượt	1.800 lượt
Số người bệnh phát hiện	200 người	200 người
Số người bệnh đến sinh hoạt CLB	150 người	160 người

Năm 2013, số người bệnh tiếp cận, phát hiện qua điều tra là 200 người, họ được mời

tham gia sinh hoạt câu lạc bộ và được tiếp cận truyền thông tại hộ gia đình. Hoạt động TTGDSK về điều trị kiểm soát hen phế quản giúp cộng đồng, người bệnh được nâng cao kiến thức, tiếp cận với phương pháp điều trị mới, khoa học. Chương trình mang lại hiệu quả cao, khi có nhiều ý kiến được người bệnh trao đổi làm sáng tỏ, cung cấp nhiều kiến thức, ít tốn thời gian, kinh phí mà hiệu quả. Hiệu quả chương trình sẽ được duy trì vì đã cung cấp cho CBYT địa phương: kiến thức về bệnh HPQ, phương pháp TTGDSK, nên mang tính bền vững, lâu dài... Người bệnh HPQ không cần phải đi xa, nhưng vẫn được các chuyên gia về nói chuyện sức khỏe, hướng dẫn cụ thể cách điều trị cắt con, dự phòng kiểm soát HPQ...

## **2.5. Đánh giá thay đổi trong kiểm soát bệnh hen phế quản**

### **2.5.1. Đánh giá thay đổi kiến thức thái độ thực hành của người bệnh và cán bộ y tế**

#### **2.5.1.1. Nghiên cứu định lượng:**

- *Người bệnh xã Hồng Thái huyện An Dương:*

Đánh giá sự chuyển biến về kiến thức thái độ, thực hành (KAP) của NB về điều trị cắt con, điều trị dự phòng con HPQ. Đánh giá mức độ thay đổi về kiểm soát bệnh HPQ của nhóm NB được can thiệp sau 12 tháng tại xã Hồng Thái huyện An Dương. So sánh kết quả với nhóm đối chứng NB xã Quốc Tuấn huyện An Lão, so sánh trước và sau CT (theo phụ lục 6).

- *Cán bộ y tế:*

Đánh giá sự thay đổi về KAP của CBYT khi khám, điều trị cho NB HPQ: Điều trị cắt con, dự phòng, điều trị kiểm soát bệnh HPQ... sau 12 tháng can thiệp CBYT huyện An Dương so sánh nhóm đối chứng CBYT huyện An Lão (theo phụ lục 4).

#### **2.5.1.2. Nghiên cứu định tính:**

- *Người bệnh:*

Lựa chọn ngẫu nhiên 8 người bệnh (1NB/ 1 thôn): tham gia thảo luận nhóm theo bộ câu hỏi đã xây dựng. Mục đích, đánh giá nhu cầu trước can thiệp và hiệu quả thay đổi về KAP; nhận xét hoạt động, chất lượng hoạt động, hiệu quả trong khám chữa bệnh của CBYT tại địa phương, mô hình CLB sau 12 tháng can thiệp (theo phụ lục 3).

Phỏng vấn sâu trước can thiệp và sau can thiệp: 01 người bệnh (trong số NB tham gia TLN) về nhu cầu và hiệu quả của Câu lạc bộ HPQ.

- Cán bộ y tế:

Lựa chọn ngẫu nhiên 8 CBYT trong tổng số CBYT can thiệp, tham gia thảo luận nhóm theo bộ câu hỏi được xây dựng trước và sau can thiệp. Mục đích, đánh giá sự thay đổi về hoạt động, chất lượng hoạt động, hiệu quả trong khám chữa bệnh của CBYT tại địa phương sau 12 tháng can thiệp (*theo phụ lục 5*).

Phỏng vấn (PV) trước và sau can thiệp: 01 lãnh đạo địa phương, 01 Trưởng trạm Y tế về nhu cầu và hiệu quả của Câu lạc bộ Hen phế quản.

### **2.5.2. Đánh giá hiệu quả sau can thiệp về kiểm soát bệnh hen phế quản**

+ Sau 12 tháng can thiệp, tiến hành phỏng vấn lại theo phụ lục 2. Tình trạng kiểm soát HPQ theo bảng ACT, đo chức năng hô hấp, kiểm tra sức khỏe để đánh giá hiệu quả can thiệp, những người bệnh không đến sẽ được tiếp cận tại nhà. So sánh với nhóm chứng xã Quốc Tuấn huyện An Lão sau 12 tháng.

- **Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng chỉ số hiệu quả và hiệu quả can thiệp.**

Kết quả được so sánh giữa hai nhóm sau hoạt động can thiệp. Nếu nhóm can thiệp có được kết quả tốt hơn so với nhóm không can thiệp sẽ là bằng chứng khách quan thể hiện sự thành công của chương trình can thiệp. Khi so sánh TCT và SCT đối với nhóm có can thiệp hay nhóm đối chứng (ĐC) một thời gian cùng kỳ với thời gian can thiệp ở nhóm chứng ta có thể tính được giá trị dự phòng (PV – Preventive value). Giá trị dự phòng hay chỉ số can thiệp được tính như sau:

$$PV = \frac{|P_T - P_S|}{P_T} \times 100\%$$

$P_T$ : tỷ lệ và giá trị trung bình ở thời điểm trước can thiệp

$P_S$ : tỷ lệ và giá trị trung bình ở thời điểm sau can thiệp

PV: có thể tính bằng % hoặc bằng số tuyệt đối  $|P_T - P_S|$

Chỉ số can thiệp có thể tính bằng giá trị tương đối (tỷ lệ %) hoặc giá trị tuyệt đối. Đây là một mô hình đánh giá mang tính khoa học, có giá trị cao, nhất là cho NC thử nghiệm áp dụng những giải pháp hay hoạt động can thiệp mới [43],[47].

Hiệu quả can thiệp:  $HQCT\% = CSHQ_{\text{can thiệp}} - CSHQ_{\text{đối chứng}}$

$CSHQ_{\text{can thiệp}}$  = Chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp

$CSHQ_{\text{đối chứng}}$  = Chỉ số hiệu quả của nhóm đối chứng

## 2.6. Các biến số, chỉ số, phương pháp và công cụ thu thập thông tin

### 2.6.1. Các biến số, chỉ số nghiên cứu

**Bảng 2.3. Các biến số/chỉ số nghiên cứu về người bệnh hen phế quản**

<b>Nội dung nghiên cứu</b>	<b>Tên biến số</b>	<b>Chỉ số nghiên cứu</b>
<i>Mục tiêu 1: Dịch tễ học bệnh Hen phế quản</i>	Tuổi	Tỷ lệ % mắc HPQ theo nhóm tuổi
	Giới	Tỷ lệ % mắc HPQ theo giới tính: nam, nữ
	Nghề nghiệp	Tỷ lệ % mắc HPQ theo nghề nghiệp
	Trình độ văn hóa	Tỷ lệ % mắc HPQ theo trình độ văn hóa
	Điều kiện sống	Tỷ lệ % NB HPQ theo điều kiện kinh tế, mức sống, nhà ở: nghèo, trung bình, khá
	Chỉ số BMI	Thừa cân, trung bình, thiếu cân
	Số năm mắc bệnh	Tỷ lệ % NB HPQ theo số năm bị bệnh đến khi điều tra
	Yếu tố gây xuất hiện cơn hen	Tỷ lệ % NB HPQ chia theo yếu tố liên quan gây xuất hiện cơn hen
	Yếu tố gia đình	Tỷ lệ % NB HPQ có người thân, gia đình mắc bệnh hen, dị ứng...
<i>Tình trạng kiểm soát bệnh hen phế quản</i>	Mức độ bệnh hen	Tỷ lệ % NB HPQ chia theo bậc hen: 1,2,3,4 theo phân loại của WHO
	Các biến chứng	Tỷ lệ % NB HPQ bị biến dạng lồng ngực...
	Kết quả đo lưu lượng đỉnh	Tỷ lệ % NB HPQ giảm thông khí phổi qua đo lưu lượng khí thở ra tối đa tính theo 1 phút
<i>Mục tiêu 2: Kiến thức, thái độ thực hành và các yếu tố liên quan kiểm soát bệnh hen trước can thiệp và sau 12 tháng</i>	Về bệnh	Tỷ lệ % NB có kiến thức tốt, trung bình, kém
	Về điều trị dự phòng	Tỷ lệ % NB theo mức độ tuân thủ điều trị, loại thuốc thường dùng điều trị, dự phòng
	Về điều trị cắt cơn	Tỷ lệ % NB theo mức độ tuân thủ điều trị, loại thuốc thường dùng điều trị cắt cơn
	Đi khám và điều trị	Tỷ lệ % NB theo mức độ tuân thủ theo hướng dẫn, đơn của CBYT
	Ảnh hưởng của bệnh đến cuộc sống	Đánh giá mức độ ảnh hưởng kinh tế, sức khỏe, cuộc sống
	Mức độ kiểm soát hen	Kiểm soát hoàn toàn, kiểm soát 1 phần, không kiểm soát



**Bảng 2.4. Các biến số / chỉ số nghiên cứu về cán bộ y tế**

<b>Nội dung nghiên cứu</b>	<b>Tên biến số</b>	<b>Chỉ số nghiên cứu</b>
<i>Mục tiêu 1: Mô tả đặc điểm cán bộ y tế xã</i>	Tuổi	Tỷ lệ % CBYT theo nhóm tuổi
	Giới	Tỷ lệ % CBYT theo giới tính: nam. nữ
	Thâm niên công tác	Tỷ lệ % CBYT theo số năm công tác
	Trình độ chuyên môn	Tỷ lệ % CBYT theo trình độ chuyên môn Bác sĩ, Y sĩ
<i>Mục tiêu 2: Kiến thức, thái độ thực hành các yếu tố liên quan điều trị trước can thiệp và sau can thiệp 12 tháng</i>	Công tác tuyên truyền tư vấn, quản lý NB HPQ	Tỷ lệ % CBYT có tài liệu về bệnh HPQ... được đào tạo, thực tế công tác tư vấn cho NB
	Kiến thức của CBYT về bệnh HPQ	Tỷ lệ % CBYT theo KAP trong khám, tư vấn cho NB
	Thái độ của CBYT về bệnh HPQ	Tỷ lệ % CBYT theo KAP đúng về điều trị cắt con, dự phòng
	Thực hành của CBYT về bệnh HPQ	Tỷ lệ % CBYT thực hành đúng về khám, chỉ định sử dụng thuốc điều trị cắt con, dự phòng
<i>Mục tiêu 2: Hiệu quả sau can thiệp đối với CBYT</i>	Đánh KAP trước và sau can thiệp	Thay đổi KAP theo hướng tốt lên hoặc duy trì như cũ
		Áp dụng chuyên môn nghiệp vụ tốt lên, hoặc vẫn như cũ

**Bảng 2.5. Hiệu quả can thiệp**

<b>Nội dung nghiên cứu</b>	<b>Tên biến số</b>	<b>Chỉ số nghiên cứu</b>
<i>Đánh giá các hoạt động và hiệu quả can thiệp</i>	Kết quả hoạt động TTGDSK	Hiệu quả về hoạt động: Số CTV tham gia Số CBYT được tập huấn Số tờ rơi được sử dụng Số đĩa phát thanh được sử dụng Tỷ lệ NB được theo dõi điều trị cắt con, điều trị dự phòng, được tư vấn, tham gia CLB
	Hiệu quả hoạt động can thiệp TTGDSK, CLB	Hiệu quả về thay đổi kiến thức, thái độ, thực hành của CBYT, người bệnh. Hiệu quả trong điều trị kiểm soát HPQ, giảm mức độ nặng của bệnh

### **2.6.2. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin**

#### **- Công cụ thu thập thông tin:**

Phát triển công cụ thu thập thông tin gồm bộ câu hỏi phỏng vấn cho nghiên cứu định lượng và các hướng dẫn phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm cho nghiên cứu định tính. Cụ thể các công cụ sau đã được phát triển:

+ Phiếu điều tra (PĐT) người bệnh HPQ tại cộng đồng theo hộ gia đình. Được thiết kế trên cơ sở hướng dẫn của GINA 2005, 2012; và đã được Hội đồng thông qua cho phép áp dụng tại Đề tài Thạc sĩ năm 2007 tại ĐHYD Hải Phòng (Phụ lục 1).

+ Bảng phỏng vấn sâu về kiến thức, thái độ, thực hành kiểm soát bệnh hen phế quản; kết quả khám, đo lưu lượng đỉnh cho NB. Được thiết kế trên cơ sở hướng dẫn của GINA 2005, 2012; và đã được Hội đồng thông qua cho phép áp dụng tại Đề tài Thạc sĩ năm 2007 tại ĐHYD Hải Phòng (Phụ lục 2).

+ Câu hỏi hướng dẫn dùng trong thảo luận nhóm NB: Được thiết kế có tham khảo các nghiên cứu khác và đã được Hội đồng đề cương thông qua năm 2012 tại ĐHYD Hải Phòng (Phụ lục 3).

+ Bảng phỏng vấn sâu, quan sát CBYT: kiến thức hiểu biết về bệnh, thái độ trong phòng và điều trị bệnh, thực hành sử dụng thuốc điều trị. Được thiết kế có tham khảo các nghiên cứu khác và đã được Hội đồng đề cương thông qua năm 2012 tại ĐHYD Hải Phòng (Phụ lục 4).

+ Câu hỏi hướng dẫn dùng trong thảo luận nhóm CBYT. Được thiết kế có tham khảo các nghiên cứu khác và đã được Hội đồng đề cương thông qua năm 2012 tại ĐHYD Hải Phòng (Phụ lục 5).

+ Bảng chấm điểm đánh giá kiến thức thái độ thực hành của người bệnh và cán bộ y tế về bệnh hen phế quản. Được thiết kế có tham khảo các nghiên cứu khác và đã được Hội đồng đề cương thông qua năm 2012 tại ĐHYD Hải Phòng (Phụ lục 6):

+ Đánh giá bậc hen; Bảng ACT – Test kiểm soát hen hàng tháng (theo tài liệu hướng dẫn chẩn đoán điều trị hen phế quản năm 2012 của Bộ Y tế. Đánh giá điều kiện kinh tế, nhà ở ẩm thấp; chỉ số BMI, cách đo lưu lượng đỉnh kê theo tiêu chuẩn hướng dẫn của WHO, GINA và Việt Nam (Phụ lục 7).

- Phương pháp thu thập thông tin:

+ Điều tra sàng lọc: Điều tra viên là cộng tác viên y tế và y tế thôn tại địa bàn nghiên cứu được tập huấn trước khi điều tra. Điều tra viên đến từng hộ gia đình sử dụng bảng hỏi: “*Điều tra bệnh nhân hen tại cộng đồng*” phát hiện người nghi ngờ mắc hen; rồi gửi giấy mời tới Khám, phòng vấn tại Trạm Y tế để xác định người bệnh hen bằng Phiếu phỏng vấn khám; kết hợp đo lưu lượng đỉnh và Test hồi phục phế quản để chẩn đoán xác định người bệnh HPQ (*theo phụ lục 1, 2*).

+ Tổ chức phỏng vấn, khám, quan sát, đo lưu lượng đỉnh thở ra của người bệnh tại Câu lạc bộ hoặc tại nhà, theo phiếu điều tra với bộ câu hỏi thiết kế trước can thiệp và sau can thiệp 12 tháng, do cán bộ y tế chuyên môn thực hiện (*theo phụ lục 2,3*).

+ Phỏng vấn, quan sát CBYT có tham gia khám điều trị bệnh hen tại địa phương trước can thiệp và sau can thiệp 12 tháng do NCS và đồng nghiệp của Trung tâm TT-GDSK thành phố Hải Phòng được tập huấn và thực hiện (*phụ lục 4,5*).

## **2.7. Sai số và biện pháp không chế sai số**

- Sai số có thể mắc phải trong nghiên cứu:

Là các sai số do quá trình điều tra, thu thập số liệu, sai số do chưa thống nhất các tiêu chuẩn đánh giá kết quả, sai số do đối tượng cung cấp thông tin không chính xác và không đầy đủ, sai số do quá trình phân tích, xử lý số liệu.

- Biện pháp không chế sai số:

+ Xây dựng và thử nghiệm công cụ do các chuyên gia nhiều kinh nghiệm trước khi thực hiện điều tra. Tiến hành tập huấn hướng dẫn và thử phiếu điều tra cho cán bộ điều tra.

+ Điều tra thử để hoàn thiện bộ công cụ, rút kinh nghiệm cho cán bộ điều tra.

+ Chọn đội ngũ cán bộ tham gia thu thập thông tin, hoạt động can thiệp, là những người có kinh nghiệm, trình độ, nhiệt tình, được tập huấn thống nhất.

+ Tập huấn, thống nhất các phương pháp, tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều tra cho điều tra viên.

+ Giải thích kỹ về mục đích nghiên cứu cho đối tượng.

- Điều tra toàn bộ nhân dân trong xã, toàn bộ CBYT trong huyện.

- Thu thập đủ thông tin theo phiếu điều tra, tổ chức giám sát trong quá trình điều tra.

- Thống nhất cách phân tích, xử lý số liệu.

## 2.8. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- Hiệu chỉnh và xử lý dữ liệu thô thu thập từ các bảng phỏng vấn. Kiểm tra sự hoàn chỉnh, tính chính xác và tính phù hợp của từng bảng câu hỏi ngay sau khi thu thập.
- Mã hoá dữ kiện; các số liệu trong nghiên cứu định lượng được nhập liệu bằng phần mềm Excel; SPSS 16.0 và Epi Data 3.1.
- Các dữ liệu trong nghiên cứu định tính được giải băng, ghi chép, mã hoá thông tin và phân tích trích dẫn theo chủ đề.
- Thống kê mô tả các số lượng và tỷ lệ % của những biến số trong nghiên cứu định lượng, tính chỉ số hiệu quả sau can thiệp và so sánh hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.
- Đánh giá vai trò yếu tố nguy cơ, sử dụng kiểm định tỉ số chênh OR và 95% CI của OR. Sử dụng các thuật toán trong thống kê y học để so sánh sự khác biệt trước và sau can thiệp. Sử dụng kiểm định chi bình phương (test  $\chi^2$ ) để so sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ. Sử dụng hồi qui logistic trong phân tích đa biến xét mối liên quan giữa các yếu tố.

## 2.9. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu thực hiện theo đúng nội dung được Hội đồng đề cương thông qua.
- Sự đồng tình: Nghiên cứu có sự phối hợp của lãnh đạo địa phương như Phòng Y tế, Trung tâm y tế, Ủy ban nhân dân xã, Trạm y tế, người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Các đối tượng tham gia NC được giới thiệu, giải thích rõ về mục tiêu NC và tự nguyện tham gia NC, được Trạm y tế xã lập hồ sơ quản lý, theo dõi; có thể ngừng tham gia bất kỳ khi nào nếu họ muốn.
- + Đối với nhóm người bệnh đối chứng, thông tin đến họ trong điều tra lần 1, cung cấp thông tin tình trạng, vấn đề sức khỏe, mức độ bệnh hô hấp, hướng dẫn nên đến các cơ sở y tế chuyên khoa để khám và hẹn lần điều tra sau. Để đánh giá hiệu quả can thiệp chính xác, nên điều tra đợt 1 CBYT được hẹn sau 12 tháng sẽ gặp lại và khi điều tra đợt 2 (sau can thiệp), đã tiến hành các hoạt động hỗ trợ chuyên môn, cấp phát tài liệu, tư vấn hướng dẫn.
- + Đối với nhóm người bệnh can thiệp, thông tin đến họ trong điều tra, cung cấp thông tin tình trạng mức độ bệnh, cung cấp thông tin hoạt động CLB, mời họ tham dự CLB;

khi tham gia CLB, NB được tư vấn hướng dẫn đến các cơ sở y tế chuyên khoa phù hợp để khám và điều trị đạt kết quả cao nhất như hướng dẫn chuyển tuyến tới khám, điều trị chuyên khoa tại BV ĐH Y dược Hải Phòng, BV Việt Tiệp, BVĐK Kiến An, BVĐK An Dương...

- Tính bí mật: Tất cả những thông tin thu thập được quản lý, bảo mật, không tiết lộ với ai khác nhằm đảm bảo tính bí mật cho đối tượng tham gia nghiên cứu và gia đình họ.
- Đối tượng NC được khám bệnh, tư vấn về tình trạng bệnh, được phát tài liệu khi tham gia các hoạt động.
- Việc truyền thông, tư vấn, cung cấp kiến thức theo đúng các tài liệu hướng dẫn của Bộ Y tế về chẩn đoán điều trị hen phế quản; do các bác sĩ chuyên khoa thực hiện; thuốc hướng dẫn điều trị dự phòng, điều trị cắt cơn là thuốc có sẵn trên thị trường, được phép kê đơn hướng dẫn điều trị theo khuyến cáo của GINA, Bộ Y tế.

#### **2.10. Hạn chế của nghiên cứu:**

- Nghiên cứu thực hiện tại cộng đồng gặp nhiều khó khăn; thực hiện NC ở người trưởng thành với trình độ khác biệt mà chưa triển khai ở trẻ em. Chưa đưa người thân, các lực lượng xã hội tại địa phương vào nhóm thành viên tham gia TTGDSK cho NB, điều đó có thể ảnh hưởng đến hiệu quả của tác động TTGDSK cho NB.
- Nguồn lực kinh phí, nhân lực, trang thiết bị chưa đầy đủ. Khoảng thời gian tác động, theo dõi 12 tháng là chưa đủ dài đối với những NB chưa được kiểm soát hen và khó tiếp cận. Tuy nhiên đây là lần đầu tiên nghiên cứu can thiệp TTGDSK cho người trưởng thành do các nhân viên y tế và Trung tâm TTGDSK thực hiện được triển khai tại cộng đồng với mô hình Câu lạc bộ ở Việt Nam. Có thể nghiên cứu này là tiền đề để triển khai các nghiên cứu can thiệp khác, nhằm chứng minh vai trò của TTGDSK, lồng ghép với công tác quản lý, dự phòng kiểm soát bệnh HPQ và các vấn đề sức khỏe khác.

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thực trạng và các yếu tố liên quan đến kiểm soát bệnh hen phế quản tại xã Hồng Thái huyện An Dương và xã Quốc Tuấn huyện An Lão, Hải Phòng

#### 3.1.1. Đặc điểm dịch tễ học bệnh hen phế quản tại cộng đồng

Bảng 3.1. Tỷ lệ hiện mắc hen phế quản theo giới tính:

Giới tính	Số mắc HPQ Chung			Số mắc HPQ xã Hồng Thái			Số mắc HPQ xã Quốc Tuấn		
	ĐT	NB	(%)	ĐT	NB	(%)	ĐT	NB	(%)
Nam	5.768	204	3,54	2.552	87	3,41	3.216	117	3,64
Nữ	6.204	251	4,05	2.771	113	4,08	3.433	138	4,02
Chung	11.972	455	3,80	5.323	200	3,76	6.649	255	3,84
p	>0,05			>0,05			>0,05		

*Nhận xét:* Tỷ lệ mắc hen xã Hồng Thái huyện An Dương ở nam giới là 3,41% và nữ 4,08%; tỷ lệ mắc hen ở xã Quốc Tuấn huyện An Lão ở nam là 3,64% và nữ 4,02%. Tỷ lệ mắc hen chung là 3,80%, tỷ lệ mắc hen ở nữ 4,05%, ở nam với 3,54% (khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh về giới không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ ).

Bảng 3.2. Tỷ lệ người bệnh hen phế quản theo nhóm tuổi:

Độ tuổi	Hồng Thái (n=200)			Quốc Tuấn (n=255)			Chung (n=455)		
	ĐT	NB	(%)	ĐT	NB	(%)	ĐT	NB	%
16 – 19	400	1	0,3	384	1	0,3	784	2	0,3
20 – 29	1.081	4	0,4	1.506	15	1,0	2.587	19	0,7
30 – 39	1.030	17	1,7	1.331	21	1,6	2.361	38	1,6
40 – 49	1.179	43	3,6	1.122	41	3,7	2.301	84	3,7
50 – 59	894	57	6,4	1.163	63	5,4	2.057	120	5,8
60 – 69	369	43	11,7	448	40	8,9	817	83	<b>10,2</b>
70 – 79	238	28	11,8	368	42	11,4	606	70	<b>11,5</b>
≥ 80	132	7	5,3	327	32	9,8	459	39	8,5
<b>Tổng</b>	<b>5.323</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>6.649</b>	<b>255</b>	<b>100</b>	<b>12.553</b>	<b>455</b>	<b>100</b>

*Nhận xét:* Bệnh xuất hiện ở các lứa tuổi, tỷ lệ mắc hen cao ở các nhóm tuổi trên 60. Tuổi trung bình người bệnh là  $56,85 \pm 15,36$  tuổi.

Bảng 3.3. Tỷ lệ người bệnh hen phế quản theo trình độ học vấn:

Trình độ học vấn	Hồng Thái (n=200)		Quốc Tuấn (n=255)		Tổng chung (n=455)		p
	Số NB	(%)	Số NB	(%)	Số NB	%	
Không biết chữ	9	4,5	18	7,1	27	<b>5,9</b>	>0,05
Tiểu học	49	24,5	76	29,8	126	27,7	>0,05
Trung học cơ sở	100	50,0	115	45,1	215	47,3	>0,05
Trung học phổ thông	34	17,0	40	15,7	74	16,3	>0,05
Trung cấp	4	2,0	4	1,6	8	1,7	>0,05
Cao đẳng, ĐH, SĐH	4	2,0	2	0,8	6	1,3	>0,05

Nhận xét:

Đa số NB có trình độ văn hóa thấp, từ Trung học cơ sở trở xuống chiếm tới 80,9%, không biết chữ 5,9%, trình độ từ THPT trở lên chiếm 19,3%. Sự khác biệt về trình độ học vấn của NB 2 xã, không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

Bảng 3.4. Tỷ lệ người bệnh hen phế quản theo nghề nghiệp:

Nghề nghiệp	Hồng Thái (n=200)		Quốc Tuấn (n=255)		Tổng chung (n=455)		p
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	
Nông dân	141	<b>70,5</b>	182	71,4	323	<b>71,0</b>	>0,05
Công nhân	19	9,5	24	9,4	43	9,4	>0,05
Cán bộ viên chức	5	2,5	1	0,4	6	1,3	>0,05
Hưu trí	22	11,0	31	12,1	53	11,6	>0,05
Học sinh - sinh viên	2	1,0	2	0,8	4	0,9	>0,05
Nội trợ, buôn bán, nghề khác...	11	5,5	15	5,9	26	5,7	>0,05
Nghề nghiệp có liên quan bệnh: (Công nhân giầy da, nhựa, tiếp xúc hóa chất)	34	17,0	47	18,4	81	17,8	>0,05

Nhận xét:

Đa số NB làm nghề nông nghiệp với 71,0%; hưu trí chiếm 11,6%; công nhân 9,4%; nội trợ, buôn bán với 5,7%, các nghề nghiệp có tỷ lệ NB thấp như: học sinh - sinh viên

0,9%, công chức viên chức 1,3%. Sự khác biệt về nghề nghiệp của người bệnh tại 2 xã không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Số NB có yếu tố nghề nghiệp liên quan đến bệnh chiếm 17,8%, chủ yếu công nhân giày da, làm giấy...

*Bảng 3.5. Triệu chứng cơ năng, thực thể của người bệnh*

Triệu chứng, dấu hiệu		Hồng Thái (n = 200)	Quốc Tuấn (n = 255)	Tổng chung (n=455)	
				SL	%
<i>Thể trạng</i>	Thừa cân	20	21	41	9,0
	Trung bình	117	157	274	60,2
	Thiếu cân	63	77	140	30,8
<i>Triệu chứng toàn thân</i>	Xanh tím	9	24	33	7,2
	Phù	0	1	1	0,2
	Cao huyết áp	52	51	103	<b>22,6</b>
<i>Dấu hiệu cơ năng</i>	Khó thở	47	73	120	26,4
	Cò cữ, khô khè	41	71	112	24,6
	Nặng ngực	33	82	115	25,3
	Ho dai dẳng	64	108	172	37,8
	Mất ngủ	41	73	114	25,0
	Khạc đờm trắng	64	123	187	41,1
<i>Triệu chứng thực thể</i>	Nghe phổi có ran ẩm, ran rít, ran rầy	41	62	103	22,6
<i>BN có biến chứng</i>	HC Cushing	6	8	14	3,1
	Lồng ngực hình thùng	4	11	15	3,3
	Suy tim phải và suy tim trái	8	13	21	4,6

*Nhận xét:*

Thể trạng của người bệnh ở mức trung bình với 60,2%, số thiếu cân khá cao với 30,8%, thừa cân chiếm 9,0%. Tỷ lệ mắc cao huyết áp ở người bệnh hen là 22,6%.

NB có hội chứng Cushing 3,1%; lồng ngực hình thùng 3,3%; suy tim phải, trái 4,6%.

Có 26,4% người bệnh đang có dấu hiệu của cơn hen.



### 3.1.2. Một số yếu tố liên quan

Bảng 3.6. Tỷ lệ người bệnh hen phế quản tại thời điểm kiểm tra

Thời gian mắc	Hồng Thái (n=200)		Quốc Tuấn (n=255)		Tổng chung (n=455)		P
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	
Dưới 5 năm	88	44,0	118	46,3	206	<b>45,3</b>	>0,05
6 – 10 năm	29	14,5	44	17,2	73	16,0	>0,05
11 – 15 năm	10	5,0	14	5,5	24	5,3	>0,05
16 – 20 năm	17	8,5	17	6,7	34	7,5	>0,05
> 20 năm	56	28,0	62	24,3	118	<b>25,9</b>	>0,05
<b>Tổng</b>	200	100	255	100	455	100	

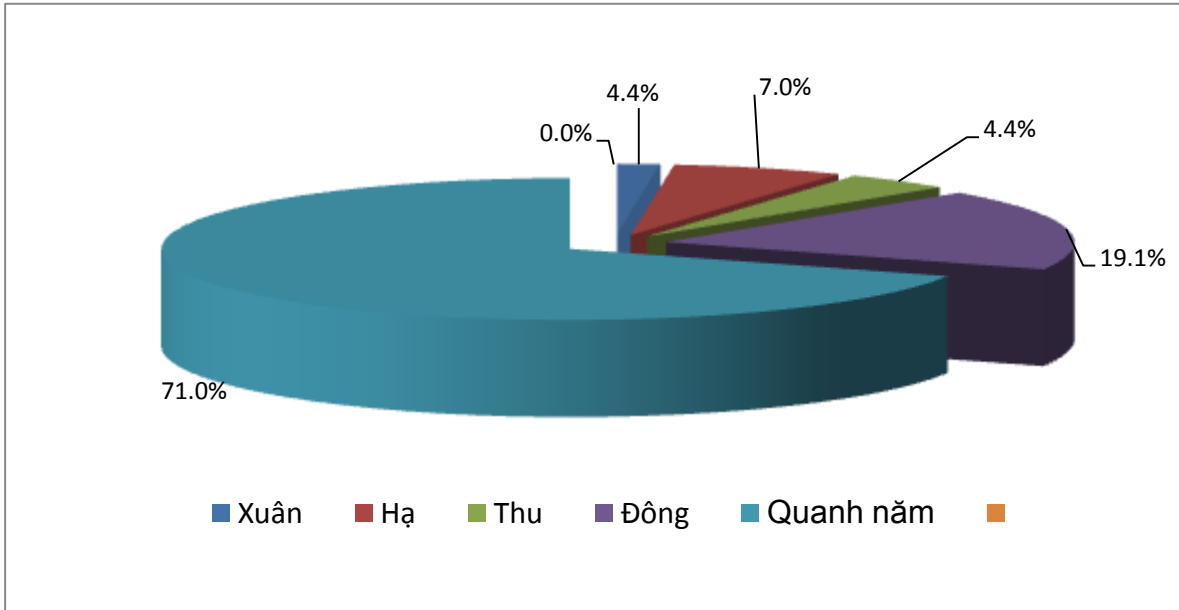
*Nhân xét:*

Số NB mắc bệnh kéo dài trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao (54,7%); dưới 5 năm 45,3%, trên 20 năm chiếm 25,9%. Sự khác biệt thời gian mắc bệnh của người bệnh 2 xã không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

Bảng 3.7. Tỷ lệ người bệnh theo điều kiện kinh tế, môi trường sống

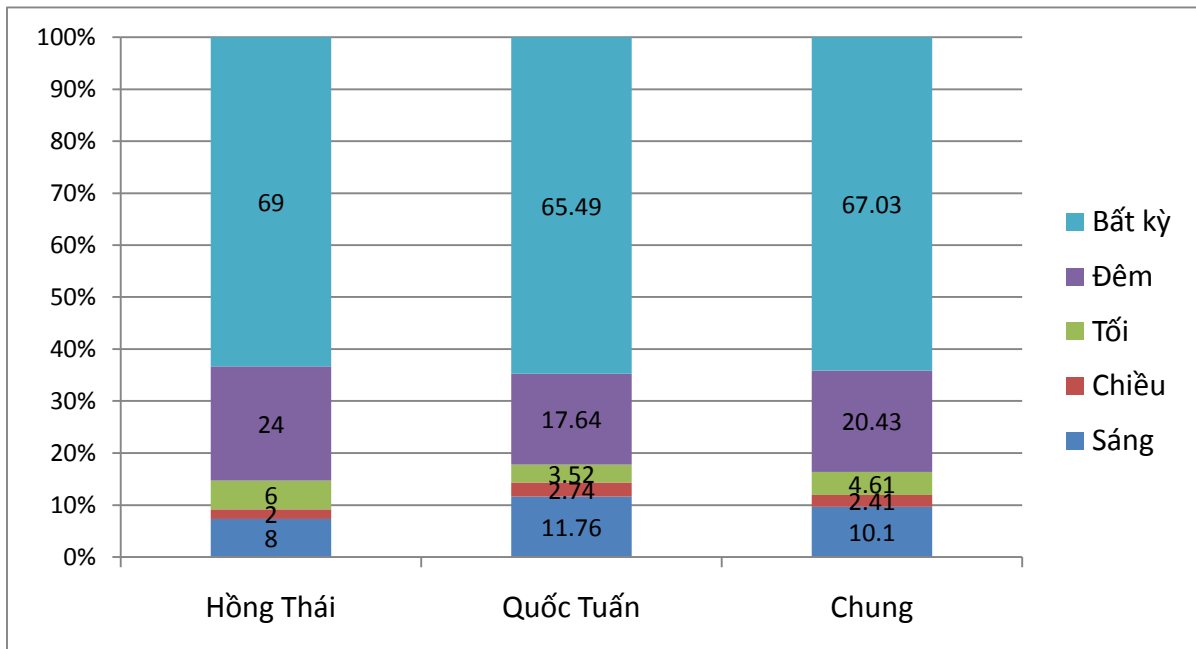
Điều kiện kinh tế, môi trường sống		Hồng Thái (n=200)		Quốc Tuấn (n=255)		Tổng chung (n=455)		P
		SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)	
<b>Kinh tế</b>	Khá	9	4,5	8	3,1	17	3,7	>0,05
	Trung bình	165	82,5	199	78,0	364	80,0	>0,05
	Cận nghèo	12	6,0	19	7,4	31	<b>6,8</b>	>0,05
	Nghèo	14	7,0	29	11,4	43	<b>9,4</b>	>0,05
<b>Môi trường sống</b>	Nuôi chó mèo	119	59,5	192	75,3	311	<b>68,3</b>	<b>&lt;0,05</b>
	Nhà ở ẩm thấp	34	17,0	38	14,9	72	15,8	>0,05
	Trồng cây có yếu tố gây dị ứng	30	15,0	39	15,3	69	15,2	>0,05

*Nhận xét:* Đời sống kinh tế khá 3,7%, trung bình chiếm 80,0%, có 6,8% NB có mức sống cận nghèo và 9,4% NB ở mức nghèo. Tỷ lệ đáng kể NB sống trong nhà ẩm thấp 15,8%; có trồng cây ra hoa gây dị ứng 15,2%. Gia đình NB hen nuôi chó mèo 68,3%; tại Quốc Tuấn cao hơn Hồng Thái; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p<0,05$ );



Hình 3.1. Các mùa trong năm với xuất hiện cơn hen

**Nhận xét:** Đa số NB xuất hiện cơn hen vào bất kỳ thời điểm trong năm (71,0%); 19,1% NB xuất hiện cơn hen vào mùa đông, cao hơn các mùa còn lại.



Hình 3.2. Thời gian xuất hiện cơn hen trong ngày

**Nhận xét:** Có 67,0% NB cơn hen xảy ra bất kỳ lúc nào trong ngày; xuất hiện vào ban đêm với 20,4% cao hơn so với thời điểm khác trong ngày.

Bảng 3.8. Tỷ lệ người bệnh HPQ theo tiền sử dị ứng: (p: So sánh nhóm CT và ĐC)

Dị ứng		Hồng Thái (n=200)	Quốc Tuấn (n=255)	Tổng (n = 455)		p
				SL	TL (%)	
<b>Tiền sử mắc bệnh dị ứng</b>		77	96	173	<b>38,0</b>	>0,05
<i>Các biểu hiện dị ứng hiện tại hay trong tiền sử</i>	Viêm mũi dị ứng	35	41	76	16,7	>0,05
	Sần ngứa, Mày đay	59	69	128	28,1	>0,05
	Chàm	3	0	3	0,7	>0,05
	Dị ứng thuốc	8	7	15	3,3	>0,05
	Dị ứng thức ăn	9	2	11	2,4	<0,05
Sử dụng điều hòa gây cơn hen		13	8	21	4,6	>0,05
Thuốc lá liên quan cơn hen		116	113	229	50,3	<0,05
<b>Yếu tố gia đình</b>		57	104	161	35,4	<0,05
Ông bà nội, ngoại		7	12	19	4,2	>0,05
Bố Mẹ		30	48	78	<b>17,1</b>	>0,05
Anh chị em ruột		10	13	23	5,0	>0,05
Con mắc hen		10	31	41	<b>9,0</b>	<0,05

*Nhận xét:* Tiền sử mắc bệnh DƯ gặp ở nhiều NB (38,0%), hay gặp nhất là mày đay, sần ngứa 28,1%, viêm mũi DƯ 16,7%. Có 35,4% NB có người thân bị bệnh HPQ.

Bảng 3.9. Các yếu tố kích phát cơn hen phế quản ở người bệnh

Tác nhân	Hồng Thái (n=200)		Quốc Tuấn (n=255)		Tổng chung (n=455)		p
	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)	
Thay đổi thời tiết	186	93,0	195	76,5	381	<b>83,7</b>	<0,01
Lạnh	100	50,0	87	34,1	187	<b>41,1</b>	<0,05
Bệnh hô hấp	11	5,5	44	17,2	55	12,1	<0,01
Gắng sức	118	59,0	103	40,4	221	<b>48,6</b>	<0,01
Bụi - hóa chất	31	15,5	48	18,8	79	17,4	>0,05
Cảm xúc, stress	7	3,5	7	2,7	14	3,1	>0,05
Ăn uống	5	2,5	1	0,4	6	1,3	>0,05

*Nhận xét:* Yếu tố gây kích phát cơn hen hay gặp nhất là thay đổi thời tiết đột ngột 83,7%, gắng sức 48,6%, nhiễm lạnh 41,1%, do cảm xúc 3,1%; ăn uống 1,3%. NB xã Hồng Thái có yếu tố kích phát cơn hen do thay đổi thời tiết, lạnh, gắng sức cao hơn NB xã Quốc Tuấn; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

*Bảng 3.10: Các yếu tố liên quan mức độ hen của người bệnh:*

Đặc tính (n=455 TCT)		Mức độ bệnh hen				OR (95%CI)	p
		Nặng (Độ 3-4)		Nhẹ (Độ 1 - 2)			
		n	%	n	%		
Giới	Nam	51	56,7	153	41,9	1,812 (1,137-2,887)	<0,05
	Nữ	39	43,3	212	58,1		
Nhóm tuổi	Từ 60 trở lên	48	53,3	143	39,2	1,774 (1,115—2,823)	<0,05
	Từ 16-59	42	46,7	222	60,8		
Tình trạng kinh tế	Cận nghèo – nghèo	20	22,2	54	14,8	1,646 (0,926-2,924)	>0,05
	Khá – Trung bình	70	77,8	311	85,2		
Trình độ học vấn	Dưới Tiểu học	37	41,1	115	31,5	1,518 (0,944-2,439)	>0,05
	THCS trở lên	53	58,9	250	68,5		
Nghề nghiệp	Nông dân	65	72,2	258	70,7	1,078 (0,645-1,802)	>0,05
	Nghề còn lại	25	27,8	107	29,3		
Yếu tố gia đình	Có người thân mắc hen	28	31,1	97	26,6	1,248 (0,754-2,064)	>0,05
	Không có người thân mắc hen	62	68,9	268	73,4		
Tiền sử mắc bệnh dị ứng	Có	37	41,1	136	37,3	1,175 (0,734-1,882)	>0,05
	Không	53	58,9	229	62,7		
Số năm mắc bệnh	>5 năm	63	70,0	186	51,0	2,246 (1,368-3,685)	0,001
	≤5 năm	27	30,0	179	49,0		
Dự phòng bằng thuốc	Có	21	23,3	22	6,0	4,745 (2,474-9,103)	<0,001
	Không	69	76,7	343	94,0		
Được TT-GDSK	Trực tiếp	11	12,2	8	2,2	6,214 (2,421-15,951)	<0,001
	Gián tiếp	19	21,1	49	13,4	1,726 (0,958-3,110)	>0,05
	Cả trực tiếp và gián tiếp	7	7,8	5	1,4	6,072 (1,881-19,608)	0,001

*Nhận xét:* Mức độ nặng của bệnh có liên quan tới giới tính nam, tuổi trên 60, bệnh kéo dài trên 5 năm, không dùng thuốc dự phòng và không được truyền thông GDSK; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 3.11. Các yếu tố liên quan mức độ kiểm soát hen của người bệnh:

Đặc tính (n=455 TCT)		Mức độ kiểm soát bệnh				OR (95%CI)	P
		Không kiểm soát		Kiểm soát 1 phần và KS hoàn toàn			
		n	%	n	%		
<b>Giới</b>	Nữ	80	53,0	171	55,2	1,141 (0,771-1,688)	>0,05
	Nam	71	47,0	133	44,8		
<b>Nhóm tuổi</b>	Từ 60 trở lên	148	48,7	43	28,5	2,383 (1,567-3,623)	<b>&lt;0,001</b>
	Từ 16-59	156	51,3	108	71,5		
<b>Tình trạng kinh tế</b>	Cận nghèo – nghèo	55	18,1	19	12,6	1,535 (0,874-2,694)	>0,05
	Khá – Trung bình	249	81,9	132	87,4		
<b>Trình độ học vấn</b>	Dưới Tiểu học	106	34,9	46	30,5	1,222 (0,804-1,858)	>0,05
	THCS trở lên	198	65,1	105	69,5		
<b>Nghề nghiệp</b>	Nông dân	213	70,1	110	72,8	0,872 (0,565-1,347)	>0,05
	Nghề còn lại	91	29,9	41	27,2		
<b>Yếu tố gia đình</b>	Có người thân mắc hen	83	27,3	42	27,8	0,975 (0,630-1,508)	>0,05
	Không có người thân mắc hen	221	72,7	109	72,2		
<b>Tiền sử mắc bệnh dị ứng</b>	Có	125	41,1	48	31,8	1,498 (0,993-2,262)	>0,05
	Không	179	58,9	103	68,2		
<b>Số năm mắc bệnh</b>	>5 năm	166	54,6	83	55,0	0,986 (0,666-1,459)	>0,05
	≤5 năm	138	45,4	68	45,0		
<b>Dự phòng bằng thuốc</b>	Có	35	11,5	8	5,3	2,326 (1,051-5,147)	<b>&lt;0,05</b>
	Không	269	88,5	143	94,7		
<b>Được TT-GDSK</b>	Trực tiếp	14	4,6	5	3,3	1,410 (0,498-3,989)	>0,05
	Gián tiếp	44	14,5	24	15,9	0,896 (0,521-1,538)	>0,05
	Cả trực tiếp và gián tiếp	9	3,0	3	2,0	1,505 (0,401-5,642)	>0,05

Nhận xét:

Nhóm tuổi trên 60 trở lên có xu hướng không kiểm soát bệnh hen cao hơn nhóm tuổi thấp hơn và số không dùng thuốc dự phòng, không kiểm soát được bệnh cao hơn nhóm dùng thuốc; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Các yếu tố liên quan còn lại, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.2 Hiệu quả can thiệp tới kiểm soát bệnh hen phế quản

#### 3.2.1. Hiệu quả can thiệp tới kiến thức, thái độ, thực hành của người bệnh về kiểm soát bệnh hen phế quản

Bảng 3.12. Hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp, gián tiếp

Truyền thông trực tiếp	Nhóm CT (n=200)			Nhóm ĐC (n=255)			HQCT	P
	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ		
<b>Có tham dự Truyền thông trực tiếp</b>	12 (6,0)	<b>117</b> <b>(58,5)</b>	875	7 (2,7)	<b>67</b> <b>(26,3)</b>	<b>847</b>	<b>28</b>	<0,001
<i>Loại hình tham dự</i>								
Tư vấn cá nhân	10 (5,0)	95 (47,5)	850	5 (2,0)	54 (21,8)	990	-	<0,001
Làm mẫu	0 (0)	98 (49,0)	-	0 (0)	2 (0,8)	-	-	<0,001
Nói chuyện sức khỏe	2 (1,0)	29 (14,5)	1350	1 (0,4)	2 (0,8)	100	1250	<0,001
Sinh hoạt Câu lạc bộ	0 (0)	111 (55,5)	-	0 (0)	5 (2,0)	-	-	<0,001
<i>Đối tượng thực hiện</i>								
Do cán bộ Trạm y tế	7 (3,5)	26 (13,0)	271,4	1 (0,4)	2 (0,8)	100	171,4	<0,001
Do BV Q/H, BV TP	5 (2,5)	22 (11,0)	340	2 (0,8)	3 (1,2)	50	290	<0,001
Do TTTTGDSK	0 (0)	103 (51,5)	-	(0)	46 (18,0)	-		<0,001
<b>Có tham dự Truyền thông gián tiếp</b>	31 (15,5)	132 (66,0)	<b>325,8</b>	37 (14,5)	58 (22,7)	<b>56,5</b>	<b>269,3</b>	<0,001
Loa phát thanh	3 (1,5)	80 (40,0)	2566,6	6 (2,3)	6 (2,3)	0	2566,6	<0,001
Tờ rơi	3 (1,5)	122 (61,0)	<b>3966,6</b>	1 (0,4)	30 (11,8)	<b>2850</b>	<b>1116,6</b>	<0,001
Áp phích	0 (0)	78 (39,0)	-	0 (0)	7 (2,7)	-	-	<0,001
Tài liệu, báo	19 (9,5)	79 (39,5)	-	4 (1,6)	5 (2,0)	25	290,8	<0,001
Truyền hình	27 (13,5)	65 (32,5)	140,7	35 (13,7)	29 (11,4)	-	140,7	<0,001

p: So sánh sau CT giữa nhóm CT và ĐC

Nhận xét:

Người bệnh tham dự hoạt động truyền thông trực tiếp TCT thấp: 6,0% xã Hồng Thái và 2,7% xã Quốc Tuấn; SCT số NB ở Hồng Thái cao hơn hẳn HQCT 28% ( $p < 0,001$ ).

Trước CT, số NB tiếp cận các hoạt động truyền thông gián tiếp chiếm tỷ lệ thấp: 15,5% xã Hồng Thái và 18,0% xã Quốc Tuấn; sau can thiệp NB ở Hồng Thái cao hơn hẳn với HQCT 269,3%. Trong đó nghe loa phát thanh HQCT có tỷ lệ cao nhất, tiếp đến nhận tờ rơi, áp phích, tài liệu sách báo; xem truyền hình; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ .

*Hộp 3.1. Mong muốn của người bệnh về thành lập Câu lạc bộ hen phế quản*

Các ý kiến thảo luận Trước can thiệp của BN xã Hồng Thái đều cho rằng:

*“do điều kiện sống vùng nông thôn, cách xa BV, TTYT, điều kiện kinh tế khó khăn, sức khỏe yếu, Không thể tự đi đến cơ sở y tế để khám, chữa bệnh”; “Nếu được triển khai Câu lạc bộ hen tại địa phương, được bác sĩ chuyên khoa tư vấn, thì rất tốt quá, chúng tôi sẵn sàng tham gia...” TLN\_NB,*

*“Nếu có tổ chức mô hình câu lạc bộ HPQ tại địa phương, tôi xin đăng ký tham gia, ban tổ chức sinh hoạt vào buổi tối hay, ngày nghỉ tôi cũng bố trí tham dự” TLN\_NB*  
Người bệnh Vũ Thị T.

Cũng có NB e ngại: *“Tôi rất muốn tham gia, nhưng chỉ e sợ thời gian tổ chức vào lúc mình bận rồi còn đi làm, nhưng nếu được tư vấn tại nhà tôi sẽ cố gắng tiếp thu kiến thức và thực hiện theo...” TLN\_NB,*

*Tôi cũng đã dùng thuốc để dự phòng, nhưng khi điều tra, các bác sĩ giải thích tôi mới hiểu ra: mới hóa ra tôi đang dùng thuốc để cắt cơn, vì cứ nghĩ khi nào khó thở thì mình xịt chỗ đỡ khó thở là mình dự phòng cơn hen” TLN\_NB Đoàn Thị N.*

Bảng 3.13. Kiến thức của người bệnh về bệnh hen phế quản

Kiến thức	Nhóm CT (n=200)			Nhóm ĐC (n=255)			HQCT	p
	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ		
Có kiến thức về tác nhân kích phát cơn hen	122 (61,0)	174 (87,0)	42,6	147 (57,6)	161 (63,1)	9,5	33,1	<0,001
Biết tên thuốc điều trị	31 (15,5)	61 (30,5)	<b>96,8</b>	33 (12,9)	36 (14,1)	9,3	87,5	<0,001
Biết khái niệm điều trị kiểm soát hen	10 (5,0)	90 (45,0)	<b>800</b>	6 (2,3)	19 (7,4)	221,7	578,3	<0,001
Biết số lần điều trị dự phòng trong ngày	16 (8,0)	75 (37,5)	368,7	10 (3,9)	15 (5,9)	51,3	317,4	<0,001
Biết đúng loại thuốc có thể dự phòng	15 (7,5)	112 (56,0)	<b>646,6</b>	13 (5,1)	20 (7,8)	52,9	593,7	<0,001
Mục đích điều trị dự phòng	23 (11,5)	122 (61,0)	430,4	19 (7,4)	19 (7,4)	0	<b>430,4</b>	<0,001
Bệnh hen là bệnh mạn tính, không khỏi hoàn toàn	33 (16,5)	132 (66,0)	300	43 (16,9)	45 (17,6)	4,1	295,9	<0,001
Điều trị dự phòng hợp lý giúp giảm cơn hen, tình trạng bệnh	115 (57,5)	165 (80,5)	40,0	168 (65,9)	175 (68,6)	4,1	35,9	<0,05
Điều trị dự phòng tốt có thể sống lao động như bình thường	125 (62,5)	162 (81,0)	29,6	177 (69,4)	180 (70,6)	1,7	27,9	<0,05

p: So sánh sau CT giữa nhóm CT và ĐC

Nhận xét:

Số NB có kiến thức về các yếu tố kích phát cơn hen ở nhóm can thiệp SCT cao hơn với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Nhóm NB can thiệp tăng rõ rệt việc biết mục đích dùng thuốc dự phòng so với TCT, HQCT 430,4%.



Bảng 3.14. Đánh giá hiệu quả can thiệp tới mức độ đạt kiến thức của người bệnh

Đánh giá Kiến thức về bệnh		Nhóm CT (n=200)			Nhóm ĐC (n=255)			HQ CT	P
5 tiêu chí (*)	Mức độ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ		
Đạt ≥ 4 tiêu chí (*)	Tốt	5 (2,5)	136 (68,0)	2620	33 (12,9)	45 (17,6)	36,4	2583,6	<0,001
Đạt 3 tiêu chí (*)	Khá	33 (16,5)	27 (13,5)	18,2	60 (23,5)	67 (26,3)	11,9	6,3	<0,01
Đạt 2 tiêu chí (*)	Trung bình	57 (28,5)	30 (15,0)	52,6	64 (25,1)	63 (24,7)	1,6	51	<0,05
Đạt ≤ 1 tiêu chí (*)	Chưa đạt	105 (52,5)	7 (3,5)	93,3	98 (38,4)	80 (31,4)	18,2	75,1	<0,001

p: So sánh sau CT giữa nhóm CT và ĐC

Nhân xét: Trước CT, số NB xã Quốc Tuấn có kiến thức về bệnh hen tốt hơn NB xã Hồng Thái với kiến thức tốt 12,9% và 2,5%; kiến thức khá 23,5% và 16,5%, Sau CT CSHQ của NB xã Hồng Thái cao hơn hẳn với HQCT 2583,6%; sự khác biệt SCT có ý nghĩa thống kê ở 3 nhóm Tốt, Khá, Chưa đạt (p<0,001); nhóm Trung bình (p<0,05).

Bảng 3.15. Thái độ của người bệnh về bệnh hen phế quản:

Thái độ điều trị cắt cơn	Nhóm CT (n=200)			Nhóm ĐC (n=255)			HQCT	p
	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ		
Chấp nhận dùng thuốc ĐT cắt cơn	20 (10,0)	91 (45,5)	355	33 (12,9)	32 (12,9)	0	355	<0,001
Có sẵn thuốc ĐT cắt cơn hen tại nhà	35 (17,5)	49 (24,5)	40	55 (21,6)	54 (21,2)	1,8	38,2	>0,05
Cho rằng cơn hen có thể gây tử vong	55 (27,5)	85 (42,5)	54,5	39 (15,3)	42 (16,5)	7,8	46,7	<0,001
Bệnh làm giảm sức khỏe, khả năng lao động học tập	85 (42,5)	105 (52,5)	23,5	87 (34,1)	90 (35,3)	3,5	20,0	<0,001
Điều trị hợp lý, sức khỏe như bình thường	125 (62,5)	162 (81,0)	29,6	177 (69,4)	180 (70,6)	1,7	27,9	<0,05

Nhận xét: Nhóm NB SCT biết mục đích điều trị cắt cơn tăng CSHQ 35,5%; HQCT 348,8%. Số NB được can thiệp chấp nhận dùng thuốc cắt cơn, cho rằng bệnh có thể gây tử vong, giảm sức lao động tăng so trước CT và nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ .

*Bảng 3.16. Hiệu quả can thiệp tới mức độ đạt thái độ của người bệnh về bệnh HPQ*

<b>Đánh giá Thái độ về bệnh</b>		<b>Nhóm CT (n=200)</b>			<b>Nhóm ĐC (n=255)</b>			<b>HQ CT</b>	<b>P</b>
<b>5 tiêu chí (*)</b>	<b>Mức độ</b>	<b>TCT n (%)</b>	<b>SCT n (%)</b>	<b>CS HQ</b>	<b>TCT n (%)</b>	<b>SCT n (%)</b>	<b>CS HQ</b>		
Đạt $\geq 4$ tiêu chí (*)	Tốt	7 (3,5)	40 (20,0)	471,4	1 (0,4)	3 (1,2)	200	271,4	$<0,001$
Đạt 3 tiêu chí (*)	Khá	12 (6,0)	47 (23,5)	291,6	4 (1,6)	17 (6,7)	318,7	-	$<0,001$
Đạt 2 tiêu chí (*)	Trung bình	56 (28,0)	50 (25,0)	10,7	29 (11,4)	35 (13,7)	20,2	-	$<0,01$
Đạt $\leq 1$ tiêu chí (*)	Chưa đạt	125 (62,5)	63 (31,5)	49,6	221 (86,7)	200 (78,4)	9,6	40	$<0,001$

*p: So sánh sau CT giữa nhóm CT và ĐC*

Nhận xét: Sau CT, NB xã Hồng Thái có thái độ tốt hơn trước CT và nhóm chứng; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả 4 nhóm, trong đó nhóm thái độ Tốt, Khá, Chưa đạt  $p < 0,001$ ; nhóm Trung bình  $p < 0,01$ ;

*Hộp 3.2. Kiến thức thái độ của người bệnh xã Hồng Thái trước can thiệp*

Chia sẻ của một NB hen chưa có kiến thức, tiếp cận phương pháp điều trị đúng “... Con hen đến sợ lắm bác sĩ ạ, có khi tưởng chết được, lúc đó cứ xịt cho dễ thở để sống, nhưng nếu được tiếp cận biện pháp dự phòng thì tốt quá” Sinh hoạt CLB \_NB,

“Nhiều khi con hen đến như nước dâng lên, tôi chỉ biết nắm tay vào thành giường rồi chờ đợi con hen đi qua, nếu được tuyên truyền về bệnh thì tốt quá” TLN\_NB. Trần Thị N

Nhiều người bệnh khi chưa tham gia CLB có thái độ chưa tốt như, “...tôi chưa biết mình bị hen, khi có vấn đề ho thì lại đi mua thuốc, người ta bán là mình dùng, chẳng biết mình bị bệnh gì, mình uống thuốc gì cả” TLN\_NB. Phạm Văn X

Bảng 3.17. Thực hành của người bệnh để dự phòng cơn hen cấp:

Thực hành	Nhóm CT (n=200)			Nhóm ĐC (n=255)			HQCT	p
	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ		
Không thực hiện	174 (87,0)	96 (48,0)	44,8	201 (78,8)	198 (77,6)	1,5	43,3	<0,001
Tránh các yếu tố kích phát	24 (12,0)	70 (35,0)	191,6	23 (9,0)	25 (9,8)	8,9	182,7	<0,001
Dùng thuốc giãn phế quản	31 (15,5)	89 (44,5)	187,1	43 (16,9)	67 (26,3)	55,6	131,5	<0,001
Dùng thuốc dự phòng hàng ngày	12 (6,0)	61 (30,5)	408,3	21 (8,2)	22 (8,6)	4,9	403,4	<0,001
Đi khám bệnh định kỳ	5 (2,5)	48 (24,0)	860	21 (8,2)	22 (8,6)	4,9	855,1	<0,001
<b>Có sẵn thuốc điều trị dự phòng</b>	30 (15,0)	48 (24,0)	60	38 (14,9)	42 (16,5)	10,5	49,5	<0,05
Thuốc bảo quản đúng cách	29 (14,5)	45 (22,5)	55,2	32 (12,5)	40 (15,7)	25,6	29,6	>0,05
Vị trí dễ lấy	27 (13,5)	38 (19,0)	40,7	29 (11,4)	39 (15,3)	34,2	6,5	>0,05
Thuốc xịt dự phòng	15 (7,5)	69 (34,5)	360	23 (9,0)	20 (7,8)	13,3	346,7	<0,001

p: So sánh sau CT giữa nhóm CT và ĐC

Nhận xét:

Nhóm NB can thiệp tăng thực hành dự phòng so nhóm chứng, Hiệu quả can thiệp tới NB tránh yếu tố kích phát cơn hen là 182,7%; dùng thuốc giãn phế quản là 131,5%; dùng thuốc dự phòng hàng ngày 403,4% và đi khám bệnh định kỳ 855,1%.

Nhóm NB can thiệp tăng rõ rệt việc có sẵn thuốc dự phòng so với trước can thiệp, thuốc được bảo quản đúng cách, nhưng đo lưu lượng đỉnh hàng ngày tăng không đáng kể so với trước can thiệp và nhóm chứng.

Bảng 3.18. Hiệu quả can thiệp tới mức độ đạt thực hành của người bệnh về bệnh hen phế quản

Đánh giá Thực hành về bệnh		Nhóm CT (n=200)			Nhóm ĐC (n=255)			HQ CT	P
4 tiêu chí (*)	Mức độ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ		
Đạt 4 tiêu chí (*)	Tốt	7 (3,5)	33 (16,5)	371,4	13 (5,1)	18 (7,0)	37,2	334,2	<0,01
Đạt 3 tiêu chí (*)	Khá	10 (5,0)	59 (29,5)	490	43 (16,9)	51 (20,0)	18,3	471,7	<0,05
Đạt 2 tiêu chí (*)	Trung bình	32 (16,0)	43 (21,5)	34,4	101 (39,6)	101 (39,6)	0	34,4	<0,001
Đạt ≤ 1 tiêu chí (*)	Chưa đạt	151 (75,0)	65 (32,5)	56,7	98 (38,4)	85 (33,3)	13,3	43,4	>0,05

p: So sánh sau CT giữa nhóm CT và ĐC

Nhận xét:

Sau CT, HQCT của NB CT xã Hồng Thái tốt hơn NB xã Quốc Tuấn; trong đó mức độ Tốt HQCT 334,2%, mức độ Khá HQCT 471%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả 4 nhóm thực hành Tốt, Khá, Trung bình,  $p < 0,05$ .

Hộp 3.3. Thực hành của người bệnh xã Hồng Thái trước can thiệp

“Nhiều lúc khó thở quá xịt liên tục, hơi thuốc còn bay cả qua mũi tai, không biết xịt thế nào cho đúng cách”. “Tôi già rồi, nhiều khi nghe xong lại quên, nhưng con cháu rất quan tâm, tôi bảo cháu chở đi sinh hoạt CLB, nó nghe cùng rồi hướng dẫn cho mình” TLN\_NB. Người bệnh Nguyễn Trịnh K.

“Tôi cũng đã đến BV Việt Tiệp, BV Kiến An, bác sĩ cũng khám chẩn đoán tư vấn, nhưng điều kiện kinh tế khó khăn, nhà xa, nên không đi khám thường xuyên được, nên cứ đem đơn thuốc cũ ra mua và dùng thuốc” TLN\_NB người bệnh Trần Thị N.

Bảng 3.19. Đánh giá hiệu quả can thiệp tới kiến thức thái độ thực hành (KAP) của người bệnh về bệnh hen phế quản

Đánh giá chung Kiến thức thái độ thực hành		Nhóm CT (n=200)			Nhóm ĐC (n=255)			HQ CT	P
Tổng hợp 3 nhóm tiêu chí (*)	Mức độ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ		
Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí Tốt	Tốt (>11 đ)	5 (2,5)	49 (24,5)	880	4 (1,6)	9 (3,5)	118,7	761,3	<0,001
Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí Khá	Khá (9-10đ)	6 (3,0)	40 (20,0)	566,6	11 (4,3)	22 (8,6)	100	466,6	<0,001
Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí TB	Trung bình (7-8 đ)	17 (7,5)	58 (29,0)	286,6	28 (11,0)	37 (14,5)	31,8	254,8	<0,001
Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí chưa đạt	Chưa đạt (<6 đ)	172 (86,0)	53 (26,5)	69,2	212 (83,1)	187 (73,3)	11,8	57,4	<0,001

Nhận xét:

Tổng hợp Mức độ KAP chung của NB 2 xã trước can thiệp: Tốt 2%, Khá 3,7%, Trung Bình 9,9%, Chưa đạt 84,4%. Sau can thiệp CSHQ của NB can thiệp xã Hồng Thái cao hơn hẳn với KAP tốt 24,5%, CSHQ 880,0%; KAP khá 20,0%, CSHQ 566,6%; KAP trung bình 29,0%, CSHQ 286,6%; trong khi xã chứng SCT KAP tốt là 3,5%; KAP khá 8,6%; KAP trung bình 14,5%; thấp hơn hẳn so với nhóm can thiệp. Sau CT, HQCT của NB xã Hồng Thái tốt hơn NB xã Quốc Tuấn; sự khác biệt sau CT có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ) ở cả 4 nhóm thực hành Tốt, Khá, Trung bình, Chưa đạt.

Hộp 3.4. Kiến thức thái độ thực hành của người bệnh xã Hồng Thái sau can thiệp

*Trước đây tôi không biết kiểm soát dự phòng hen, vì vậy cứ nghĩ khi có bệnh thì chữa, khi khỏi thì thôi, bây giờ biết là mình chủ động dùng thuốc dự phòng, đỡ phải đi cấp cứu, mà dùng thuốc dự phòng còn ít tốn hơn khi đi cấp cứu” Sinh hoạt CLB\_NB.*

*“...Trước có bình thuốc nhưng chẳng biết là thuốc gì, dùng kiểu gì, cứ để đấy, thậm chí để dành khi nặng bệnh mới dùng, từ khi được hướng dẫn sử dụng, tôi xịt hàng ngày, mà tốt lắm” Sinh hoạt CLB\_NB. người bệnh Nguyễn Trịnh K*

Bảng 3.20. Đánh giá hiệu quả can thiệp tới bệnh hen phế quản của người bệnh:

Hiệu quả can thiệp		Nhóm CT (n=200)			Nhóm ĐC (n=255)			HQ CT
		TCT n (%)	SCT n (%)	CSH Q	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ	
<b>Bậc hen</b>	Bậc 1	82 (41,0)	103 (51,5)	25,6	116 (45,5)	125 (49,0)	7,7	17,9
	Bậc 2	76 (38,0)	70 (35,0)	7,9	91 (35,7)	87 (34,1)	4,5	3,4
	Bậc 3	33 (16,5)	23 (11,5)	30,3	39 (15,3)	32 (12,5)	18,3	12,0
	Bậc 4	9 (4,5)	4 (2,0)	55,5	9 (3,5)	11 (4,3)	22,8	32,7
<b>Mức độ kiểm soát hen</b>	Không kiểm soát	135 (67,5)	81 (40,5)	40,0	168 (65,8)	160 (62,7)	4,7	35,3
	Kiểm soát 1 phần	58 (29,0)	97 (48,5)	67,2	76 (29,8)	83 (32,5)	9,0	58,2
	Kiểm soát hoàn toàn	7 (3,5)	22 (11,0)	214,3	11 (4,3)	12 (4,7)	9,3	205
<b>Sự ảnh hưởng</b>	Phải cấp cứu trong 1 năm	14 (7,0)	11 (5,5)	27,3	29 (11,4)	28 (11,0)	3,5	23,8
	Phải nhập viện điều trị	25 (12,5)	21 (10,5)	16,0	50 (19,6)	48 (18,8)	4,1	11,9
	Lưu lượng đỉnh	168/186 90,3%	99/118 83,9%	6,43	149/159 93,7%	71/75 94,6	1,0	5,43
	Nghỉ làm	45 (22,5)	26 (13,0)	73,1	72 (28,2)	72 (28,2)	0	73,1
	Nghỉ học	4 (2,0)	2 (1,0)	100	3 (1,2)	2(0,8)	33,3	66,6

Nhận xét:

Tổng hợp chung NB 2 xã trước can thiệp, bệnh bậc 1 là 43,5%; bậc 2 là 36,7%; bậc 3 là 15,8%; bậc 4 là 4,0%. Mức độ kiểm soát hoàn toàn 4,0%, kiểm 1 phần 29,4% và không kiểm soát 66,6%.

Sau CT, Nhóm CT giảm rõ rệt về mức độ hen; NB bậc 1 tăng lên, bậc 2,3,4 giảm so với trước CT. Mức độ kiểm soát bệnh tăng, NB kiểm soát hoàn toàn tăng từ 3,5% lên 11,0%; HQCT 205%; kiểm soát 1 phần tăng từ 29% lên 48%, HQCT 58,2%; không kiểm soát giảm từ 67,5% xuống 40,5%; nhóm chứng thay đổi không đáng kể.

*Hộp 3.5. Đánh giá của người bệnh, CBYT về hiệu quả Câu lạc bộ hen phế quản*

*“Câu lạc bộ sinh hoạt một tháng một lần, nhiều khi có việc bận tôi cũng bố trí, sắp xếp tham gia...” Sinh hoạt CLB\_NB. Người bệnh Đỗ Văn K.*

*“Nhờ có CLB mà tôi biết thêm kiến thức về điều trị dự phòng hen, trước đây mình chỉ dùng thuốc uống, bây giờ mới biết dùng thuốc xịt cắt cơn sẽ nhanh hơn và dùng thuốc xịt dự phòng sẽ không lên cơn hen” PVS\_NB Người bệnh Lương Thị H.*

*“Mỗi tháng đến, được các bác sĩ nói chuyện chia sẻ kiến thức, hướng dẫn thực hành dùng thuốc đúng cách, đo lưu lượng đỉnh, kiểm tra sức khỏe ... các bác sĩ chỉ bảo tận tình, còn tặng quà, nên chúng tôi rất thích tham gia câu lạc bộ” PVS\_NB.*

*“Câu lạc bộ đã giúp cho chúng tôi nơi giao lưu sinh hoạt, làm tâm lý tinh thần thoải mái hơn. Tham gia CLB, tôi thấy nhiều người cao tuổi trước đây yếu lắm, không làm ăn gì được, thế mà giờ họ khỏe, vui vẻ tham gia CLB thường xuyên. Mô hình CLB như thế này, hay quá, nhà nước nên mở rộng ra các địa phương khác để bà con được tham gia” PVS\_NB. Trần Thị N*

*Ý kiến của đa số người bệnh khi tham gia CLB “Sinh hoạt CLB, chúng tôi được tham gia hội thi tìm hiểu kiến thức, phân thi ai thổi khỏe nhất, chúng tôi vui lắm, mà BN khỏe ra nhiều so với trước” Sinh hoạt CLB\_BN”; “- Tôi mong muốn CLB không kết thúc mà các bác sĩ tiếp tục dài dài cùng về Hồng Thái cùng với chúng tôi”.*

*“Trước mình không biết mình bị hen, chỉ nghĩ bệnh ho, viêm họng nên có biết dự phòng cơn hen là thế nào đâu từ khi được hướng dẫn, mua thuốc dùng, xịt đúng cách, sức khỏe tôi như bình thường” PVS\_NB. Phạm Thị V*

*“Trước khi bắt đầu CLB, tôi leo mãi mới lên được tầng 2 Trạm Y tế, thở không ra hơi, nhưng từ khi có kiến thức, biết dự phòng, leo cầu thang mà vẫn khỏe” PVS\_NB.*

*“... từ ngày có Câu lạc bộ, hoạt động truyền thông, chúng tôi cảm thấy trình độ kiến thức của họ được nâng lên, nhiều người khỏe ra, Họ nhận xét tốt về Câu lạc bộ và các bác sĩ tham gia lắm” PVS\_CBYT. Bác sĩ Nguyễn Thị Q*

Bảng 3.21. Các yếu tố ảnh hưởng tới can thiệp đến kiến thức đạt và chưa đạt của người bệnh:

Đặc tính (n=200 Hồng Thái)		KAP (Sau can thiệp)				OR (95%CI)	P
		Đạt		Chưa đạt			
		n	%	n	%		
<b>Giới</b>	Nữ	86	76,1	27	23,9	1,35 (0,68-2,67)	0,341
	Nam	61	70,1	26	26,5		
<b>Tình trạng kinh tế</b>	Khá	8	88,9	1	11,1	3,00 (0,38-136,0)	0,284
	Trung bình	120	72,7	45	27,3	1	<i>Làm nền so sánh</i>
	Cận nghèo – nghèo	19	73,1	7	26,9	1,01 (0,38-3,06)	0,970
<b>Trình độ học vấn</b>	Dưới Tiểu học	45	77,6	13	22,4	1,70 (0,77-3,92)	0,159
	THCS	67	67,0	33	33,0	1	
	THPT trở lên	35	83,3	7	16,7	2,46 (0,94-7,24)	<b>0,048</b>
<b>Được TT-GDSK</b>	Trực tiếp	97	82,9	20	17,1	3,20 (1,59-6,49)	<b>&lt;0,001</b>
	Gián tiếp	109	82,6	23	17,4	3,74 (1,84-7,61)	<b>&lt;0,001</b>
	Cả trực tiếp và gián tiếp	92	84,4	17	15,6	3,54 (1,74-7,36)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Dự phòng bằng thuốc</b>	Có	66	95,7	3	4,3	13,58 (4,05-70,41)	<b>&lt;0,001</b>
	Không	81	61,8	50	38,2		
<b>Bậc hen</b>	Bậc 1	70	68,0	33	32,0	1	
	Bậc 2	54	77,1	16	22,9	1,59 (0,75-3,42)	0,188
	Bậc 3	19	82,6	4	17,4	2,24 (0,66-9,71)	0,163
	Bậc 4	4	100,0	0	0	-	-
<b>Mức độ kiểm soát</b>	Kiểm soát hoàn toàn	16	72,7	6	27,3	1,03 (0,33-3,56)	0,957
	Kiểm soát 1 phần	70	72,2	27	27,8	1	
	Không kiểm soát	61	75,3	20	24,7	1,17 (0,57-2,44)	0,635

Nhận xét:

Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ở nhóm trình độ THPT  $p < 0,05$ ; nhóm được truyền thông trực tiếp, gián tiếp, cả hai loại hình truyền thông, dự phòng bằng thuốc  $p < 0,001$ .



Bảng 3.22. Phân tích đa biến yếu tố liên quan mức độ kiến thức đạt của NB:

Yếu tố (n=455)		Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
		OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Giới	Nam	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Nữ	1,187	0,743-1,895	0,473	1,139	0,774-2,247	0,308
Kinh tế	TB	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Nghèo – Cận nghèo	1,970	0,939-4,131	0,073	2,201	0,999-4,851	<b>0,050</b>
	Khá	-	0 - ∞	0,998	-	0 - ∞	0,998
Trình độ học vấn	THCS	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	≤ TH	0,938	0,561-3,171	0,805	0,843	0,474-1,498	0,559
	≥ THPT	1,583	0,791-3,171	0,195	1,366	0,645-2,889	0,415
Truyền thông trực tiếp	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	3,150	1,803-5,503	<b>&lt;0,001</b>	1,208	0,522-2,796	0,659
Truyền thông gián tiếp	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	5,275	2,827-9,844	<b>&lt;0,001</b>	4,433	1,505-13,056	<b>0,007</b>
Truyền thông cả hai	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	5,140	2,498-10,577	<b>&lt;0,001</b>	1,088	0,243-4,865	0,912
Bậc hen	1	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	2	0,914	0,555-1,506	0,725	1,075	0,602-1,920	0,807
	3	2,064	0,833-5,114	0,117	3,021	1,098-8,313	<b>0,032</b>
	4	3,538	0,454-27,607	0,228	6,238	0,740-52,596	0,092
Mức độ kiểm soát hen	Không KS	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Một phần	1,793	1,075-2,991	<b>0,025</b>	2,132	1,179-3,854	<b>0,012</b>
	Hoàn toàn	1,756	0,649-4,749	0,268	1,765	0,572-5,447	0,323

*Nhận xét:*

Không có sự ảnh hưởng của giới tính, trình độ học vấn với mức độ kiến thức đạt của đối tượng nghiên cứu. Qua phân tích đa biến, nhóm đối tượng “Nghèo – cận nghèo” có xu hướng đạt về kiến thức cao hơn so với nhóm có điều kiện kinh tế trung bình (OR: 2,201; 95%CI: 0,999-4,851; p=0,05). Ở phân tích đơn biến, các nhóm đối tượng được truyền thông qua cả 3 hình thức đều có xu hướng đạt về kiến thức cao hơn so với nhóm không được truyền thông, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Khi đánh giá trên nhiều yếu tố, chỉ có “Truyền thông gián tiếp” có ý nghĩa thống kê với (OR: 4,433; 95%CI: 1,505-13,056; p<0,05). Những đối tượng được “Kiểm soát mức độ hen 1 phần” có xu hướng đạt kiến thức cao hơn so với “Không kiểm soát”; cả khi đánh giá một hay nhiều yếu tố tác động. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.23. Phân tích đa biến yếu tố liên quan đến thái độ đạt của NB:

Yếu tố (n=455)		Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
		OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Giới	Nữ	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Nam	1,286	0,885-1,870	0,187	1,427	0,922-2,208	0,110
Kinh tế	TB	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Nghèo – Cận nghèo	0,940	0,565-1,564	0,812	0,966	0,541-1,723	0,907
	Khá	1,551	0,585-4,113	0,377	1,944	0,653-5,785	0,232
Trình độ học vấn	THCS	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	≤ TH	1,002	0,657-1,528	0,992	1,145	0,704-1,863	0,585
	≥ THPT	1,180	0,716-1,945	0,517	1,085	0,623-1,888	0,773
Truyền thông trực tiếp	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	3,868	2,604-5,747	<0,001	1,801	0,866-3,745	0,115
Truyền thông gián tiếp	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	4,060	2,732-6,034	<0,001	2,354	1,186-4,670	0,014
Truyền thông cả hai	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	4,670	3,063-7,120	<0,001	1,352	0,490-3,734	0,561
Bậc hen	1	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	2	1,344	0,888-2034	0,162	1,701	1,035-2,795	0,036
	3	1,912	1,056-3,463	0,032	2,321	1,119-4,814	0,024
	4	3,429	1,134-10,370	0,029	5,780	1,656-20,175	0,006
Mức độ kiểm soát hen	Không KS	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Một phần	1,202	0,813-1,778	0,357	1,463	0,897-2,386	0,128
	Hoàn toàn	1,729	0,840-3,557	0,137	1,759	0,734-4,219	0,205

*Nhận xét:* Không có sự ảnh hưởng của giới tính, kinh tế, trình độ học vấn, kiểm soát mức độ hen với mức độ đạt về thái độ của đối tượng nghiên cứu.

Khi đánh giá từng yếu tố, các nhóm đối tượng được truyền thông qua cả 3 hình thức đều có xu hướng đạt về kiến thức cao hơn so với không được truyền thông, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Khi đánh giá trên nhiều yếu tố, chỉ có “Truyền thông gián tiếp” có ý nghĩa thống kê với OR: 2,354; 95%CI: 1,186-4,670;  $p < 0,05$ . Đánh giá trên nhiều yếu tố, có thể thấy mức độ hen ảnh hưởng tới thái độ của đối tượng NC. Người bệnh bậc 2 (OR: 1,701; 95% CI: 1,035-2,795;  $p < 0,005$ ), NB bậc 3 (OR: 2,321; 95% CI: 1,119-4,814;  $p < 0,005$ ), NB bậc 4 (OR: 5,780; 95% CI: 1,656-20,175;  $p < 0,001$ ) có xu hướng đạt về thái độ cao hơn so với người bệnh bậc 1.

Bảng 3.24: Phân tích đa biến yếu tố liên quan đến mức độ thực hành đạt của người bệnh:

Yếu tố (n=455)		Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
		OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Giới	Nữ	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Nam	1,518	1,019-2,262	<b>0,040</b>	1,613	1,031-2,522	<b>0,036</b>
Kinh tế	TB	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Nghèo – Cận nghèo	1,091	0,636-1,869	0,753	0,663	0,222-1,980	0,462
	Khá	0,703	0,261-1,891	0,485	0,976	0,537-1,771	0,935
Trình độ học vấn	THCS	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	≤ TH	1,636	1,049-2,552	<b>0,030</b>	2,243	1,225-4,108	<b>0,009</b>
	≥ THPT	2,267	1,284-4,001	<b>0,005</b>	1,649	1,009-2,695	<b>0,046</b>
Truyền thông trực tiếp	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	2,841	1,841-4,385	<b>&lt;0,001</b>	3,430	1,417-8,305	<b>0,006</b>
Truyền thông gián tiếp	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	2,212	1,458-3,357	<b>&lt;0,001</b>	1,755	0,858-3,590	0,123
Truyền thông cả hai	Không	Nhóm đối chiếu			Nhóm ĐC		
	Có	2,455	1,547-3,897	<b>&lt;0,001</b>	0,566	0,175-1,832	0,342
Bậc hen	1	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	2	1,072	0,702-1,636	0,747	1,047	0,646-1,696	0,852
	3	4,076	1,765-9,415	<b>0,001</b>	2,796	1,123-6,960	<b>0,027</b>
	4	3,864	0,851-17,537	<b>0,080</b>	3,334	0,686-16,204	0,135
Mức độ kiểm soát hen	Không KS	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Một phần	0,688	0,457-1,036	0,073	0,719	0,445-1,162	0,178
	Hoàn toàn	0,873	0,404-1,886	0,730	0,687	0,279-1,692	0,414

*Nhận xét:*

Có sự ảnh hưởng của giới tính, trình độ học vấn và việc tham gia truyền thông trực tiếp tới mức độ thực hành đạt của đối tượng nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Có mối liên quan giữa thực hành đạt và bậc hen của người bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Đánh giá trên nhiều yếu tố, có thể thấy mức độ hen ảnh hưởng tới thực hành đạt của đối tượng NC. Những người có hen bậc 3 (OR: 4,076; 95% CI: 1,765- 9,415;  $p < 0,001$ ), bậc 4 (OR: 3,864; 95% CI: 0,851-17,537;  $p < 0,05$ ) có xu hướng đạt về thực hành cao hơn so với người hen bậc 1, bậc 2.

Bảng 3.25. Phân tích đa biến yếu tố liên quan đến mức đạt KAP chung của người bệnh:

Yếu tố (n=455)		Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
		OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Giới	Nữ	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Nam	1,178	0,814-1,706	0,385	1,196	0,767-1,867	0,429
Kinh tế	TB	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Nghèo – Cận nghèo	1,024	0,621-1,690	0,926	1,072	0,597-1,924	0,816
	Khá	1,630	0,607-4,377	0,332	2,149	0,690-6,687	0,187
Trình độ học vấn	THCS	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	≤ TH	1,078	0,710-1,637	0,723	1,151	0,701-1,888	0,579
	≥ THPT	1,662	1,008-2,741	0,047	1,566	0,892-2,752	0,118
Truyền thông trực tiếp	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	4,088	2,745-6,087	<0,001	1,959	0,946-4,059	<b>0,070</b>
Truyền thông gián tiếp	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	4,990	3,334-7,470	<0,001	3,742	1,897-7,454	<0,001
Truyền thông cả hai	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	5,106	3,306-7,887	<0,001	0,944	0,339-2,630	0,912
Bậc hen	1	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	2	1,165	0,773-1,754	0,466	1,499	0,907-2,477	0,114
	3	2,406	1,309-4,424	<b>0,005</b>	3,521	1,651-7,513	<b>0,001</b>
	4	5,500	1,511-20,024	<b>0,010</b>	12,538	3,044-51,641	<0,001
Mức độ kiểm soát hen	Không KS	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Một phần	1,377	0,934-2,030	0,106	1,863	1,135-3,057	<b>0,014</b>
	Hoàn toàn	1,669	0,809-3,440	0,165	1,770	0,722-4,339	0,212

*Nhận xét:*

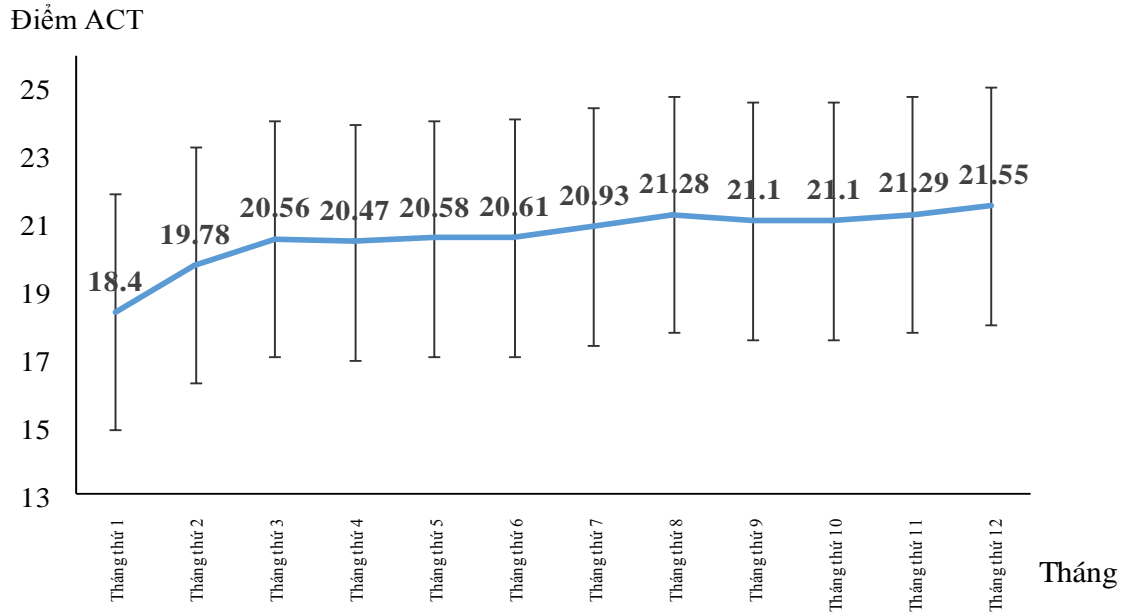
Không có sự ảnh hưởng của giới tính, điều kiện kinh tế, trình độ học vấn với mức độ đạt KAP chung của đối tượng nghiên cứu. Có mối liên quan giữa mức độ đạt KAP chung và hoạt động truyền thông GDSK, bậc hen, mức độ kiểm soát hen, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Đánh giá trên nhiều yếu tố, có thể thấy KAP ảnh hưởng tới mức độ kiểm soát hen 1 phần của đối tượng NC. Có sự khác biệt giữa mức độ đạt KAP chung và kiểm soát 1 phần của Nhóm CT so Nhóm ĐC ( $p < 0,05$ ).

Bảng 3.26: Yếu tố liên quan đến mức độ kiểm soát hen phế quản của người bệnh:

Đặc tính (n=200)		Kiểm soát hen				OR (95%CI)	p
		Hoàn toàn / Một phần		Không kiểm soát			
		n	%	n	%		
<b>Giới</b>	Nam	52	59,8	35	40,2	1,020 (0,577-1,803)	0,946
	Nữ	67	59,3	46	40,7		
<b>Tình trạng kinh tế</b>	Khá	5	55,6	4	44,4	1,704 (0,285-10,63)	0,492
	Trung bình	103	62,4	62	37,6	2,265 (0,903-5,806)	0,052
	Cận nghèo – nghèo	11	42,3	15	57,7	1	-
<b>Trình độ học vấn</b>	Dưới Tiểu học	25	43,1	33	56,9	1	-
	THCS	64	64,0	36	36,0	2,347 (1,151-4,797)	<b>0,011</b>
	THPT trở lên	30	71,4	12	28,6	3,300 (1,311-8,477)	<b>0,005</b>
<b>Được TT-GDSK</b>	Trực tiếp	70	59,8	47	40,2	1,033 (0,583-1,832)	0,910
	Gián tiếp	77	58,3	55	41,7	0,867 (0,476-1,578)	0,640
	Cả trực tiếp và gián tiếp	65	59,6	44	40,4	1,012 (0,574-1,784)	0,967
<b>Dự phòng bằng thuốc</b>	Có	37	53,6	32	46,4	0,691 (0,383-1,247)	0,219
	Không	82	62,6	49	37,4		
<b>Bậc hen</b>	1	83	80,6	20	19,4	27,67 (6,972-153,8)	<b>&lt;0,001</b>
	2	33	47,1	37	52,9	5,946 (1,528-33,479)	<b>0,004</b>
	3	3	13,0	20	87,0	1	-
	4	0	0,0	4	100,0	-	-
<b>KAP chung</b>	Đạt	86	58,5	61	41,5	1,170 (0,614-2,231)	0,633
	Không đạt	33	62,3	20	37,7		

Nhận xét:

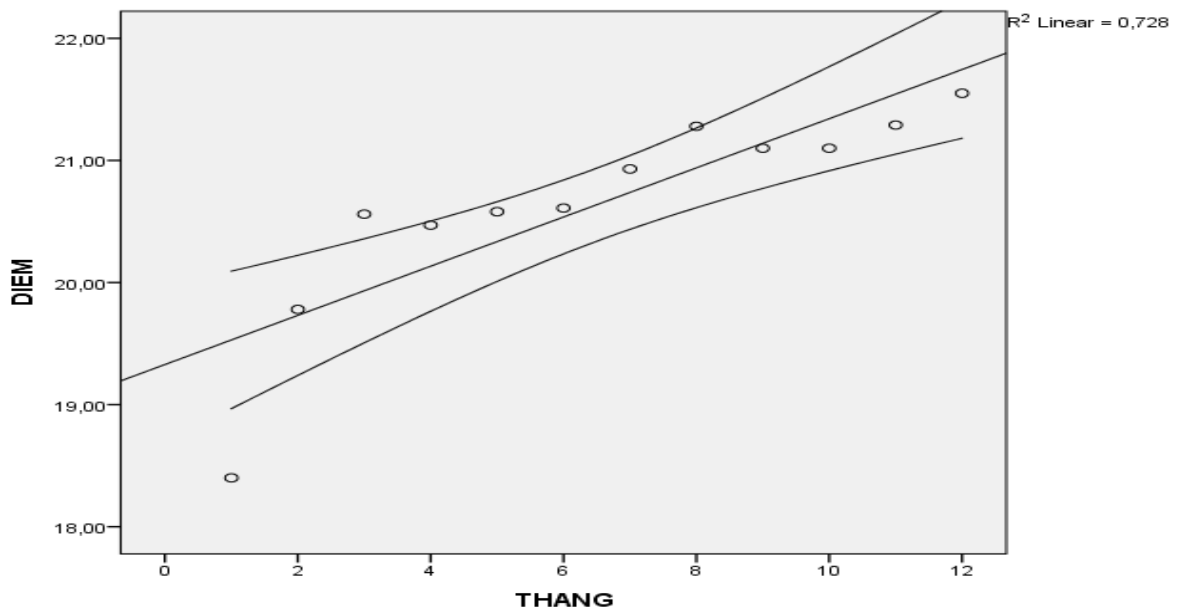
Có mối liên quan mức độ kiểm soát hen đạt với trình độ học vấn từ THCS trở lên, mức độ hen bậc 1 và bậc 2 của đối tượng can thiệp, trình độ học vấn cao, bậc hen nhẹ thì mức độ đạt kiểm soát hen càng cao, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



Hình 3.3. Tổng điểm trung bình ACT theo 12 tháng can thiệp của 200 người bệnh

Nhận xét:

Tổng điểm ACT trung bình của người bệnh có xu hướng tăng lên và tăng nhanh trong 3 tháng đầu. Điểm ACT duy trì và tăng lên ít từ tháng thứ 8 trở đi.



$$y = 19,329 + 0,201 * x \text{ với } r=0,853 \text{ và } p<0,001$$

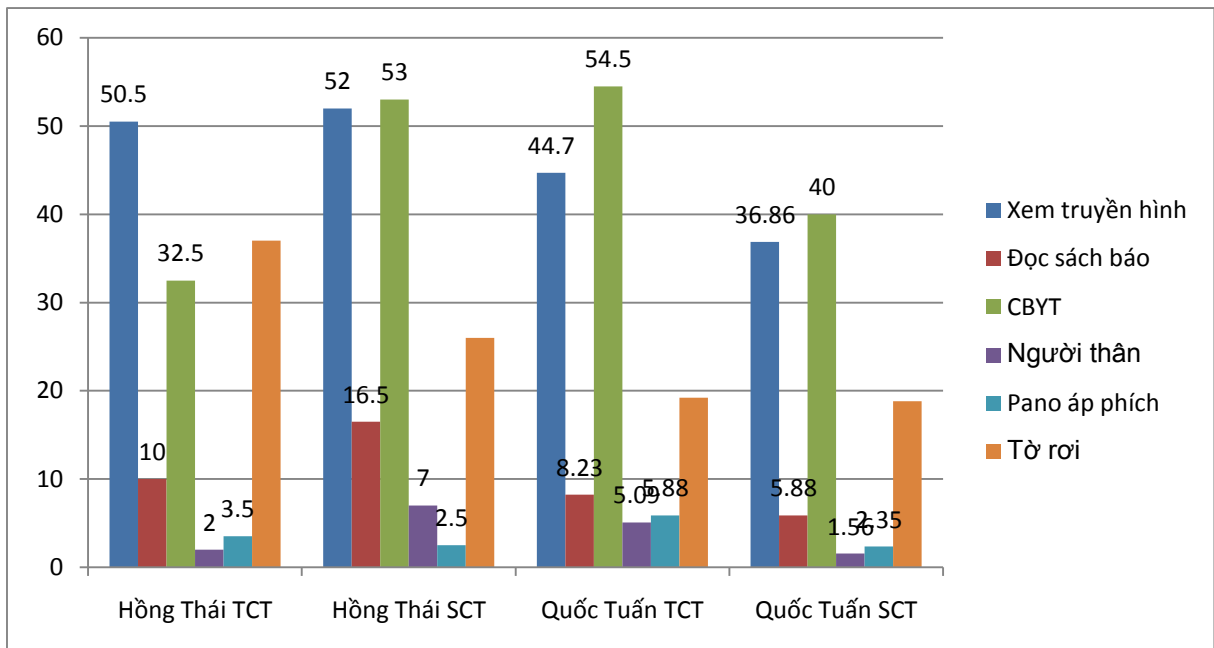
Hình 3.4. Hồi quy tuyến tính điểm ACT của bệnh nhân trong 12 tháng can thiệp

Nhận xét: Trong 12 tháng can thiệp, điểm ACT người bệnh can thiệp tăng trung bình 0,201 điểm mỗi tháng, mối liên quan chặt chẽ với  $r = 0,853$  và  $p < 0,001$ .

Bảng 3.27. Số lượng người bệnh hài lòng việc khám chữa bệnh:

Mức độ hài lòng	Nhóm can thiệp (n=200)				Nhóm chứng (n=255)			HQCT
	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ	P	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ	
Hài lòng việc khám tư vấn	102 (51,0)	139 (69,5)	36,3	<0,001	170 (66,7)	168 (65,9)	1,2	35,1
Hài lòng với kết quả điều trị	81 (40,5)	128 (64,0)	58,0	<0,001	154 (60,4)	152 (59,6)	1,3	56,7
Muốn được tư vấn về bệnh	171 (85,5)	177 (88,5)	3,5	>0,05	220 (86,3)	225 (88,2)	2,2	1,3
<b>Muốn được tư vấn</b>								
BS BV	133 (66,5)	139 (69,5)	4,5	>0,05	184 (72,1)	187 (73,3)	1,7	2,8
CB Trạm Y tế	6 (3,0)	46 (23,0)	666,6	<0,001	42 (16,5)	45 (17,6)	6,7	660
Y bác sĩ tư	0 (0)	2 (1,0)	-	-	23 (9,0)	25 (9,8)	8,9	-

**Nhận xét:** Nhóm NB can thiệp tăng rõ rệt việc hài lòng kết quả khám tư vấn so với trước can thiệp: từ 51,0% lên 69,5%; Nhóm chứng giảm từ 66,7% xuống 65,9%; Sự hài lòng với kết quả điều trị cũng tương tự: Nhóm NB can thiệp tăng rõ rệt việc hài lòng kết quả điều trị so với trước can thiệp HQCT 56,7%.



Hình 3.5. Các kênh thông tin bệnh nhân muốn tiếp nhận thông tin về bệnh

**Nhận xét:** Các kênh thông tin mà người bệnh muốn tiếp cận tập trung vào cán bộ y tế, tuyên truyền trên truyền hình, tiếp đến tờ rơi áp phích, sách báo, người thân.

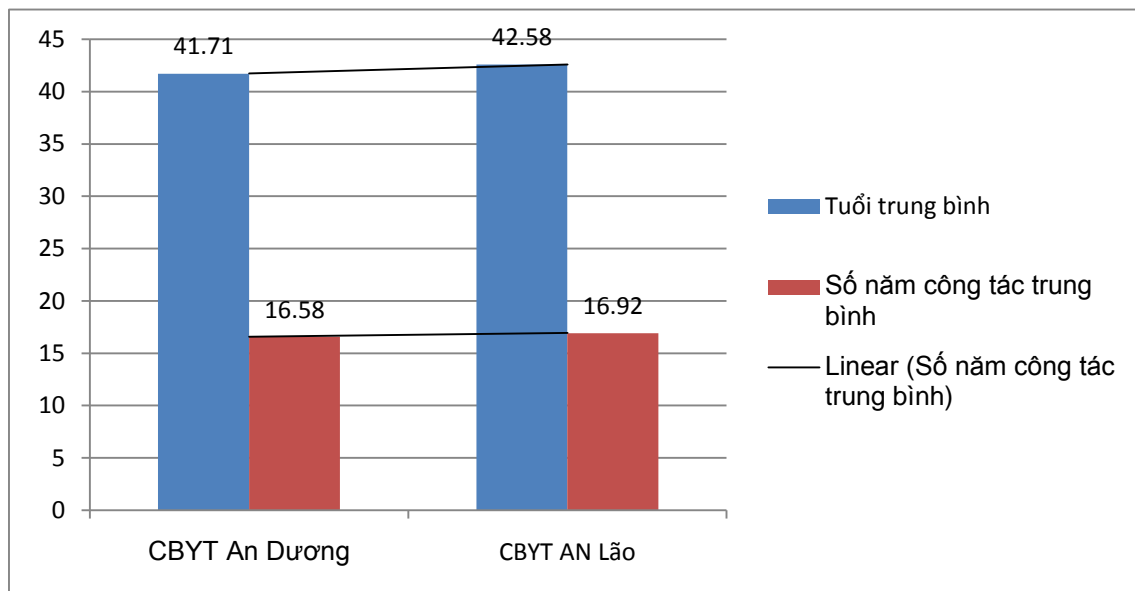
### 3.2.2. Hiệu quả can thiệp tới kiến thức thái độ thực hành của cán bộ y tế trong điều trị kiểm soát bệnh hen phế quản

Bảng 3.28. Trình độ chuyên môn, giới tính của đối tượng nghiên cứu là cán bộ y tế

Đặc điểm CBYT		Huyện An Dương n=65		Huyện An Lão n=55		Tổng chung n= 120	
		SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%
<i>Theo trình độ chuyên môn</i>	Bác sĩ	24	36,9	24	43,6	48	40,0
	Y sĩ	31	47,7	26	47,3	57	47,5
	ĐD - NHS	10	15,4	5	9,1	15	12,5
<i>Theo giới tính</i>	Nam	13	20,0	24	43,6	37	30,8
	Nữ	52	80,0	31	56,4	83	69,2

Nhận xét:

Tổng số CBYT điều tra (Bệnh viện, Trung tâm y tế, Trạm y tế, y tế thôn...) là 120 người, Bác sĩ chiếm 40,0%, Y sĩ chiếm 47,5%; Số nam thấp hơn số nữ với 30,8% và 69,2%. Số cán bộ y tế nữ tại An Dương chiếm đa số với 80,0%, trong khi CBYT của An Lão cân bằng hơn theo giới (43,6% và 56,4%).



Hình 3.6. Tuổi trung bình và số năm công tác của CBYT

Nhận xét: Tuổi đời trung bình CBYT cân bằng nhau, An Dương với  $\bar{X} = 41,4 \pm 8,64$  tuổi, số năm công tác trung bình  $\bar{X} = 14,2 \pm 9,80$  năm và CBYT An Lão  $\bar{X} = 41,98 \pm 9,47$  tuổi. Số năm công tác trung bình  $15,92 \pm 8,83$  năm.



Bảng 3.29. Hiệu quả can thiệp tới kiến thức của cán bộ y tế về bệnh hen phế quản

Kiến thức	An Dương Nhóm CT n=65			An Lão Nhóm ĐC n=55			HQCT	P
	TCT n (%)	SCT n (%)	CSCT	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ		
Được đào tạo trong 1 năm qua	1 (1,5)	57 (87,7)	57,4	9 (16,4)	6 (10,9)	33,5	23,9	<0,001
Có tài liệu về điều trị Hen phế quản	6 (9,2)	59 (90,7)	885,8	22 (40,0)	19 (34,5)	13,7	872,1	<0,001
<b>Kiến thức đúng về bệnh hen</b>								
HPQ là bệnh viêm đường thở mạn tính	46 (70,8)	63 (96,9)	36,9	35 (63,6)	41 (74,5)	17,1	19,8	<0,001
Bệnh hen được chia làm 4 bậc, mức độ	10 (15,4)	62 (95,4)	519,5	15 (27,3)	17 (30,9)	13,2	506,3	<0,001
Biết căn cứ chính để chẩn đoán bệnh	18 (27,7)	60 (92,3)	233,2	29 (52,7)	29 (52,7)	0	233,2	<0,001
<b>Kiến thức đúng về điều trị kiểm soát HPQ</b>								
Biết khái niệm kiểm soát hen	19 (29,2)	61 (93,8)	221,2	31 (56,4)	32 (58,2)	3,2	218	<0,001
Biết mục đích của điều trị dự phòng	24 (36,9)	60 (92,3)	150,1	27 (49,1)	31 (56,4)	14,9	135,2	<0,001
Biết phác đồ điều trị dự phòng	9 (13,8)	57 (87,7)	534,7	19 (34,5)	20 (36,4)	5,5	529,2	<0,001

**Nhận xét:**

Trước can thiệp số CBYT được đào tạo về bệnh trong 1 năm trước là 8,3%. Sau can thiệp, có sự tăng rõ rệt kiến thức của CBYT nhóm can thiệp về bệnh HPQ, cụ thể biết bệnh hen là bệnh mạn tính tăng từ 70,8% lên 96,9%, trong khi nhóm chứng cơ bản không đổi hoặc tăng, giảm nhẹ so với ban đầu; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ .

Bảng 3.30. Hiệu quả can thiệp tới mức độ kiến thức của CBYT về bệnh hen phế quản

Đánh giá Kiến thức về bệnh		Nhóm CT (n=65)			Nhóm ĐC (n=55)			HQ CT	P
4 tiêu chí (*)	Mức độ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ		
Đạt 4 tiêu chí (*)	Tốt	0 (0)	40 (61,5)	-	3 (5,4)	2 (3,6)	33,3	-	<0,001
Đạt 3 tiêu chí (*)	Khá	1 (1,5)	19 (29,2)	1846,6	4 (7,3)	5 (9,1)	24,6	1822	<0,05
Đạt 2 tiêu chí (*)	Trung bình	5 (7,7)	4 (6,1)	20,8	11 (20,0)	7 (12,7)	36,5	15,7	>0,05
Đạt ≤ 1 tiêu chí (*)	Chưa đạt	59 (90,8)	2 (3,1)	96,6	37 (67,3)	41 (74,5)	10,7	85,9	<0,001

Nhận xét:

Kiến thức của CBYT huyện An Dương được cải thiện rõ rệt; CSHQ sau can thiệp 61,5% đạt Tốt; đạt Khá HQCT 1822%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC ở nhóm có thái độ Tốt, Chưa đạt với  $p < 0,001$ ; nhóm Khá  $p < 0,05$ .

*Hộp 3.6. Ý kiến của CBYT và lãnh đạo địa phương về việc thành lập Câu lạc bộ hen phế quản*

Trước can thiệp, CBYT, địa phương đều không nắm rõ tình hình, nhu cầu của người dân về kiểm soát bệnh hen; như ý kiến của Trần Thị H,- Phòng Y tế An Dương “...Hen phế quản ở địa phương không có điều tra, nên chúng tôi cũng không biết bệnh nhân nhiều hay ít”. Nhưng địa phương rất quan tâm và chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân là chức năng nhiệm vụ của chúng tôi, nếu được triển khai hoạt động truyền thông tại địa phương, chúng tôi sẽ bố trí hỗ trợ, tạo điều kiện để hoạt động.

“Vấn đề ô nhiễm môi trường, là vấn đề nghiêm trọng ảnh hưởng đến sức khỏe, tại địa phương có nhiều người bệnh hô hấp, ảnh hưởng đến sức khỏe cuộc sống; nếu trạm Y tế triển khai được hoạt động này thì tốt quá ” PVS\_TCT. Ông Nguyễn Văn Th – PCT UBND xã Hồng Thái

“Hiện người dân có nhu cầu KCB nhưng lại phải lên tuyến trên, nếu như CLB ở địa phương sẽ giúp cho người dân” PVS\_CBYT. Nguyễn Thị V, CTV xã Hồng Thái.

“rất mong muốn được thụ hưởng mô hình CLB hen phế quản tại địa phương; với vai trò Trưởng Trạm Y tế, tôi cùng cán bộ y tế khác, cộng tác viên sẽ nỗ lực tham gia để Câu lạc bộ được hiệu quả, giúp chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân tốt hơn” PVS\_CBYT. Nguyễn Thị Q - Trưởng trạm Y tế xã Hồng Thái.

Hộp 3.7. Kiến thức thái độ thực hành của CBYT huyện An Dương trước can thiệp

“...lâu rồi không được tham gia những lớp tập huấn về điều trị bệnh hen, cũng như không được tập huấn đào tạo kiến thức mới về vấn đề này” PVS\_CBYT; hay Bs Trần Văn T. “... hiện tại chúng tôi áp dụng biện pháp khám điều trị giống như hồi học trong trường, nên những thông tin mới không được cập nhật. Tôi thường cập nhật trên mạng, nhưng mình không hiểu đầy đủ được do không được giải thích rõ” PVS\_CBYT. TCT BS Đào Thị V

“Chúng tôi không biết khái niệm GINA, ACT là gì, chưa hiểu và biết máy đo lưu lượng đỉnh kế làm gì, nó thế nào? rất mong được Trung tâm TTGDSK, Đại học Y được Hải Phòng tổ chức lớp tập huấn”. Rất mong muốn được chuyển giao công nghệ, việc khám quản lý bệnh nhân hen theo hướng mới, cũng như cấp tài liệu truyền thông cho chúng tôi sử dụng” TLN\_CBYT. Bs Nguyễn Thị B.T. – BV ĐK An Dương

Bảng 3.31. Hiệu quả can thiệp tới thái độ của cán bộ y tế về bệnh HPQ

Thái độ về điều trị bệnh	An Dương (nhóm CT) n=65			An Lão (nhóm ĐC) n=55			HQCT	P
	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CSH Q		
Nhận thức hiệu quả khi điều trị đúng	36 (55,4)	63 (96,9)	74,9	40 (72,7)	41 (74,5)	2,5	72,4	<0,001
Nhận thức tác hại của bệnh đến sức khỏe	38 (58,5)	62 (95,4)	63,1	32 (58,2)	32 (58,2)	0	63,1	<0,001
Nhận thức biến chứng của bệnh do điều trị không đúng	6 (9,2)	64 (98,5)	969,6	7 (12,7)	7 (12,7)	0	969,6	<0,001
Thường xuyên tư vấn điều trị hen cho BN	18 (27,7)	59 (90,8)	227,8	35 (63,6)	36 (65,45)	2,9	224,9	<0,001
Nhận thức tác dụng phụ, do dùng thuốc không đúng	13 (20,0)	58 (89,2)	346	22 (40,0)	22 (40,0)	0	346	<0,001

Nhận xét:

CBYT nhóm can thiệp tăng rõ rệt về thái độ về hiệu quả điều trị hen, cụ thể số có thái độ đúng về hiệu quả khi điều trị đúng của nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng 55,4% lên 96,9%; CSHQ 74,9%; HQCT 72,4%; thái độ đúng về tác hại của bệnh từ 58,5% lên 95,4% CSHQ 63,1%, so với nhóm chứng CSHQ 0%; tham gia tư vấn điều trị cho người bệnh từ 27,7% lên 90,8%; thái độ của CBYT tác dụng phụ của thuốc từ 20,0% lên 89,2% CSHQ 34,6%; Nhận thức biến chứng của bệnh do điều trị không đúng HQCT 96,6%; trong khi nhóm chứng thái độ về điều trị thay đổi không đáng kể.

Bảng 3.32. Hiệu quả can thiệp tới mức độ thái độ của CBYT về bệnh hen phế quản

Đánh giá Thái độ về bệnh		Nhóm CT (n=65)			Nhóm ĐC (n=55)			HQ CT	P
4 tiêu chí (*)	Mức độ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ		
Đạt 4 tiêu chí (*)	Tốt	5 (7,7)	49 (75,4)	879,2	7 (12,7)	9 (16,4)	29,1	850,1	<0,001
Đạt 3 tiêu chí (*)	Khá	5 (7,7)	13 (20,0)	159,7	14 (25,4)	10 (18,2)	28,3	131,4	>0,05
Đạt 2 tiêu chí (*)	Trung bình	5 (7,7)	3 (4,6)	40,2	12 (21,8)	15 (27,3)	25,2	15	<0,001
Đạt ≤ 1 tiêu chí (*)	Chưa đạt	50 (76,9)	0 (0)	100	22 (40,0)	21 (38,2)	4,5	95,5	<0,001

Nhận xét:

Thái độ của CBYT huyện An Dương trong chẩn đoán bệnh hen được cải thiện rõ rệt; Sau can thiệp 75,4% đạt tốt, HQCT 850,1%; không còn trường hợp không đạt (trước can thiệp là 76,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các nhóm có thái độ Tốt, Trung bình, chưa đạt với  $p < 0,001$ .

Bảng 3.33. Hiệu quả can thiệp tới thực hành của cán bộ y tế về điều trị cắt con HPQ

Thực hành về điều trị bệnh	Nhóm CT (n=65)			Nhóm ĐC (n=55)			HQCT	P
	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ		
Tham gia khám kê đơn thuốc, cấp cứu	19 (29,2)	40 (61,5)	110,6	22 (40,0)	24 (43,6)	9	101,4	>0,05
Có sẵn thuốc điều trị cắt con tại cơ sở y tế, phòng khám tư	31 (47,6)	51 (78,5)	64,9	36 (65,4)	35 (63,6)	2,7	62,2	>0,05
Chỉ định đúng thuốc cắt con	33 (50,8)	55 (84,1)	65,7	38 (69,1)	38 (69,1)	0	65,7	<0,05
Dùng đúng thuốc xịt để cấp cứu, dự phòng	38 (58,5)	57 (87,7)	49,9	39 (70,9)	39 (70,9)	0	49,9	<0,05
Căn cứ điều chỉnh thuốc phù hợp	20 (30,8)	50 (76,9)	149,6	15 (27,3)	16 (29,1)	6,6	136,1	<0,001
Xử lý phù hợp khi dùng thuốc cắt con không đỡ	9 (13,8)	45 (69,2)	401,4	16 (29,1)	17 (30,9)	6,2	395,2	<0,001

*Nhận xét:* CBYT nhóm CT tăng rõ rệt về thực hành điều trị: chỉ định cắt con, thuốc dự phòng, điều chỉnh thuốc với nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 3.34. Hiệu quả can thiệp tới mức độ thực hành của cán bộ y tế về điều trị cắt con hen phế quản

Đánh giá thực hành về ĐT cắt con		Nhóm CT (n=65)			Nhóm ĐC (n=55)			HQCT	P
5 tiêu chí (*)	Mức độ	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ		
Đạt $\geq 4$ tiêu chí (*)	Tốt	22 (33,8)	54 (83,1)	145,8	32 (58,3)	26 (47,3)	18,8	127	<0,001
Đạt 3 tiêu chí (*)	Khá	13 (20,0)	5 (7,7)	61,5	9 (16,4)	11 (20,0)	21,9	39,6	<0,05
Đạt 2 tiêu chí (*)	Trung bình	6 (9,2)	2 (3,1)	66,3	3 (5,4)	5 (9,1)	68,5	-	>0,05
Đạt $\leq 1$ tiêu chí (*)	Chưa đạt	24 (36,9)	4 (6,1)	83,5	11 (20,0)	13 (23,6)	18	65,5	<0,01

Nhận xét:

Thực hành của CBYT huyện An Dương về điều trị cắt cơn hen được cải thiện rõ rệt; sau can thiệp đạt Tốt CSHQ 145,8% HQCT 127%, đạt Khá CSHQ 61,5% HQCT 39,6%; chưa đạt giảm từ 36,9% xuống 6,1 %; khác biệt có ý nghĩa thống kê với 3 nhóm Tốt, Khá, Chưa đạt với  $p < 0,05$ .

*Bảng 3.35. Hiệu quả can thiệp tới thực hành đúng của CBYT trong điều trị kiểm soát bệnh HPQ*

Thực hành	Nhóm CT (n=65)			Nhóm ĐC (n=55)			HQCT	p
	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ		
<b><i>Thực hành đúng về điều trị dự phòng</i></b>								
Có hướng dẫn NB dùng ACT, đo lưu lượng đỉnh	9 (13,8)	18 (27,7)	100,7	1 (1,8)	2 (3,6)	100	-	<b>&lt;0,001</b>
Tư vấn cho NB cách phòng bệnh	33 (50,8)	61 (93,8)	72,6	46 (83,6)	46 (83,6)	0	72,6	>0,05
Dùng lưu lượng đỉnh đo cho NB	0 (0)	10 (15,4)	-	1 (1,8)	3 (5,4)	200	-	>0,05
Làm mẫu được các bước xịt thuốc dự phòng	5 (7,7)	41 (63,1)	719,4	13 (23,6)	13 (23,6)	0	719,4	<b>&lt;0,001</b>
<b><i>Thực hành đúng về điều trị cắt cơn</i></b>								
Chỉ định cắt cơn hen bằng thuốc xịt	33 (50,8)	56 (86,1)	69,5	39 (70,9)	39 (70,9)	0	69,5	<b>&lt;0,05</b>
Làm mẫu được các bước xịt thuốc	10 (15,4)	46 (70,8)	359,7	22 (40,0)	28 (50,9)	27,2	332,5	<b>&lt;0,05</b>
Khuyên NB dùng thuốc xịt	17 (26,1)	55 (84,6)	224,1	28 (50,9)	29 (52,7)	3,5	220,6	<b>&lt;0,001</b>

Nhận xét:

CBYT nhóm can thiệp biết bệnh hen có thể kiểm soát tăng từ 63,1% lên 96,9%, biết thuật ngữ và sử dụng bảng ACT, đo lưu lượng đỉnh cho NB tăng từ 1,5% lên 75,4% hiểu biết mục đích điều trị dự phòng, biết thời gian điều trị dự phòng, thực hành tư

vấn cho người bệnh tăng cao ở nhóm CT; Trong khi nhóm đối chứng, hiểu biết thực hành, hướng dẫn người bệnh trước và sau điều tra kết quả tương tự nhau.

Việc dùng dụng cụ đo lưu lượng đỉnh cho người bệnh còn khá thấp, chỉ có 15,4% CBYT sau can thiệp thực hiện được, còn nhóm chứng có tăng nhẹ, trong khi số CBYT làm mẫu được các bước sử dụng thuốc xịt dự phòng tăng cao ở nhóm can thiệp với 7,7% lên 63,1% ( $p < 0,05$ ), trong khi nhóm chứng duy trì ở mức 22,6%.

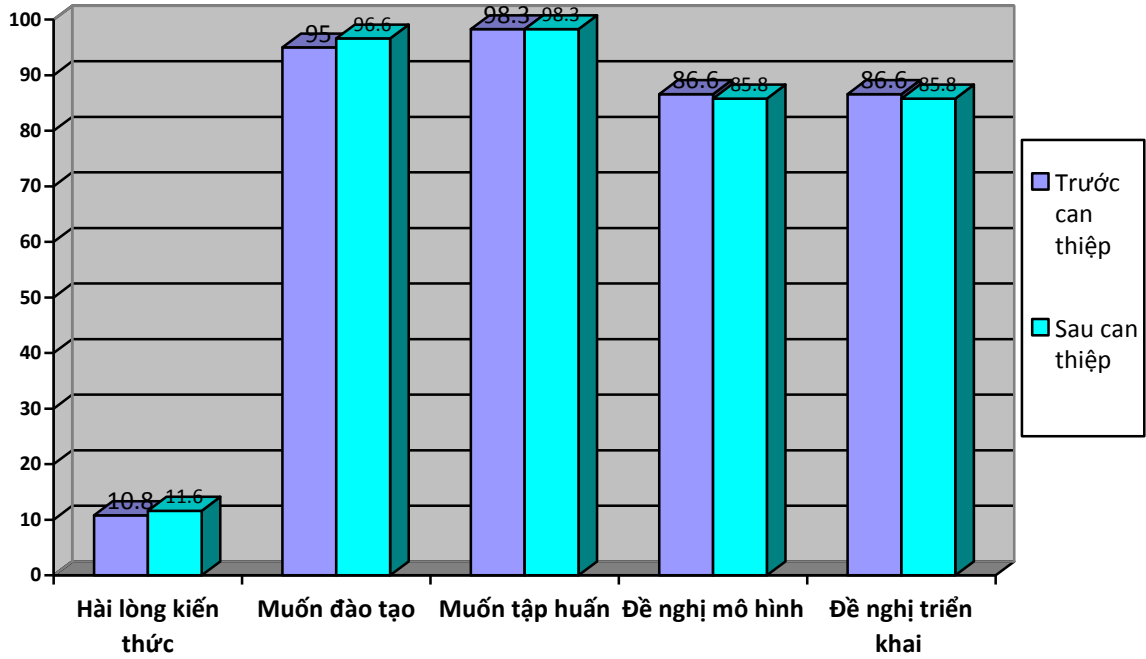
Có sự tăng rõ rệt của CBYT nhóm can thiệp về thực hành; cụ thể chỉ định cắt cơn hen bằng thuốc xịt HQCT tăng 69,5%, làm mẫu được dùng thuốc xịt HQCT 332,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

*Bảng 3.36. Hiệu quả can thiệp tới mức độ thực hành của cán bộ y tế về điều trị dự phòng hen phế quản*

Đánh giá thực hành về ĐT dự phòng		Nhóm CT (n=65)			Nhóm ĐC (n=55)			HQCT	P
5 tiêu chí (*)	Mức độ	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CSHQ		
Đạt $\geq 4$ tiêu chí (*)	Tốt	3 (4,6)	43 (66,1)	1336,9	19 (34,5)	20 (36,4)	5,5	1331,4	<b>&lt;0,01</b>
Đạt 3 tiêu chí (*)	Khá	15 (23,1)	8 (12,3)	46,7	11 (20,0)	11 (20,0)	0	46,7	$>0,05$
Đạt 2 tiêu chí (*)	Trung bình	17 (26,1)	12 (18,5)	29,1	11 (20,0)	10 (18,2)	9	20,1	$>0,05$
Đạt $\leq 1$ tiêu chí (*)	Chưa đạt	30 (46,1)	2 (3,1)	93,3	14 (25,4)	9 (16,4)	35,4	57,9	<b>&lt;0,05</b>

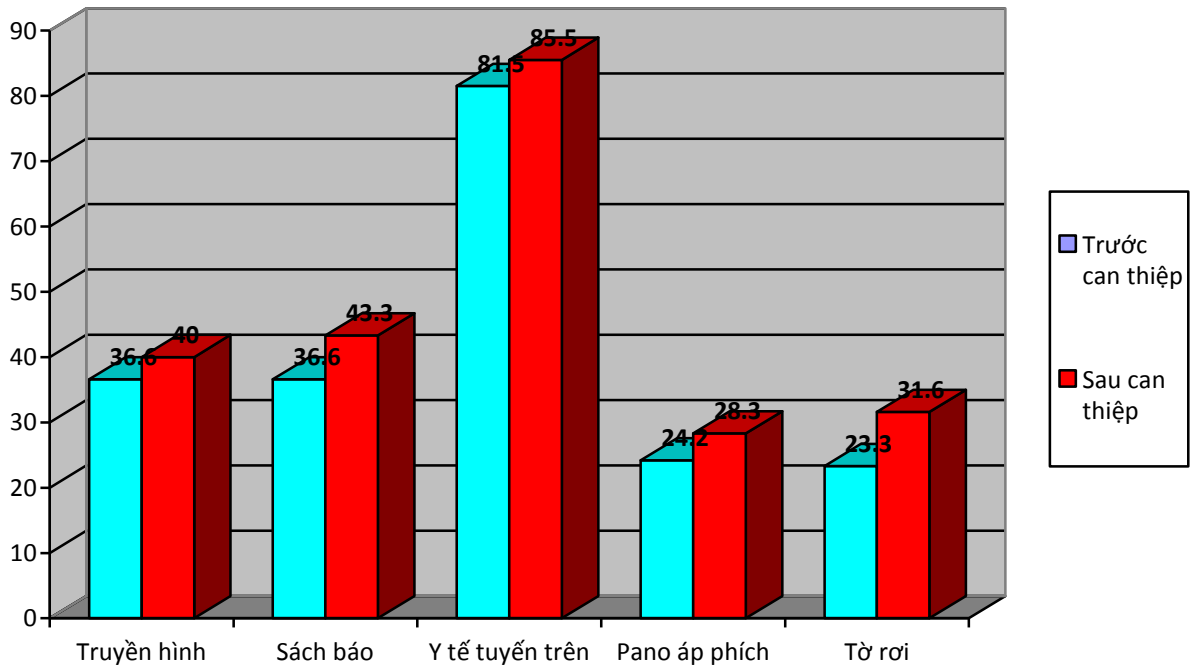
Nhận xét:

Thực hành của CBYT huyện An Dương về điều trị dự phòng HPQ được cải thiện rõ rệt; CSHQ đạt tốt sau can thiệp 1336,9%, HQCT 1331,4% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,01$ ; đạt Khá HQCT 46,7%; chưa đạt CSHQ 93,3%, HQCT 57,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .



Hình 3.7. Sự hài lòng và mong muốn được đào tạo của cán bộ y tế về bệnh hen

**Nhận xét:** Sự hài lòng về trình độ, kiến thức của CBYT về bệnh HPQ khá thấp, kể cả nhóm can thiệp chỉ tăng từ 3,6% lên 10,9%.



Hình 3.8. CBYT muốn được cung cấp qua kênh thông tin

**Nhận xét:** Kênh thông tin CBYT mong muốn được cập nhật kiến thức HPQ là: y tế tuyến trên 81,5% và 85,5%, tiếp đến là các kênh thông tin sách báo, truyền hình, Pano áp phích, tờ rơi.



Bảng 3.37. Hiệu quả can thiệp tới mức độ KAP của CBYT về bệnh hen phế quản

Đánh giá chung KAP về bệnh		Nhóm CT (n=65)			Nhóm ĐC (n=55)			HQ CT	P
Tổng hợp 4 nhóm tiêu chí (*)	Mức độ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ	TCT n (%)	SCT n (%)	CS HQ		
Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí Tốt	Tốt	0 (0)	43 (66,1)	-	6 (10,9)	8 (14,5)	33,0	-	<0,001
Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí Khá	Khá	7 (10,8)	15 (23,1)	113,8	14 (25,4)	10 (18,2)	28,3	85,5	>0,05
Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí TB	Trung bình	8 (12,3)	6 (9,2)	25,2	13 (23,6)	13 (23,6)	0	25,2	<0,05
Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí đạt mức Kém	Chưa đạt	50 (76,9)	1 (1,5)	98,0	22 (40,0)	24 (43,6)	9	89	<0,001

Nhận xét:

Kiến thức, thái độ, thực hành của CBYT huyện An Dương về bệnh hen được cải thiện rõ rệt; sau can thiệp 66,1% đạt tốt; đạt Khá 23,1%, HQCT 85,5%; cải thiện trường hợp chưa đạt, HQCT 89%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm Tốt, Chưa đạt với  $p < 0,001$ , nhóm đạt Trung bình  $p < 0,05$ . Nhóm chứng CSHQ thực hành điều trị nhóm tốt và nhóm trung bình tăng nhẹ, còn lại duy trì như trước.

Hộp 3.8. Kiến thức, thái độ, thực hành của CBYT huyện An Dương sau can thiệp

Được y tế tuyến trên BV ĐH Y dược, Trung tâm truyền thông GDSK cấp cho dụng cụ đo lưu lượng đỉnh kế, áp phích tờ rơi, chúng tôi sử dụng rất hiệu quả các vật dụng được cấp” PVS\_CBYT.

“Sau khi, được tập huấn, Trạm Y tế của tôi cũng triển khai các hoạt động tư vấn hướng dẫn bệnh nhân tại địa phương” TLN\_CBYT.

“Được các bác sĩ tập huấn, cung cấp kiến thức, kỹ năng truyền thông, chúng tôi hiểu về điều trị cắt con, điều trị dự phòng, đo lưu lượng đỉnh, giúp chúng tôi tự tin hơn trong khám tư vấn điều trị cho người bệnh” TLN\_CBYT. Bs Nguyễn Thị B. T.

Bảng 3.38. Các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức thái độ thực hành điều trị của CBYT:

Đặc tính (n=65 sau can thiệp)		KAP				OR (95%CI)	P
		Đạt		Chưa đạt			
		n	%	n	%		
Giới	Nam	13	100	0	0	-	1,000
	Nữ	51	98,1	1	1,9		
Trình độ chuyên môn	Bác sĩ	25	100	0	0	-	1,000
	Y sĩ	39	97,5	1	2,5		
Được đào tạo	Có	56	98,2	1	1,8	-	1,000
	Không	8	100	0	0		
Có tài liệu	Có	58	98,3	1	1,7	-	1,000
	Không	6	100	0	0		
Tham gia tư vấn	Có	61	100	0	0	-	0,062
	Không	3	75,0	1	25,0		
Tham gia khám cấp cứu	Có	40	100	0	0	-	0,385
	Không	24	96,0	1	4,0		

Nhận xét:

Xem xét các yếu tố liên quan, thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố: giới, trình độ, tham gia đào tạo, tham gia tư vấn cấp cứu;  $p > 0,05$

Bảng 3.39. Phân tích đa biến yếu tố liên quan kiến thức của cán bộ y tế:

Yếu tố (n=120)		Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
		OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Giới	Nữ	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Nam	1,133	0,508-2,530	0,760	1,076	0,222-5,218	0,972
Trình độ chuyên môn	Y sĩ	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Bác sĩ	1,476	0,682-3,193	0,323	0,831	0,155-4,438	0,828
Được đào tạo	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	-	0 - ∞	0,996	-	0 - ∞	0,995
Có tài liệu	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	88,80	25,409-310,341	<0,001	11,49	2,272-58,152	0,003
Tham gia tư vấn	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	6,952	2,295-21,060	0,001	-	0 - ∞	0,997
Tham gia khám cấp cứu	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	4,527	2,026-10,116	<0,001	2,585	0,25-12,726	0,243

Nhận xét:

Không có sự ảnh hưởng của giới tính, trình độ chuyên môn, được đào tạo với kiến thức của đối tượng nghiên cứu. Ở phân tích đơn biến, các nhóm đối tượng có tài liệu; tham gia tư vấn, tham gia khám cấp cứu đều có xu hướng đạt về kiến thức cao hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Khi phân tích đa biến đánh giá trên nhiều yếu tố, chỉ nhóm đối tượng “Có tài liệu” có xu hướng đạt về kiến thức cao hơn so với nhóm chứng (OR: 11,495; 95%CI: 2,272-58,152;  $p = 0,05$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

Bảng 3.40. Phân tích đa biến yếu tố liên quan thái độ của cán bộ y tế:

Yếu tố (n=120)		Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
		OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Giới	Nữ	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Nam	1,528	0,514- 4,541	0,445	1,826	0,491- 6,785	0,369
Trình độ chuyên môn	Y sĩ	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Bác sĩ	1,474	0,547- 3,970	0,443	0,806	0,196- 3,320	0,765
Được đào tạo	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	-	0 - ∞	0,997	-	0 - ∞	0,997
Có tài liệu	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	8,985	2,992- 26,976	<0,001	0,792	0,188- 3,341	0,751
Tham gia tư vấn	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	9,091	3,036- 27,222	<0,001	7,288	1,390- 38,212	0,019
Tham gia khám cấp cứu	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	3,537	1,265- 9,884	0,016	1,033	0,249- 4,293	0,964

Nhận xét:

Không có sự ảnh hưởng của giới tính, trình độ học vấn, được đào tạo với thái độ của đối tượng NC. Ở phân tích đơn biến, các nhóm đối tượng có tài liệu; tham gia tư vấn, tham gia khám cấp cứu đều có xu hướng đạt về thái độ cao hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Qua phân tích đa biến, nhóm đối tượng “tham gia tư vấn” có xu hướng đạt về thái độ tốt hơn so với nhóm chứng (OR: 7,288; 95%CI: 1,390-38,212;  $p = 0,05$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 3.41. Phân tích đa biến yếu tố liên quan thực hành cắt con của cán bộ y tế:

Yếu tố (n=120)		Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
		OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Giới	Nữ	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Nam	1,260	0,373- 4,253	0,709	0,578	0,119- 2,800	0,496
Trình độ chuyên môn	Y sĩ	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Bác sĩ	11,789	1,495- 92,942	<b>0,019</b>	6,557	0,719- 59,813	0,095
Được đào tạo	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	3,527	1,054- 11,800	<b>0,041</b>	1,317	0,107- 16,206	0,830
Có tài liệu	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	4,562	1,443- 14,426	<b>0,010</b>	1,173	0,104- 13,278	0,897
Tham gia tư vấn	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	14,25	4,201- 48,332	<b>&lt;0,001</b>	4,953	1,177- 20,836	<b>0,029</b>
Tham gia khám cấp cứu	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	21,00	2,661- 165,754	<b>0,004</b>	7,670	0,822- 71,542	0,074

Nhận xét:

Không có sự ảnh hưởng của giới tính với thực hành điều trị cắt con của đối tượng NC. Ở phân tích đơn biến, các nhóm đối tượng trình độ bác sĩ, được đào tạo, có tài liệu, tham gia tư vấn, tham gia khám cấp cứu đều có xu hướng đạt về thực hành cao hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Qua phân tích đa biến, chỉ nhóm đối tượng “tham gia tư vấn” có xu hướng đạt về thực hành tốt hơn so với nhóm chứng (OR: 4,953; 95%CI: 1,177-20,836;  $p=0,05$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 3.42. Phân tích đa biến yếu tố liên quan thực hành dự phòng của cán bộ y tế:

Yếu tố (n=120)		Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
		OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
<b>Giới</b>	Nữ	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Nam	0,978	0,314- 3,046	0,969	0,206	0,026- 1,635	0,135
<b>Trình độ chuyên môn</b>	Y sĩ	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Bác sĩ	12,857	1,638- 100,940	<b>0,015</b>	7,218	0,609- 85,489	0,117
<b>Được đào tạo</b>	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	9,930	2,146- 45,957	<b>0,003</b>	2,875	0,131- 63,121	0,503
<b>Có tài liệu</b>	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	11,207	2,974- 42,227	<b>&lt;0,001</b>	1,754	0,108- 28,577	0,693
<b>Tham gia tư vấn</b>	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	41,571	10,595- 163-119	<b>&lt;0,001</b>	21,998	3,185- 151,946	<b>0,002</b>
<b>Tham gia khám cấp cứu</b>	Không	Nhóm ĐC			Nhóm ĐC		
	Có	-	0 - ∞	0,997	-	0 - ∞	0,997

Nhận xét:

Không có sự ảnh hưởng của giới tính với thực hành điều trị dự phòng của đối tượng NC. Ở phân tích đơn biến, các nhóm đối tượng trình độ bác sĩ, được đào tạo, có tài liệu; tham gia tư vấn, đều có xu hướng đạt về thực hành dự phòng cao hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Qua phân tích đa biến, nhóm đối tượng “tham gia tư vấn” có xu hướng đạt về thực hành dự phòng tốt hơn so với nhóm chứng (OR: 21,998; 95%CI: 3,185-151,946;  $p = 0,05$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Bảng 3.43. Phân tích đa biến yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành chung của CBYT:

Yếu tố (n=120)		Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
		OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Giới	Nữ	Nhóm đối chiếu			Nhóm đối chiếu		
	Nam	1,023	0,381- 2,746	0,963	0,672	0,156- 2,886	0,593
Trình độ chuyên môn	Y sĩ	Nhóm đối chiếu			Nhóm đối chiếu		
	Bác sĩ	2,989	1,027- 8,699	<b>0,045</b>	1,045	0,220- 4,963	0,956
Được đào tạo	Không	Nhóm đối chiếu			Nhóm đối chiếu		
	Có	38,971	5,035- 301,641	<b>&lt;0,001</b>	15,602	1,076- 226,130	<b>0,044</b>
Có tài liệu	Không	Nhóm đối chiếu			Nhóm đối chiếu		
	Có	22,727	6,174- 83,662	<b>&lt;0,001</b>	3,415	0,530- 22,024	0,197
Tham gia tư vấn	Không	Nhóm đối chiếu			Nhóm đối chiếu		
	Có	19,717	6,137- 63,342	<b>&lt;0,001</b>	12,064	1,928- 75,479	<b>0,008</b>
Tham gia khám cấp cứu	Không	Nhóm đối chiếu			Nhóm đối chiếu		
	Có	18,600	4,115- 84,065	<b>&lt;0,001</b>	6,042	1,036- 35,224	<b>0,046</b>

Nhận xét:

Không có sự ảnh hưởng của giới tính với kiến thức thái độ thực hành chung của đối tượng NC. Ở phân tích đơn biến, các nhóm đối tượng trình độ bác sĩ, được đào tạo, có tài liệu; tham gia tư vấn, tham gia khám cấp cứu đều có xu hướng đạt về KAP chung cao hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Qua phân tích đa biến, nhóm đối tượng được đào tạo; tham gia tư vấn, tham gia khám cấp cứu, có xu hướng đạt về KAP chung tốt hơn so với nhóm chứng; được đào tạo (OR: 15,602; 95%CI: 1,076 - 226,130;  $p=0,05$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Tham gia tư vấn (OR: 12,064; 95%CI: 1,928 - 75,479;  $p=0,05$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Tham gia cấp cứu (OR: 6,042; 95%CI: 1,036 - 35,224;  $p=0,05$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## Chương 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1. Thực trạng, nhu cầu kiểm soát bệnh hen phế quản tại hai xã nghiên cứu

Những nghiên cứu tại trường học áp dụng TTGDSK kiểm soát hen hoặc các CLB tại bệnh viện, chúng tôi đã thấy có tác giả thực hiện [1]. Nhưng nghiên cứu giống như chúng tôi triển khai tại cộng đồng, chúng tôi chưa thấy có tác giả trong và ngoài nước công bố. Theo tác giả Noreen M. Clarka, Đại học Y tế công cộng Michigan, đánh giá chương trình giáo dục sức khỏe để nâng cao quản lý bệnh HPQ tại gia đình, cho rằng giải pháp can thiệp TT- GDSK được coi là biện pháp có hiệu quả trong thay đổi KAP của người bệnh [94]. Về lý do chưa điều trị dự phòng tốt: do khó khăn kinh tế; do chưa tiếp cận phương pháp điều trị đúng; do bận việc là những nguyên nhân chính cản trở người bệnh. Giá thành thuốc dự phòng cũng là vấn đề lớn đối với người có thu nhập thấp. Đây cũng là trở ngại trong việc áp dụng liệu pháp điều trị dự phòng. Nhưng nhu cầu TTGDSK để kiểm soát bệnh HPQ của cộng đồng rất lớn, rất cần thiết triển khai chương trình can thiệp cho người bệnh mạn tính, nghèo như NB hen [1],[6],[70].

##### *4.1.1 Thực trạng hen phế quản tại hai xã nghiên cứu trước can thiệp*

###### *- Tỷ lệ mắc hen phế quản*

Theo GINA 2014, lập kế hoạch là một trong những nội dung quan trọng của công tác phòng chống bệnh Hen phế quản [72]. Nó có ý nghĩa đối với cả các nhà quản lý hoạch định chính sách và người dân. Một kế hoạch tổng thể để can thiệp cộng đồng đối với các nhà khoa học, nhà quản lý và cơ quan chịu trách nhiệm về y tế. Nhưng mỗi người bệnh cũng cần có những kế hoạch cho mình trong việc theo dõi điều trị, kế hoạch khi có nhu cầu khẩn cấp cần cấp cứu điều trị hoặc kế hoạch theo dõi diễn biến bệnh của chính mình. Do vậy, rất cần có các số liệu cơ bản về thực trạng bệnh HPQ và tình hình mắc HPQ ở cộng đồng ra sao, để lập kế hoạch phòng chống HPQ. Nghiên cứu thực trạng mắc HPQ tại cộng đồng, chúng tôi thu được kết quả: Tỷ lệ mắc hen chung là 3,80%, tỷ lệ nữ mắc hen cao hơn ở nam với 4,05% và 3,54% (không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ ), tỷ lệ mắc hen theo giới khá tương đồng giữa 2 xã (*Bảng 3.1*). Kết quả nghiên cứu tỷ lệ mắc HPQ ở đối tượng NC của chúng tôi thấp hơn NC của Nguyễn Quang Chính năm 2006 tại huyện Kim Thành - Hải Dương với tỷ lệ mắc hen ở người lớn là 4,53%; hay của Trần Thúy Hạnh với kết quả mức độ lưu hành HPQ ở người

trưởng thành Việt Nam năm 2010 là 4,1% [19]. Nhưng tỷ lệ mắc hen trong NC của chúng tôi cao hơn NC của Hoàng Văn Nhật tại đảo Cát Hải - Hải Phòng năm 2011 là 3,67% [31], hay của Dương Quý Sỹ năm 2004 tại Đà Lạt 3,6% [104], của Phạm Huy Quyến tại huyện An Dương - Hải Phòng [33]. Nhưng tương đương với tỷ lệ mắc HPQ ở phường Lạch Tray - Hải Phòng là 3.97% [41]. Sự khác biệt về kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả khác tại Việt Nam không quá lớn. Tuy nhiên kết quả NC của chúng tôi thu được cũng phù hợp với nhiều NC của các tác giả nước ngoài như của A.S Amoah 2012 trên 4% [50]... và phù hợp với khuyến cáo của GINA về tình hình mắc HPQ từ 3-5% người trưởng thành và bệnh đang có xu hướng gia tăng trên phạm vi toàn thế giới [52],[76]. Nên có thể lý giải là do các yếu tố cụ thể về địa lý, môi trường ở đây khác so với các khu vực khác mà các tác giả khác đã NC, cũng có thể do cỡ mẫu điều tra, thời điểm tiến hành khác nhau nên cho kết quả tỷ lệ mắc HPQ chênh lệch nhưng không đáng kể.

Tỷ lệ mắc hen theo giới, ở nữ cao hơn ở nam với 4,05% và 3,54% không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$  (Bảng 3.1), kết quả NC của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định của các tác giả khác như: Phạm Văn Thúc [40],[41], Huurre T.M [77] và y văn [71],[72]. Nhưng khác với kết quả NC của Nguyễn Quang Chính tại Kim Thành - Hải Dương 2006, tỷ lệ nam mắc hen nam (4,92%) và nữ là (4,17%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) [6]; hay như kết quả NC của Trần Thúy Hạnh mắc hen ở nam giới là 4,6%, cao hơn nữ giới là 3,62% [19].

Nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ mắc hen có xu hướng cao ở các nhóm tuổi cao. Nhóm 60-69 tuổi mắc hen là 10,2%; nhóm 70-79 tuổi là 11,5%; tuổi trung bình của NB là  $56,85 \pm 15,36$  tuổi. Điều này, cần có những nghiên cứu sâu hơn về bệnh chứng, khi y văn thường nhắc đến bệnh hen xuất hiện từ trẻ. Nhưng kết quả NC về tỷ lệ mắc hen của chúng tôi phù hợp với kết quả NC các tác giả khác và GINA 2014 khi cho rằng có nhóm NB xuất hiện bệnh khi già, do liên quan đến có những tác động khiến người bệnh tăng miễn cảm, dị ứng [31],[61],[72].

Kết quả điều tra ban đầu của chúng tôi cho thấy trình độ học vấn của NB nhóm CT và nhóm ĐC tương đồng nhau. Đa số NB có trình độ văn hóa thấp, số NB trình độ văn hóa từ THCS trở xuống chiếm tới 80,9%, một tỷ lệ mắc hen đáng kể không biết chữ 5,9%. Số NB có trình độ THPT trở lên chiếm 19,3%; Giữa 2 xã không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chênh lệch trình độ học vấn (Bảng 3.3). So sánh kết quả điều



tra của Nguyễn Quang Chính tại Kim Thành - Hải Dương [6] cho thấy kết quả số NB có trình độ học vấn Tiểu học - THCS chiếm đa số (69,8%) và thấp hơn so với trình độ học vấn chung của cộng đồng người khỏe mạnh tại địa phương. Kết quả đó tương tự kết quả NC về trình độ học vấn của NB HPQ tại Đà Lạt của Dương Quý Sỹ [104]. Nhưng khi so sánh trình độ học vấn của người bệnh tại 2 xã nghiên cứu với kết quả điều tra của Lương Thị Thuận tại TP.Hồ Chí Minh thì nhìn chung trình độ học vấn đạt THPT, NB hen ở Hải Phòng thấp hơn ít (16,3% so với 17,6%); điều này có thể lý giải mặt bằng học vấn chung ở TP.HCM có thể cao hơn ở các huyện ngoại thành của Hải Phòng. Trình độ học vấn của người bệnh có liên quan chặt chẽ đến kiến thức thái độ thực hành kiểm soát HPQ. Bởi lẽ NB hen thường có trình độ học vấn thấp là do bệnh xuất hiện từ nhỏ, gây bất lợi đến khả năng và điều kiện học tập của người bệnh; nhưng cũng có thể gánh nặng bệnh HPQ đã ảnh hưởng không tốt đến kinh tế bản thân và gia đình NB, nên họ ít quan tâm hoặc không thể đầu tư cho việc học tập [54].

Nghiên cứu của chúng tôi thấy số NB mắc hen trên 20 năm chiếm 25,9%; số NB mắc bệnh trên 5 năm là 54,7% (Bảng 3.6). Kết quả NC của chúng tôi phù hợp với nhận định của nhiều tác giả khác là bệnh hen thường hay xuất hiện từ nhỏ, diễn biến mạn tính và duy trì kéo dài đến khi trưởng thành [1],[61],[74]. Như nhận xét của Phan Quang Đoàn tuổi bắt đầu mắc HPQ nhiều nhất nhóm 0-9 tuổi (34,5%) [13] và đa số những NB mắc bệnh kéo dài trên 5 năm [6]...

Kết quả này phản ánh tính chất cơ bản của bệnh HPQ là diễn biến mạn tính kéo dài nhiều năm, thậm chí suốt đời. Điều đó phản ánh phần nào những ảnh hưởng của bệnh HPQ tới cuộc sống người bệnh. Điều này cũng gợi ý rằng vấn đề điều trị HPQ cũng phải theo nguyên tắc điều trị kéo dài tùy theo tiến triển và đáp ứng điều trị. Tính chất diễn biến của bệnh đã được nhiều tác giả và y văn nói đến như là một quy luật phổ biến của bệnh HPQ cũng như nhiều bệnh dị ứng khác [2],[41].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy toàn bộ số NB đều sinh sống ở khu vực nông thôn, có 6,8% NB có mức sống cận nghèo và 9,4% NB ở mức nghèo; tỷ lệ đáng kể NB sống trong nhà ẩm thấp 15,8%, gia đình NB có nuôi chó mèo (Bảng 3.7). Kết quả NC của Nguyễn Quang Chính [8] cũng cho kết quả tương tự: về đời sống kinh tế của NB có đến 95,6% NB có mức sống trung bình hoặc nghèo, nhìn chung là thấp hơn so với mặt bằng chung của đời sống những người khỏe mạnh trong cộng đồng. Đây có lẽ cũng là các yếu tố liên quan mật thiết đến bệnh HPQ, vì bệnh gây ra tình trạng ốm

yếu, khó khăn về kinh tế, làm cho NB thiếu quan tâm hoặc khó có khả năng thay đổi điều kiện môi trường sống và ngược lại với điều kiện sống khó khăn, môi trường ẩm thấp cũng ảnh hưởng và làm tăng nguy cơ mắc, nặng bệnh HPQ và các vấn đề sức khỏe khác. Nhiều NC nước ngoài cũng đã chỉ ra vấn đề liên quan đến bệnh HPQ và điều trị kiểm soát bệnh ở người có thu nhập thấp và mối liên quan giữa đói nghèo, môi trường sống ô nhiễm và tình trạng bệnh [56],[77]. Vì vậy, rất cần những can thiệp ưu tiên cho người bệnh hen, giúp họ cải thiện môi trường sống, nâng cao thể trạng, tiếp cận cơ sở y tế và được hưởng những chính sách ưu tiên.

Đa số NB làm nghề nông nghiệp, chiếm 71,0%; hưu trí chiếm 11,6%; công nhân 9,4%; số NB có nghề nghiệp liên quan đến bệnh chiếm 17,8%, chủ yếu công nhân giày da, làm giấy (*Bảng 3.4*). Điều đó phù hợp với việc điều tra diễn ra tại 2 xã ngoại thành với nghề nông nghiệp là chính, các ngành nghề khác chiếm tỷ lệ thấp hơn [6],[78],[84]. Các ngành nghề liên quan đến nghề nghiệp khiến người bệnh tăng nguy cơ mắc hen đã được nhiều tác giả khẳng định [1], [70], trong những người bệnh, chúng tôi thấy nhiều người trẻ mắc bệnh HPQ đánh làm tại các nhà máy giày da, giấy, sợi... Ở đó có nhiều dị nguyên, khiến nguy cơ xuất hiện bệnh tăng lên. Điều này gợi ý những nghiên cứu tiếp theo về tình trạng mắc bệnh HPQ theo nghề nghiệp và có những can thiệp phù hợp trong thời gian tới.

#### **- Các yếu tố tăng nguy cơ mắc bệnh**

Di truyền được cho là một trong các yếu tố nguy cơ đối với người có người thân mắc bệnh HPQ. Với 35,4% số người bệnh có ông bà, bố mẹ và con cùng bị HPQ; có bố mẹ mắc HPQ 17,1%; có con mắc HPQ là 9,0%. Người bệnh có tiền sử cá nhân mắc các bệnh DƯ gặp ở một số NB (38,0%), với nhiều bệnh lý khác. Nhiều NB mắc đồng thời nhiều bệnh DƯ cùng lúc (*Bảng 3.8*). cũng đã phản ánh về vấn đề yếu tố gia đình trong mắc bệnh HPQ. Kết quả này phù hợp với nhận định của nhiều tác giả là HPQ có nguồn gốc dị ứng ở 50% trường hợp, đặc biệt là hen xuất hiện sớm ở trẻ em và thanh niên [89], NC của Nguyễn Năng An, Phạm Huy Quyên thấy 67% - 76,2% NB HPQ có bệnh dị ứng kèm theo [1],[33] và nhiều tác giả khác cũng chỉ ra rằng có tỷ lệ rất cao người thân NB mắc HPQ và có tiền sử mắc bệnh DƯ [11],[29]. Điều này nói lên HPQ là bệnh có tính kế thừa giữa các thế hệ rõ rệt; bệnh có liên quan đến cơ địa di truyền, tính nhạy cảm cao với các bệnh DƯ, đặc biệt là với viêm mũi dị ứng, mày đay. Như tác giả Trần Văn Đồng cho rằng 57,1% NB có tiền sử dị ứng gia đình; Bùi Đức

Dương nhận xét bố mẹ có tiền sử dị ứng, mắc HPQ thì con của họ có nguy cơ mắc hen cao hơn 1,5 lần so với trẻ có bố mẹ không mắc hen hoặc dị ứng [41]. Các NC của các tác giả khác như Phan Quang Đoàn [13], Phạm Huy Quyên [33], G. Koepfen-Schomerus [66]... cũng đều cho rằng các NB hen có yếu tố gia đình: bố mẹ, anh em ruột cùng mắc hen khoảng 26,3% - 31% các trường hợp. Một số tác giả ước lượng nguy cơ mắc HPQ ở con NB hen là 30% nếu có 1 trong 2 người bố mẹ và nếu cả 2 bố mẹ cùng mắc bệnh thì nguy cơ là 50% số con của họ bị HPQ [66]. Xét về cơ địa di truyền thì những người mắc HPQ là những người có cơ địa dễ nhạy cảm với các yếu tố nguy cơ, đường hô hấp dễ dàng bị kích thích [11],[111]. Các cơ địa dị ứng được truyền cho các thế hệ sau theo quy luật di truyền, rất tiếc cho đến hiện nay người ta vẫn chưa định vị được gen cụ thể quyết định chi phối mắc bệnh HPQ [63]. Nhưng cơ địa dị ứng hay cơ địa nhạy cảm không phải là yếu tố bệnh nguyên duy nhất gây ra bệnh, do bệnh xuất hiện cần phải có thêm sự kết hợp của các yếu tố môi trường bao gồm DN và các yếu tố thúc đẩy khác [84],[110].

#### **- Các yếu tố liên quan xuất hiện cơn hen**

Nghiên cứu quan hệ giữa mùa và cơn hen thấy có 71,0% NB xuất hiện cơn hen vào bất kỳ thời điểm trong năm; NB xuất hiện cơn hen nhiều hơn vào mùa đông so với các mùa còn lại (*Hình 3.1*). Có 67,0% NB cơn hen xảy ra bất kỳ lúc nào trong ngày; số còn lại thường hay xuất hiện vào ban đêm với 20,4% cao hơn so với thời điểm khác trong ngày (*Hình 3.2*). Kết quả NC đã chỉ ra khá rõ mối liên quan của bệnh với một số yếu tố thay đổi thời tiết và nhiễm lạnh và mối quan hệ chặt giữa yếu tố khởi phát và tình trạng xuất hiện cơn HPQ ở NB. Nhiều NC của các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự là cơn HPQ xuất hiện tăng lên về mùa đông, như NC của Vũ Minh Thục 54,93% NB xuất hiện cơn hen mùa đông [41]. 45,97% theo tác giả Trịnh Mạnh Hùng và 54,1% theo NC của Phạm Văn Thúc [40]. Xuất hiện và tăng nặng mức độ bệnh vào ban đêm cho thấy đặc tính xuất hiện cơn hen của NB địa phương phù hợp với y văn là cơn hen hay xuất hiện về đêm gần sáng và phù hợp với kết quả NC của Nguyễn Quang Chính cơn hay gặp vào đêm 70,42% [6], Phạm Văn Thúc cơn xuất hiện ban đêm 52,46%, ngày và đêm 32,79% [41]. Điều này làm cơ sở cho việc tuyên truyền phòng chống các yếu tố kích phát cơn hen trước thời điểm thời tiết chuyển lạnh; người bệnh cần chủ động trong việc phòng ngừa để cơn hen không xuất hiện hoặc giảm đi.

Nghiên cứu cho thấy có nhiều yếu tố gây kích phát cơn hen, hay gặp nhất là thay đổi thời tiết đột ngột 83,7%, gắng sức 48,6%, nhiễm lạnh 41,1%... tỷ lệ thấp xuất hiện cơn hen do cảm xúc 3,1%; ăn uống 1,3% (Bảng 3.9). Về vấn đề này Nguyễn Thế Hùng cũng cho một nhận xét tương tự là thay đổi thời tiết gây xuất hiện cơn HPQ ở 80% NB [41].

Như đã biết yếu tố môi trường (yếu tố dị nguyên, yếu tố kích phát) là tác nhân quan trọng tác động lên một cơ thể nhạy cảm để gây ra bệnh HPQ và thúc đẩy sự tiến triển của bệnh. Vì vậy với đặc điểm xuất hiện bệnh theo mùa, thời gian, yếu tố kích phát của NB là cơ sở khoa học để chúng tôi tuyên truyền cho NB cách phòng tránh yếu tố kích phát xuất hiện cơn hen. Tìm hiểu các yếu tố kích phát trong môi trường sống của các NB tại địa phương, chúng tôi thấy tỷ lệ người bệnh có nuôi vật nuôi dễ gây dị ứng cao như: chó mèo 70,3% (Bảng 3.7), tuy vậy chúng tôi chưa có điều kiện xác định tần suất các NB bị ảnh hưởng bởi các yếu tố này. Đây cũng là vấn đề cần có những NC tiếp theo để làm rõ ảnh hưởng của các vật nuôi này đến khả năng mắc và mức độ nặng nhẹ của các NB hen như thế nào tại các địa phương [95].

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét chung của nhiều tác giả là NB hen có cơ địa nhạy cảm với lạnh và nhiều tác giả đã dùng kích thích bằng luồng không khí lạnh qua đường hô hấp như là một Test để giúp chẩn đoán xác định bệnh HPQ nếu test cho kết quả dương tính cùng với những tiêu chuẩn khác trên những NB nghi ngờ [81],[92]. Vấn đề giữa HPQ và thuốc lá cũng cần quan tâm nghiên cứu thêm, tình trạng sử dụng thuốc lá hiện nay tại Hải Phòng: 36,7% nam giới và 0,8% nữ giới hút thuốc lá hàng ngày; tỷ lệ hút thuốc chung của cộng đồng là 24,4% [10]. Trong khi quan điểm của một số tác giả cho rằng tiếp xúc và hút thuốc sau khi sinh có nguy cơ đáng kể cho phát triển bệnh HPQ người lớn và vấn đề hô hấp [107].

Do đặc thù lao động nông nghiệp tại địa phương nên có khá nhiều NB xuất hiện cơn hen liên quan đến gắng sức. Nguyên nhân gắng sức làm xuất hiện cơn hen xếp thứ 2 trong số các yếu tố kích thích gây cơn hen trong NC của chúng tôi. Yếu tố bụi - hóa chất gây kích phát cơn hen trong các BN của chúng tôi với tỷ lệ thấp hơn so với kết quả NC của Nguyễn Năng An và cộng sự (17,4% so với 25%) [1]. Có thể điều đó phản ánh tình trạng môi trường không khí ở nông thôn trong lành hơn các khu vực khác, chẳng hạn như đô thị nơi các tác giả đó NC với nồng độ bụi và dị nguyên trong không khí cao hơn [64],[82].

### **- Triệu chứng lâm sàng và biến chứng**

Nghiên cứu về thể trạng của NB thấy: cân nặng của NB mức trung bình – thiếu cân chiếm tỷ lệ đa số (91,0%), thừa cân chiếm 9,0%. Tỷ lệ mắc cao huyết áp khá cao ở người bệnh với 22,6% (*Bảng 3.5*). Tương tự NC của Nguyễn Quang Chính [6] thấy có đến 94,9% NB có thể trạng trung bình và gầy.

Các triệu chứng tính chất cơn hen của NB trong NC của chúng tôi phù hợp với nhận định của nhiều tác giả khác như: nhận định của Phạm Huy Quyền số NB xuất hiện vã mồ hôi 44,2%, tím tái 36,19%; phù 10,8%. Những triệu chứng lâm sàng, tình trạng bệnh của NB hen tại cộng đồng chúng tôi NC có thể nhẹ hơn các NC tại bệnh viện với mức độ xanh tím 7,2% so với 36,2%, phù 0,2% so với 10,8% [12]. Điều đó giúp ta hình dung phần nào mức độ và ảnh hưởng của bệnh đến sức khỏe người bệnh tại cộng đồng khác với những người bệnh phải nhập viện.

Nhờ điều tra trước can thiệp, chúng tôi thấy và nắm bắt được những yếu tố nguy cơ mắc bệnh hen, yếu tố kích phát cơn hen, đặc điểm mức độ bệnh hen của người bệnh, điều đó giúp làm cơ sở cho việc chuẩn bị nội dung truyền thông, sản xuất tài liệu TTGDSK để giúp người bệnh có kiến thức về bệnh hen, biết cách loại bỏ, phòng tránh các yếu tố kích phát cơn hen để có sức khỏe tốt hơn.

### **- Mức độ kiểm soát bệnh**

Nghiên cứu trước can thiệp của chúng tôi thấy NB hen được kiểm soát hoàn toàn chỉ đạt 3,5% (NB xã Hồng Thái), 11% (NB xã Quốc Tuấn), còn lại là chưa hoặc chỉ mới kiểm soát một phần. Mức độ hen nặng độ 3-4 chiếm 21% NB xã Hồng Thái; 13,5% NB xã Quốc Tuấn. Mức độ nặng của bệnh hen có liên quan tới giới tính nam, tuổi trên 60, bệnh kéo dài trên 5 năm, không dùng thuốc dự phòng và không được TTGDSK; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . (*Bảng 3.10*) Nhóm tuổi trên 60 trở lên có xu hướng không kiểm soát bệnh hen cao hơn nhóm tuổi thấp hơn và số không dùng thuốc dự phòng, không kiểm soát được bệnh cao hơn nhóm dùng thuốc (*Bảng 3.11*). Đó cũng là những cơ sở để chúng tôi tập trung vào những chủ đề, nội dung triển khai mô hình can thiệp TTGDSK với hình thức CLB đạt hiệu quả cao hơn.

Theo GINA 2014, kiểm soát HPQ gồm kiểm soát triệu chứng và nguy cơ tương lai của kết quả xấu. Người bệnh cần được đánh giá kiểm soát triệu chứng trong 4 tuần qua; xác định yếu tố nguy cơ đối với đợt kịch phát, giới hạn luồng thông khí và tác

dụng phụ thuốc; Người bệnh cần được đo chức năng hô hấp lúc chẩn đoán, lúc bắt đầu điều trị, sau điều trị với thuốc 3-6 tháng và định kỳ sau đó. Khi được tham gia chương trình quản lý điều trị kiểm soát HPQ, số cơn hen trung bình xuất hiện trong ngày đều giảm ở đa số NB [76],[ 82],[88].

Trong kiểm soát hen, thực tế có những người tự đánh giá cao hơn hoặc thấp hơn tình trạng sức khỏe của mình. Người bệnh hen hay đánh giá quá mức về mức độ kiểm soát hen, gần 50% NB cho rằng hen đã được kiểm soát tốt nhưng thực tế hen được kiểm soát triệt để mới đạt 35% (theo Rabe et al. J Allergy Clin Immunol 2004). Năm bắt được, sự liên quan của các yếu tố nhóm trên 60 tuổi, không dùng thuốc dự phòng, không được TTGDSK, bệnh kéo dài trên 5 năm thì mức độ kiểm soát; nên trong tuyên truyền, chúng tôi cũng nhấn mạnh những vấn đề và nhóm đối tượng để cải thiện mức kiểm soát bệnh.

Qua điều tra, chúng tôi cũng thấy rằng 100% NB không đo lưu lượng đỉnh hàng ngày trước can thiệp. Điều đó chắc chắn ảnh hưởng trực tiếp đến tình trạng điều trị bệnh cũng như điều trị kiểm soát bệnh. Vì đo lưu lượng đỉnh là một trong những nội dung đánh giá tình trạng bệnh, mức độ kiểm soát và có kế hoạch thích ứng. Điều đó phù hợp với kết quả của Trần Thúy Hạnh chỉ có 4.5% số NB có theo dõi lưu lượng đỉnh tại nhà [19]. Kết quả của các tác giả khác khi NC về vấn đề này tại Việt Nam cũng cho thấy rất ít NB được đo lưu lượng đỉnh để theo dõi điều trị và kết quả đo lưu lượng đỉnh cho thấy hầu hết NB giảm rõ rệt so lý thuyết [6],[30]. Như kết quả NC của Phạm Huy Quyển giảm trung bình 39,1% [33], NC của Nguyễn Thị Vân giảm trung bình 64,59% so với giá trị lý thuyết [45]. Trong khi vai trò lưu lượng đỉnh gợi ý 30-50% trường hợp để đánh giá độ bão hòa oxy; xem xét đo khí máu động mạch ở NB nghi ngờ giảm thông khí, kiệt sức [80].

Việc đánh giá mức độ kiểm soát HPQ ban đầu, làm cơ sở giúp chúng tôi can thiệp kiểm soát HPQ tốt hơn tại cộng đồng. Do nhiều người bệnh chưa nhận biết, chấp nhận là mình mắc bệnh HPQ; chưa có kiến thức về điều trị cắt cơn, điều trị dự phòng; chưa tiếp cận với phương pháp điều trị dự phòng bằng sử dụng thuốc xịt tại chỗ hàng ngày... Do vậy các nội dung can thiệp khi sinh hoạt CLB, sản xuất tài liệu truyền thông, thì những vấn đề trọng tâm trên, được chúng tôi tập trung đề cập trong CT.

### **- Mức độ ảnh hưởng của bệnh hen phế quản đến cuộc sống người bệnh**

Nhiều NB phải đi cấp cứu tại bệnh viện trong vòng 1 năm trước điều tra 7,0% và 11,4%, NB xã can thiệp có giảm rõ rệt tỷ lệ phải đi cấp cứu từ 7,0% xuống 5,5% và nhập viện từ 12,5% xuống 10,5% (Bảng 3.20). Phải nghỉ làm nghỉ học trên phần lớn người bệnh, phần nào phản ánh mức độ ảnh hưởng của bệnh tới chất lượng cuộc sống, tâm lý, sức khỏe người bệnh. Việc tốn kém thời gian cho đi khám bệnh, chi phí điều trị đã được nhiều tác trong và ngoài nước đề cập.

Như người bệnh Trần Thị N chia sẻ sự đáng sợ của cơn HPQ: “*Con hen đến có khi tưởng chết được, lúc đó cứ xịt cho dễ thở để sống*”. Cá biệt có những người bệnh bị HPQ nhiều năm nhưng không có kiến thức, không được tiếp cận cách điều trị bệnh mà phải chấp nhận cơn hen tự đến rồi đi, có khi nguy hiểm tới tính mạng như lời một người bệnh nam chia sẻ: “*Nhiều khi cơn hen đến như nước dâng lên, tôi chỉ biết nắm tay vào thành giường rồi chờ đợi cơn hen đi qua,*”

Thậm chí NB có thể bị những tác dụng không mong muốn khi sử dụng thuốc từ người không có kiến thức về điều trị bệnh HPQ: “*...khi có vấn đề ho thì lại đi mua thuốc, người ta bán là mình dùng, chẳng biết mình bị bệnh gì, mình uống thuốc gì cả*”

Do vậy, truyền thông giáo dục sức khỏe trong điều trị kiểm soát HPQ sẽ gián tiếp giúp bệnh đỡ ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe cuộc sống người bệnh

#### **4.1.2. Nhu cầu kiểm soát bệnh hen phế quản tại hai xã nghiên cứu**

##### **- Đánh giá nhu cầu trước can thiệp**

Trước can thiệp, mức độ kiểm soát bệnh HPQ của người bệnh tại 2 xã nghiên cứu như sau: kiểm soát hoàn toàn 4%, kiểm soát 1 phần 29,4%, không kiểm soát 66,6%. Như vậy, có thể đánh giá theo tiêu chí của GINA 2012 thì cộng đồng ở đây chưa đạt về mức kiểm soát, trong khi có thể đạt được ở 85% NB [70]. Trong khi có có nghiên cứu chứng minh hiệu quả của điều trị kiểm soát hen giúp nhu cầu dùng thuốc cắt cơn giảm rõ rệt từ 56,4% xuống 6,7%; đợt kịch phát giảm nhiều từ 1,9 đợt xuống 0,17 đợt; KSHT từ 0% lên 79,7%; PEF > 80% từ 8,2% lên 79,7%; điểm ACT 25 điểm từ 0% lên 82,3% [14]. Giảm chi phí cho NB theo thời gian; giảm chi phí vào viện 11,2 lần; tiền thuốc điều trị dự phòng cả 1 năm giảm 2,8 lần và tổng chi phí điều trị dự phòng giảm 2,6 lần so với điều trị nội trú [14].

Một cuộc khảo sát được thực hiện 6 tháng sau khi can thiệp giáo dục được cung cấp. Kết quả cho thấy một sự gia tăng đáng kể về mặt thống kê trong kiểm soát hen và

kiến thức sức khỏe ( $p < 0,001$ ). Nghiên cứu này cho thấy rằng giáo dục có thể nâng cao kiến thức và thay đổi hành vi cho cộng đồng và kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng nhắm đến mục đích tương tự [73],[87],[97].

Việc thực hiện điều trị kiểm soát đã được tiến hành từ lâu tại các nước phát triển trên thế giới, việc triển khai áp dụng chương trình kiểm soát hen triệt để ở nước ta mới chỉ bắt đầu trong những năm gần đây, tuy nhiên cũng đã gặt hái được nhưng thành công nhất định [19],[72]. Điều trị dự phòng HPQ bằng Seretide bước đầu đem lại cả hiệu quả lâm sàng và hiệu quả kinh tế cho NB [14]. Điều tra của chúng tôi thấy ngoài kinh phí điều trị, thì người bệnh chịu nhiều tổn thất về sức khỏe, lãng phí thời gian, để lại di chứng do điều trị chưa đúng. Để tất cả NB được hưởng thành quả của việc kiểm soát điều trị cần có sự đầu tư của chính quyền, ngành y tế và bên cạnh đó phải có đội ngũ có trình độ năng lực chuyên môn. Các vấn đề này đều được chúng tôi quan tâm, để áp dụng vào giai đoạn can thiệp; để NB có thể hưởng những thành quả do chương trình mang lại.

Tổng hợp kết quả ý kiến qua thảo luận, phỏng vấn sâu các đối tượng nghiên cứu cho thấy nhiều NB xã Hồng Thái, An Dương và Quốc Tuấn, An Lão đều cho rằng do điều kiện sống vùng nông thôn, cách xa bệnh viện huyện, điều kiện kinh tế khó khăn, sức khỏe yếu; không thể tự đi đến cơ sở y tế để khám, chữa bệnh. Do vậy, nếu được thụ hưởng mô hình câu lạc bộ hen tại địa phương, được bác sĩ chuyên khoa tư vấn, thì NB sẵn sàng tham gia (*Hộp 3.1, PVS, TLN\_NB*).

Nhiều NB mong muốn nếu có tổ chức câu lạc bộ HPQ tại địa phương, sẵn sàng bố trí tham gia dù tổ chức sinh hoạt vào buổi tối hay ngày nghỉ”. Tuy nhiên có những người bệnh e ngại với các lý do: muốn tham gia, nhưng chỉ e sợ thời gian tổ chức vào lúc mình bận rồi còn đi làm; hoặc chưa tin tưởng vào bác sĩ, nghĩ rằng sẽ quảng cáo bán thuốc... Cũng có NB mắc bệnh thể nhẹ, cuộc sống vẫn bình thường nên cho rằng không cần tham gia. Nhưng phần đông các NB tin tưởng các bác sĩ của Trung tâm truyền thông GDSK Hải Phòng và BV Đại học Y dược Hải Phòng, sẵn lòng được bác sĩ tư vấn, truyền thông, khám bệnh, theo dõi sức khỏe để giúp họ kiểm soát bệnh HPQ tốt hơn.

Đánh giá nhu cầu của lãnh đạo, CBYT địa phương: “*Chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân là chức năng nhiệm vụ của chính quyền và y tế địa phương, nếu được triển khai hoạt động truyền thông tại địa phương,*” (*Hộp 3.6,*



*PVS,TLN\_NB*). Hay theo ý kiến của Đại diện Trạm y tế xã Hồng Thái “*Vấn đề ô nhiễm môi trường cũng là vấn đề nghiêm trọng ảnh hưởng đến sức khỏe, tại địa phương có nhiều người bệnh hô hấp, ảnh hưởng đến sức khỏe cuộc sống; nếu được triển khai được hoạt động này thì rất thiết thực cho nhân dân*”.

Người dân có nhu cầu khám chữa bệnh nhưng lại phải lên tuyến trên để khám, tư vấn. Đại diện BVĐK An Dương cho rằng: lâu rồi không được tham gia những lớp tập huấn cập nhật kiến thức về điều trị bệnh hen, cũng như không được tập huấn đào tạo kiến thức mới về vấn đề này nên hiện tại vẫn áp dụng biện pháp khám điều trị giống như hồi học trong trường đại học, những thông tin mới không được cập nhật. Mong muốn được nâng cao KAP về điều trị kiểm soát hen, được chuyển giao kỹ thuật, việc khám quản lý NB theo hướng mới, cũng như cấp tài liệu truyền thông.

Như ý kiến của Bs. Nguyễn Thị Q - Trưởng Trạm Y tế xã Hồng Thái: “*Rất mong muốn được thụ hưởng mô hình CLB hen phế quản tại địa phương; với vai trò Trưởng Trạm Y tế, tôi cùng cán bộ y tế khác, cộng tác viên sẽ nỗ lực tham gia để Câu lạc bộ được hiệu quả. Giúp chăm sóc bảo vệ sức khỏe nhân dân tốt hơn*” (*Hộp 3.6, PVS,TLN\_NB*).

Nhu cầu của NB, của địa phương, của cán bộ y tế cơ sở đều mong muốn được triển khai mô hình, và chúng tôi chọn xã Hồng Thái, huyện An Dương vì kết quả ban đầu, cán bộ y tế, người bệnh có kiến thức, kỹ năng chẩn đoán điều trị thấp hơn huyện An Lão.

## **4.2. Kết quả mô hình can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe trong kiểm soát bệnh hen phế quản tại xã Hồng Thái, huyện An Dương, thành phố Hải Phòng.**

### **4.2.1. Xây dựng mô hình và các hoạt động của mô hình.**

Theo GINA, hiện nay thế giới có khoảng 300 triệu người bị HPQ, mỗi năm có 20 vạn ca tử vong. Ở Việt Nam có khoảng từ 5-8 triệu NB, vì thế cần quan tâm đến việc phòng chống HPQ là nhu cầu thực tế đang đặt ra [72].

Bệnh HPQ thường gặp ở những người có cơ địa dễ mẫn cảm (tăng Atopic-dị ứng. Ngày nay HPQ và viêm mũi dị ứng là hai bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống. Đến nay, những quan điểm sai lầm về bệnh như bệnh HPQ không có gì nguy hiểm hoặc không thể chữa được... vẫn đang còn tồn tại. Nhiều NB nản lòng, bỏ dở điều trị, uống thuốc không theo chỉ dẫn của bác sĩ. Mặt khác còn tình trạng y tế tư nhân cố giữ cho NB điều trị bằng những loại thuốc

mà Bộ Y tế khuyến cáo hạn chế sử dụng từ lâu nên đã làm cho nhiều NB bị biến chứng nguy hiểm như phù, loãng xương, tái phát các bệnh nhiễm trùng [1]. Theo GS.TSKH. Nguyễn Năng An - Chủ tịch Hội hen, dị ứng, miễn dịch lâm sàng Việt Nam thì bệnh HPQ chưa được kiểm soát tốt ở nước ta và còn gặp những trở ngại trong điều trị HPQ, kiểm soát HPQ ở gia đình và cộng đồng. Rất cần triển khai Mô hình Câu lạc bộ HPQ ngoài bệnh viện để tổ chức tuyên truyền, phổ biến kiến thức cập nhật về phòng ngừa và điều trị HPQ trong cộng đồng dân cư. Vì Câu lạc bộ sẽ là cầu nối giữa NB và thầy thuốc qua đó cán bộ y tế có thể hướng dẫn, cung cấp tài liệu, theo dõi điều trị, khám định kỳ... Tại các buổi sinh hoạt này các bác sĩ, chuyên ngành Hen đã trực tiếp tư vấn, khám sức khỏe định kỳ, giúp NB có những kiến thức đầy đủ về bệnh, biết dùng thuốc xịt dự phòng, biết tự theo dõi và xử lý những diễn biến của bệnh tại nhà, biết áp dụng phác đồ điều trị bệnh HPQ. Hiện tại, vẫn còn những sai lầm thường gặp khi NB chỉ dùng thuốc cắt cơn khi có các triệu chứng xảy ra. Tình trạng lạm dụng thuốc cắt cơn ở NB còn phổ biến, những NB có điều trị dự phòng không đều cũng rất nguy hiểm, vì khi bệnh đã thấy ổn định thì người bệnh có tâm lý chủ quan [1].

Với phương hướng hoạt động thu hút sự tham gia của các bên liên quan nhằm tuyên truyền sâu rộng hơn nữa về sự nguy hiểm của bệnh HPQ, cách kiểm soát bệnh. Với mong muốn hoạt động của câu lạc bộ HPQ sẽ đem lại nhiều hiệu quả tích cực cho người bệnh. Chính vì vậy cần nhân rộng hơn nữa mô hình câu lạc bộ này góp phần chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho những người mắc bệnh hen tại cộng đồng [1].

Các nghiên cứu nước ngoài chứng tỏ hiệu quả của mô hình giáo dục người bệnh, 46% NB báo cáo các triệu chứng ban ngày và 30% báo cáo rối loạn giấc ngủ liên quan đến HPQ ít nhất một lần một tuần. Nhận thức của NB kiểm soát HPQ không phù hợp với mức độ nghiêm trọng triệu chứng của họ; khoảng 50% số NB báo cáo các triệu chứng dai dẳng nặng cũng coi bệnh của họ được kiểm soát hoàn toàn hoặc được kiểm soát 1 phần [61]. NB hen Châu Á TBD có đo lưu lượng đỉnh phổi <10%, không được theo dõi chức năng phổi đúng mức (theo Sekerel et al. Repi Med 2006).

Trung tâm truyền thông GDSK phối hợp với ĐH Y dược Hải Phòng đã triển khai 2 lớp tập huấn kỹ năng TTGDSK cho cán bộ y tế huyện An Dương về bệnh HPQ và 2 lớp tập huấn kiến thức chẩn đoán điều trị chăm sóc người bệnh hen, đã giúp nâng cao kiến thức thái độ thực hành của cán bộ y tế trong phòng chống và điều trị bệnh HPQ cho cộng đồng. Qua tập huấn, CBYT được tiếp cận với thông tin mới, bổ sung

kiến thức, đặc biệt biết phương pháp điều trị dự phòng kiểm soát bệnh HPQ. Tài liệu truyền thông được cấp, CBYT sử dụng hiệu quả nên đã giúp cho công tác điều trị bệnh tại huyện An Dương có những chuyển biến tích cực. Kết quả hoạt động huấn luyện, đào tạo cán bộ, đánh giá trước và sau can thiệp cho thấy số lượng CBYT được tập huấn tăng dần theo năm 2013 - 2014. CBYT tuyến huyện; tuyến xã và cộng tác viên y tế với 120 lượt người tham gia đã góp phần không nhỏ cho mở rộng mô hình tư vấn điều trị bệnh hen tại các xã thuộc huyện An Dương (Bảng 2.1). Năm 2013, số người bệnh tiếp cận, phát hiện qua điều tra ban đầu là 190 người, sau đó thông tin về Câu lạc bộ đã giúp cho 10 người bệnh tiếp cận và sinh hoạt tại Câu lạc bộ. Kết quả hoạt động truyền thông đại chúng, qua đài phát thanh xã, qua hội thi tại câu lạc bộ, đã phần nào phổ biến kiến thức rộng rãi tới cộng đồng. Những sản phẩm tài liệu truyền thông được sản xuất, cung cấp góp phần nâng cao KAP của người bệnh, cộng đồng. Sau khi kết thúc Câu lạc bộ, áp phích, tờ rơi, đĩa phát thanh được cung cấp cho các đơn vị y tế trong thành phố để sử dụng và là tài liệu tham khảo để các tỉnh thành khác tham khảo, phát triển tài liệu (Bảng 2.2).

Hoạt động truyền thông GDSK về điều trị kiểm soát HPQ từ đó giúp cộng đồng, đặc biệt người bệnh được nâng cao kiến thức tiếp cận với phương pháp điều trị khoa học, *“chương trình mang lại hiệu quả cao, có nhiều ý kiến được người bệnh trao đổi làm sáng tỏ, cung cấp nhiều kiến thức, ít tốn thời gian, kinh phí mà hiệu quả, hiệu quả chương trình sẽ được duy trì vì cung cấp cho CBYT các phương pháp, kỹ thuật truyền thông, nên nó mang tính bền vững, lâu dài... (PVS\_CBYT)*. Các hoạt động, lợi ích đề xuất của người bệnh không cần phải đi xa nhưng vẫn được các chuyên gia về nói chuyện sức khỏe, hướng dẫn cụ thể cách điều trị dự phòng, cắt cơn HPQ...

Tổ chức các cuộc nói chuyện sức khỏe, sinh hoạt câu lạc bộ đã giúp cho người bệnh được tham gia hoạt động Truyền thông giáo dục sức khỏe trực tiếp, được nghe những thông tin mới nhất về vấn đề sức khỏe có liên quan tới bản thân, gia đình và cộng đồng. Các cuộc sinh hoạt CLB đã làm thay đổi nhận thức và giúp đối tượng suy nghĩ hướng tới việc thay đổi thái độ và thực hành (Bảng 2.1). Chúng tôi tiến hành sinh hoạt CLB vào 1 buổi sáng chủ nhật tuần đầu trong tháng với cách thức:

- Thông báo lịch sinh hoạt cố định, địa điểm sinh hoạt cố định tại Trạm y tế xã Hồng Thái để thành viên CLB chủ động thời gian, công việc để tham dự. Thời gian địa điểm tổ chức cũng được thăm dò ý kiến và nhận được đa số lựa chọn của NB.

- Xác định rõ chủ đề của sinh hoạt Câu lạc bộ với một chủ đề nhất định, phát triển trên cơ sở nội dung đã sinh hoạt CLB lần trước.

- Nội dung, thời gian, trình tự trình bày do các chuyên gia có kinh nghiệm thực hiện; cùng với các phương tiện hỗ trợ thích hợp với chủ đề và thực tế địa phương.

Câu lạc bộ tiến hành đã xây dựng được mối quan hệ giữa NB và CBYT và giữa các NB với nhau. Là nơi học giao lưu chuyện trò chia sẻ kiến thức thái độ thực hành. Khi sinh hoạt CLB, nhiều video, tranh ảnh mô hình và ví dụ để minh họa sử dụng. Cho phép các đối tượng hỏi và thảo luận những vấn đề chưa rõ, giải đáp thắc mắc của đối tượng một cách đầy đủ. Các thuốc điều trị bệnh HPQ, chúng tôi tập trung hướng dẫn là những thuốc phổ biến bác sĩ đang kê đơn và NB đang dùng. Như thuốc xịt cắt cơn là lọ Vetolin, thuốc uống giãn phế quản là Salbutamol, thuốc giảm viêm uống là prednisolon, thuốc xịt dự phòng là Seretide... theo phác đồ hướng dẫn của Bộ Y tế. Những thuốc đó phổ biến sẵn có trên thị trường, dễ mua, dễ sử dụng, cũng như hiệu quả của thuốc đã được chứng minh. Việc dùng thuốc xịt dự phòng cũng được giới thiệu, làm mẫu và cấp miễn phí cho 30 NB đầu tiên và khuyến cáo các NB chủ động mua và sử dụng cho những lần tiếp theo. NC của chúng tôi phù hợp với NC Nguyễn Văn Đoàn khi thấy rằng điều trị dự phòng hen phế quản bằng Seretide bước đầu đem lại cả hiệu quả lâm sàng và hiệu quả kinh tế cho NB [14]. Nhu cầu dùng thuốc cắt cơn giảm rõ rệt từ 56,4% xuống 6,7%; đợt kịch phát giảm nhiều từ 1,9 đợt xuống 0,17 đợt; KSHT từ 0% lên 79,7%; PEF > 80% từ 8,2% lên 79,7%; điểm ACT 25 điểm từ 0% lên 82,3% [14].

- Kết thúc buổi sinh hoạt, các Bác sĩ đều tóm tắt những vấn đề mấu chốt nhất để NB nhớ và tạo điều kiện khuyến khích đối tượng tham dự những lần sau.

Mô hình truyền thông CLB tại Trạm y tế vừa gần gũi, thiết thực, có tính liên tục hiệu quả hơn việc tư vấn được thực hiện tại cơ sở y tế. Vì do CBYT thường bận, thiếu thời gian để tư vấn; mặt khác, nhiều thông tin hay, thiết thực, trao đổi qua lại giữa CBYT và NB, giúp NB hiểu rõ hơn; đã góp phần tạo nên thành công của CLB.

Chúng tôi đã áp dụng khá đầy đủ các hoạt động truyền thông trực tiếp, gián tiếp; và nâng cao vai trò của CBYT địa phương khi tham gia mô hình can thiệp. Ngoài TTGDSK tại Câu lạc bộ, chúng tôi hỗ trợ cộng tác viên thực hiện truyền thông tại hộ gia đình [3]; hướng dẫn người bệnh cách phòng bệnh, nhắc nhở người bệnh có KAP đúng trong phòng tránh yếu tố kích phát cơn hen, điều trị cắt cơn, sử dụng thuốc dự

phòng hàng ngày, đi khám điều trị phù hợp. Cũng như nhắc NB đến tham gia sinh hoạt CLB là một trong những yếu tố tạo nên thành công của Câu lạc bộ. Mô hình can thiệp điều trị dự phòng kiểm soát hen tại cộng đồng khá hiệu quả vì người bệnh thường có sức khỏe yếu, bệnh ngày càng nặng là do không biết cách tự chăm sóc. Việc tham gia câu lạc bộ HPQ có thể giúp người bệnh có thể trao đổi với nhau và được bác sĩ hướng dẫn cải thiện tình hình của bệnh. Rất tiếc có đến 2/3 số NB HPQ ở Việt Nam không được hướng dẫn điều trị và phòng chống HPQ. 90% số NB cho rằng bệnh hen không thể điều trị trong khi trên thực tế, tỷ lệ kiểm soát tốt bệnh là hơn 85%, nếu biết chữa đúng cách. Sau một thời gian vào Câu lạc bộ, nhiều NB hen sức khỏe tốt lên sau khi tham gia CLB [1]. Vì vậy, các địa phương nên thành lập CLB dành cho NB và những người quan tâm đến bệnh này. Câu lạc bộ là nơi người bệnh được các chuyên gia về HPQ tư vấn cách theo dõi và dùng thuốc điều trị bệnh. Nhờ đó, NB sẽ tuân thủ tốt hơn việc điều trị dự phòng cơn hen, làm giảm nguy cơ phải nhập viện cấp cứu. Với mô hình CLB, NB không chỉ nghe bác sĩ truyền thông, mà NB có thể trao đổi với nhau và với bác sĩ. Nhờ đó, họ dễ tiếp thu kiến thức về bệnh hơn. Mối quan hệ với những người cùng cảnh sẽ khiến họ "nhiệt tình" hơn trong việc đi khám và dùng thuốc. Phù hợp xu hướng lập CLB HPQ ở nhiều cấp: thành phố và thị trấn, quận huyện, xã phường nhằm giúp tăng tỷ lệ NB được quản lý, theo dõi và tư vấn [1],[23],[70].

Quản lý tốt bệnh hen có thể cho phép NB được hưởng một cuộc sống chất lượng cao. Chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp dẫn đến kiểm soát bệnh tốt hơn. Thuốc không phải là cách duy nhất để kiểm soát bệnh. Tránh yếu tố gây kích ứng và gây viêm đường hô hấp, phòng ngừa ban đầu để làm giảm mức độ tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là khói thuốc lá, nhiễm trùng đường hô hấp là rất quan trọng. Chất lượng không khí ngoài trời, tiếp xúc với DN trong nhà và một lối sống căng thẳng có liên quan với bệnh HPQ và dị ứng [55]. Khi điều kiện môi trường góp phần gây ra bệnh HPQ và dị ứng, thì việc sử dụng thuốc không phải là cách duy nhất để giảm gánh nặng của bệnh mà cải thiện chất lượng không khí trong nhà và ngoài trời có thể là những tác động tích cực [55].

Can thiệp của chúng tôi phù hợp với các tác giả khác về TTGDSK về bệnh HPQ được triển khai dưới nhiều hình thức như [20]: Trao đổi, thảo luận, tư vấn về bệnh hen phé

quản: các buổi trao đổi thảo luận hay tư vấn về HPQ với các bác sĩ hoặc nhân viên y tế được thực hiện với một người bệnh và một nhóm người bệnh hoặc những người có liên quan đến bệnh. Buổi thảo luận có thể được thực hiện tại các cơ sở y tế, tại nơi học tập, nơi làm việc của người bệnh, hay là tại nhà người bệnh hoặc tại cộng đồng nơi người bệnh đang sinh sống [56]. Điều này được chúng tôi áp dụng trong nội dung can thiệp triển khai mô hình hoạt động Câu lạc bộ HPQ tại cộng đồng (1 xã thuộc huyện An Dương). Tham gia câu lạc bộ: có thể giúp ích người bệnh trong việc chia sẻ thông tin, tìm kiếm sự cảm thông và giúp người bệnh bớt tự ti. Tham gia các khóa huấn luyện về phòng chống HPQ: điều này giúp củng cố thêm kiến thức và kỹ năng đã thu nhận được. Chủ động tìm kiếm thông tin sẵn có trên báo, đài, truyền hình, trang mạng; đây là một hình thức GDSK mới, đặc biệt phát triển gần đây.

Theo Viện Y học Hoa Kỳ, hệ thống chăm sóc sức khỏe của Hoa Kỳ vào thế kỉ XXI sẽ dựa trên nền tảng mối quan hệ chăm sóc sức khỏe liên tục. Trong hệ thống này việc chăm sóc sức khỏe dựa theo nhu cầu và giá trị của người bệnh. Các thông tin cần cho chăm sóc sức khỏe sẽ được cập nhật liên tục và được phổ biến rộng rãi. Công nghệ thông tin giúp cho việc trao đổi giữa các thầy thuốc, giữa thầy thuốc và NB được nhanh chóng bất kể khoảng cách và thời gian [63]. Nhưng rất tiếc, người bệnh Hen đa số là người có trình độ học vấn thấp, người cao tuổi, khả năng sử dụng và ứng dụng khoa học công nghệ còn rất kém so với các khu vực thành thị trong nước, cũng như không thể so sánh với cộng đồng người dân tại các quốc gia phát triển.

Đối tượng được tư vấn GDSK về HPQ không chỉ là những người bệnh HPQ, gia đình, người chăm sóc người bệnh mà gồm cả những người quan tâm đến hen và những thành viên trong cộng đồng mà người bệnh sinh sống. Tư vấn giáo dục HPQ được đánh giá là loại hình can thiệp có chi phí thấp nhưng lại có hiệu quả cao trong phòng chống HPQ [83]. Tại một số quốc gia, thầy thuốc chỉ được cho người bệnh dùng thuốc điều trị HPQ khi người bệnh đã được tư vấn kĩ về bệnh HPQ [58]. Chính vì vậy GDSK về HPQ vừa đóng vai trò dự phòng vừa giúp chăm sóc cho người bệnh là như vậy.

HPQ có liên quan với một gánh nặng kinh tế lớn. NC những gánh nặng của HPQ ở tám quốc gia trong khu vực châu Á-Thái Bình Dương cho thấy: chi phí trực tiếp cho mỗi NB hàng năm dao động từ 108 \$ Malaysia; 1,010 US\$ Hồng Kông. Mỗi NB chi phí xã hội dao động từ 184 \$ ở Việt Nam đến 1189 \$ tại Hồng Kông. Chi phí chăm

sóc khẩn cấp chiếm khoảng 18-90% tổng chi phí trực tiếp cho mỗi NB. Nhìn chung, mỗi NB chi phí tương đương với 13% GDP tính theo mỗi người trong nước và 300% của chi tiêu bình quân đầu người chăm sóc sức khỏe [58]. Tuổi tác, mức độ nặng của bệnh và tình trạng sức khỏe đi cùng chi phí điều trị cao. Chiến lược cải thiện KSH có thể sẽ không chỉ cải thiện sức khỏe NB, mà còn để giảm chi phí xã hội [58]. Kiểm soát tốt đã đạt được nhóm can thiệp 63% và 50% NB sau giai đoạn 1 và 71% và 59% NB vào một năm đối với các phác đồ, tương ứng [59].

Nghiên cứu can thiệp mô hình Câu lạc bộ người bệnh HPQ được triển khai tại cộng đồng. Để thực hiện can thiệp cho người bệnh, có thể của chúng tôi chỉ cần tiến hành tập trung vào mô hình can thiệp câu lạc bộ là đủ. Nhưng thực sự để gắn kết giữa ngành y tế nói chung và y tế địa phương về vấn đề điều trị kiểm soát bệnh HPQ mang tính bền vững lâu dài. Vì vậy, chúng tôi lựa chọn can thiệp toàn bộ CBYT tại các xã trong huyện, để CBYT thay đổi kiến thức thái độ thực hành về bệnh HPQ, thì người bệnh trên địa bàn, sử dụng tiếp cận với dịch vụ y tế tại địa phương hoặc khu vực lân cận vẫn nhận được những tác động của hoạt động TTGDSK mang lại. Cũng như đảm bảo tính kế thừa, lâu dài, khi KAP của CBYT địa phương được nâng lên, tài liệu truyền thông giáo dục sức khỏe đã có sẵn; thì khi hết 12 tháng can thiệp thì những thành quả đạt được vẫn tiếp tục duy trì.

#### ***4.2.2. Một số kết quả đạt được của mô hình can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe tại xã Hồng Thái, huyện An Dương, thành phố Hải Phòng.***

Mô hình can thiệp TT-GDSK thông qua tổ chức Câu lạc bộ Hen phế quản, với sự tham gia của nhiều cơ quan đơn vị, nhiều hoạt động can thiệp được thực hiện trong thời gian 12 tháng đã thu được các kết quả cụ thể về thay đổi KAP của người bệnh, CBYT về bệnh HPQ khi so sánh kết quả trước và sau can thiệp.

Sau can thiệp, chúng tôi thấy số NB biết các yếu tố kích phát cơn hen ở nhóm can thiệp cao hơn với nhóm chứng. Người bệnh can thiệp biết yếu tố kích phát tăng, CSHQ 42,6%, HQCT 33,1%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  (Bảng 3.13). Nhóm được can thiệp cũng có thái độ đúng về hậu quả của bệnh, cao hơn hẳn so với nhóm chứng. Cụ thể là thái độ của NB về cơn hen có thể gây chết người tăng, CSHQ 54,5%; HQCT 46,7%; (Bảng 3.15). Rõ ràng việc có kiến thức về yếu tố kích phát cơn hen, sẽ giúp người bệnh biết cách chủ động phòng tránh các yếu tố đó như

tránh bụi nhà, tránh tiếp xúc hóa chất, hạn chế những thay đổi của thời tiết, nhiệt độ môi trường tới cơ thể. Với thái độ thay đổi, đặc biệt khi thấy rõ tác hại của con HPQ có thể gây tử vong, là động lực để người bệnh tiếp cận phương pháp điều trị dự phòng con hen hơn là thụ động khi để con hen đến và dùng thuốc cắt cơn như trước đây.

Việc thay đổi kiến thức thái độ về bệnh HPQ và điều trị HPQ làm tiền đề cho quyết tâm thay đổi và duy trì hành vi mới mà chúng tôi nhắm đến là thực hành sử dụng thuốc, dùng thuốc xịt dự phòng, áp dụng biện pháp tránh yếu tố kích phát con hen. Nghiên cứu của chúng tôi phần nào góp phần sáng tỏ khi chưa có dữ liệu đã được báo cáo về sự phổ biến của bệnh HPQ ở khu vực nông thôn vùng cao của Việt Nam. Theo Dương Quý Sỹ, xác định tỷ lệ mắc hen và các triệu chứng bệnh hen ở Đà Lạt, và tìm hiểu về kiến thức, thái độ của NB đối với chẩn đoán và điều trị, và các kiến thức chung phổ biến về bệnh hen. Có 9.984 cá nhân được phỏng vấn, trong đó 243 là NB hen hoặc triệu chứng giống hen, tỷ lệ 2,4%. Trong 18,3% NB nằm viện trong năm 2003; sử dụng thuốc điều trị hen hàng ngày chỉ có 17% NB; 34% sử dụng thuốc hít và 6% sử dụng khí dung; 52,3% đã kết hợp các tính năng dự ứng [104]. Nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết phải giáo dục NB nhiều hơn nữa và các can thiệp phòng ngừa cho người bị bệnh HPQ ở khu vực nông thôn, vùng cao [98],[104].

Nghiên cứu của chúng tôi thấy số NB không tham gia các hoạt động truyền thông trực tiếp trước can thiệp chiếm tỷ lệ cao: 94,0% xã Hồng Thái và 97,2% xã Quốc Tuấn; Sau CT, số NB ở 2 địa phương được truyền thông trực tiếp tăng nhưng ở Hồng Thái cao hơn CSHQ 875%, HQCT 28%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Với số người tham gia làm mẫu 49,0%, đến sinh hoạt Câu lạc bộ 55,5%; Người bệnh ở xã Quốc Tuấn tham gia các hoạt động TTGD SK cũng có xu hướng tăng, có thể do trong lần điều tra ban đầu, cán bộ y tế có trách nhiệm khuyên họ nên đi khám tại cơ sở y tế, vì vậy tác động tăng số người cho rằng được tham gia truyền thông GDSK trực tiếp (Bảng 3.12).

Trước CT, số NB không tham gia các hoạt động truyền thông gián tiếp tại hai xã chiếm tỷ lệ cao: 84,5% xã Hồng Thái và 82,0% xã Quốc Tuấn; Sau CT số NB ở cả 2 địa phương được truyền thông gián tiếp tăng nhưng ở Hồng Thái cao hơn hẳn với CSHQ 325,8%, HQCT 269,3%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Tỷ lệ người được nghe loa phát thanh HQCT 2566,6%, tờ rơi 1116,6%, áp phích, tài liệu



sách báo; truyền hình đều cao hơn xã chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Trong khi nhóm đối chứng chỉ có tờ rơi CSHQ tăng 2850%, còn lại tăng hoặc giảm không đáng kể. Điều này cần có những nghiên cứu phân tích thêm về tính chất và hiệu quả sử dụng tài liệu truyền thông trong tuyên truyền kiểm soát hen, nhưng theo chúng tôi có thể việc nhận tài liệu truyền thông là điểm nhấn trong đánh giá việc mình có tham gia TTGDSK hay không (*Bảng 3.12*).

Sau can thiệp, chúng tôi thấy nhóm NB can thiệp tăng thực hành dự phòng cơn hen rõ rệt so nhóm chứng, CSHQ 39,0%; số NB thực hành tránh yếu tố kích phát cơn hen tăng từ 12,0% lên 35,0% HQCT 182,7% ( $p < 0,001$ ); dùng thuốc giãn phế quản, HQCT 131,5%; dùng thuốc dự phòng hàng ngày, HQCT 403,4% và đi khám bệnh định kỳ HQCT 855,1% (*Bảng 3.17*). Nhóm NB can thiệp tăng kiến thức và dự phòng HPQ rõ rệt so nhóm chứng, số NB biết khái niệm kiểm soát tăng CSHQ 800,0%; biết số lần dự phòng CSHQ 368,7%; biết đúng loại thuốc điều trị CSHQ 646,6%; HQCT 593,7% sự khác biệt giữa nhóm CT và ĐC có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  (*Bảng 3.13*).

Trong các NC nước ngoài, tự quản lý bệnh HPQ được giới thiệu trong một chương trình của phòng khám dựa vào cộng đồng, có hiệu quả và chấp nhận được đối với tự quản lý bệnh HPQ [112]; NC cho rằng cần có ngôn ngữ, nội dung phù hợp với văn hóa, dân tộc [101]; NC của chúng tôi phù hợp với thực tế của Việt Nam là can thiệp để NB có kiến thức thái độ hành vi đúng để tự quản lý bệnh hen của mình. Khuyến khích phát triển và phổ biến các tài liệu phòng chống HPQ với ngôn ngữ và văn hóa thích hợp. Cải thiện cung cấp thông tin liên lạc, tiếp cận với các chương trình và tài liệu giáo dục thích hợp có thể giúp cải thiện chăm sóc và tự quản lý bệnh HPQ [94],[103],[105]. Tại Thụy Sĩ, giáo dục tự quản lý có hiệu quả và là khuyến cáo trong các hướng dẫn mới nhất về quản lý điều trị bệnh HPQ. Mục đích của TTGDSK để làm giảm tỷ lệ mắc bệnh phải nhập viện, giảm số ngày công lao động bị mất, tư vấn khẩn cấp và cải thiện chất lượng cuộc sống của NB [106].

Sau can thiệp, chúng tôi thấy NB can thiệp thực hành sử dụng thuốc đúng trong điều trị hen tăng lên rõ rệt, cụ thể dùng thuốc giãn phế quản từ 15,5% lên 44,5% CSHQ 187,1,0%; HQCT 131,5% (*Bảng 3.17*).

NC của chúng tôi phù hợp với quan điểm giáo dục tự quản lý bệnh HPQ; tạo một quan hệ đối tác hợp tác giữa các nhà cung cấp dịch vụ y tế và NB. Các nội dung tuyên truyền hướng dẫn đã nhấn mạnh vai trò điều trị đúng thuốc, đúng bệnh; với sự tham gia của các bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ trong hoạt động nghề nghiệp của mình để tăng cường GDSK người bệnh tự quản lý bệnh HPQ ở mọi nơi có thể [93],[99].

Nhóm NB can thiệp tăng rõ rệt khi có sẵn thuốc xịt dự phòng CSHQ 360%, HQCT 346,7% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ , bảo quản thuốc đúng cách, thuốc để vị trí dễ lấy, biết các bước dùng thuốc xịt dự phòng con so với trước can thiệp: từ 13,5% lên 19,0%; còn nhóm chứng không có sự thay đổi đáng kể (*Bảng 3.17*). Trong thực tế những nội dung nhỏ trong tuyên truyền để thay đổi KAP rất quan trọng, có những nội dung TTGDSK như để thuốc ở đâu để bảo quản thuốc tốt nhất, để có thể lấy và sử dụng nhanh nhất, cũng được chúng tôi đề cập để nhắm tới mục đích tổng thể đó là: từ những kiến thức thu nhận được sẽ thay đổi thái độ và thực hành nhưng hành vi có lợi cho sức khỏe của người bệnh HPQ. Trong đó, kiến thức bệnh HPQ, các đặc điểm của bệnh, về dự phòng cơn hen, về sử dụng thuốc điều trị và dự phòng đúng cách; qua đó từng bước giúp cho người bệnh có những cải thiện về sức khỏe, mức độ bệnh hen, mức độ kiểm soát hen. Qua những thay đổi đó, sẽ giúp người bệnh tự tin hơn trong công việc, cuộc sống, đưa họ về những về cuộc sống như những người bình thường, nâng cao chất lượng cuộc sống, giảm đi những tác hại của bệnh về sức khỏe, kinh tế, tâm lý, xã hội của người bệnh và gia đình, cũng như cộng đồng.

Khi đánh giá hiệu quả can thiệp của chúng tôi theo thang điểm ACT hàng tháng của NB; theo phản hồi của người bệnh, việc bỏ tiền để mua và dùng thuốc dự phòng rất hợp lý vì quan trọng là NB áp dụng được phương pháp điều trị đúng, hiệu quả; vấn đề kinh phí điều trị dự phòng hàng tháng không quá lớn, với số tiền hơn 300 ngàn đồng để dùng thuốc xịt dự phòng mà giúp người bệnh không xuất hiện cơn hen nữa, họ vui vẻ tự tin hơn về việc đã chủ động phòng ngừa cơn hen. Thậm chí nhiều người bệnh cho rằng việc điều trị dự phòng bằng thuốc hàng ngày không ảnh hưởng đến kinh tế của người bệnh; thậm chí còn đỡ tốn kém hơn so với việc dùng không đúng thuốc, việc phải dùng thuốc cắt cơn và đi điều trị tại BV (*Ý kiến khi Sinh hoạt CLB*).

Chi phí cho điều trị dự phòng sẽ giúp giảm bớt chi phí dành cho điều trị cắt cơn, trong chi phí tổng thể của bệnh (bao gồm cả chi phí cá nhân trực tiếp, chi phí gián tiếp

và chất lượng cuộc sống [96],[106]; tăng tỉ lệ đạt kiểm soát HPQ tốt sẽ giảm tỉ lệ phải nghỉ học vì bệnh [16].

Nằm viện và thuốc là chi phí quan trọng nhất của chi phí trực tiếp; nghỉ làm việc và nghỉ học chiếm tỷ lệ lớn nhất của chi phí gián tiếp. Các chi phí của bệnh HPQ có tương quan với tuổi tác và mức độ nghiêm trọng của bệnh [88]. Mặc dù có điều trị dự phòng hiệu quả, nhưng người bệnh không tuân thủ đúng, thì chi phí liên quan với bệnh HPQ vẫn có thể tăng. Vì vậy, cán bộ y tế phải thường xuyên theo dõi, giáo dục người bệnh để duy trì một hành vi đúng, giảm gánh nặng về sức khỏe kinh tế của người bệnh HPQ [86]. Như đã biết, sử dụng thuốc tại chỗ được GINA khuyến cáo sử dụng trong cả điều trị cắt cơn và điều trị dự phòng, do vậy điều này giúp cải thiện tình hình điều trị đúng thuốc đúng cách của người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm NB can thiệp tăng rõ rệt việc hài lòng với việc khám tư vấn so với trước can thiệp: từ 51,0% lên 69,5%; nhóm chứng từ 66,7% xuống 57,6%; hài lòng với kết quả điều trị cũng tương tự, nhóm NB can thiệp từ 40,5% lên 64,0% so nhóm chứng, từ 60,4% xuống 46,7%; HQCT tăng 56,7%; Nhóm can thiệp có xu hướng muốn được CBYT tư vấn cao hơn so với nhóm chứng (*Bảng 3.27*). Các kênh thông tin mà NB muốn có tập trung vào từ CBYT, xem truyền hình, tờ rơi áp phích, sách báo, người thân; nhu cầu kênh thông tin muốn có của NB được can thiệp có xu hướng tăng sau can thiệp (*Hình 3.5*). Các hình thức truyền thông trực tiếp được người bệnh mong được tiếp cận là tư vấn và sinh hoạt CLB. Kết quả này, đã giúp chúng tôi có những định hướng hoạt động can thiệp sao cho phù hợp với nhu cầu của người bệnh.

#### **4.2.3. Đánh giá hiệu quả can thiệp TTGDSK đối với kiểm soát bệnh hen**

##### **- Hiệu quả can thiệp đến cuộc sống và KAP của người bệnh**

Việc triển khai các hoạt động TTGDSK nhằm đến thay đổi KAP, sau khi tác động thay đổi kiến thức thái độ, thì đích cuối cùng là thực hành. Chỉ có thực hành mới làm thay đổi những chỉ số hiệu quả, nâng cao hiệu quả can thiệp.

Trước can thiệp, số NB xã Quốc Tuấn An Lão, thực hành tốt, khá về bệnh HPQ so với NB xã Hồng Thái An Dương; thực hành tốt 5,1% và 3,5%; thực hành khá 16,9% so với 5,0%. Sau can thiệp CSHQ của NB can thiệp xã Hồng Thái cao hơn hẳn với thực hành tốt 16,5%, CSHQ 371,4%, HQCT 334,2%; thực hành khá 29,5%, CSHQ 490%, HQCT 471,7%; thực hành trung bình 21,5%, CSHQ 34,4%, HQCT 34,4%; trong khi

nhóm chứng thực hành tốt là 7,0%, CSHQ 37,2%; Khá 20,0%, CSHQ 18,3%, thấp hơn nhiều so với nhóm can thiệp (*Bảng 3.18*).

Sau can thiệp, NB xã Hồng Thái An Dương KAP tốt từ 2,5% lên 24,5% CSHQ 880%, HQCT 761,3%; khá từ 3,0% lên 20,0% CSHQ 466,6%; KAP trung bình 29,0%, CSHQ 286,6%, HQCT 254,8%; sự khác biệt SCT giữa nhóm CT và ĐC có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$  (*Bảng 3.19*).

KAP của NB SCT đã phản ánh hiệu quả của can thiệp đồng bộ các hoạt động TTGDSK đã tác động tới kiến thức của NB. NC của Nguyễn Thị Ngọc Tuyền và cộng sự, khảo sát KAP của người chăm sóc (NCS) bệnh nhi trong sử dụng thuốc xịt cắt con và ngừa con, tại phòng khám hen khoa hô hấp BV Nhi đồng 1. Kết quả NC cho thấy có mối liên quan giữa kiến thức chung với các đặc điểm người chăm sóc: học vấn, tham gia CLB hen, yếu tố gia đình.

Nghiên cứu CT của chúng tôi thấy, đồng thời với sự thay đổi KAP của người bệnh đã tác động tới việc giảm bậc hen; cụ thể nhóm bậc 4 giảm từ 4,5% xuống 2,0%, CSHQ 55,5%; nhóm bậc 3 giảm từ 16,5% xuống 11,5% CSHQ 30,3%; nhóm bậc 2 giảm từ 38,0% xuống 35,0% CSHQ 7,9%; và bậc 1 tăng từ 41,0% lên 51,5%, CSHQ 25,6%. Trong khi nhóm ĐC, CSHQ thấp hơn nhiều so với nhóm CT; HQCT bậc hen xuống bậc 1 là 17,9% (*Bảng 3.20*).

Theo NC của Ait-Khaled N, và cộng sự; kết quả điều trị HPQ sau một năm theo dõi tại các trung tâm y tế của một số nước đang phát triển ở Algeria, Guinea, Morocco, Syria, Thổ Nhĩ Kỳ và Việt Nam [49]. Trong số 310 NB đăng ký, kết quả sau một năm theo dõi: 95 (31%) thành công, 61 (20%) dưới sự kiểm soát, 35 (11%) không thành công, 116 (37%) mặc định và 3 (1%) chuyển giao. Trong số 167 (53,9%) NB vẫn đang điều trị sau một năm đã có một sự gia tăng đáng kể trong tỷ lệ NB được phân loại như liên tục ở cuối điều trị (từ 11% đến 53%), với sự sụt giảm ở tất cả các ca bệnh nặng dai dẳng (từ 34% đến 12% cho bệnh nhẹ, 45% đến 28% cho bệnh vừa phải và 10% đến 8% cho bệnh nặng). Tác giả đưa ra kết luận: trong khi chất lượng cuộc sống của NB có thể được cải thiện nếu họ tuân theo điều trị thường xuyên, nên những thách thức quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc để đảm bảo rằng những NB sẽ luôn tuân thủ điều trị [49]. Hay nghiên cứu thực hiện trên 63 người bệnh HPQ, có sự xuất hiện của cơn khó thở về đêm, nhận thấy: cơn hay xuất hiện lúc 1 giờ – 3 giờ

sáng; ho nhiều; làm người bệnh mất ngủ; có cảm giác mệt mỏi, lo lắng; ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống hàng ngày. Sau khi sử dụng các loại thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài như: Theostat 300mg, Bambec 10mg và Volmax 4mg, có có từ 60% đến 80% số người bệnh cắt được hoàn toàn cơn khó thở về đêm, giúp người bệnh cải thiện được các dấu hiệu lâm sàng và nâng cao chất lượng cuộc sống (Trịnh Mạnh Hùng 2012 tạp chí Y học thực hành số 1 (804) 2012).

Bảng câu hỏi trắc nghiệm ACT có thể giúp NB đánh giá được mức độ kiểm soát HPQ ngay tại nhà do đặc điểm đơn giản, rẻ tiền, dễ thực hiện, khá chính xác và không cần đo chức năng hô hấp và quan trọng hơn hết là tăng cường được sự hợp tác giữa CBYT và NB, giúp tuân thủ điều trị tốt hơn [32], [75]. Để xác định độ tin cậy và hiệu lực của Test kiểm soát hen (ACT); Nghiên cứu cho thấy tính thống nhất trong nội bộ ACT là 0,83 [109]. Giáo dục NB làm cho chi phí quản lý bệnh hiệu quả và toàn diện hơn [108]. Chúng tôi cũng áp dụng bảng ACT trong suốt quá trình hướng dẫn, tư vấn cho NB để theo dõi điều trị kiểm soát hen. Nghiên cứu của chúng tôi thấy tổng điểm ACT trung bình của người bệnh can thiệp có xu hướng tăng lên và tăng nhanh trong 3 tháng đầu và duy trì, tăng lên ít từ tháng thứ 8 trở đi. Trong 12 tháng can thiệp, điểm ACT người bệnh can thiệp tăng trung bình 0,201 điểm mỗi tháng, mối liên quan chặt chẽ với  $r = 0,853$  và  $p < 0,001$ . Đây cũng là cơ sở cho việc áp dụng triển khai trong các nghiên cứu tương tự với thời gian 9-12 tháng là phù hợp với mô hình CLB sức khỏe tại cộng đồng.

#### **- Các yếu tố liên quan trước và sau can thiệp kiểm soát HPQ**

Nghiên cứu các yếu tố liên quan trong triển khai và đánh giá hiệu quả mô hình CLB. Chúng tôi thấy sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ở nhóm trình độ THPT  $p < 0,05$ ; nhóm được truyền thông trực tiếp, gián tiếp, cả hai loại hình truyền thông, dự phòng bằng thuốc thì có mức độ đạt cao hơn, có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$  (Bảng 3.21)

Không thấy ảnh hưởng của giới tính, trình độ học vấn với kiến thức của đối tượng NC, có thể NB đều có thể tiếp cận với kiến thức y học cơ bản do chúng tôi cung cấp. Phân tích đa biến, nhóm ĐT “Nghèo – cận nghèo” có xu hướng đạt về kiến thức cao hơn so với nhóm có điều kiện kinh tế trung bình (OR: 2,201; 95%CI: 0,999-4,851;  $p = 0,05$ ). Ở phân tích đơn biến, các nhóm ĐT được truyền thông qua cả 3 hình thức đều có xu hướng đạt về kiến thức cao hơn so với không được truyền thông, sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Tuy khi đánh giá trên nhiều yếu tố, chỉ có “Truyền thông gián tiếp” có ý nghĩa thống kê với OR: 4,433; 95%CI: 1,505-13,056;  $p < 0,05$ . Điều đó trong thực tế có thể việc truyền thông trực tiếp diễn ra ở mọi nơi; nhưng tài liệu truyền thông, hoạt động truyền thông trực tiếp chỉ áp dụng tại xã Hồng Thái, có thể những tác động đó làm điểm nhân giúp tăng hiệu quả truyền thông cho NB. Những NB được “Kiểm soát mức độ hen 1 phần” có xu hướng đạt kiến thức cao hơn so với “Không kiểm soát”; cả khi đánh giá một hay nhiều yếu tố tác động. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 3.21). Không có sự ảnh hưởng của giới tính, kinh tế, trình độ học vấn và việc kiểm soát mức độ hen với khả năng đạt về thái độ của đối tượng nghiên cứu (Bảng 3.22).

Khi đánh giá từng yếu tố, các nhóm ĐT được truyền thông từng hình thái hay cả 2 hình thức truyền thông đều có xu hướng đạt về kiến thức cao hơn so với không được truyền thông, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Khi đánh giá trên nhiều yếu tố, “Truyền thông gián tiếp” có ý nghĩa thống kê với OR: 2,354; 95%CI: 1,186-4,670;  $p < 0,05$ . Đánh giá trên nhiều yếu tố, có thể thấy mức độ hen ảnh hưởng tới thái độ của đối tượng NC. Những người có hen bậc 2 (OR: 1,701; 95% CI: 1,035-2,795;  $p < 0,005$ ), bậc 3 (OR: 2,321; 95% CI: 1,119-4,814;  $p < 0,005$ ), bậc 4 (OR: 5,780; 95% CI: 1,656-20,175;  $p < 0,001$ ) có xu hướng đạt về thái độ cao hơn so với người hen độ 1 (Bảng 3.23). Cho nên, có thể khó tác động tới thái độ của những NB thể bệnh nhẹ hoặc thể bệnh nặng khó điều trị. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu và sản xuất các tài liệu truyền thông gián tiếp, có thể sự tham gia của tài liệu truyền thông, truyền thanh đã tác động giúp cho truyền thông trực tiếp hiệu quả hơn.

Có sự ảnh hưởng của giới tính nam, trình độ học vấn THPT và việc tham gia truyền thông GDSK tới thực hành của đối tượng nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Có mối liên quan giữa thực hành và độ hen của người bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Đánh giá trên nhiều yếu tố, có thể thấy mức độ hen có liên quan tới thực hành của đối tượng NC. Những người có hen bậc 3 (OR: 4,076; 95% CI: 1,765- 9,415;  $p < 0,001$ ), bậc 4 (OR: 3,864; 95% CI: 0,851-17,537;  $p < 0,05$ ) có xu hướng đạt về thực hành cao hơn so với người hen độ 1, độ 2 (Bảng 3.24). Điều này có thể phản ánh trong thực tế đây là thể bệnh nặng, nhưng tác động để kiểm soát hen thuận lợi hơn so với độ 4; mức độ bệnh nặng cũng khiến họ quan tâm đến thực hành điều trị hơn so với người thể bệnh nhẹ.

Không có sự ảnh hưởng của giới tính, điều kiện kinh tế, trình độ học vấn với KAP chung của đối tượng nghiên cứu. Khi phân tích đơn biến và đa biến đều thấy có mối liên quan giữa KAP chung và hoạt động truyền thông GDSK, độ hen, mức độ kiểm soát hen, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Trong cả phân tích đơn biến và phân tích đa biến Đánh giá trên nhiều yếu tố, có thể thấy KAP liên quan tới mức độ kiểm soát hen 1 phần của đối tượng NC. Những người KS hen 1 phần (OR: 1,863; 95% CI: 1,135- 3,057;  $p = 0,05$ ) có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 3.25). Điều này cũng là đích nghiên cứu đang nhắm đến để đánh giá hiệu quả mô hình CLB hen tại cộng đồng. Những hoạt động nhằm tác động đến KAP NB, nhằm tới việc sử dụng thuốc điều trị dự phòng và đương nhiên sử dụng đúng thuốc đúng cách sẽ giúp bệnh HPQ được kiểm soát. Trên cơ sở tuyên truyền phổ biến kiến thức dễ hiểu, dễ làm thực hiện theo; do vậy không có sự khác biệt ở các đối tượng nghiên cứu.

Có mối liên quan mức độ kiểm soát hen với trình độ học vấn THCS, THPT và hen bậc 1 và bậc 2 của đối tượng nghiên cứu can thiệp, khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  (Bảng 3.26). Có thể nhóm có trình độ học vấn cao thường ý thức tuân thủ điều trị hơn, kỹ năng thực hành tốt hơn và nhóm bệnh nhẹ, khi áp dụng biện pháp dự phòng thì hiệu quả cũng tốt hơn.

Đánh giá mức độ kiểm soát hen trong NC can thiệp của chúng tôi theo thang điểm ACT số NB kiểm soát hoàn toàn tăng từ 3,5% lên 11,0%; số NB kiểm soát một phần tăng từ 29,0% lên 48,5% CSHQ tăng 67,2%; số NB không được kiểm soát từ 67,5% xuống 40,5%; CSHQ 40,0%. Trong khi nhóm ĐC có giảm không đáng kể so với nhóm CT: số NB kiểm soát hoàn toàn tăng từ 4,3% lên 4,7%, CSHQ 9,3%; số NB kiểm soát một phần tăng từ 29,8% lên 32,5%; số NB không được kiểm soát giảm nhẹ từ 65,8 xuống 62,7%. CSHQ: 4,7%. Rõ ràng nhóm can thiệp cải thiện về điểm ACT hơn nhóm chứng. Điều đó thể hiện, giúp NB nâng cao sức khỏe, chất lượng sống, mức độ kiểm soát hen (Bảng 3.20). Trong một nghiên cứu khác, tỷ lệ NB đạt kiểm soát hen hoàn toàn tăng dần theo thời gian điều trị dự phòng sau 1, 3, 6, 9 tháng là 51,9%; 72,5%; 83,7% và 87%. Quản lý điều trị dự phòng hen góp phần cải thiện mức độ kiểm soát hen ở trẻ em [25]. Mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng bệnh với các yếu tố giới tính, độ tuổi, khu vực sinh sống, phơi nhiễm với bếp than, lông chó, mèo và khói thuốc lá [26]. Đánh giá sự cải thiện các triệu chứng, chức năng hô hấp sau điều trị ICS + LABA; triệu chứng ban ngày giảm 39,7% sau 2 tuần, giảm 91,2% sau 4

tuần điều trị ( $p < 0,05$ ); triệu chứng về đêm cải thiện 59,6% sau 2 tuần và 100% sau 4 tuần điều trị. Số lần dùng thuốc cắt cơn trung bình giảm 0,6 lần sau 2 tuần, sau 4 tuần không còn NB nào phải dùng thuốc cắt cơn ( $p < 0,05$ ) [30].

Theo Trương Thị Diệu khi NC đặc điểm NB và hiệu quả điều trị quản lý HPQ; với thời gian đánh giá hiệu quả quản lý điều trị từ 3 đến 12 tháng. Khi bắt đầu điều trị quản lý số NB có FEV1 >80% là 60,6%. Có 54% NB có độ hồi phục FEV 1 sau test hồi phục phế quản; 46% các trường hợp khám lần đầu được kiểm soát > 20 điểm; 90% NB dùng Corticoid dạng hít; 80% NB kết hợp dùng LABA/CRS hít. 81,2% tuân thủ tốt, 80,3% dùng đúng thuốc, 87,4% dùng đủ thuốc; áp dụng tránh yếu tố kích phát cơn hen 68,6%; tương tự như kết quả NC của chúng tôi. Tỷ lệ NB đạt kiểm soát hen hoàn toàn tăng dần theo thời gian điều trị dự phòng sau 1, 3, 6, 9 tháng là 51,9%; 72,5%; 83,7% và 87%. Quản lý điều trị dự phòng hen góp phần cải thiện mức độ kiểm soát hen ở trẻ em [25]. Chiến lược cải thiện kiểm soát hen có thể sẽ không chỉ cải thiện cho NB, mà còn để giảm chi phí xã hội [88]. Điểm ACT cao sẽ kết hợp với chi phí hàng năm thấp hơn; kiểm soát hen kém khiến tăng chi phí chung và chi phí cấp cứu; phát hiện này là nhất quán trên nhiều lĩnh vực châu Á-Thái Bình Dương [57].

Bảng câu hỏi trắc nghiệm ACT có thể giúp người bệnh đánh giá được mức độ kiểm soát HPQ ngay tại nhà do đặc điểm đơn giản, rẻ tiền, dễ thực hiện, khá chính xác và không cần đo chức năng hô hấp và quan trọng hơn hết là tăng cường được sự hợp tác giữa thầy thuốc và NB, giúp tuân thủ điều trị tốt hơn [32]. Câu lạc bộ sức khỏe đã có tác dụng rõ rệt nâng cao kiến thức về thực hành của người dân (cao hơn hẳn so với trước can thiệp và so với phường đối chứng, CSHQ đạt từ 22,7-187,9%) [34],[38]. Hiệu quả can thiệp bằng giáo dục sức khỏe đã làm giảm triệu chứng ban ngày và triệu chứng ban đêm của trẻ can thiệp sau 1 năm, có sự khác biệt so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). Có sự tăng tỉ lệ trẻ đạt kiểm soát hen tốt ở quận can thiệp từ 88,7% lên 94,6% sau 1 năm, mức tăng có ý nghĩa so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). Giáo dục sức khỏe làm giảm tỉ lệ trẻ phải nghỉ học vì hen ở quận can thiệp từ 11,3% xuống còn 2,3% sau 1 năm, mức giảm có ý nghĩa so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ) [16].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy: Tổng điểm ACT trung bình của người bệnh có xu hướng tăng lên và tăng nhanh trong 3 tháng đầu. Điểm ACT duy trì và tăng lên ít từ tháng thứ 8 trở đi (*Hình 3.4*). Điều này cũng phù hợp với thực tế là các hoạt động TTGDSK trong các tháng đầu, cũng là thời điểm tác động đến NB trong



thực hành, sử dụng thuốc dự phòng và việc nâng điểm ACT, mức độ kiểm soát hen cũng hiệu quả ngay.

Đánh giá tình trạng kiểm soát HPQ, đo lường bằng Test kiểm soát HPQ (ACT) sử dụng trong chăm sóc sức khỏe và chi phí trong tám khu vực châu Á-Thái Bình Dương. Điểm ACT của 2.062 NB, 59% (1220) <20 điểm, cho thấy rằng bệnh HPQ không được kiểm soát tốt là 21% (423) <15 điểm, cho thấy kiểm soát chưa tốt bệnh hen. Trung bình mỗi NB hàng năm chi phí quản lý bệnh HPQ cho NB có ACT < 15 là 861 USD (khoảng tin cậy 95%); 319 USD cho NB với số điểm ACT 15-19, và 193 USD cho NB với số điểm ACT >20. Điểm ACT cao gắn liền với kinh phí hàng năm thấp hơn đáng kể về quản lý bệnh. Kiểm soát HPQ thấp có liên quan với tăng tất cả các chi phí chăm sóc sức khỏe đột xuất [57]. Điểm ACT tương quan mức kiểm soát hen theo GINA (Thomas et al. *Respir Med* 2009). Nếu ACT < 20 điểm tương quan với chất lượng cuộc sống kém (ảnh hưởng công việc, nghỉ làm, nghỉ học, nhập viện trong trong 6 tháng qua, mất ngủ, khó thở và giới hạn vận động) (Demoly et al *Eur Respir Rev* 2010)

Các kiến thức về bệnh hen ở những NB và người chăm sóc được cung cấp bởi các CBYT. Việc áp dụng các hướng dẫn điều trị chuẩn cải thiện kiểm soát HPQ từ tuần thứ hai và những thay đổi trở nên đáng kể vào tuần thứ tư, tiếp tục tồn tại cho đến tuần thứ mười hai ( $p < 0,0001$ ). Can thiệp giáo dục dẫn đến thay đổi kiến thức trong nhiều lĩnh vực; cải thiện các triệu chứng HPQ bắt đầu sớm hơn trong những người được theo dõi can thiệp [51]. Người bệnh được can thiệp điều trị kiểm soát HPQ: căn cứ trên mức độ kiểm soát HPQ hiện tại và chế độ điều trị kiểm soát HPQ trong thời gian qua. Sử dụng thuốc kháng viêm và liều “đủ mạnh” để ức chế viêm, ưu tiên thuốc phối hợp ICS/LABA [1]. Tăng liều lên mức điều trị kế tiếp nếu hen chưa đạt kiểm soát sau 1 tháng hoặc có cơn hen cấp. Khi kiểm soát hen được duy trì ít nhất 3 tháng, có thể giảm liều thuốc kiểm soát hen nhằm tìm liều thuốc kiểm soát thấp nhất, có thể duy trì kiểm soát hen (GINA 2009). Thứ tự giảm liều là giảm ICS từng mức 50% cho đến liều ICS thấp nhất rồi mới giảm liều thuốc phối hợp (LABA, LTRA, Theophyline) [2]. Điều trị dự phòng bằng Seretide bước đầu đem lại cả hiệu quả lâm sàng và hiệu quả kinh tế cho NB [14]. Nguyễn Văn Đoàn khi NC “Bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị dự phòng hen phế quản của Seretide (Salmeterol/Fluticasone)”. Thấy nhu cầu dùng thuốc cắt cơn giảm rõ rệt từ 56,4% xuống 6,7%; đợt kịch phát giảm nhiều từ 1,9

đợt xuống 0,17 đợt; KSHT từ 0% lên 79,7%; PEF > 80% từ 8,2% lên 79,7%; điểm ACT 25 điểm từ 0% lên 82,3%. Hiệu quả kinh tế: giảm chi phí cho NB theo thời gian, 3 tháng đầu là 229,05 nghìn/tháng, 3 tháng tiếp là 147,46 nghìn và 6 tháng cuối chi phí chỉ còn 85,77 nghìn/tháng; giảm chi phí vào viện 11,2 lần; tiền thuốc ĐTDP cả 1 năm giảm 2,8 lần và tổng chi phí ĐTDP giảm 2,6 lần so với ĐTNT [14].

Mô hình giáo dục sức khỏe về bệnh HPQ nên được triển khai rộng hơn tại trường học, cộng đồng, chú ý phát hiện và theo dõi các trường hợp HPQ chưa được kiểm soát. Cần duy trì hoạt động giáo dục sức khỏe về bệnh HPQ hàng năm và coi đây là hoạt động y tế thường xuyên. Những NC tại trường học áp dụng TTGDSK kiểm soát HPQ hoặc các CLB tại bệnh viện, chúng tôi đã thấy các tác giả thực hiện. Trong khi những NC giống như chúng tôi thực hiện tại nước ngoài hoặc trong nước đều chưa thấy công bố. Để chương trình can thiệp mang tính bền vững cần tiếp tục củng cố mạng lưới và nguồn lực cần thiết để duy trì các hoạt động chính của chương trình dự phòng [19]. Kiểm soát là đánh giá hoạt tính của bệnh HPQ trong một khoảng thời gian ngắn (một tuần đối với bảng câu hỏi ACQ, bốn tuần cho trắc nghiệm ACT) [48]. Kiểm soát này chủ yếu dựa vào định lượng các triệu chứng và sự thích ứng với cuộc sống hàng ngày, cũng có thể dựa trên đo lưu lượng đỉnh thở ra (PEF). Việc kiểm soát có thể được đánh giá là kiểm soát 1 phần hoặc kiểm soát hoàn toàn [53].

Theo GINA 2014, đánh giá kiểm soát HPQ gồm kiểm soát triệu chứng và nguy cơ tương lai của kết quả xấu. Trong đó: Đánh giá kiểm soát triệu chứng trong 4 tuần qua; Xác định yếu tố nguy cơ đối với đợt kịch phát, giới hạn luồng thông khí và tác dụng phụ của thuốc; Việc đo chức năng hô hấp được thực hiện lúc chẩn đoán, lúc bắt đầu điều trị, sau điều trị với thuốc 3-6 tháng và định kỳ sau đó.

- Đánh giá các vấn đề điều trị cần xác nhận bậc điều trị hiện tại của NB; xem kỹ thuật hít thuốc đã đúng chưa, đánh giá sự tuân thủ điều trị và phản ứng phụ xảy ra khi dùng thuốc. Người bệnh cần có bản kế hoạch hành động hen và có thái độ đúng về mục đích của NB đối với bệnh và thuốc điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi phần nào giải quyết các vấn đề nêu trên, nhưng vẫn cần có những can thiệp tiếp để nâng cao hiệu quả điều trị tại cộng đồng. Kiểm soát HPQ chính là chìa khóa cho quản lý bệnh tốt vì: bệnh luôn biến đổi theo thời gian và không gian; khi được kiểm soát, bệnh không biến đổi nhiều nữa [1]. Kiểm soát HPQ là đánh giá tính chất của bệnh trong

một khoảng thời gian ngắn (1 tuần đến 3 tháng). Sự kiểm soát khác độ nặng của bệnh, vì đo lường trong 1 khoảng thời gian dài hơn (6-12 tháng).

Nhiều yếu tố có ảnh hưởng đến kiểm soát bệnh hen: các yếu tố có liên quan đến chính người bệnh (đánh giá quá mức kiểm soát từ chính người bệnh, cảm nhận về tình trạng khó thở, hút thuốc lá và tuân thủ điều trị kém). Các yếu tố có liên quan đến thầy thuốc (cần một chế độ điều trị đơn giản và giáo dục người bệnh) và kể cả các bệnh kèm theo (trào ngược dạ dày thực quản, béo phì, các chất gây ô nhiễm không khí...) [48]. Khi đạt được kiểm soát bệnh HPQ, điều cần thiết là phải thích ứng điều trị đối với tình trạng của NB; giảm liều hoặc tăng liều trở lại nếu thấy cần thiết. Trong mọi trường hợp, thầy thuốc phải tìm được liều lượng thuốc thấp nhất nhưng hiệu quả [48].

#### **- Tác động đến KAP của cán bộ y tế về HPQ trước và sau can thiệp.**

Nghiên cứu can thiệp của chúng tôi thấy có sự tăng rõ rệt của CBYT nhóm can thiệp về kiến thức, thực hành điều trị; cụ thể tham gia khám kê đơn HQCT 101,4%, dùng đúng thuốc xịt để chỉ định cắt con, dự phòng HQCT 49,9%; căn cứ điều chỉnh thuốc phù hợp HQCT 395,2%, trong khi nhóm chứng cơ bản không đổi hoặc tăng, giảm nhẹ so với đợt điều tra đầu (*Bảng 3.33*). Theo tác giả Sang-Heon Cho khi NC kiểm soát hen ở các nước châu Á-Thái Bình Dương và hành động vì tiền bộ trong tương lai. Các hoạt động can thiệp bao gồm; quảng cáo phương tiện truyền thông để nâng cao nhận thức về bệnh HPQ; phổ biến tài liệu giáo dục, tổ chức truyền thông phòng chống HPQ, đào tạo cán bộ y tế, hỗ trợ nghiên cứu và phổ biến hỗ trợ sử dụng thuốc [109]. Kiến thức của cán bộ y tế về tất cả các nội dung được can thiệp đã cải thiện rõ rệt, gồm: (1) kiến thức nhận biết dấu hiệu bệnh; (2) kiến thức xử trí và kê đơn và (3) tư vấn sau khám bệnh [23].

Sau can thiệp, có sự tăng rõ rệt của CBYT nhóm can thiệp về kiến thức, cụ thể biết bệnh HPQ là bệnh mạn tính tăng từ 70,8% lên 96,9%, trong khi nhóm chứng cơ bản không đổi hoặc tăng, giảm nhẹ so với ban đầu (*Bảng 3.29*). Trước can thiệp, BS Đào Thị V - BV ĐK An Dương cho rằng: *"...lâu rồi không được tham gia những lớp tập huấn về điều trị bệnh hen, cũng như không được tập huấn đào tạo kiến thức mới về vấn đề này"* PVS\_CBYT; hay Bs Trần Văn T. *"... hiện tại chúng tôi áp dụng biện pháp khám điều trị giống như hồi học trong trường, nên những thông tin mới không được cập nhật"* PVS\_CBYT (*Hộp 3.8*)

CBYT nhóm can thiệp tăng rõ rệt về thái độ về hiệu quả điều trị hen, cụ thể số biết hiệu quả khi điều trị đúng của nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng 55,4% lên 96,9%; CSHQ 74,9%; HQCT 72,4%; thái độ đúng về tác hại của bệnh từ 58,5% lên 95,4% CSHQ 63,1%, so với nhóm chứng CSHQ 0%; tham gia tư vấn điều trị cho người bệnh từ 27,7% lên 90,8%; thái độ của CBYT về tác dụng phụ của thuốc từ 20,0% lên 89,2% CSHQ 346,0%, trong khi nhóm chứng duy trì ở mức 40%, CSHQ 0% (*Bảng 3.31*).

CBYT được can thiệp đã thực hành tốt hơn khi hướng dẫn người bệnh sử dụng bảng ACT, đo lưu lượng đỉnh cho người bệnh tăng từ 0% lên 15,4%; thực hành tư vấn cách phòng bệnh cho người bệnh đã tăng ở nhóm can thiệp 50,8% lên 93,8% HQCT 72,6%; làm mẫu được các bước xịt thuốc dự phòng từ 7,7% lên 63,1% CSHQ 719,4%, HQCT 719,4%. Trong khi nhóm chứng: hiểu biết thực hành, hướng dẫn người bệnh trước và sau điều tra kết quả tương tự nhau (*Bảng 3.35*). Kiến thức của CBYT huyện An Dương về bệnh hen được cải thiện rõ rệt; CSHQ sau can thiệp 61,5% đạt Tốt; 29,2% đạt Khá HQCT 1822%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các nhóm có kiến thức Tốt, Chưa đạt với  $p < 0,001$ ; Khá  $p < 0,05$  (*Bảng 3.30*). Thái độ của CBYT huyện An Dương trong chẩn đoán bệnh hen được cải thiện rõ rệt; sau can thiệp 75,4% đạt tốt, CSHQ 879,2%, HQCT 850,1%; không còn trường hợp không đạt so với trước can thiệp là 76,9% (*Bảng 3.32*). Thực hành của CBYT huyện An Dương về điều trị cắt cơn hen được cải thiện rõ rệt; đạt Tốt CSHQ sau can thiệp 145,8% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ , HQCT 127%; đạt Khá CSHQ 61,5% HQCT 39,6% (*Bảng 3.34*). Thực hành của nhóm CBYT được CT về điều trị dự phòng hen được cải thiện rõ rệt; đạt tốt CSHQ sau can thiệp 1336,9% HQCT 1331,4% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,01$ ; đạt Khá CSHQ 46,7%; HQCT 46,7%. Các trường hợp trung bình CSHQ 29,1%, HQCT 20,1% (*Bảng 3.36*).

Việc thay đổi kiến thức thái độ thực hành của CBYT địa phương rất quan trọng; do trong quá trình sống, điều trị bệnh, y tế cơ sở gần dân nhất. Họ thực hiện tuyên truyền vận động, tham gia khám điều trị, do vậy muốn các chương trình can thiệp đạt hiệu quả thì KAP của CBYT cần phải nâng lên. KAP của CBYT huyện An Dương về bệnh HPQ được cải thiện rõ rệt; CSHQ sau can thiệp 66,1% đạt tốt; đạt Khá CSHQ 113,8%, HQCT 85,5%; cải thiện trường hợp chưa đạt CSHQ 98%, HQCT 89% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm Tốt, Chưa đạt với  $p < 0,001$ , đạt mức Trung

bình  $p < 0,05$ . Trong khi nhóm chứng chỉ số hiệu quả thực hành điều trị nhóm tốt và nhóm trung bình tăng nhẹ, còn lại duy trì như trước (*Bảng 3.37*). Kiến thức thái độ thực hành của CBYT rất quan trọng, ở Hải Phòng, Việt Nam, người bệnh cần đi khám tư vấn điều trị y tế cơ sở, trong trường hợp cần chuyển tuyến khám tại quận huyện rồi mới tới bệnh viện chuyên khoa. Nếu được cung cấp kiến thức đúng, có thái độ đúng, thì thông qua hoạt động của mình CBYT sẽ tác động đến BN, qua đó cải thiện KAP của người bệnh, từ đó giúp người bệnh kiểm soát bệnh hen của mình.

Bs Nguyễn Thị B. T. “*Được các bác sĩ tập huấn, cung cấp kiến thức, kỹ năng truyền thông, chúng tôi hiểu về điều trị cắt cơn, điều trị dự phòng, đo lưu lượng đỉnh, giúp chúng tôi tự tin hơn trong khám tư vấn điều trị cho người bệnh*” TLN\_CBYT.

*Được y tế tuyến trên BV ĐH Y dược, Trung tâm truyền thông GDSK cấp cho dụng cụ đo lưu lượng đỉnh kế, áp phích tờ rơi, chúng tôi sử dụng rất hiệu quả các vật dụng được cấp*” PVS\_CBYT. “*Sau khi, được tập huấn, Trạm Y tế của tôi cũng triển khai các hoạt động tư vấn hướng dẫn bệnh nhân tại địa phương*” TLN\_CBYT (*Hộp 3.9*).

#### **- Yếu tố liên quan hiệu quả can thiệp tới KAP của cán bộ y tế**

Qua phỏng vấn, thảo luận nhóm. So sánh kết quả hoạt động của y tế địa phương trong tư vấn khám, điều trị bệnh hen trước can thiệp và sau can thiệp thấy có sự khác biệt giữa các yếu tố: giới, trình độ, tham gia đào tạo, tham gia tư vấn điều trị bệnh hen;  $p > 0,05$  (*Bảng 3.38*). Không có sự ảnh hưởng của giới tính, trình độ học vấn với kiến thức của đối tượng nghiên cứu. Ở phân tích đơn biến, các nhóm đối tượng có tài liệu cập nhật bệnh HPQ; tham gia tư vấn, tham gia khám cấp cứu đều có xu hướng đạt về kiến thức cao hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Tuy khi đánh giá trên nhiều yếu tố. Qua phân tích đa biến, nhóm đối tượng “có tài liệu” có xu hướng đạt kiến thức cao hơn so với nhóm chứng (OR: 11,495; 95%CI: 2,272-58,152;  $p = 0,05$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (*Bảng 3.39*). Nhóm đối tượng “tham gia tư vấn” có xu hướng đạt về thái độ tốt hơn so với nhóm chứng (OR: 7,288; 95%CI: 1,390-38,212;  $p = 0,05$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (*Bảng 3.40*). Rõ ràng, nếu có kiến thức thái độ đúng, thông qua việc cập nhật tài liệu, điều đó giúp CBYT như một động lực để thay đổi thực hành. Việc sản xuất cung cấp các tài liệu là điều mà các chương trình can thiệp tới CBYT cần thực hiện, điều đó phản ánh đúng nhu cầu thực tế.

Phân tích yếu tố liên quan tới thực hành của CBYT. Ở phân tích đơn biến, các nhóm ĐT trình độ bác sĩ, có tài liệu; tham gia tư vấn, tham gia khám cấp cứu đều có xu hướng đạt về thực hành cao hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Qua phân tích đa biến, nhóm đối tượng “tham gia tư vấn” có xu hướng đạt về thực hành tốt hơn so với nhóm chứng (OR: 4,953; 95%CI: 1,177-20,836;  $p = 0,05$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 3.41). Các nhóm đối tượng trình độ bác sĩ, được đào tạo, có tài liệu; tham gia tư vấn, tham gia khám cấp cứu đều có xu hướng đạt về thực hành cao hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Qua phân tích đa biến, nhóm ĐT “tham gia tư vấn” có xu hướng đạt về thực hành dự phòng tốt hơn so với nhóm chứng (OR: 21,998; 95%CI: 3,185-151,946;  $p = 0,05$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (Bảng 3.42). Nhóm đối tượng trình độ bác sĩ, được đào tạo, có tài liệu; tham gia tư vấn, tham gia khám cấp cứu đều có xu hướng đạt Kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) cao hơn so với nhóm chứng (Bảng 3.43).

Tuy nhiên kết quả can thiệp CBYT là ban đầu, cần có chiến lược dài trong can thiệp đào tạo, cung cấp kiến thức, kỹ năng cho CBYT để hệ thống y tế mạnh hơn trong tuyên truyền, điều trị kiểm soát bệnh hen. Khuyến khích CBYT thực hiện tư vấn tuyên truyền, từ đó sẽ giúp người bệnh được hưởng lợi từ các hoạt động y tế.

Theo M.R. Partridge khi NC việc tăng cường chăm sóc cho những người bị bệnh HPQ: vai trò của truyền thông, giáo dục, đào tạo và tự quản lý. Tác giả cho rằng việc giảm tỷ lệ mắc bệnh liên quan với HPQ đòi hỏi sự chú ý đến một số khía cạnh của hành vi của CBYT với NB và sự tương tác giữa hai nhóm này. Trong xem xét này, những gì đã được học về sức khỏe chuyên nghiệp / giao tiếp và giáo dục NB (kỹ năng, cài đặt và tài liệu), bao gồm cả đường dây nóng điện thoại, giáo dục NB ở các nước có thu nhập thấp, việc lồng ghép giáo dục NB vào thực hành lâm sàng, đào tạo chuyên viên y tế và thực hiện các chủ trương, vai trò của chương trình phòng chống hen quốc gia. Những thay đổi trong chính sách công sẽ tăng cường chăm sóc bệnh HPQ và thúc đẩy các kỹ năng tự quản lý bệnh HPQ, cũng là hiệu quả cần xem xét đến. Nghiên cứu kết luận giáo dục tốt người bệnh HPQ và những lời khuyên về tự quản lý, có thể làm giảm đáng kể sự ảnh hưởng và chi phí liên quan với bệnh HPQ [90].

Việc dùng dụng cụ đo lưu lượng đỉnh cho người bệnh còn khá thấp, chỉ có 15,4% CBYT sau can thiệp thực hiện được, còn nhóm chứng có tăng nhẹ, trong khi số CBYT

làm mẫu được các bước sử dụng thuốc xịt dự phòng tăng cao ở nhóm can thiệp với 7,7% lên 63,1%, trong khi nhóm chứng duy trì ở mức 23,6% (Bảng 3.35). Để nâng cao hiệu quả kiểm soát HPW, thì cần cung cấp dụng cụ đo lưu lượng linh, và hướng dẫn người bệnh sử dụng hàng ngày để theo dõi chức năng hô hấp; có như vậy, phương pháp kiểm soát bệnh của chúng ta mới tiệm cận khuyến cáo của GINA 2016.

Sự hài lòng về trình độ, kiến thức của CBYT về bệnh HPQ khá thấp, nhóm can thiệp 10,8% và nhóm đối chứng 11,6%, có thể phản ánh mong muốn được học, nâng cao trình độ với 100% CBYT mong muốn được đào tạo về HPQ bao gồm kiến thức chung, điều trị dự phòng, điều trị cắt cơn, triển khai mô hình can thiệp tại địa phương.

#### **- Hiệu quả can thiệp đạt được.**

##### ***Đánh giá hiệu quả hoạt động TTGDSK về bệnh hen phế quản qua kết quả điều tra và thảo luận nhóm của nhóm người bệnh.***

Nhiều người bệnh cho rằng: “CLB đã giúp cho chúng tôi nơi giao lưu sinh hoạt, làm tâm lý tinh thần thoải mái hơn, rất mong đến ngày sinh hoạt CLB” (Hộp 3.5)

Trước đó NB không biết mình bị hen, chỉ nghĩ bệnh ho, viêm họng nhưng từ khi được hướng dẫn, mua thuốc đúng, xịt đúng cách, sức khỏe tốt lên. Nhờ có CLB mà NB biết thêm kiến thức về điều trị dự phòng HPQ, chủ động dùng thuốc dự phòng, giảm đi cấp cứu, dùng thuốc dự phòng ít tốn kém so với đi cấp cứu.

“CLB sinh hoạt một tháng một lần, nhiều khi có việc bận tôi cũng bố trí, sắp xếp tham gia. Mỗi tháng đến, được các bác sĩ chia sẻ kiến thức, hướng dẫn thực hành dùng thuốc đúng cách, đo lưu lượng đỉnh, kiểm tra sức khỏe ... các bác sĩ chỉ bảo tận tình, còn tặng quà, nên bệnh nhân rất thích tham gia CLB”

“Tham gia câu lạc bộ, nhiều người cao tuổi trước đây yếu lắm, thế mà giờ họ khỏe, vui vẻ tham gia CLB thường xuyên. Mô hình CLB như thế này, hay quá, nhà nước nên mở rộng ra các địa phương khác để bà con được tham gia” (Hộp 3.5).

Đó cũng là những lời động viên, cảm ơn về ý nghĩa, hiệu quả của CLB mang lại tới người bệnh, giúp cho nhóm nghiên cứu có thêm động lực trong triển khai can thiệp.

##### ***Đánh giá hiệu quả hoạt động TTGDSK về bệnh hen phế quản qua kết quả điều tra và thảo luận nhóm của nhóm cán bộ y tế.***

Nhiều CBYT cho rằng từ ngày có Câu lạc bộ, hoạt động truyền thông, chúng tôi cảm thấy trình độ kiến thức của NB được nâng lên, nhiều người khỏe ra. Họ nhận xét tốt

về Câu lạc bộ và các bác sĩ chuyên ngành tham gia. Khi được các bác sĩ tập huấn, cung cấp kiến thức, kỹ năng truyền thông, chúng tôi hiểu về điều trị cắt con, điều trị dự phòng, đo lưu lượng đỉnh, giúp CBYT địa phương tự tin, chủ động hơn trong khám tư vấn điều trị cho người bệnh HPQ [38].

Được y tế tuyến trên BV ĐH Y dược Hải Phòng, Trung tâm truyền thông GDSK Hải Phòng cấp cho dụng cụ đo lưu lượng đỉnh kế, áp phích tờ rơi, CBYT sử dụng rất hiệu quả các vật dụng được cấp. Sau khi, được tập huấn, Trạm Y tế các xã khác tại An Dương cũng triển khai các hoạt động tư vấn hướng dẫn NB tại địa phương và mong được triển khai mô hình TT-GDSK tương tự cho nhân dân địa phương [9].

Như vậy có thể thấy mô hình sinh hoạt CLB đã đưa đến các kết quả tích cực, thay đổi cả kiến thức, thái độ và thực hành của người bị bệnh HPQ và cán bộ y tế tham gia điều trị và quản lý người bệnh HPQ ở địa bàn nghiên cứu can thiệp. Mô hình đã thực hiện các hoạt động TT-GDSK lồng ghép, thu hút được nhiều bên liên quan tham gia và có thể áp dụng được ở các địa bàn khác.

Là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam áp dụng biện pháp can thiệp GDSK tại cộng đồng bằng hình thức Câu lạc bộ cho người bệnh HPQ, sử dụng nguồn nhân lực sẵn có ở các đơn vị y tế và các cộng tác viên y tế tại cộng đồng. Với những kết quả đạt được và những hạn chế tồn tại của đề tài chúng tôi cho rằng đây sẽ là tiền đề để triển khai các NC khác trong lĩnh vực này, nhằm nâng cao hiệu quả kiểm soát hen phế quản cho người trưởng thành và các nhóm đối tượng khác trong cộng đồng.



## KẾT LUẬN

Đề tài nghiên cứu được thực hiện tại hai huyện An Dương, An Lão - Hải Phòng, năm 2013-2014, qua nghiên cứu cho kết luận như sau:

### **1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bệnh hen phế quản tại hai xã nghiên cứu**

#### ***1.1. Thực trạng bệnh hen phế quản tại 2 xã nghiên cứu***

- Tỷ lệ mắc HPQ chung ở người trưởng thành là 3,80%, tỷ lệ mắc HPQ khác nhau giữa nữ và nam với 4,05% và 3,54% , sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tỷ lệ mắc HPQ giữa 2 xã Hồng Thái An Dương và xã Quốc Tuấn An Lão theo giới khá tương đồng, ở nam giới là 3,41% và 3,64 %; và nữ giới là 4,08% và 4,02%.
- Đa số người bệnh có trình độ học vấn thấp, từ THCS trở xuống chiếm tới 80,9%.
- Đa số người bệnh làm nông nghiệp (71,0%)
- Mức độ bệnh: bậc 1 là 43,5%; bậc 2 là 36,7%; bậc 3 là 15,8%; bậc 4 là 4,0%;
- Mức độ kiểm soát hoàn toàn 4,0%; kiểm soát 1 phần 29,4%; không kiểm soát 66,6%.

#### ***1.2. Một số yếu tố liên quan đến người bệnh hen phế quản tại 2 xã nghiên cứu***

- Tỷ lệ người mắc bệnh HPQ có người thân mắc HPQ là 35,4%.
- Yếu tố gây kích phát cơn HPQ do thay đổi thời tiết 83,7%, gắng sức 48,6%, lạnh 41,1%, cảm xúc 3,1%; ăn uống 1,3%.
- Mức độ bệnh nặng hơn ở nam giới, nhóm tuổi trên 60, nhóm mắc bệnh kéo dài trên 5 năm, không dùng thuốc dự phòng, và không được truyền thông GDSK, nhóm trên 60 tuổi không kiểm soát bệnh HPQ cao hơn nhóm dưới 60 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .
- Mức độ KAP chung của NB TCT: Tốt 2%, Khá 3,7%, Trung Bình 9,9%, Chưa đạt 84,4%.
- Số CBYT được đào tạo về bệnh HPQ trong 1 năm trước CT là 8,3%. Mức độ KAP chung của CBYT TCT: Tốt 5,4%, Khá 19,1%, Trung Bình 19,1%, Chưa đạt 65,4%.

### **2. Kết quả giải pháp can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe trong kiểm soát bệnh hen phế quản ở đối tượng nghiên cứu**

#### ***2.1. Hiệu quả can thiệp tới người bệnh:***

- Can thiệp đã có hiệu quả tới việc giảm mức độ HPQ của người bệnh. Sau can thiệp NB HPQ bậc 1 tăng lên, bậc hen nặng giảm ( $p < 0,05$ ). NB kiểm soát hoàn toàn tăng từ 3,5% lên 11,0%, HQCT đạt 205%.

- Sau can thiệp người bệnh ở xã CT KAP mức độ tốt 24,5%, CSHQ 22,0%; KAP khá 20,5%, CSHQ 17,5%; KAP trung bình 28,5%, CSHQ 21,0%. sự khác biệt sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ) ở cả 4 nhóm thực hành Tốt, Khá, Trung bình, Chưa đạt.

- Tổng điểm ACT trung bình của NB tăng nhanh trong 3 tháng đầu can thiệp và tăng ít từ tháng thứ 8 trở đi. Điểm ACT người bệnh tăng trung bình 0,201 điểm mỗi tháng, có mối liên quan chặt chẽ ( $r = 0,853$  và  $p < 0,001$ ).

- Không thấy sự ảnh hưởng của giới tính, điều kiện kinh tế, trình độ học vấn với KAP chung của NB nghiên cứu. Có mối liên quan giữa mức độ đạt KAP chung và hoạt động truyền thông GDSK, bậc HPQ, mức độ kiểm soát HPQ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## **2.2. Hiệu quả can thiệp tới cán bộ y tế:**

- KAP của CBYT sau can thiệp về bệnh được cải thiện rõ rệt; đạt tốt 66,1%; đạt Khá 23,1%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm Tốt với  $p < 0,001$ .

- Nhóm cán bộ y tế được đào tạo; tham gia tư vấn, khám cấp cứu, đạt KAP về bệnh tốt hơn so với nhóm chứng; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Nhóm đối tượng được đào tạo; tham gia tư vấn khám cấp cứu, có xu hướng đạt KAP tốt hơn (OR: 15,602; 95%CI: 1,076 - 226,130;  $p = 0,05$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## **KHUYẾN NGHỊ**

Qua nghiên cứu chúng tôi đưa ra những khuyến nghị sau:

### **- Đối với ngành y tế:**

+ Cần nâng cao kiến thức chuyên môn cho nhân viên y tế tuyến cơ sở và cộng tác viên về HPQ. Xây dựng chương trình TT-GDSK về HPQ cho cộng đồng, cần chú trọng đến đối tượng đích là người vùng nông thôn, có trình học vấn độ thấp, điều kiện kinh tế khó khăn.

+ Nên chú trọng triển khai mô hình Câu lạc bộ HPQ tại cộng đồng trong khoảng thời gian từ 9-12 tháng, có hướng dẫn cụ thể việc điều trị kiểm soát HPQ cho người bệnh.

+ Triển khai những nghiên cứu tiếp theo trong phạm vi rộng hơn về biện pháp can thiệp, quản lý bệnh HPQ tại cộng đồng một cách bền vững.

### **- Đối với cán bộ y tế tuyến cơ sở:**

+ Cần tham gia đào tạo, tự nâng cao kiến thức thái độ thực hành cho về điều trị kiểm soát HPQ.

+ Tăng cường hoạt động truyền thông trực tiếp tại cộng đồng với bệnh nhân HPQ và quan tâm đến điều trị dự phòng kiểm soát HPQ.

### **- Đối với người bệnh:**

+ Tham gia đầy đủ vào chương trình quản lý hen tại cộng đồng. Đến các cơ sở chuyên khoa để được khám tư vấn, hướng dẫn điều trị đúng cách.

+ Sử dụng bảng ACT để tự theo dõi mức độ kiểm soát HPQ của mình. Tăng cường thực hành áp dụng biện pháp sử dụng thuốc xịt dự phòng, kết hợp các biện pháp phòng tránh yếu tố kích phát cơn hen để kiểm soát bệnh HPQ tốt hơn.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU  
CỦA TÁC GIẢ ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Nguyễn Quang Chính, Phạm Huy Quyển, Phạm Văn Linh (2014),  
*Đặc điểm dịch tễ học bệnh hen phế quản tại xã Hồng Thái, huyện An Dương Hải Phòng.*  
Tạp chí y học thực hành số 921 - 2014, trang 290 - 294
2. Nguyễn Quang Chính, Phạm Huy Quyển, Phạm Văn Linh (2014),  
*Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến biểu hiện Hen phế quản tại xã Hồng Thái An Dương Hải Phòng Năm 2013.*  
Tạp chí y học thực hành số 921 - 2014, trang 100 - 104
3. Nguyễn Quang Chính, Phạm Huy Quyển, Phạm Văn Linh (2014),  
*Thực tế điều trị hen phế quản ở huyện An Dương Hải Phòng năm 2013.*  
Tạp chí y học thực hành số 921 - 2014, trang 467 – 470.
4. Nguyễn Quang Chính, Phạm Huy Quyển (2017),  
*Nghiên cứu hiệu quả can thiệp mô hình Câu lạc bộ bệnh hen phế quản trong điều trị kiểm soát hen phế quản tại xã Hồng Thái huyện An Dương, Hải Phòng*  
Tạp chí y học thực hành (1037) số 3/2017, trang 15 – 18.
5. Nguyễn Quang Chính, Phạm Huy Quyển (2016),  
*Đặc điểm dịch tễ học bệnh hen phế quản tại xã Quốc Tuấn, huyện An Lão Hải Phòng năm 2013.*  
Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của Hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2016, trang 128- 135.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Năng An (2009), *Hen phế quản, mấy vấn đề thời sự về lý luận, thực hành*, Nhà xuất bản Hà Nội.
2. Bộ Y tế, Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán điều trị Hen phế quản năm 2012.
3. Đặng Ngọc Chánh, Lê Ngọc Diệp, Nguyễn Đỗ Quốc Thống (2012), “*Kết quả nghiên cứu của mô hình truyền thông giáo dục sức khỏe thông qua cộng tác viên địa phương về nước sạch và vệ sinh môi trường ứng phó với biến đổi khí hậu tại huyện Cao Lãnh, Đồng Tháp*” *Tạp chí y học Hồ Chí Minh năm 2012, tập 16 số 3*
4. Ngô Quý Châu (2011), *Bệnh hô hấp*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
5. Ngô Quý Châu (2012), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*, Nhà xuất bản y học trang 186 – 198.
6. Nguyễn Quang Chính (2007), Đặc điểm dịch tễ học và thực trạng điều trị kiểm soát bệnh hen phế quản tại huyện Kim Thành Hải Dương Năm 2006, Luận văn Thạc sĩ y học – ĐH Y Hải Phòng 2007.
7. Nguyễn Quang Chính, Phạm Thu Xanh (2014), “*Khảo sát kiến thức thực hành và nhu cầu của người dân 6 xã tại 3 quận huyện ven biển Hải Phòng về ứng phó với biến đổi khí hậu*”, *Kỷ yếu đề tài NCKH hệ TTGDSK năm 2015*, trang 104 – 112.
8. Nguyễn Quang Chính, Nguyễn Quang Thịnh (2013), “*Đánh giá can thiệp cải thiện các hoạt động chăm sóc tại nhà/ cộng đồng và các dịch vụ điều trị HIV dành cho người sống chung với HIV/AIDS và trẻ nhiễm/ bị ảnh hưởng tại huyện Kiến Thụy và quận Dương Kinh năm 2011*”, *Kỷ yếu đề tài NCKH hệ TTGDSK năm 2012*, trang 12 – 17.
9. Nguyễn Quang Chính (2015), “*Khảo sát hiểu biết, thái độ hành vi của cộng đồng về phòng chống tác hại thuốc lá và luật phòng chống tác hại của thuốc lá tại Hải Phòng năm 2014*” *Kỷ yếu đề tài NCKH hệ TTGDSK năm 2015*, trang 73-79.
10. Nguyễn Quang Chính, Phạm Thu Xanh (2016), “*Nghiên cứu đánh giá tình hình triển khai luật phòng, chống tác hại của thuốc lá tại Hải Phòng năm 2015*”, *Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông GDSK năm 2015*, trang 113 – 120.

11. Giáo trình miễn dịch dị ứng học cơ sở, Tác giả Vũ Minh Thục, Phạm Văn thức, *Nhà xuất bản Đại học quốc gia Hà Nội*, năm 2005.
12. Bùi Hạnh Duyên, Nguyễn Văn Thọ, Lê Thị Tuyết Lan (2010), “Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân hen được kiểm soát hoàn toàn từ bậc 4 về bậc 1 tại phòng khám hô hấp Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí minh”, *Tạp chí y học Hồ Chí Minh năm 2009, tập 13 số 1*.
13. Phan Quang Đoàn (2000), “Một số nguyên nhân hay gặp gây Hen phế quản”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 9/2001, tr 44 – 46.
14. Nguyễn Văn Đoàn (2012), *Bước đầu đánh giá hiệu quả lâm sàng và kinh tế của điều trị hen phế quản bằng Seritide*, Đề tài cấp nhà nước năm 2012;
15. Phan Việt Đức (2011), *Đánh giá kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của Symbicort đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Hải Phòng*. Luận văn thạc sĩ chuyên ngành Nội khoa, Đại học Y Hải Phòng năm 2011.
16. Đặng Hương Giang (2014), *Đặc điểm dịch tễ học bệnh hen phế quản ở trẻ em 13 – 14 tuổi và hiệu quả can thiệp bằng giáo dục sức khỏe ở hai quận của Hà Nội*, Luận án tiến sĩ y học – Viện vệ sinh dịch tễ trung ương năm 2014.
17. Đàm Thị Hồng Hạnh (2012), *Đánh giá kết quả điều trị dự phòng của Singulair đối với hen phế quản tại bệnh viện Đại học Y dược Hải Phòng*, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y dược Hải Phòng năm 2012.
18. Trần Thúy Hạnh (2007), “Nghiên cứu rối loạn thông khí phổi trên bệnh nhân hen phế quản điều trị tại khoa Dị ứng miễn dịch lâm sàng BV Bạch Mai 11/5/2005 đến 4/2006”, *Tạp chí y học thực hành* (566+567) số 3/2007, tr 124 -126.
19. Trần Thúy Hạnh, Nguyễn Văn Đoàn (2010), *Dịch tễ học và tình hình kiểm soát hen phế quản ở người trưởng thành Việt Nam*. Đề tài nghiên cứu khoa học Bộ y tế, nghiệm thu năm 2012.
20. Nguyễn Văn Hiến, Ngô Toàn Định, Nguyễn Duy Luật (2003), “Ảnh hưởng của can thiệp truyền thông GDSK đến kiến thức, thái độ, thực hành của dân về vệ sinh môi trường/ 3 công trình vệ sinh xã Tân Trào huyện Thanh Miện tỉnh Hải Dương”, *Tạp chí nghiên cứu y học 21 (1) – 2003*.
21. Nguyễn Văn Hiến, Lê Thị Tài, Trần Thị Nga (2010), *Nghiên cứu thực trạng truyền thông giáo dục sức khỏe tuyến huyện và xây dựng mô hình thí điểm phòng*

- truyền thông GDSK ở Trung tâm y tế dự phòng huyện. Đề tài nghiên cứu cấp bộ - Bộ y tế năm 2010.*
22. Nguyễn Văn Hiến (2015), *Tài liệu Truyền thông giáo dục sức khỏe và nâng cao sức khỏe. Bài giảng cho học viên sau đại học, Đại học Y Hà Nội.*
  23. Nguyễn Thị Minh Hiếu (2010), *Đánh giá hiệu quả can thiệp cộng đồng trong thực hành xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Đan Phượng và Ba Vì, Hà Nội, Luận văn tiến sĩ y học – Viện vệ sinh dịch tễ TŨ.*
  24. Trịnh Mạnh Hùng (2000). *Một số kết quả bước đầu về chẩn đoán và điều trị đặc hiệu Hen phế quản do bụi nhà, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.*
  25. Lê Thị Minh Hương, Cù Minh Hiền, Đào Minh Tuấn (2011), “Đánh giá hiệu quả kiểm soát hen phế quản trẻ em theo hướng dẫn của GINA 2008”. *Tạp chí nghiên cứu y học* phụ trương 75 (4) 2011, trang 39 – 44.
  26. Lê Thị Minh Hương, Lê Thanh Hải (2012), “Một số đặc điểm dịch tễ học hen phế quản trẻ em tại bệnh viện Nhi trung ương năm 2012”; *Tạp chí nghiên cứu y học* 867 (số 4) 2013, trang 7 – 9.
  27. Vũ Trung Kiên (2013), *Thực trạng viêm mũi dị ứng của học sinh Trung học cơ sở Thái Bình, Hải Phòng và hiệu quả điều trị miễn dịch đặc hiệu bằng dị nguyên Dermatophagoides Prronyssinus, Luận án tiến sĩ y học – trường Đại học Y Thái Bình năm 2013.*
  28. Lê Thị Tuyết Lan (2014), *Áp dụng GINA 2014 tại Việt Nam, Tài liệu Hội thảo khoa học hô hấp và PT lồng ngực Pháp Việt VIII năm 2014 tại ĐH Y dược Hải Phòng.*
  29. Lê Thị Thúy Loan, Phạm Thị Minh Hồng (2010), “Tình hình quản lý bệnh nhân Hen phế quản tại BV Nhi Đồng 2 theo GINA 2006”. *Tạp chí y học Hồ Chí Minh*, số 2 năm 2010, tr 232 - 238.
  30. Khổng Thị Ngọc Mai (2011), “Một số nhận xét về hiệu quả điều trị kiểm soát hen phế quản bằng ICS + LABA ở học sinh tiểu học - trung học cơ sở thành phố Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học thực hành* số 763/2011 tr 46-48.
  31. Hoàng Văn Nhật (2011), *Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học và thực trạng kiểm soát hen phế quản người lớn tại huyện đảo Cát Hải Năm 2011, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II – ĐH Y Hải Phòng năm 2011.*

32. Lê Văn Nhi (2010). “Đánh giá mức độ kiểm soát hen phế quản bằng bảng trắc nghiệm ACT”, *Tạp chí y học Hồ Chí Minh*, số 2 năm 2010, tr 232 - 238.
33. Phạm Huy Quyên (2014), “Xác định chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại cộng đồng trên các đối tượng có tiền sử tiếp xúc với yếu tố nguy cơ và triệu chứng lâm sàng gợi ý”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 921/2014 tr 496-501.
34. Lê Thị Tài (2005). *Ảnh hưởng của mô hình truyền thông GDSK – Câu lạc bộ “Phụ nữ vì sức khỏe và môi trường” lên kiến thức, thực hành về vệ sinh môi trường. Tạp chí Y học thực hành số 39 (6).*
35. Phùng Chí Thiện, Nguyễn Xuân Bái (2013), “Nghiên cứu thực trạng mắc bệnh hen phế quản và một số yếu tố liên quan ở HS Tiểu học, Trung học Lê Hồng Phong, Ngô Quyền Hải Phòng”, *Tạp chí Y học thực hành*, (878) số 8/2003, 106-109.
36. Nguyễn Đức Thọ, Trần Quang Phục (2015), *Kiến thức thái độ thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người dân trên 40 tuổi ở Kiến Thiết, Tiên Lãng, Hải Phòng năm 2015*, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXV, số 11 (171) 2015 trang 101-106.
37. Nguyễn Thị Thu Thảo (2009), “Đánh giá ảnh hưởng truyền thông giáo dục về kiến thức, thái độ thực hành và các chỉ số kiểm soát trên bệnh nhân Đái tháo đường typ 2”, *Tạp chí khoa học Hồ Chí Minh số 6 năm 2009*, tr 71-78.
38. Trần Thị Thanh Thủy, Trần Quang Phục (2015), *Tác động của giải pháp tuyên truyền trực tiếp đến kiến thức thái độ thực hành về bệnh lao của người bệnh lao tại Bệnh viện lao và bệnh phổi Hải Phòng*, *Tạp chí Y học thực hành số 921 năm 2014*, tr 534-537.
39. Nguyễn Thị Thúy (2011), *Đánh giá kiến thức, thực hành của bố mẹ bệnh nhi bị bệnh hen trong điều trị dự phòng hen phế quản ở trẻ em*, Luận văn thạc sĩ Nhi khoa – Đại học Y Hà Nội.
40. Phạm Văn Thức (2011), *Hen phế quản, tập 1*, Nhà xuất bản Y học năm 2011.
41. Phạm Văn Thức (2011), *Hen phế quản, tập 2*, Nhà xuất bản Y học năm 2011.
42. Nguyễn Văn Tới, Lê Công Minh, Tạ Quốc Đạt, (2010), “Hiệu quả truyền thông trong thay đổi nhận thức – thực hành của người dân về phòng chống Sốt xuất huyết tại Bảo Vinh, Long Khánh, Đồng Nai năm 2009”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 14 phụ bản số 2 năm 2010, tr 48-53.



43. Trường Đại học Y Hà Nội (2004), *Phương pháp nghiên cứu khoa học trong Y học và sức khỏe cộng đồng*. Nhà xuất bản Y học năm 2004.
44. Trần Văn Sóng (2008), *Giá trị bảng câu hỏi trắc nghiệm ACT và GINA 2006 trong đánh giá mức độ kiểm soát hen*, Luận văn Thạc sĩ Y học.
45. Nguyễn Thị Vân (2012), *Hướng dẫn sử dụng thuốc trong điều trị hen phế quản*, Bài giảng Nội hô hấp cho học viên sau đại học Đại học Y.
46. Nguyễn Thị Vân (2012), *Chẩn đoán và xử trí cơn hen phế quản nặng ở người lớn* Bài giảng Nội hô hấp cho học viên sau đại học Đại học Y.
47. Phan Thanh Xuân (2015), *Hiệu quả can thiệp dự phòng lây truyền HIV ở phụ nữ mang thai tại hai quận, huyện thành phố Hồ Chí Minh năm 2010 - 2012*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội năm 2015.

#### TIẾNG ANH:

48. A.B Tonnel, J. Chalatter (2010), “Control of Asthma in 2010”, *Journal Franco – Vietnammien de Pneumologie 2010*; 01(01): 19.
49. Ait-Khaled N, Enarson D.A, Bencharif N, Boulahdib F (2006), “Treatment outcome of asthma after one year followup in health centres of several developing countries”, *Source title: International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* Volume: 10, Year: 2006.
50. A.S Amoah, A.G.Forson (2012), “A review of epidemiological studies of asthma in Gana”, *Ghana medical journal*, volume 46, number 2; 23-28.
51. Anita Kotwani a, Sunil K Chhabra (2012), “Impact of patient educationandstandard treatmentguidelinesforasthma control: aninterventiontrial”, *WHO South-East Asia Journal of Public Health 2012*; 1 (1): 42-51 42.
52. Andrew L. Ries, Maria A. Pichhi, Le Ha Tan Nguyen (1997), Asthma in a Vietnamese Refugee Population, *Am J Respir (rit Care Med* Vol. 155. pp. 1895-1901, 1997.
53. Anthony D’Urzo (2004), “The GOAL study”, *Am J Respir Crit Care Med 2004*; 170:836-44.
54. Barbara L, Frankowski (2009), “Asthma education: are pediatricians ready and Willing to Collaborate with schools”, *Pediatrics* Volume 124, Number 2 August, 793-795.

55. Banac Srdan, Kristina Lah Tomunic (2007), "Prevalence of asthma and allergic diseases in Croatian Children is increasing survey", *Croatia medical journal* 45(1), 721-726.
56. Bateman ED , HK Reddel , Eriksson G , Peterson S, Ostlund O (2010), "Overall control of asthma: relationship between control current and future risks", *Journal Allergy Clin Immunol* 2010 Mar; 125 (3): 600-8, 608.
57. C.K.W. Lai, S-H. Kuo, A.E. Williams, (2006), "Asthma control and its direct healthcare costs: finding using a derived Asthma control test TM score in eight Asia-Pacific areas", *European Respiratory Review*, Volume 15 Number 98.
58. C.K.W. Lai, Y-Y. Kim, S-H. Kuo (2006), "Cost of asthma in the Asia-Pacific region", *European Respiratory Review*, Volume 15 Number 98, 10-16.
59. Chhabra S. K (2007), "Assessment of control in Asthma: current scenario and instruments for measurement", *The Indian journal of chest diseases & Allied Sciences* 2007; 49: 5-7.
60. Deidre D. Crocker, Stella Kinyota (2007), "Effectiveness of Home-Based, Multi-Trigger, Multicomponent Interventions with an Environmental Focus for Reducing Asthma Morbidity", *Am J Prev Med* 2011; 41(2S1): S5-S32.
61. D Solé, IC Camelo-Nunes, GF Wandalsen, AC Pastorino (2007), "Prevalence of Symptoms of Asthma, Rhinitis, and Atopic Eczema in Brazilian". *Adolescents Related to Exposure to Gaseous Air Pollutants and Socioeconomic Status*; 2007 Esmon Publicidad 2007; Vol. 17 (1): 6-13
62. Eduard W., J. Douwes (2004), "Do farming exposures cause or prevent asthma? Result from a study of adult Norwegian farmers", *Thorax BMJ* May; 59, 381-386.
63. E. Mehuys, L. Van Bortel, (2008), "Effectiveness of pharmacist intervention for asthma control improvement", *Eur Respir J.* 2008 Apr; 31(4): 790-9.
64. Folletti, I.Zock (2014), "Asthma and rhinitis in cleaning workers: a systematic review of epidemiological studies", *Journal of Asthma* 2014, 51(1):18-28.
65. Genny Carillo Zuniga, Sarah Kirk (2012), The impact of Asthma health education for parents of Children attending head start centers, *Journal Community Health* 2012.
66. G Koeppen-Schomerus, J Stevenson, R Plomin (2004). "Genes and environment in asthma: a study of 4 year old twins". *Arch Dis Child* 2001; 85: 398-400

67. Geraldine Brown, Michael Levin (2005), "Asthma Education", *Current Allergy & Clinical Immunology*, March 2005 Vol 18, No.1; 14-15.
68. Global Initiative for Asthma - GINA POCKET GUIDE 2005,
69. Global Initiative for Asthma - GINA POCKET GUIDE 2010,
70. Global Initiative for Asthma - GINA POCKET GUIDE 2012,
71. Global Initiative for Asthma - GINA POCKET GUIDE 2014,
72. Global Initiative for Asthma - GINA POCKET GUIDE 2016.
73. Genny Carrillo Zuniga, Sarah Kirk, Nelda Mier, Norma I. Garza (2012), "The Impact of Asthma Health Education for Parents of Children Attending Head Start Centers". *Journal Community Health*, Dec; 37 (6) 12960300.
74. Huurre TM, Aro HM, Jaakkola J. J (2004). "Incidence and prevalence of asthma and allergic rhinitis: a cohort study of Finnish adolescents", *Journal Asthma*, 41(3), 311 - 317.
75. H.K. Reddel (2004), "Goals of asthma treatment: how high should we go " *Eur Respir J* , 2004; 24: 715–717.
76. Hugo Neffen, Carlos Fritscher, (2005), "Asthma control in Latin America: the Asthma Insights and Reality in Latin America (AIRLA) survey", *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 17(3), 2005; 191-197
77. Hugo Neffen (2007), "Asthma prevalence and risk factors in latin America", *Current Allergy & Clinical Immunology*, March 2007 Vol 20, No! 8-10.
78. Kimberly Nguyen, Hatice Zahran (2011), "Factors Associated with Asthma Control among Adults in Five New England States, 2006–2007"; *Journal of Asthma* 2011; 1–8.
79. Jouni J.K. Jaakkola (2005), "Occupation and Asthma: A population – based Incident Case Control Study", *American journal of Epidemiology* vol 158 No 10; 381 - 387.
80. James W.Krieger, Miriam L.Philby (2011), "Better Home Visits for Asthma, lessons from the Seattle – King County Asthma Program", *American Journal of Preventive Medicine* 2011 (41) 48 - 51.
81. J. de Bono, L. Hudsmith (1999), "Occupational asthma: a community based study", *Occup. Mod.* Vol. 49, No. 4, pp. 217-219, 1999.

82. James T. Li, John Oppenheimer, I. Leonard Bernstein (2005), “Attaining optimal asthma control: A practice parameter”.  
<https://www.aaaai.org/Aaaai/media/MediaLibrary/PDF%20Documents/Practice%20and%20Parameters/attaining-optimal-asthma-control.pdf>.
83. Jan L. Brożek, Jean Bousquet (2010), Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma Guidelines; (ARIA) 2010, *Journal of Allergy and Clinical Immunology Authors*, 2010 – V. 9/8/2010 ; page 1-20 of 153.
84. Jouni J. K. Jaakkola, Ritva Piipari, and Maritta S. Jaakkola (2003), “Occupation and Asthma: A Population-based Incident Case-Control Study”, *American Journal of Epidemiology*, Am J Epidemiol Vol. 158, No. 10; 981-987.
85. J. M. Tschoppa, J. G. Freya, R. Pernetb, C. Burrusa, B. Jordanb (2005), “Bronchial asthma and self-management education: implementation of Guidelines by an interdisciplinary programme in a health network”, Study of Respiratory Education Group (REG), *SWISS MED WKLY* 2002; 132: 92–97.
86. Katayoun Bahadori, Mary M Doyle - Waters (2009), *Economic burden of asthma: a systematic review*. <http://bmcpulmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2466-9-24>
87. Mariam Fathima, Nailk - Panvelkar (2013), “The role of community pharmacists in screening and subsequent management of chronic respiratory diseases: a systematic review”, *Pharmacy Practice* 2013, 11(4): 228-245.
88. M. Clark, Christy R. Houle, and Martyn R. Partridge (2007), “Educational Interventions to Improve Asthma Outcomes in Children Noreen”, 554 *J COM* October 2007 Vol. 14, No. 10; 554 -562.
89. M.Humbert (2014), “*Asthme dans tous les aspects: le traitement maintenant et dans l'avenir*”. Respiratoire Conférence scientifique et chirurgie thoracique au VIII 2014 Université médicale Haiphong Français Vietnamien.
90. M.R. Partridge, S.R. Hill (2000), “Enhancing care for people with asthma: the role of communication, education, training and self-management”, *On behalf of the 1998 World Asthma Meeting Education and Delivery of Care Working Group* Eur Respir J 2000; 16: 333-348

91. Marc Humbert (2014), *Le nouvel emplacement pour le traitement de l'asthme bronchique*, Respiratoire Conférence scientifique et chirurgie thoracique au VIII 2014 Université médicale Haiphong Français Vietnamien.
92. M. Raffard (2014), *L'asthme allergique due à la poussière de maison et de la thérapie immunitaire sublinguale*. Respiratoire Conférence scientifique et chirurgie thoracique au VIII 2014 Université médicale Haiphong Français Vietnamien.
93. Maridee A Jones (2008), Asthma Self - Management Patient Education, *Respiratory Care* June 2008, Vol 53 No. 6; 778-786.
94. Norren M. Clarka, Charles H. Feldmanb (1998), Manging better: Children, Parents and Asthma; Patient Education and Counseling, *Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd*; 8 (1986) 27-38.
95. Oryszczyn Marie-Pierre, Bouzigon Emmanuelle, Maccario Jean (2005), *Interrelationships of quantitative asthma-related phenotypes in the Epidemiological Study on the Genetics and Environment of Asthma, Bronchial Hyperresponsiveness and Atopy*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17208586>.
96. P. Godard, P. Chanez, L. Siraudin, N. Nicoloyannis, (2002), “Costs of asthma are correlated with severity: a 1-yr prospective study 2002”; *Eur Respir J* 19: 61–67.
97. Rabe Klaus F., Mitsuru Adachi (2004), “Worldwide severity and control of asthma in children and adult: The global asthma insights and reality surveys”, *J Allergy Clin Immunol*, 2004 Jul 114: 40–7.
98. Robert L. Cowie, Margot F. Underwood, Don D. Sin (2006), “Asthma control and management in the community; Indices in 1997 compared with indices in 2002”, *Can Fam Physician*; 2006 June; 52(6): 750-751.
99. Sang-Heon Cho (2010), “Asthma control in Asia – Pacific Countries and Actions for Future Progress”, *KAACI Spring Congress 2010*, 249-253.
100. Sauni Riitta, Panu Oksa (2003), “Increased risk of asthma among Finnish construction workers”, *Occupational Medicine* 53(8), 527-531.
101. Sarah G Dean, Vanessa Young, C Raina Elley and Anne Bruton (2008), “Patient and clinician perceptions of asthma education and management in resistant asthma: A qualitative study”, *NZFP* 2008 Volume 35 Number 4, 257-262.

102. S.K. Chhabra (2007), "Assessment of Control in Asthma: Current Scenario and Instruments for Measurement", *Indian J Chest Dis Allied Sci* 2007; 49: 5-7.
103. Susan H. Babey, Ying-Ying Meng, Malia Jones (2014), "Many Californians with Asthma have problems Understanding their doctor", *A Publication of the UCLA Center for Health Policy Research*.
104. Sy Duong Quy (2004), "Prevalence of asthma and asthma - like symptoms in Dalat Highlands, Vietnam", *Singapore medical Journal* 48(4), 294-303.
105. Theresa Charrois, Stephen Newman, Ambikaipakan Senthilselvan (2004), "Improving asthma symptom control in rural communities: the design of the Better Respiratory Education and Asthma Treatment in Hinton and Edson study", *Controlled Clin Trials*. 2004 Oct; 25(5): 502-14.
106. Tschopp F. M., F. G. Frey (2002), "Bronchial asthma and self management education: implementation of Guidelines by an interdisciplinary programme in a health network", *Swiss medical wkly* 132, 92 - 97.
107. Trude Duellen Skorge, Tomas M. L. Eagan (2005), "The Adult Incidence of Asthma and Respiratory Symptoms by Passive Smoking In Utero or in Childhood", *American Journal of respiratory and critical care Medecine* Vol 172 2005 Jul 1, 61-66.
108. Varalakshmi Manchana, Rajinder Kaur Mahal Principal (2015), "Effectiveness of patient education on quality of asthma management among adult asthmatics; A cross sectional study", Volume: 4, January 2015, ISSN No 2277 – 8179, 203-205.
109. Vinh Nhu Nguyen, Niels Chavannes, Lan Thi Tuyet Le (2011), "The Asthma Control test (ACT as an alternative tool to Global Initiative for Asthma guideline criteris for assetting asthma control in Vietnammese outpatients", *Prim Care Respir Journal* 2011.
110. Wang De Yun, Alope Gopal Ghoshai (2014), "Cough as a key symptom in Asthma, Allegic Rhinitis, COPD and Rhinosinusitis and ít impact in Asia", *Asia-Pacific Comference Bejing China* 6-9/2014.
111. W Eduard, J Douwes, (2004), "Do farming exposures cause or prevent asthma? Results from a study of adult Norwegian farmers", *Thorax* 2004; 59; 381-386.
112. W. D'Souza, J. Crane, (2005), "Community -bassed asthma care: trial of a "credit card" " asthma self-management plan", *Eur Respir J*, 1994, 7, 1260–1265.

**Phụ lục**  
**MỘT SỐ HÌNH ẢNH HOẠT ĐỘNG**



Điều tra cộng đồng



Khám sàng lọc



Triển khai Câu lạc bộ



Sinh hoạt Câu lạc bộ



Hội thi kiến thức thực hành của CLB



Tập huấn cho CBYT

PHỤ LỤC 1

Số hộ:.....

**PHIẾU ĐIỀU TRA CỘNG ĐỒNG**

Họ và tên chủ hộ: ..... Năm sinh.....

Địa chỉ: Đội.....Thôn.....Xã.....Huyện.....

**Số người  $\geq 16$  tuổi trong hộ:**1. Họ và tên: ..... Nam  Nữ  Năm sinh .....2. Họ và tên: ..... Nam  Nữ  Năm sinh .....3. Họ và tên: ..... Nam  Nữ  Năm sinh .....**Câu hỏi phát hiện người mắc HPQ trong hộ gia đình: Nếu có đánh dấu (X)****A. Trước đây hay hiện nay trong gia đình có ai  $\geq 16$  tuổi có các dấu hiệu sau:**

<b>I. Dấu hiệu bệnh hen</b>	Người 1	Người 2	Người 3	Người 4	Người 5
	<b>Có</b>	<b>Có</b>	<b>Có</b>	<b>Có</b>	<b>Có</b>
1. Lên cơn khó thở, tái phát nhiều lần					
2. Ho dai dẳng, khạc đờm trắng tái phát					
3. Có dấu hiệu tức, nặng ngực					
4. Thở khò khè cò cữ hay tái phát					
<b>Nếu có 1 dấu hiệu trên: tiếp tục hỏi; Nếu không có 1 trong các dấu hiệu trên: Kết thúc</b>					
<b>II. Dấu hiệu liên quan</b>	<b>Có</b>	<b>Có</b>	<b>Có</b>	<b>Có</b>	<b>Có</b>
1. Các triệu chứng trên hay xuất hiện và nặng lên về đêm					
2. Triệu chứng khó thở hay xuất hiện hoặc nặng lên sau khi					
a. Gắng sức					
b. Cảm xúc mạnh					
c. Thay đổi thời tiết, gió mùa					
d. Mắc bệnh hô hấp					
đ. Tiếp xúc lông thú, Bụi nhà (chăn, gối..) Khói (thuốc lá, củi...) Phấn hoa...					
3. Mắc các bệnh dị ứng, viêm mũi dị ứng					
4. Đỡ khó thở khi dùng thuốc giãn phế quản, corticoid... hoặc cơn khó thở tự hết					
<b>III. Được cán bộ y tế chẩn đoán bị hen</b>					

**B. Người có một trong các dấu hiệu của (I) và (II) hoặc có dấu hiệu (III) thì ghi lại**

1. Họ và tên:..... Điện thoại: .....

2. Họ và tên:..... Điện thoại: .....

Ngày.....tháng.....năm 201...

**Chủ hộ ký tên****Tên người điều tra**



**PHIẾU ĐIỀU TRA**  
**BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN**

STT	I. Hành chính : (khoanh tròn vào số ở đầu ý trả lời)
1	Họ và tên BN: ..... Điện thoại : .....
2	Giới tính: 1. Nam 2. Nữ
3	Năm sinh: □ □ □ □
4	Trình độ học vấn: 1. Mù chữ 2. Tiểu học 3. THCS 4. THPT 5. Trung cấp 6. CĐ trở lên
5	Nghề nghiệp: 1. Hưu trí 2. Nông dân 3. Công nhân 4. HSSV 5. CBCC 6. Buôn bán 7. Nội trợ 8. Khác .....
6	Nghề nghiệp có liên quan bệnh hen: 1. Có 2. Không 3. Không biết Lĩnh vực làm việc ..... Số năm làm .....
7	Địa chỉ: Đội..... Thôn..... Xã..... Huyện .....
8	Nơi ở gần có nhà máy, xí nghiệp hay khói độc hại: 1. Có 2. Không 3. Không biết Loại hình sản xuất của nhà máy gần nhà nếu có (Ghi rõ).....
9	Điều kiện kinh tế (quan sát): 1. Khá 2. Trung bình 3. Cận nghèo 4. Nghèo Thu nhập trung bình/tháng: ..... triệu đồng/ người trong hộ
10	Có con 1. Có 2. Không Số con □ Số con mắc hen □
	<b>II. Tiền sử bản thân:</b>
11	Anh (chị) được phát hiện mắc bệnh hen từ năm bao nhiêu tuổi: ..... tuổi Số năm mắc hen: ..... năm
12	Anh (chị) được phát hiện nhờ: 1. BS tư 2. BS Bệnh viện 3. CB Trạm y tế 4. Người nhà phát hiện 5. Qua đợt điều tra 6. Khác (Ghi rõ):.....
13	Khởi phát hen lần đầu sau: 1. Viêm Amidal 2. Viêm họng 3. Viêm phổi 4. Viêm tai 5. Khác Ghi rõ tên bệnh ..... 6 Không rõ
14	Anh (chị) có bị bệnh dị ứng kèm theo: 2. Không 1. Có (Nếu có là những bệnh): 1. Viêm mũi dị ứng 2. Dị ứng thuốc 3. Dị ứng thức ăn 4. Chàm 5. Sần ngứa 6. Nổi mề đay 7. Bệnh dị ứng khác .....
15	Loại thức ăn dễ gây dị ứng hay xuất hiện cơn hen cho BN: .....
16	Nhà Anh (chị) có sử dụng máy điều hòa nhiệt độ: 1. Có 2. Không Dùng máy điều hòa khiến xuất hiện cơn hen: 1. Có 2. Không
17	Anh (chị) có hút thuốc lá (thuốc lào) không? Có □ Không □ Nếu hút thuốc lá, số điếu trung bình ..... điếu/ ngày. Nếu hút thuốc lào, số mồi trung bình ..... mồi/ ngày. Người thân sống cùng Anh (chị) có hút thuốc lá (thuốc lào) không? Có □ Không □ Thuốc lá (thuốc lào) có liên quan đến xuất hiện cơn hen: Có □ Không □
18	Có ai trong gia đình mắc bệnh hen: 2. Không 1. Có (Có đánh dấu người mắc) 1. Ông Bà nội 2. Ông Bà ngoại 3. Bố 4. Mẹ 5. Anh chị em ruột

	6. Họ hàng:( <i>Chú dì cô bác ruột</i> ) ..... Số con mắc hen.....
19	Có ai trong gia đình mắc bệnh dị ứng: 2. <i>Không</i> 1. <i>Có</i> ( <b>Có đánh dấu người mắc</b> ) 1. Ông Bà nội 2. Ông Bà ngoại 3. Bố 4. Mẹ 5. Anh chị em ruột 6. Họ hàng:( <i>Chú dì cô bác ruột</i> ) ..... Số con mắc DU.....
	<b>III. Bệnh sử:</b>
20	Anh (chị) có cơn hen, triệu chứng bệnh trong 3 tháng qua 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Anh (chị) có cơn hen, triệu chứng bệnh trong 1 tháng qua 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Đã được chẩn đoán mức độ hen: 1. Nhẹ ngắt quãng 2. Nhẹ dai dẳng 3. Vừa dai dẳng 4. Nặng dai dẳng 5. Không biết
21	Các con vật, đồ vật trong nhà có liên quan đến bệnh hen: 2. <i>Không</i> 1. <i>Có</i> <i>Quan sát nếu có</i> Chó, mèo <input type="checkbox"/> Chim <input type="checkbox"/> Gia súc <input type="checkbox"/> Thú nhồi bông <input type="checkbox"/> Khác:.....
22	Các cây ra hoa nghi gây dị ứng quanh nhà: 2. <i>Không</i> 1. <i>Có</i> <i>Quan sát nếu có</i> Những loại cây có.....
23	Nhà ở có bị âm thấp: <i>Hỏi, quan sát</i> 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i>
24	Cơn hen hay xuất hiện: 1.Quanh năm 2.Xuân 3.Hạ 4.Thu 5.Đông
25.	Thời gian xuất hiện cơn hen: 1.Bất kỳ 2. Sáng 3. Chiều 4. Tối 5.Đêm
26	Thường xuất hiện sau khi: 1. Gắng sức 2.Mắc bệnh hô hấp 3. Thay đổi thời tiết 4.Lạnh 5.Cảm xúc 6.Ăn uống 7. Bụi 8.Khói thuốc 9. Hóa chất Nguyên nhân khác:.....
27	Dấu hiệu tiền triệu cơn hen: Ho 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Khò khè, cò cữ 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Tức ngực 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Tăng nặng về đêm 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i>
28	Khi bị hen có: Mẩn ngứa, sổ mũi: 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Khó nói 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Vã mồ hôi 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Tím tái 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Phù 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i>
29	Khi lên cơn hen: 1.Khó thở thì hít vào <input type="checkbox"/> 2.Khó thở thì thở ra <input type="checkbox"/> 3.Khó thở cả 2 thì <input type="checkbox"/> Khi lên cơn hen thấy khó thở: 1.Nhiều <input type="checkbox"/> 2. Trung bình <input type="checkbox"/> 3.Ít <input type="checkbox"/> Phải ngồi dậy để thở: 1. <i>Có</i> <input type="checkbox"/> 2. <i>Không</i> <input type="checkbox"/> Phải thở Oxy hỗ trợ: 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Cơn hen kéo dài: 1. Vài phút 2. Vài giờ 3. Một ngày - nhiều ngày Sau cơn hen, sức khỏe bình thường lại ngay 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i>
30	Anh chị đã phải đi cấp cứu vì bệnh hen: 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Trong 1 năm gần đây Anh chị đã phải đi cấp cứu vì bệnh hen: 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Số lần..... Thời gian..... Nơi cấp cứu.....
31	Anh chị đã phải nhập viện vì bệnh hen: 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Trong 6 tháng gần đây Anh chị đã phải đi nhập viện vì bệnh hen: 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i>
	<b>IV. Kiến thức, thực hành trong phòng, điều trị bệnh:</b>
32	Trong 1 năm gần đây anh (chị) có được truyền thông GDSK về bệnh hen: <b>Hình thức Trực tiếp:</b> 2. <i>Không</i> 1. <i>Có</i> ( <b>Ghi rõ</b> ) 1.Tư vấn 2.Làm mẫu 3.Tập huấn 4.Nói chuyện sức khỏe 5.Sinh hoạt CLB 6. Khác (ghi cụ thể)..... Số lần tham gia trong năm: Tư vấn .....Làm mẫu .....Tập huấn ..... Sinh hoạt CLB ..... Do ai thực hiện: 1. CBYT trạm 2. BS BV 3. Trung tâm TT GDSK 4. Khác .....

	<p>5. Không nhớ</p> <p><b>Hình thức gián tiếp:</b> 2. Không 1. Có (<i>Ghi rõ</i>) .....</p> <p>1. Loa truyền thanh 2. Tờ rơi 3. Áp phích 4. Sách báo 5. Truyền hình</p> <p>Số lần tham gia: Số tài liệu được nhận: Không nhớ</p> <p>Đơn vị nào thực hiện: 1. CBYT trạm 2. BS BV 3. Trung tâm TT GDSK 4. Y tế tư 5. Khác .....</p>
	<b>1. Kiến thức về bệnh:</b>
	<b>1.1. Kiến thức về các yếu tố dị nguyên, tác nhân gây xuất hiện cơn hen</b>
33	Anh (chị) có biết bậc hen hiện tại của mình 1. Có 2. Không
34	Anh (chị) có biết Hen phế quản là bệnh như thế nào: 1. Viêm cấp tính đường thở 2. Viêm mạn tính đường thở 3. Bệnh lây truyền 4. Bệnh viêm phổi 5. Không biết 6. Khác.....
35	Xin Anh/Chị mô tả các biểu hiện chính của cơn hen: <b>Không biết</b> <input type="checkbox"/> Ho 1. Có 2. Không Khó thở 1. Có 2. Không Khò khè 1. Có 2. Không Tức ngực 1. Có 2. Không
36	Xin nêu tác nhân kích phát cơn hen mà Anh/Chị biết: <b>Không biết</b> <input type="checkbox"/> Gắng sức 1. Có 2. Không Nhiễm khuẩn hô hấp 1. Có 2. Không Cảm xúc, Stress 1. Có 2. Không Lông súc vật 1. Có 2. Không Thay đổi thời tiết, lạnh 1. Có 2. Không Thức ăn 1. Có 2. Không Bụi, phấn hoa 1. Có 2. Không Khói thuốc lá 1. Có 2. Không
	<b>1.2. Kiến thức về ảnh hưởng của bệnh và tác dụng phụ của thuốc điều trị hen</b>
37	Anh chị cho biết tác hại hậu quả của bệnh: <b>Không biết</b> <input type="checkbox"/> Tử vong 1. Có 2. Không Tâm lý lo buồn 1. Có 2. Không Tốn kém kinh tế 1. Có 2. Không Giảm sức lao động học tập 1. Có 2. Không
38	Anh (chị) cho biết thuốc dùng điều trị cắt cơn hen: <b>Không biết</b> <input type="checkbox"/> Giãn phế quản 1. Có 2. Không Long đờm 1. Có 2. Không Corticoid 1. Có 2. Không Giảm ho 1. Có 2. Không Khác.....
39	Anh chị cho biết tác dụng phụ của thuốc điều trị bệnh hen gây ra: <b>Không biết</b> <input type="checkbox"/> Cushing 1. Có 2. Không Viêm loét dạ dày 1. Có 2. Không Loãng xương 1. Có 2. Không Bệnh tim mạch 1. Có 2. Không
	<b>1.3 Kiến thức về điều trị cắt cơn hen</b>
40	Anh chị cho biết tên thuốc điều trị cắt cơn 1. Có 2. Không <i>Ghi rõ</i> ..... Anh chị cho biết đường dùng các nhóm thuốc điều trị cắt cơn Tiêm <input type="checkbox"/> Uống <input type="checkbox"/> Xit <input type="checkbox"/> Khí dung <input type="checkbox"/> Phối hợp nhiều loại <input type="checkbox"/>
41	Nếu anh chị dùng thuốc cắt cơn không đỡ, thì Anh/Chị sẽ xử lý tiếp như thế nào: 1. Đi cấp cứu 2. Đi mua thuốc 3. Tự tăng liều lượng thuốc 4. <b>Không biết</b> <input type="checkbox"/>
	<b>1.4 Kiến thức về điều trị dự phòng</b>

	<p>Để dự phòng con hen anh chị cần làm gì? <b>Không biết</b> <input type="checkbox"/></p> <p>1. Phải tránh các yếu tố kích phát con hen 1.Có 2. Không</p> <p>2. Dùng thuốc giãn phế quản hàng ngày 1.Có 2. Không</p> <p>3. Phải dùng thuốc dự phòng hàng ngày 1.Có 2. Không</p> <p>4. Đi khám bệnh định kỳ 1.Có 2. Không</p> <p>5. Khác:.....</p>
42	<p>Anh chị đã nghe khái niệm điều trị kiểm soát hen? 1.Có 2. Không</p> <p>Đã được tư vấn về điều trị dự phòng con hen? 1.Có 2. Không</p> <p>Nếu có ai tư vấn:.....</p> <p>43 Biết số lần dùng dự phòng trong ngày 1.Có 2. Không</p> <p>Biết loại thuốc có thể dùng dự phòng 1.Có 2. Không</p> <p>Biện pháp dự phòng anh chị đang áp dụng Dự phòng bằng thuốc tây <input type="checkbox"/></p> <p>Cắt hạch <input type="checkbox"/> Đông y <input type="checkbox"/> Châm cứu <input type="checkbox"/> Cây chỉ <input type="checkbox"/> Khác:.....</p>
44	<p>Theo anh chị, bệnh hen có kiểm soát được không 1.Có 2. Không, Không biết</p>
	<b>2. Thái độ về bệnh</b>
45	<p>Anh chị có sổ ghi nhật ký con hen, yếu tố gây xuất hiện con hen: 1.Có 2. Không</p> <p>Có ghi thường xuyên 1.Có 2. Không</p>
46	<p>Anh chị có đi khám bệnh, tư vấn bệnh: 1.Định kỳ 2.Theo đợt bệnh 3.Không</p>
47	<p>Anh chị có tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của CBYT: 1. Có 2. Một phần 3. Không</p> <p>Lý do chưa tuân thủ tốt:.....</p>
48	<p>Anh (chị) thường đi khám bệnh ở: Tần suất từ ít đến nhiều (1,2,3 4) <b>Quan sát Bệnh án</b></p> <p>1.BV tuyến TP - TU 2.BV Huyện 3.Trạm Y tế 4. Y Bác sĩ tư <input type="checkbox"/></p> <p>Số lần điều trị ...../ tháng Số lần điều trị ...../ năm vừa qua</p>
	<b>2.1. Thái độ về điều trị cắt cơn:</b>
49	<p>Anh chị có biết mục đích của điều trị cắt cơn 1.Có 2.Không</p>
50	<p>Anh chị có sẵn thuốc điều trị cắt cơn ở nhà 1.Có 2.Không</p> <p>Thuốc có được bảo quản đúng cách 1.Có 2.Không</p> <p>Thuốc có ở vị trí dễ lấy 1.Có 2.Không</p>
51	<p>Khi lên cơn hen anh chị thường hay; (nhiều lựa chọn, tần suất từ ít đến nhiều 1,2,3,4)</p> <p>1. Dùng thuốc sẵn có 2.Tự mua thuốc 3. Đến BV 4.Đến Y bác sĩ tư</p> <p>5.Đến Trạm y tế 6. Khác ..... <b>Lý do chính</b> .....</p>
52	<p>Anh (chị), có được hướng dẫn về điều trị cắt cơn hen: 1.Có 2. Không</p> <p>Nếu có do ai: 1.BV tuyến TP - TU 2.BV Huyện 3.Trạm Y tế 4. Y Bác sĩ tư <input type="checkbox"/></p> <p>Anh (chị), có chấp nhận sử dụng thuốc ĐT con hen: 1.Có 2. Không</p> <p>Dùng thuốc đúng liều, đúng đường, đúng chỉ dẫn</p>
53	<p>Anh (chị) sử dụng thuốc ĐT con hen</p> <p>1.Kéo dài nhiều ngày 2.Hay theo đợt bệnh 3. Chỉ khi có cơn hen</p>
	<b>2.2. Thái độ về điều trị dự phòng:</b>
54	<p>Anh (chị) có biết mục đích của điều trị dự phòng 1.Có 2.Không</p>
55	<p>Theo Anh (chị) bệnh HPQ không thể điều trị khỏi hoàn toàn 1.Có 2.Không</p>

	Nếu điều trị dự phòng hợp lý có thể làm giảm số cơn, tình trạng bệnh: 1.Có 2. Không
	ĐT dự phòng tốt người bệnh có thể sống, làm việc bình thường: 1.Có 2. Không
56	Anh (chị) có chấp nhận dùng thuốc dự phòng 1.Có 2.Không Anh (chị) có chấp nhận đi khám tư vấn định kỳ 1.Có 2.Không Nếu có thuốc dự phòng, vị trí dễ lấy 1.Có 2.Không
57	Anh chị có sổ ghi nhật ký, yếu tố gây xuất hiện cơn hen: 1.Có 2. Không Có ghi thường xuyên 1.Có 2. Không
	<b>3. Thực hành điều trị</b>
	<b>3.1. Thực hành về điều trị cắt cơn</b>
58	Điều trị cắt cơn hàng ngày? 1.Có 2.Không Dùng liên tục <input type="checkbox"/> theo từng đợt <input type="checkbox"/> Dùng đúng loại thuốc cắt cơn hen: 1.Có 2. Không (Hỏi kết hợp quan sát thuốc) 1.Có biết tên thuốc 2. Không biết tên thuốc Tên thuốc Ghi tên: 1).....(2).....(3)..... Đường dùng: 1.Uống 2.Tiêm 3. Xịt 4.Khí dung 5.Phối hợp nhiều loại
59	Dùng đúng liều theo hướng dẫn: 1.Có 2. Không Dùng đủ lần theo hướng dẫn 1.Có 2. Không
60	Dùng thuốc đúng cách: Quan sát 4 bước <b>Không biết</b> <input type="checkbox"/> 1. Giữ bình thẳng đứng, lắc mạnh 5 lần 1.Có 2. Không 2. Đặt bình vào miệng giữa 2 hàm, ngậm kín môi 1.Có 2. Không 3. Ấn bình xịt xuống, hít từ từ 1.Có 2. Không 4. Nín thở trong 15 giây 1.Có 2. Không
	<b>3.2. Thực hành về điều trị dự phòng</b>
61	Anh (chị) có dùng thuốc dự phòng: 1. Không 2. Có Tần suất từ ít đến nhiều (1, 2, 3) Dùng đúng loại thuốc dự phòng hen: 1.Có 2. Không (Hỏi kết hợp quan sát thuốc) Thời gian dùng thuốc dự phòng:.....năm tháng <b>Dùng liên tục hàng ngày</b> 1. Có 2.Không <b>Số lần dùng trong ngày</b> 1 lần <input type="checkbox"/> Hai lần <input type="checkbox"/> Khác ..... 1.Thuốc loại xịt 2. Thuốc uống 3.Thuốc tiêm 4. Khí dung 5. Phối hợp Ghi lại tên thuốc(1).....(2).....(3).....
62	Anh chị có được CBYT theo dõi và điều trị 1.Có 2. Không Anh chị có đo lưu lượng đỉnh hàng ngày 1.Có 2. Không
63	Dùng thuốc đúng cách: <b>Quan sát 4 bước</b> <b>Không biết</b> <input type="checkbox"/> 1. Giữ bình thẳng đứng, lắc mạnh 5 lần 1.Có 2. Không 2. Đặt bình vào miệng giữa 2 hàm, ngậm kín môi 1.Có 2. Không 3. Ấn bình xịt xuống, hít từ từ 1.Có 2. Không 4. Nín thở trong 15 giây 1.Có 2. Không
	<b>V. Đánh giá dịch vụ điều trị hen hiện tại</b>
64	Hiện tại Anh (chị) có hài lòng về việc được khám và tư vấn: 1.Có 2. Không Anh (chị) có hài lòng về kết quả điều trị hiện tại: 1.Có 2. Không
65	Hiện nay Anh chị có muốn được tư vấn về bệnh hen, cách điều trị hen:

	<p>1. Có 2. Không</p> <p>Nếu có thì do ai thực hiện: 1. BS bệnh viện 2. Cán bộ trạm Y tế 3. Y Bác sĩ tư; 4. Khác .....</p>																									
66	<p>Lý do anh chị chưa điều trị dự phòng HPQ tốt:</p> <p>1. Biết bệnh nhưng chưa cần điều trị triệt để 2. Do khó khăn kinh tế 3. Do chưa tiếp cận được phương thức điều trị đúng 4. Do bận công việc <input type="checkbox"/> 5. Lý do khác.....</p>																									
67	<p>Các kênh thông tin kiến thức anh chị mong có được về bệnh:</p> <p>Xem truyền hình <input type="checkbox"/> Đọc sách báo <input type="checkbox"/> CB y tế <input type="checkbox"/> Người thân <input type="checkbox"/> Pano- áp phích <input type="checkbox"/> Tờ rơi <input type="checkbox"/> Khác:.....</p>																									
68	<p>Số ngày phải nghỉ học do bệnh hen/quý qua..... ngày (HSSV) Số ngày phải nghỉ lao động do bệnh hen/quý qua..... ngày (người lớn) Số tiền chi phí cho điều trị bệnh hen trong năm qua..... đồng. Mức độ ảnh hưởng đến kinh tế cuộc sống BN: ít <input type="checkbox"/> Vừa <input type="checkbox"/> Nhiều <input type="checkbox"/></p>																									
69	<p>Đề nghị gì để khám, điều trị HPQ thuận lợi hơn.....</p> <p>Đề nghị được truyền thông GDSK:</p> <p>Hình thức: <b>Trực tiếp:</b> Tư vấn <input type="checkbox"/> Truyền thông nhóm <input type="checkbox"/> Làm mẫu <input type="checkbox"/> Sinh hoạt CLB <input type="checkbox"/> <b>Gián tiếp:</b> Tờ rơi <input type="checkbox"/> Tài liệu <input type="checkbox"/> Áp phích <input type="checkbox"/> Loa phát thanh <input type="checkbox"/> Truyền hình <input type="checkbox"/> <b>Khác:</b>.....</p>																									
70	<b>VI. Đánh giá mức độ kiểm soát hen</b> Đánh giá bậc hen, theo ACT và GINA																									
<b>Bậc hen</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Bậc</th> <th>Triệu chứng</th> <th>Triệu chứng về đêm</th> <th>Lưu lượng đỉnh</th> <th>Dao động lưu lượng đỉnh</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bậc 1 Nhẹ, cách quãng</td> <td>&lt; 2 lần/tuần - Các cơn đột phát ngắn - Không triệu chứng và bình thường giữa các cơn đột phát</td> <td>&lt; 2 lần/tháng <input type="checkbox"/></td> <td>&gt; 80% <input type="checkbox"/></td> <td>&lt; 20% <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bậc 2 Nhẹ, dai dẳng</td> <td>≥ 2 lần/tuần. Các cơn đột phát có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt</td> <td>≥ 2 lần/tháng <input type="checkbox"/></td> <td>≥ 80% <input type="checkbox"/></td> <td>20 – 30% <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bậc 3 Trung bình dai dẳng</td> <td>- Triệu chứng xảy ra liên tục - Giới hạn hoạt động hàng ngày - Các cơn đột phát xảy ra thường xuyên</td> <td>Thường xuyên <input type="checkbox"/></td> <td>&gt; 60 – 80% <input type="checkbox"/></td> <td>&gt; 30% <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bậc 4 Nặng dai dẳng</td> <td>- Triệu chứng xảy ra liên tục. - Giới hạn hoạt động hàng ngày - Các cơn đột phát xảy ra thường xuyên</td> <td>Thường xuyên <input type="checkbox"/></td> <td>≤ 60% <input type="checkbox"/></td> <td>&gt; 30% <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Bậc	Triệu chứng	Triệu chứng về đêm	Lưu lượng đỉnh	Dao động lưu lượng đỉnh	Bậc 1 Nhẹ, cách quãng	< 2 lần/tuần - Các cơn đột phát ngắn - Không triệu chứng và bình thường giữa các cơn đột phát	< 2 lần/tháng <input type="checkbox"/>	> 80% <input type="checkbox"/>	< 20% <input type="checkbox"/>	Bậc 2 Nhẹ, dai dẳng	≥ 2 lần/tuần. Các cơn đột phát có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt	≥ 2 lần/tháng <input type="checkbox"/>	≥ 80% <input type="checkbox"/>	20 – 30% <input type="checkbox"/>	Bậc 3 Trung bình dai dẳng	- Triệu chứng xảy ra liên tục - Giới hạn hoạt động hàng ngày - Các cơn đột phát xảy ra thường xuyên	Thường xuyên <input type="checkbox"/>	> 60 – 80% <input type="checkbox"/>	> 30% <input type="checkbox"/>	Bậc 4 Nặng dai dẳng	- Triệu chứng xảy ra liên tục. - Giới hạn hoạt động hàng ngày - Các cơn đột phát xảy ra thường xuyên	Thường xuyên <input type="checkbox"/>	≤ 60% <input type="checkbox"/>	> 30% <input type="checkbox"/>
	Bậc	Triệu chứng	Triệu chứng về đêm	Lưu lượng đỉnh	Dao động lưu lượng đỉnh																					
	Bậc 1 Nhẹ, cách quãng	< 2 lần/tuần - Các cơn đột phát ngắn - Không triệu chứng và bình thường giữa các cơn đột phát	< 2 lần/tháng <input type="checkbox"/>	> 80% <input type="checkbox"/>	< 20% <input type="checkbox"/>																					
	Bậc 2 Nhẹ, dai dẳng	≥ 2 lần/tuần. Các cơn đột phát có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt	≥ 2 lần/tháng <input type="checkbox"/>	≥ 80% <input type="checkbox"/>	20 – 30% <input type="checkbox"/>																					
	Bậc 3 Trung bình dai dẳng	- Triệu chứng xảy ra liên tục - Giới hạn hoạt động hàng ngày - Các cơn đột phát xảy ra thường xuyên	Thường xuyên <input type="checkbox"/>	> 60 – 80% <input type="checkbox"/>	> 30% <input type="checkbox"/>																					
Bậc 4 Nặng dai dẳng	- Triệu chứng xảy ra liên tục. - Giới hạn hoạt động hàng ngày - Các cơn đột phát xảy ra thường xuyên	Thường xuyên <input type="checkbox"/>	≤ 60% <input type="checkbox"/>	> 30% <input type="checkbox"/>																						
<b>TEST KIỂM SOÁT HEN – ACT (đánh dấu)</b>																										
<p>1. Trong 4 tuần qua, bao nhiêu ngày bệnh hen làm cho Anh/Chị phải nghỉ làm, nghỉ học hay phải nghỉ ở nhà?</p>																										

Tất cả các ngày	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Hầu hết các ngày	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Một số ngày	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Chỉ một ít ngày	<b>4</b> <input type="checkbox"/>	Không có ngày nào	<b>5</b> <input type="checkbox"/>
2. Trong 4 tuần qua Anh/Chị có thường gặp cơn khó thở không?									
$\geq 1$ lần / ngày	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	= 1 lần / ngày	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	3-6 lần / tuần	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	1-2 lần / tuần	<b>4</b> <input type="checkbox"/>	Không có lần nào	<b>5</b> <input type="checkbox"/>
3. Trong 4 tuần qua, Anh/Chị có thường phải thức giấc ban đêm hay phải dậy sớm do các triệu chứng của hen như ho, thở khò khè, khó thở, nặng ngực?									
$\geq 4$ đêm / tuần	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	2-3 đêm / tuần	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	1 đêm / 1 tuần	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	1-2 lần / 4 tuần	<b>4</b> <input type="checkbox"/>	Không có lần nào	<b>5</b> <input type="checkbox"/>
4. Trong 4 tuần qua, Anh/Chị có thường sử dụng thuốc cắt cơn dạng xịt hay dạng kh dung không?									
$\geq 3$ lần / ngày	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	1-2 lần / ngày	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	2-3 lần / 1 tuần	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	$\leq 1$ lần / 1 tuần	<b>4</b> <input type="checkbox"/>	Không có lần nào	<b>5</b> <input type="checkbox"/>
5. Bạn đánh giá bệnh hen của Anh/Chị được kiểm soát như thế nào trong 4 tuần qua?									
Không kiểm soát	<b>1</b> <input type="checkbox"/>	Kiểm soát kém	<b>2</b> <input type="checkbox"/>	Có kiểm soát	<b>3</b> <input type="checkbox"/>	Kiểm soát tốt	<b>4</b> <input type="checkbox"/>	Kiểm soát hoàn toàn	<b>5</b> <input type="checkbox"/>

Tổng số điểm:

### ĐÁNH GIÁ KIỂM SOÁT HEN THEO GINA (đánh dấu)

Tiêu chí	Kiểm soát triệt để	Kiểm soát một phần	Không được kiểm soát
Thức giấc ban đêm	Không <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	Bất kỳ tuần nào có triệu chứng bên, hoặc có đợt hen cấp $\geq 1$ lần/năm <input type="checkbox"/>
Cơn hen kịch phát	Không <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	
Phải khám cấp cứu vì cơn hen	Không <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	
Thay đổi điều trị do tác dụng phụ của thuốc	Không <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	
Bị giới hạn hoạt động thể lực	Không <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>	
Triệu chứng ban ngày	Không <input type="checkbox"/>	$\leq 2$ ngày/tuần <input type="checkbox"/>	$\geq 2$ ngày/tuần <input type="checkbox"/>
Sử dụng thuốc cắt cơn	Không <input type="checkbox"/>	$\leq 2$ ngày/tuần và $\leq 4$ lần/tuần <input type="checkbox"/>	$\geq 2$ ngày/tuần và $\leq 4$ lần / tuần <input type="checkbox"/>
Lưu lượng đỉnh buổi sáng	$\geq 80\%$ <input type="checkbox"/>	$\geq 80\%$ <input type="checkbox"/>	$\leq 80\%$ <input type="checkbox"/>
Duy trì ít nhất trên 7 - 8 tuần, theo dõi 56 tuần			

### VII. Khám bệnh:

1.	Thể trạng: 1.Béo 2.Trung bình 3.Gầy <input type="checkbox"/> ; Chiều cao..... cm. Cân nặng..... kg
2.	Da, niêm mạc Bình thường <input type="checkbox"/> Xanh, tím <input type="checkbox"/> Phù <input type="checkbox"/>
3.	Nhiệt độ ..... Mạch..... Huyết áp..... Nhịp thở..... Mệt mỏi <input type="checkbox"/>

4.	Khám hô hấp: Khó thở <input type="checkbox"/> Cò cử <input type="checkbox"/> Nặng ngực <input type="checkbox"/> Ho dai dẳng <input type="checkbox"/> Mất ngủ <input type="checkbox"/> Khạc đờm trắng <input type="checkbox"/>
4.2.	Thực thể: Biến dạng lồng ngực: <i>Có</i> <input type="checkbox"/> <i>Không</i> <input type="checkbox"/> Lồng ngực hình thùng <input type="checkbox"/> Lồng ngực hình chuông <input type="checkbox"/> Nghe phổi có: Ran rít <input type="checkbox"/> Ran ngáy <input type="checkbox"/> Ran ẩm <input type="checkbox"/>
5.	Tim mạch: Dấu hiệu suy tim phải..... <i>Có</i> <input type="checkbox"/> <i>Không</i> <input type="checkbox"/> Dấu hiệu suy tim toàn bộ..... <i>Có</i> <input type="checkbox"/> <i>Không</i> <input type="checkbox"/>
6.	Thần kinh.....
7.	Tiêu hóa: Gan.....
8.	Bệnh mạn tính kèm theo.....
9.	KQ Đo lưu lượng đỉnh: PEF..... FEV1 ..... Test phụ hồi phế quản: Trước ..... Sau ..... PEFR.....% Phân bậc hen: 1. Nhẹ ngắt quãng 2. Nhẹ dai dẳng 3. Vừa dai dẳng 4. Nặng dai dẳng
10.	Xét nghiệm đã có: ( <i>Tra cứu hồ sơ Khám sức khỏe</i> ) XQ tim phổi..... Chức năng thông khí: .....
	<b>Kết luận và nhận xét của người khám:</b> .....

Người được phỏng vấn

Ngày tháng điều tra...../...../.....

Người điều tra - khám bệnh



**PHIẾU ĐIỀU TRA**  
**CÁN BỘ Y TẾ VỀ BỆNH HEN PHẾ QUẢN**

*Anh (chị) vui lòng trả lời, khoanh tròn vào đầu ý trả lời các câu hỏi sau:*

**A. Câu hỏi về cá nhân:**

1. Họ và tên:..... 2. Năm sinh: .....
3. Giới 1. Nam; 2. Nữ
4. Trình độ chuyên môn:.....
5. Nơi công tác:..... Chức danh.....
6. Số năm công tác: :..... 7. Số năm tham gia điều trị bệnh hen:.....

**B. Câu hỏi đánh giá KAP về bệnh hen phế quản:**

<b>I. Kiến thức, thực hành trong phòng, điều trị bệnh:</b>	
1	Trong 1 năm lại đây anh (chị) được đào tạo về bệnh HPQ: 2. Không <input type="checkbox"/> 1. Có <input type="checkbox"/> ( <b>Ghi rõ</b> ) 1. Tập huấn 2. Hội nghị 3. Sinh hoạt chuyên đề, khoa học 4. Khác (ghi rõ)..... Số lần tham gia: 1. Tập huấn ..... 2. Hội nghị ..... 3. Sinh hoạt chuyên đề..... Khác: ..... Do tuyến nào thực hiện: 1. Trung ương 2. tuyến Thành phố 3. Quận huyện 4. Khác (ghi rõ) ..... 5. Không nhớ
2	Anh (chị) có sách tài liệu về bệnh Hen PQ: 2. Không 1. Có ( <i>Hỏi, quan sát</i> ) Nếu có ghi rõ tên sách ..... Không nhớ <input type="checkbox"/> Anh (chị) có thường xuyên được cung cấp tài liệu, thông tin về HPQ: 1. Có 2. Không
3	Anh (chị) nhận thông tin mới về HPQ: 2. Không 1. Có ( <i>Nếu có, qua nguồn nào</i> ) 1. Truyền hình 2. Sách báo 3. Y tế tuyến trên 4. Đồng nghiệp 5. Khác.....
4	Anh (chị) có được nhận tài liệu tuyên truyền về bệnh Hen: ( <i>hỏi, quan sát</i> ) 1. Tranh lật: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> 2. Tờ rơi: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> 3. Áp phích: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> 4. Tài liệu phát tay Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> 5. Tạp chí, báo Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Số tài liệu được nhận: Không nhớ <input type="checkbox"/> Khác.....
5	Theo anh (chị) hoạt động TTGDSK ở địa phương đã đáp ứng được nhu cầu của người dân về phòng, chống, kiểm soát bệnh hen chưa? 1. Có 2. Không 3. Không biết
6	Theo anh (chị) những yếu tố gì làm gia tăng bệnh nhân hen tại địa phương, cũng như làm nặng bệnh 1. Do bệnh nhân lao động quá sức 5. Do môi trường ô nhiễm 2. Do điều kiện dinh dưỡng 6. Do chăn nuôi gia súc

	3. Do dùng thuốc bảo vệ thực vật bừa bãi      7. Do điều trị không đúng 4. Do mức sống sinh hoạt thấp                      8. Khác (ghi rõ):.....
	<b>1. Kiến thức về bệnh:</b>
	<b>1.1. Kiến thức về các yếu tố dị nguyên, tác nhân gây xuất hiện cơn hen</b>
6	Anh (chị) cho biết Hen phế quản là bệnh như thế nào: 1. Viêm cấp tính đường thở      2. Viêm mạn tính đường thở 3. Bệnh lây truyền                      4. Bệnh viêm phổi 5. Không biết                              6. Khác .....
7	Anh (chị) cho biết bệnh hen có mấy bậc:      .....bậc      Không biết <input type="checkbox"/>
8	Anh (chị) mô tả các biểu hiện chính của bệnh hen:      Không biết <input type="checkbox"/> 1. .... 2. .... 3. .... 4. ....
9	Anh chị liệt kê các yếu tố kích thích khởi phát cơn hen:      Không biết <input type="checkbox"/> 1. ....    2. .... 3. ....    4. .... 5. ....    6. .... 7. ....    8. ....
10	Những căn cứ chính nào giúp Anh (chị) chẩn đoán: 1. Triệu chứng bệnh      2. Hồ sơ bệnh án      3. Tuyến trên chẩn đoán 4. Tiền sử bệnh nhân gia đình      5. Phối hợp nhiều yếu tố      6. Khác.....
11	Anh chị liệt kê các tiêu chuẩn chính để chẩn đoán xác định bệnh nhân hen 1. .... 2. .... 3. .... 4. .... Không biết <input type="checkbox"/>
12	Theo anh chị người mắc bệnh HPQ nếu điều trị tốt có thể: (Có thể nhiều lựa chọn) 1. Lao động bình thường      2. Học tập bình thường      3. Uống rượu bia 4. Đi bộ    5. Sinh hoạt tinh dục      6. Chơi thể thao 7. Khác .....
	<b>1.2. Kiến thức về hậu quả của bệnh hen</b>
13	Anh chị hãy nêu tác hại hậu quả của bệnh hen ảnh hưởng đến cuộc sống bệnh nhân: Không biết <input type="checkbox"/> Biết <input type="checkbox"/> (Ghi rõ) 1. .... 2. .... 3. ....
	<b>1.3 Kiến thức về điều trị cắt cơn</b>

14	Anh (chị) hãy lựa chọn thuốc dùng điều trị cắt cơn 1. Giãn phế quản      2. Long đờm      3. Corticoid      4. Giảm ho 5. <i>Khác</i> .....
15	Anh chị hãy nêu tác dụng phụ của các thuốc điều trị bệnh hen:      Không biết <input type="checkbox"/> 1.....2..... 3.....4.....
16	Anh chị biết tên thuốc điều trị cắt cơn mà anh chị thường chỉ định cho bệnh nhân <i>Ghi rõ</i> ..... Anh chị cho biết đường dùng thuốc điều trị cắt cơn thường chỉ định cho bệnh nhân 1.Tiêm   2.Uống   3.Xịt   4.Khí dung   5.Phối hợp   6. <i>Khác</i> .....
17	Nếu bệnh nhân dùng thuốc cắt cơn không đỡ, anh chị sẽ xử trí thế nào: .....
<b>1.4 Kiến thức về điều trị dự phòng</b>	
18	Theo anh chị để phòng cơn hen BN cần làm gì? 1. Phải tránh các yếu tố kích phát cơn hen      2. Dùng thuốc giãn phế quản hàng ngày 3. Phải dùng thuốc dự phòng hàng ngày      4. Đi khám bệnh thường xuyên 5. <i>Khác</i> .....
19	Anh chị đã nghe khái niệm điều trị kiểm soát hen?      1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Anh chị đã tư vấn cho BN về điều trị dự phòng cơn hen?      1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> Anh chị cho biết số lần dùng dự phòng trong ngày .....lần/ ngày      Không biết <input type="checkbox"/> <i>Khác</i> ..... Anh chị cho biết vài loại thuốc có thể dùng dự phòng cơn hen      Không biết <input type="checkbox"/> <i>Nêu rõ</i> .....
20	Theo anh chị, bệnh hen có kiểm soát được không: 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> 3. <i>Không biết</i>
21	Anh chị có khuyên BN ghi sổ nhật ký cơn hen, yếu tố liên quan tới xuất hiện cơn hen: 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> <i>Có khuyên thường xuyên</i> 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i>
22	Anh chị đã nghe thuật ngữ “GINA” bao giờ chưa: 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> 3. <i>Không biết</i> Anh chị hiểu đó là gì..... Anh chị đã nghe thuật ngữ “ACT” bao giờ chưa: 1. <i>Có</i> 2. <i>Không</i> 3. <i>Không biết</i> Anh chị hiểu đó là gì.....
23	Theo anh chị dùng thuốc điều trị dự phòng thường xuyên lâu dài cho BN Hen đề: ( <i>Có thể nhiều lựa chọn</i> ) 1. Để chữa khỏi bệnh      2. Kiểm soát lên cơn hen 3. Giảm biến chứng của bệnh      4. Cải thiện chức năng hô hấp 5. Đảm bảo chất lượng sống cho bệnh nhân      6. <i>Khác</i> .....
24	Theo anh chị thời gian điều trị dự phòng bệnh Hen thường là: 1. Một tháng   2. Ba tháng      3. Một năm      4. Nhiều năm 5. Suốt đời   6. Thời gian phụ thuộc vào tiến triển bệnh   7. Không biết

25	Anh chị có sách tài liệu về bệnh hen: 1.Có 2.Không
26	Một năm gần đây anh chị có được cập nhật kiến thức về bệnh hen 1.Có 2.Không
	<b>2. Thái độ về bệnh</b>
27	Anh (chị) thường chuyển viện cho người bệnh khi điều trị không đỡ 1.Chuyển viện 2.Giữ lại 3.Khác .....
	<b>2.1. Thái độ về điều trị cắt cơn:</b>
28	Anh chị cho biết mục đích của điều trị cắt cơn Nêu rõ.....
29	Anh chị có sẵn thuốc điều trị cắt cơn tại nhà, cơ quan 1.Có 2.Không Thuốc có được bảo quản đúng cách 1.Có 2.Không Thuốc có ở vị trí dễ lấy 1.Có 2.Không
30	Anh (chị) thường chỉ định thuốc gì để điều trị cắt cơn hen cho bệnh nhân: Tên thuốc..... Đường dùng..... Liều lượng..... Thời gian .....
31	Anh (chị) chỉ định thuốc ĐT cơn hen 1.Kéo dài nhiều ngày 2.Hay theo đợt bệnh 3.Chỉ khi có cơn hen Khác.....
	<b>2.2. Thái độ về điều trị dự phòng:</b>
32	Anh chị có hướng dẫn BN dùng bãng “ACT” bao giờ chưa: 1.Có 2.Không
33	Anh chị có hướng dẫn BN đo lưu lượng đỉnh bao giờ chưa: 1.Có 2.Không
34	Anh chị có tham gia chẩn đoán điều trị cho BN hen: 1.Có 2.Không
35	Anh (chị) cho biết mục đích của điều trị dự phòng Không biết <input type="checkbox"/> Theo Anh (chị) bệnh HPQ không thể điều trị khỏi hoàn toàn 1.Có 2. Không 3. Không biết Nếu điều trị dự phòng hợp lý có thể làm giảm số cơn, tình trạng bệnh 1.Có 2. Không 3. Không biết ĐT dự phòng tốt để giúp BN sống, sinh hoạt làm việc bình thường 1.Có 2. Không 3. Không biết
36	33. Anh chị có sẵn sàng tư vấn cho BN về kiến thức, phòng cơn hen và điều trị dự phòng: 1.Có 2.Không Anh chị chấp nhận kết hợp các yếu tố trong chẩn đoán, điều trị: 1.Có 2.Không
37	Anh (chị) nghĩ bệnh nhân Hen PQ có cần ghi sổ nhật ký cơn hen và yếu tố liên quan đến bệnh không 1.Có 2. Không 3. Không biết Đã bao giờ anh chị khuyên BN làm điều đó chưa: 1.Có 2.Thỉnh thoảng 3.Chưa

	<b>3. Thực hành điều trị</b>	
38	Anh chị thường hay điều trị cấp cứu BN hen không: 1. Có 2. Không	
39	Anh chị có tham gia quản lý bệnh nhân hen: 1. Có 2. Không	
40	Anh chị thường dùng Dạng thuốc gì khi cấp cứu: 1. Thuốc loại xịt 2. Loại uống 3. Thuốc tiêm 4. Khí dung 5. Phối hợp Ghi rõ tên thuốc.....	
41	Thuốc điều trị với bệnh hen theo anh chị hay dùng là: (ghi tên) 1. Cấp cứu cắt cơn..... 1. Đúng 2. Sai Không biết <input type="checkbox"/> 2. Thuốc dự phòng thường xuyên là:..... 1. Đúng 2. Sai Không biết <input type="checkbox"/>	
42	Các thuốc điều trị anh chị kê đơn hoặc điều trị khi BN có cơn hen: (có thể nhiều lựa chọn) 1. Đúng 2. Sai Không biết <input type="checkbox"/> 1. Thuốc giãn phế quản 2. Corticoid 3. Kháng sinh 4. Vitamin 5. Thuốc long đờm 6. Thuốc giảm ho 7. Vitamin 8. An thần	
43	Dạng thuốc Anh chị hay sử dụng khi điều trị cắt cơn hen cho bệnh nhân là: (Chọn 1 loại) 1. Uống 2. Tiêm 3. Khí dung 4. Xịt 5. Phối hợp Lý do lựa chọn vì.....	
44	Căn cứ vào dấu hiệu hay triệu chứng nào để anh (chị) điều chỉnh thuốc cho BN: 1. Bậc hen của bệnh nhân 2. Mức độ khó thở 3. Mức độ kiểm soát 4. Căn cứ khác Ghi rõ..... 5. Không biết	
45	Anh (chị) có hay phải cho bệnh nhân chuyển tuyến không: 1. Hay chuyển 2. Ít chuyển 3. Không chuyển tuyến	
46	Thường Anh (chị) hướng dẫn cho BN chuyển tuyến đi khám và điều trị bệnh ở: . Bệnh viện thành phố 2. Bệnh viện Quận Huyện 3. Trạm y tế 4. Khác .....	
47	Theo anh chị điều trị tốt bệnh hen là: (Chọn ý đúng nhất)	1. Điều trị tốt khi BN có cơn 2. Điều trị dự phòng cơn hen thường xuyên lâu dài 3. Phối hợp cả 2 ý trên
	<b>3.1. Thực hành về điều trị cắt cơn</b>	
48	Loại thuốc anh (chị) chỉ định khi BN lên cơn hen: Không nhớ <input type="checkbox"/> Tên thuốc Ghi tên: . 1).....(2).....(3)..... Đường dùng: 1. Uống 2. Tiêm 3. Xịt 4. Khí dung 5. Phối hợp nhiều loại	
49	Căn cứ vào dấu hiệu hay triệu chứng nào để anh (chị) điều chỉnh thuốc cho BN: 1. Mức độ nặng nhẹ do các cơn hen xảy ra 2. Tần suất cơn khó thở trong 1 tháng 3. Căn cứ khác Ghi rõ.....	
50	Anh chị mô tả các bước dùng thuốc xịt trong điều trị cắt cơn hen 1. ....	

	2..... 3..... Không biết <input type="checkbox"/> Không nhớ <input type="checkbox"/>
	<b>3.2. Thực hành về điều trị dự phòng</b>
51	Anh (chị) thường khuyên bệnh nhân dự phòng lên cơn hen bằng cách: 1. Dự phòng bằng thuốc tây    2. Cắt hạch    3. Đông y    4. Châm cứu    5. Cây chỉ 6. Khác ..... Anh (chị) thường khuyên bệnh nhân dùng thuốc dự phòng bằng thuốc tây dạng: 1. Uống    2. Thuốc xịt    3. Khí dung    4. Tiêm    5. Phối hợp nhiều loại Ghi rõ tên thuốc.....
52	Anh chị có hướng dẫn BN sổ ghi nhật ký, yếu tố gây xuất hiện cơn hen: 1. Có    2. Không Mức độ hướng dẫn: 1. Thỉnh thoảng    2. Thường xuyên
53	Anh chị đã dùng lưu lượng đỉnh để đo cho BN Hen chưa: 1. Có    2. Không Theo anh chị đo lưu lượng đỉnh để làm gì:.....
54	Anh chị mô tả các bước dùng thuốc xịt trong điều trị dự phòng bệnh hen 1.....2..... 3.....4..... Không biết <input type="checkbox"/> Không nhớ <input type="checkbox"/>
	<b>V. Đánh giá dịch vụ điều trị hen hiện tại</b>
55	Anh (chị) có hài lòng về công tác khám và tư vấn bệnh hen    1. Có    2. Không Anh (chị) có hài lòng về trình độ chuyên môn hiện tại:    1. Có    2. Không
56	Anh chị muốn được đào tạo về bệnh hen: (có do ai?)    1. Có    2. Không 1. Cán bộ tuyến trên    2. Đồng nghiệp    3. Khác .....
57	Các kênh thông tin kiến thức về bệnh hen anh chị muốn có: 1. Xem truyền hình    2. Đọc sách báo    3. Y tế tuyến trên    4. Pano- áp phích    5. Tờ rơi 6. Khác:.....
58	Đề nghị gì để công tác phòng chống hen địa phương tốt hơn..... Đề nghị gì để khám, điều trị HPQ tốt hơn.....
59	Đề nghị được đào tạo tập huấn: 1. Kiến thức chung    2. Điều trị cắt cơn    3. Điều trị dự phòng <b>Khác</b> .....
60	Theo Anh chị để quản lý, điều trị BN tốt hơn có nên thành lập câu lạc bộ HPQ tại địa phương: Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Lý do:..... Ý kiến khác góp ý về mô hình khác: .....

Ngày tháng điều tra...../...../.....

Chữ ký người được hỏi

Chữ ký người điều tra

PHỤ LỤC 4:

**HƯỚNG DẪN THẢO LUẬN NHÓM  
TÌM HIỂU KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH  
VÀ NHU CẦU TRUYỀN THÔNG GDSK VỀ BỆNH HEN PHẾ QUẢN  
CHO BỆNH NHÂN VÀ CÁN BỘ Y TẾ**

Xin chào các Anh/Chị, chúng tôi là cán bộ Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe Hải Phòng.

Hôm nay chúng tôi muốn được trao đổi với các Anh/Chị về những vấn đề liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành và nhu cầu cung cấp thông tin về bệnh Hen phế quản của bệnh nhân. Để làm rõ các vấn đề quan tâm chúng tôi xin nêu lần lượt cho các Anh/Chị một số câu hỏi về kinh nghiệm và hiểu biết của các Anh/Chị liên quan tới vấn đề sức khỏe đang được quan tâm.

Những thông tin mà các Anh/Chị trao đổi với chúng tôi không chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu mà còn đóng góp cho việc xây dựng các Chương trình giáo dục sức khỏe cho cộng đồng phù hợp.

Chúng tôi xin cam kết rằng ý kiến thảo luận của các anh/chị sẽ được giữ bí mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, góp phần chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng, chứ không dùng vào các mục đích khác. Chúng tôi xin được ghi chép (ghi âm) lại toàn bộ các ý kiến thảo luận của Anh /Chị để phân tích chung thông tin. Cuộc thảo luận sẽ diễn ra trong khoảng từ 60 đến 90 phút.

Chúng tôi đánh giá cao sự tham gia thảo luận của các Anh/Chị.

Hãy hỏi tôi nếu Anh/Chị có câu hỏi hoặc không rõ bất cứ nội dung câu hỏi thảo luận nào.

**Họ tên người hướng dẫn thảo luận:**

Họ tên thư ký thảo luận:

Họ tên những người tham gia thảo luận:

- |    |    |
|----|----|
| 1. | 6. |
| 2. | 7. |
| 3. | 8. |
| 4. | 9. |
| 5. | 10 |

Ngày thảo luận:

Thời gian thảo luận: từ      đến

1. Xin các Anh/Chị nêu ý kiến nhận xét về tình hình bệnh hen hiện nay trong cộng đồng và ảnh hưởng của nó?
2. Các Anh/chị có thể nêu ra các chương trình giáo dục sức khỏe về bệnh hen phế quản, mà bạn nhận được không?
2. Những mối quan tâm chính hiện nay đến bệnh hen của các Anh/Chị là gì?

**3. Xin các Anh/Chị cho biết các lý do khiến Anh/Chị quan tâm đến những vấn đề sức khỏe, bệnh hen phế quản? Tại sao?**

**4. Anh/Chị đã nhận được thông tin về bệnh hen phế quản, ở đâu, do ai, đơn vị nào cung cấp?**

5. Anh/Chị thu nhận thông tin về bệnh hen có dễ dàng không? Theo Anh/Chị nên cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe về bệnh hen như thế nào, khi nào, ở đâu ... để thuận lợi cho việc tiếp nhận của mọi người?

**9. Các Anh/Chị thường gặp phải các khó khăn gì liên quan đến bệnh hen? Các ý kiến đề xuất của Anh/Chị để giải quyết các khó khăn đó?**

10. Thường khi Anh/Chị gặp phải những vấn đề khó khăn liên quan đến sức khỏe thì cần ai giúp?

11. Theo Anh/Chị có cần đẩy mạnh hoạt động TT-GDSK về phòng, chống bệnh hen hiện nay không? Nếu có thì vì sao? Nếu không thì vì sao?

12. Nếu cần tăng cường TT-GDSK về phòng chống hay kiểm soát bệnh hen thì nên tổ chức bằng hình thức nào, ở đâu, khi nào, do ai thực hiện là phù hợp?

13. Theo Anh/Chị các nội dung nào hiện nay cần TT-GDSK về phòng chống bệnh hen?

15. Anh/Chị có đóng góp ý kiến góp ý gì thêm cho những hoạt động truyền thông, tài liệu truyền thông, thái độ phục vụ của cán bộ y tế các tuyến khi bạn cần?

16. Các ý kiến khác của Anh/Chị liên quan đến bệnh hen và TT-GDSK phòng chống, kiểm soát bệnh hen?

Một lần nữa xin cảm ơn các bạn. Hy vọng các bạn không từ chối khi chúng tôi muốn gặp lại để xin ý kiến.

Cuộc thảo luận kết thúc vào.....ngày tháng năm 201..

*Hải Phòng, ngày tháng năm*  
 Người viết biên bản  
 (ký tên)



PHỤ LỤC 5:

**HƯỚNG DẪN PHÒNG VẤN SÂU  
TÌM HIỂU NHU CẦU KAP VỀ BỆNH HEN PHẾ QUẢN  
CHO BỆNH NHÂN, CÁN BỘ Y TẾ VÀ CHÍNH QUYỀN ĐỊA PHƯƠNG**

Xin chào các Anh/Chị, chúng tôi là cán bộ Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe Hải Phòng. Hôm nay chúng tôi muốn được trao đổi với các Anh/Chị về những vấn đề liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành và nhu cầu cung cấp thông tin về bệnh Hen phế quản, điều trị kiểm soát hen cho bệnh nhân tại cộng đồng. Để làm rõ các vấn đề quan tâm chúng tôi xin nêu lần lượt cho các Anh/Chị một số câu hỏi về kinh nghiệm và hiểu biết của các Anh/Chị liên quan tới vấn đề đang được quan tâm.

Chúng tôi xin cam kết rằng ý kiến thảo luận của các anh/chị sẽ được giữ bí mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu, góp phần chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng, chứ không dùng vào các mục đích khác. Chúng tôi xin được ghi chép (ghi âm) lại toàn bộ các ý kiến trả lời của Anh /Chị để phân tích chung thông tin . Cuộc phỏng vấn sẽ diễn ra trong khoảng từ 60 đến 90 phút.

**Họ tên người phỏng vấn:**

Họ tên người trả lời phỏng vấn:

Địa chỉ:

Ngày phỏng vấn:

1. Xin các Anh/Chị nêu ý kiến nhận xét về tình hình bệnh hen hiện nay trong cộng đồng và ảnh hưởng của nó?
2. Các Anh/chị có thể nêu ra các chương trình giáo dục sức khỏe về bệnh hen phế quản, mà bạn nhận được không? Những mối quan tâm chính hiện nay đến bệnh hen?
- 3. Xin các Anh/Chị cho biết các lý do khiến Anh/Chị quan tâm đến những vấn đề sức khỏe, bệnh hen phế quản? Tại sao?**
- 4. Anh/Chị đã nhận được thông tin về bệnh hen phế quản, ở đâu, do ai, đơn vị nào cung cấp? Anh/Chị thu nhận thông tin về bệnh hen có dễ dàng không? Theo Anh/Chị nên cung cấp thông tin giáo dục sức khỏe về bệnh hen như thế nào, khi nào, ở đâu ... để thuận lợi cho việc tiếp nhận của mọi người?**
- 5. Các Anh/Chị thường gặp phải các khó khăn gì liên quan đến bệnh hen? Các ý kiến đề xuất của Anh/Chị để giải quyết các khó khăn đó?**
6. Theo Anh/Chị có cần đẩy mạnh hoạt động TT-GDSK về phòng, chống bệnh hen hiện nay không? Nếu có thì vì sao? Nếu không thì vì sao?
7. Nếu cần tăng cường TT-GDSK về phòng chống hay kiểm soát bệnh hen thì nên tổ chức bằng hình thức nào, ở đâu, khi nào, do ai thực hiện là phù hợp?
8. Theo Anh/Chị các nội dung nào hiện nay cần TT-GDSK về phòng chống bệnh hen?
9. Các ý kiến khác của Anh/Chị liên quan đến bệnh hen và TT-GDSK phòng chống, kiểm soát bệnh hen?

Cuộc phỏng vấn kết thúc vào.....ngày tháng năm 201..

*Hải Phòng, ngày tháng năm*

Người viết biên bản

(ký tên)

## PHỤ LỤC 6:

**ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC THÁI ĐỘ THỰC HÀNH CỦA  
BỆNH NHÂN – CÁN BỘ Y TẾ VỀ BỆNH HEN**

Thiết kế quy ước đánh giá về KAP của bệnh nhân và CBYT về bệnh hen được xây dựng trên các tiêu chí cơ bản liên quan đến vấn đề.

**Bảng 1. Tiêu chí đánh giá KAP của bệnh nhân về bệnh hen**

<b>Vấn đề</b>	<b>Tiêu chí</b>	<b>Tốt</b>	<b>Khá</b>	<b>Trung bình</b>	<b>Kém</b>
<i>Kiến thức về bệnh</i>	Biết mình mắc bệnh *	Đạt $\geq$ 4 tiêu chí (*)	Đạt 3 tiêu chí (*)	Đạt 2 tiêu chí (*)	Đạt $\leq$ 1 tiêu chí (*)
	Biết tác nhân kích phát cơn hen *				
	Biết tác hại hậu quả của bệnh *				
	Biết tác dụng phụ của thuốc *				
	Biết tên thuốc điều trị *				
<i>Thái độ về bệnh</i>	Có sổ, ghi nhật ký cơn hen *	Đạt $\geq$ 4 tiêu chí (*)	Đạt 3 tiêu chí (*)	Đạt 2 tiêu chí (*)	Đạt $\leq$ 1 tiêu chí (*)
	Tuân thủ điều trị *				
	Chấp nhận dùng thuốc ĐT cắt cơn *				
	Chấp nhận dùng thuốc ĐT dự phòng*				
	Chấp nhận đi khám tư vấn định kỳ *				
<i>Thực hành về điều trị</i>	Dùng thuốc cắt cơn hen đúng *	Đạt $\geq$ 4 tiêu chí (*)	Đạt 3 tiêu chí (*)	Đạt 2 tiêu chí (*)	Đạt $\leq$ 1 tiêu chí (*)
	Dùng thuốc dự phòng hen đúng *				
	Dùng thuốc đúng theo hướng dẫn				
	Được CBYT theo dõi và điều trị *				
<i>Đánh giá chung kiến thức thái độ thực hành của BN</i>	Tổng hợp 3 nhóm tiêu chí	Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí Tốt	Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí Khá	Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí TB	Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí đạt mức Kém

**Bảng 2. Các tiêu chí đánh giá KAP của CBYT về bệnh hen**

<b>Vấn đề</b>	<b>Tiêu chí</b>	<b>Tốt</b>	<b>Khá</b>	<b>Trung bình</b>	<b>Kém</b>
<i>Kiến thức về bệnh</i>	Được đào tạo, cấp tài liệu về bệnh *	Đạt $\geq$ 4 tiêu chí (*)	Đạt 3 tiêu chí (*)	Đạt 2 tiêu chí (*)	Đạt $\leq$ 1 tiêu chí (*)
	Có cập nhật thông tin mới về bệnh				
	Hiểu biết về GINA, đo lưu lượng đỉnh *				
	Biết tác hại của bệnh *				
<i>Thái độ về bệnh</i>	Sẵn sàng tư vấn cho bệnh nhân về bệnh	Đạt $\geq$ 4 tiêu chí (*)	Đạt 3 tiêu chí (*)	Đạt 2 tiêu chí (*)	Đạt $\leq$ 1 tiêu chí (*)
	Tham gia chẩn đoán, điều trị bệnh hen *				
	Chấp nhận kết hợp các yếu tố để chẩn đoán *				
	Chuyển tuyến khi điều trị không đỡ *				
<i>Thực hành về ĐT cắt cơn</i>	Hướng dẫn chỉ định BN dùng đúng nhóm thuốc điều trị cắt cơn *	Đạt $\geq$ 4 tiêu chí (*)	Đạt 3 tiêu chí (*)	Đạt 2 tiêu chí (*)	Đạt $\leq$ 1 tiêu chí (*)
	Hướng dẫn chỉ định BN dùng đúng liều*				
	Dùng thuốc phù hợp với mức độ nặng của cơn*				
	Phối hợp các biện pháp ĐT cắt cơn*				
	Hướng dẫn BN cách điều trị cắt cơn				
<i>Thực hành về ĐT dự phòng</i>	Hướng dẫn dùng đúng thuốc dự phòng *	Đạt $\geq$ 4 tiêu chí (*)	Đạt 3 tiêu chí (*)	Đạt 2 tiêu chí (*)	Đạt $\leq$ 1 tiêu chí (*)
	Hướng dẫn đúng thời gian điều trị dự phòng *				
	Chỉ định đúng thuốc dự phòng *				
	Tham gia quản lý bệnh nhân hen				
	Hướng dẫn bệnh nhân ghi sổ nhật ký *				
<i>Đánh giá chung về KAP của CBYT</i>	Tổng hợp 4 nhóm tiêu chí trên	Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí Tốt	Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí Khá	Khi đạt 2/3 nhóm tiêu chí TB	Khi 2/3 nhóm tiêu chí đạt mức Kém

## PHỤ LỤC 7: ĐÁNH GIÁ BẬC HEN, MỨC ĐỘ KIỂM SOÁT HEN

**Bảng 1. Phân bậc hen phế quản theo GINA**

Bậc	Triệu chứng	Triệu chứng về đêm	Lưu lượng đỉnh	Dao động lưu lượng đỉnh
Bậc 1 Nhẹ, cách quãng	< 2 lần/tuần - Không triệu chứng và bình thường giữa các cơn đột phát - Các cơn đột phát ngắn	< 2 lần/tháng	> 80%	< 20%
Bậc 2 Nhẹ, dai dẳng	≥ 2 lần/tuần Các cơn đột phát có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt	≥ 2 lần/tháng	≥ 80%	20 – 30%
Bậc 3 Trung bình dai dẳng	- Triệu chứng xảy ra liên tục - Giới hạn hoạt động hàng ngày - Các cơn đột phát xảy ra thường xuyên	Thường xuyên	> 60 – 80%	> 30%
Bậc 4 Nặng dai dẳng	- Triệu chứng xảy ra liên tục. - Giới hạn hoạt động hàng ngày - Các cơn đột phát xảy ra thường xuyên	Thường xuyên	≤ 60%	> 30%

**Bảng 2. Tiêu chí đánh giá kết quả kiểm soát hen theo ACT hàng tháng**

<i>1. Trong 4 tuần qua, bao nhiêu ngày bệnh hen làm cho bạn phải nghỉ làm, nghỉ học hay phải nghỉ ở nhà?</i>				
Tất cả các ngày <b>1</b>	Hầu hết các ngày <b>2</b>	Một số ngày <b>3</b>	Chỉ một ít ngày <b>4</b>	Không có ngày nào <b>5</b>
<i>2. Trong 4 tuần qua bạn có thường gặp cơn khó thở không?</i>				
≥ 1 lần / ngày <b>1</b>	= 1 lần / ngày <b>2</b>	3-6 lần / tuần <b>3</b>	1-2 lần / tuần <b>4</b>	Không có lần nào <b>5</b>
<i>3. Trong 4 tuần qua, bạn có thường phải thức giấc ban đêm hay phải dậy sớm do các triệu chứng của hen như ho, thở khò khè, khó thở, nặng ngực?</i>				
≥ 4 đêm / ngày <b>1</b>	2-3 đêm / 1 tuần <b>2</b>	1 đêm / 1 tuần <b>3</b>	1-2 lần / 4 tuần <b>4</b>	Không có lần nào <b>5</b>
<i>4. Trong 4 tuần qua, bạn có thường sử dụng thuốc cắt cơn dạng xịt hay dạng khí dung không?</i>				
≥ 3 lần / ngày <b>1</b>	1-2 lần / ngày <b>2</b>	2-3 lần / 1 tuần <b>3</b>	≤ 1 lần / 1 tuần <b>4</b>	Không có lần nào <b>5</b>
<i>5. Bạn đánh giá bệnh hen của bạn được kiểm soát như thế nào trong 4 tuần qua?</i>				
Không kiểm soát <b>1</b>	Kiểm soát kém <b>2</b>	Có kiểm soát <b>3</b>	Kiểm soát tốt <b>4</b>	Kiểm soát hoàn toàn <b>5</b>

**Tổng số điểm:**

Phân loại mức độ kiểm soát hen dựa vào tổng số điểm trả lời của 5 câu hỏi:

- Dưới 20 điểm :Hen chưa được kiểm soát
- 20 đến 24 điểm: Hen được kiểm soát tốt - 25 điểm: Hen được kiểm soát hoàn toàn

## ĐÁNH GIÁ VỀ ĐIỀU KIỆN KINH TẾ, NHÀ ẨM THẤP

- **Điều kiện kinh tế:** Theo Quyết định 09/2011/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ thì chuẩn hộ nghèo, hộ cận nghèo áp dụng cho giai đoạn 2011 - 2015 như sau:

+ Hộ nghèo ở nông thôn là hộ có mức thu nhập bình quân từ 400.000 đồng /người/tháng (từ 4.800.000 đồng/ người/năm) trở xuống. Hộ nghèo ở thành thị là hộ có mức thu nhập bình quân từ 500.000 đồng/ người/ tháng (từ 6.000.000 đồng/người/năm) trở xuống.

+ Hộ cận nghèo ở nông thôn là hộ có mức thu nhập bình quân từ 401.000 đồng đến 520.000 đồng/ người/ tháng. Hộ cận nghèo ở thành thị là hộ có mức thu nhập bình quân từ 501.000 đồng đến 650.000 đồng/ người/ tháng

- **Nhà ở ẩm thấp:** quan sát thấy thông gió không tốt, ánh sáng yếu, không đủ, nền đất quá thấp, tường nhiều ẩm mốc, ẩm ướt, nấm mốc.

## XÁC ĐỊNH MÙA TRONG NĂM

Có 12 tháng trong năm, tính theo Dương lịch

Mùa xuân: Từ tháng 2 đến tháng 4

Mùa Hạ: Từ tháng 5 đến tháng 7

Mùa Xuân: Từ tháng 8 đến tháng 10

Mùa Đông: Từ tháng 11 đến tháng 1

## ĐO LƯU LƯỢNG ĐỈNH

**\* Phương pháp đo:**

**Bước 1.** Di chuyển “nút chỉ” đến số 0, hoặc đến số thấp nhất trên thước

**Bước 2.** Đứng thẳng người, cầm lưu lượng đỉnh kế bằng 2 tay

**Bước 3.** Hít vào sâu tối đa

Đặt phần đế ngậm của lưu lượng đỉnh kế vào miệng, giữa hai hàm răng. Ngậm chặt môi lại, không cho lưỡi bít lỗ của phần ngậm

**Bước 4.** Thổi vừa mạnh vừa nhanh tối đa chỉ một hơi

**Bước 5.** Lấy lưu lượng đỉnh kế ra khỏi miệng

Nhìn nút chỉ – nút chỉ đã di chuyển trên thước đo. Ghi số được chỉ vào giấy. Di chuyển nút chỉ trở lại số 0, hay số thấp nhất trên thước.

Đo thêm hai lần với cùng các thao tác như trên. Chọn số đo cao nhất của 3 số ghi được và ghi vào bảng theo dõi số lưu lượng đỉnh của bệnh nhân.

**\* Đánh giá lưu lượng đỉnh thở ra tối đa/giây của bệnh nhân:**

PEF trung bình dự báo lý thuyết tính theo phương trình hồi qui của PH.H.QUANJER (1983) để tính chỉ số chức năng hô hấp:

$$\text{Nam} = 6,14H - 0,043 A + 0,15;$$

$$\text{Nữ} = 5,5 H - 0,03 A - 1,11.$$

(H: chiều cao, A: cân nặng)

**CÁCH TÍNH TRỊ SỐ BMI NGƯỜI VIỆT NAM THEO KHUYẾN CAO CỦA WHO**

BMI (Body Mass Index) là chỉ số cơ thể được các bác sĩ và các chuyên gia sức khỏe sử dụng để xác định tình trạng cơ thể của một người nào đó có bị béo phì, thừa cân hay quá gầy hay không.

**Công thức tính chỉ số BMI:**

**BMI = (trọng lượng cơ thể)/ (chiều cao x chiều cao)**

- trọng lượng cơ thể: tính bằng kg;
- chiều cao x chiều cao: tính bằng m;

Chú ý: công thức này chỉ áp dụng cho người trưởng thành (trên 18 tuổi), không áp dụng cho: phụ nữ mang thai, vận động viên.

**Đánh giá chỉ số BMI nói chung như sau (theo WHO)**

- BMI < 18,5: người gầy
- BMI = 18,5 – 24,9: bình thường
- BMI = >25: thừa cân





### DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ HUYỆN AN DƯƠNG

THAM DỰ CÁC TẬP HUẤN KIẾN THỨC, KỸ NĂNG TRUYỀN THÔNG GDSK ĐIỀU TRỊ KIỂM SOÁT BỆNH HEN PHẾ QUẢN NĂM 2013 - 2014

STT	HỌ VÀ TÊN	NĂM SINH	TRÌNH ĐỘ CHUYÊN MÔN	NƠI CÔNG TÁC
1	NGUYỄN VĂN M	1971	BS	BV AD
2	NGÔ THỊ ÁNH T	1978	BS	BV AD
3	NGUYỄN THỊ THU H	1974	BS	BV AD
4	NGÔ ANH T	1983	BS	BV AD
5	NGUYỄN THỊ L	1982	BS	BV AD
6	HỒ THỊ X	1962	BS	BV AD
7	VŨ THỊ H	1960	BS	BV AD
8	TRẦN THỊ BẠCH T	1967	BS	BV AD
9	TRỊNH THỊ L	1961	BS	BV AD
10	VŨ THỊ TĂNG	1974	BS	BV AD
11	ĐÀO THỊ QUỲNH TH	1974	BS	BV AD
12	ĐÀO MẠNH KH	1973	BS	TTYT AD
13	ĐẶNG THỊ H	1971	BS	TYT AD
14	LÊ CÔNG Ư	1968	BS	TYT AD
15	NGUYỄN THỊ Q	1967	BS	TYT AD
16	ĐINH QUANG H	1960	BS	TYT AD
17	PHẠM DUY KH	1983	BS	TYT AD
18	CAO ĐỨC L	1974	BS	TYT AD
19	NGUYỄN VĂN KH	1965	BS	TYT AD
20	LÊ THỊ H	1966	BS	TYT AD
21	VŨ THỊ T	1973	BS	TYT AD
22	HOÀNG THỊ S	1971	BS	TYT AD
23	PHẠM THỊ H	1968	BS	TYT AD
24	ĐẶNG THỊ L	1967	BS	TYT AD
25	ĐÀO THỊ TH	1967	BS	TYT AD
26	TRẦN THỊ H	1965	YS	TYT AD
27	ĐẶNG NGỌC B	1990	YS	TYT AD
28	TRẦN THỊ NG	1961	YS	TYT AD
29	NGUYỄN ĐỨC L	1980	YS	TYT AD
30	NGUYỄN THỊ H	1989	YS	TYT AD
31	MAI THU H	1987	NHS	TYT AD
32	DƯƠNG THỊ M	1961	NHS	TYT AD
33	NGUYỄN THỊ TH	1960	NHS	TYT AD
34	TRẦN THỊ GI	1967	YS	TYT AD





35	LƯƠNG THỊ NH	1972	YS	TYT AD
36	NGUYỄN THỊ HẢI Y	1960	YS	TYT AD
37	TRẦN THỊ HỒNG NHU	1979	YS	TYT AD
38	NGUYỄN THỊ TH	1962	YS	TYT AD
39	NGUYỄN THỊ QUỲNH V	1983	YS	TYT AD
40	ĐOÀN THỊ ÁNH M	1991	YS	TYT AD
41	PHẠM THỊ H	1966	YS	TYT AD
42	VŨ THỊ T	1969	YS	TYT AD
43	LÊ THỊ Y	1965	YS	TYT AD
44	TRƯƠNG THỊ X	1964	YS	TYT AD
45	VŨ MINH Đ	1975	YS	TYT AD
46	ĐỖ THỊ TH	1968	YS	TYT AD
47	NGUYỄN THỊ L	1967	YS	TYT AD
48	ĐỊNH THỊ D	1966	YS	TYT AD
49	NGUYỄN VĂN S	1990	YS	TYT AD
50	NGUYỄN THỊ T	1963	YS	TYT AD
51	TẠ THỊ T	1966	YS	TYT AD
52	CHU THỊ NH	1975	YS	TYT AD
53	TRẦN THỊ N	1965	YS	TYT AD
54	NGUYỄN THỊ H	1971	YS	TYT AD
55	VŨ VĂN Đ	1985	YS	TYT AD
56	TRẦN THÀNH NG	1966	YT	TYT AD
57	NGUYỄN THỊ H	1964	YT	TYT AD
58	HOÀNG THỊ KIM TH	1985	YT	TYT AD
59	LÊ THỊ M	1971	YT	TYT AD
60	ĐẶNG THỊ M	1965	YT	TYT AD
61	NGUYỄN THỊ TH	1967	YT	TYT AD
62	NGUYỄN THỊ D	1983	YT	TYT AD
63	NGUYỄN THỊ H	1979	YT	TYT AD
64	HOÀNG THỊ B	1982	YT	TYT AD
65	MAI THỊ H	1971	YT	TYT AD



**DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ THUỘC TRUNG TÂM Y TẾ AN DƯƠNG  
THAM GIA ĐIỀU TRA KAP BỆNH HEN PHẾ QUẢN NĂM 2013**

STT	Y TẾ HỌ VÀ TÊN	NĂM SINH	GIỚI TÍNH	TRÌNH ĐỘ CHUYÊN MÔN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC	GHI CHÚ
1	ĐÀO MẠNH KH	1973	NAM	BS	TTYT AD	
2	ĐẶNG THỊ H	1971	NỮ	BS	TYT AD	
3	LÊ CÔNG U	1968	NAM	BS	TYT AD	
4	NGUYỄN THỊ Q	1967	NỮ	BS	TYT AD	
5	ĐINH QUANG H	1960	NAM	BS	TYT AD	
6	PHẠM DUY KH	1983	NAM	BS	TYT AD	
7	CAO ĐỨC L	1974	NAM	BS	TYT AD	
8	NGUYỄN VĂN KH	1965	NAM	BS	TYT AD	
9	LÊ THỊ H	1966	NỮ	BS	TYT AD	
10	VŨ THỊ T	1973	NỮ	BS	TYT AD	
11	HOÀNG THỊ S	1971	NỮ	BS	TYT AD	
12	PHẠM THỊ H	1968	NỮ	BS	TYT AD	
13	ĐẶNG THỊ L	1967	NỮ	BS	TYT AD	
14	ĐÀO THỊ TH	1967	NỮ	BS	TYT AD	
15	TRẦN THỊ H	1965	NỮ	YS	TYT AD	
16	ĐẶNG NGỌC B	1990	NỮ	YS	TYT AD	
17	TRẦN THỊ NG	1961	NỮ	YS	TYT AD	
18	NGUYỄN ĐỨC L	1980	NAM	YS	TYT AD	
19	NGUYỄN THỊ H	1989	NỮ	YS	TYT AD	
20	MAI THU H	1987	NỮ	NHS	TYT AD	
21	DƯƠNG THỊ M	1961	NỮ	NHS	TYT AD	
22	NGUYỄN THỊ TH	1960	NỮ	NHS	TYT AD	
23	TRẦN THỊ GI	1967	NỮ	YS	TYT AD	
24	LƯƠNG THỊ NH	1972	NỮ	YS	TYT AD	
25	NGUYỄN THỊ HẢI Y	1960	NỮ	YS	TYT AD	
26	TRẦN THỊ HỒNG NH	1979	NỮ	YS	TYT AD	
27	NGUYỄN THỊ TH	1962	NỮ	YS	TYT AD	
28	NGUYỄN THỊ QUỲNH V	1983	NỮ	YS	TYT AD	
29	ĐOÀN THỊ ÁNH M	1991	NỮ	YS	TYT AD	
30	PHẠM THỊ H	1966	NỮ	YS	TYT AD	
31	VŨ THỊ T	1969	NỮ	YS	TYT AD	
32	LÊ THỊ Y	1965	NỮ	YS	TYT AD	
33	TRƯƠNG THỊ X	1964	NỮ	YS	TYT AD	
34	VŨ MINH Đ	1975	NAM	YS	TYT AD	
35	ĐỖ THỊ TH	1968	NỮ	YS	TYT AD	
36	NGUYỄN THỊ L	1967	NỮ	YS	TYT AD	
37	ĐINH THỊ D	1966	NỮ	YS	TYT AD	
38	NGUYỄN VĂN S	1990	NAM	YS	TYT AD	
39	NGUYỄN THỊ T	1963	NỮ	YS	TYT AD	
40	TẠ THỊ T	1966	NỮ	YS	TYT AD	
41	CHU THỊ NH	1975	NỮ	YS	TYT AD	
42	TRẦN THỊ N	1965	NỮ	YS	TYT AD	
43	NGUYỄN THỊ H	1971	NỮ	YS	TYT AD	
44	VŨ VĂN Đ	1985	NAM	YS	TYT AD	
	Tổng số 44 người					



**DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN DƯƠNG  
THAM GIA ĐIỀU TRA KAP BỆNH HEN PHÈ QUẢN NĂM 2013**

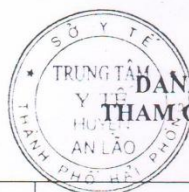


	HỌ VÀ TÊN	NĂM SINH	GIỚI TÍNH	TRÌNH ĐỘ CHUYÊN MÔN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC	GHI CHÚ
1	NGUYỄN VĂN M	1971	NAM	BS	BVĐK AD	
2	NGÔ THỊ ÁNH T	1978	NỮ	BS	BVĐK AD	
3	NGUYỄN THỊ THU H	1974	NỮ	BS	BVĐK AD	
4	NGÔ ANH T	1983	NAM	BS	BVĐK AD	
5	NGUYỄN THỊ L	1982	NỮ	BS	BVĐK AD	
6	HỒ THỊ X	1962	NỮ	BS	BVĐK AD	
7	VŨ THỊ H	1960	NỮ	BS	BVĐK AD	
8	TRẦN THỊ BẠCH T	1967	NỮ	BS	BVĐK AD	
9	TRỊNH THỊ L	1961	NỮ	BS	BVĐK AD	
10	VŨ THỊ T	1974	NỮ	BS	BVĐK AD	
11	ĐÀO THỊ QUỲNH TH	1974	NỮ	BS	BVĐK AD	
	<b>Tổng số: 11 người</b>					



**DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ  
THUỘC TRẠM Y TẾ HỒNG THÁI – TRUNG TÂM Y TẾ AN DƯƠNG  
THAM GIA ĐIỀU TRA KAP BỆNH HEN PHẾ QUẢN NĂM 2013**

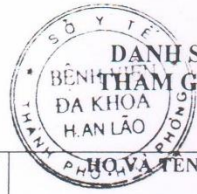
STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới	Đơn vị công tác
1	TRẦN THÀNH NG	1966	NAM	TYT
2	NGUYỄN THỊ H	1964	NỮ	TYT
3	HOÀNG THỊ KIM TH	1985	NỮ	TYT
4	LÊ THỊ M	1971	NỮ	TYT
5	ĐẶNG THỊ M	1965	NỮ	TYT
6	NGUYỄN THỊ T	1967	NỮ	TYT
7	NGUYỄN THỊ D	1983	NỮ	TYT
8	NGUYỄN THỊ H	1979	NỮ	TYT
9	HOÀNG THỊ B	1982	NỮ	TYT
10	MAI THỊ H	1971	NỮ	TYT



**DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ TRUNG TÂM Y TẾ AN LÃO  
THAM GIA ĐIỀU TRA KAP BỆNH HEN PHẾ QUẢN NĂM 2013**

STT	HỌ VÀ TÊN	NĂM SINH	GIỚI TÍNH	TRÌNH ĐỘ CHUYÊN MÔN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC	GHI CHÚ
1	BÙI THỊ D	1965	NỮ	BS	TTYT AL	
2	HOÀNG VĂN M.	1975	NAM	BS	TTYT AL	
3	VŨ VĂN H	1965	NAM	BS	TYT AL	
4	PHẠM VĂN T	1979	NAM	BS	TYT AL	
5	NGUYỄN XUÂN H	1962	NAM	BS	TYT AL	
6	NGUYỄN THỊ L	1975	NỮ	BS	TTYT AL	
7	BÙI THỊ T	1967	NỮ	BS	TYT AL	
8	PHẠM VĂN L	1958	NAM	BS	TYT AL	
9	VŨ VĂN N	1966	NAM	BS	TYT AL	
10	NGUYỄN VĂN KH	1966	NAM	BS	TYT AL	
11	LÝ THỊ H	1972	NỮ	BS	TYT AL	
12	LÊ TRỌNG K	1965	NAM	BS	TYT AL	
13	NGUYỄN THỊ Y	1959	NỮ	BS	TTYT AL	
14	NGUYỄN THỊ B	1960	NỮ	YS	TYT AL	
15	ĐÀO THỊ B	1973	NỮ	YS	TTYT AL	
16	ĐỖ XUÂN S	1955	NAM	YS	TTYT AL	
17	PHAN VĂN P	1984	NAM	YS	TTYT AL	
18	BÙI THỊ B	1960	NỮ	YS	TYT AL	
19	NGUYỄN THỊ TH	1962	NỮ	YS	TYT AL	
20	PHẠM THỊ THU H	1970	NỮ	YS	TYT AL	
21	PHẠM THỊ H.	1964	NỮ	YS	TYT AL	
22	NGUYỄN THỊ H.	1979	NỮ	YS	TYT AL	
23	HOÀNG VĂN D	1964	NAM	YS	TYT AL	
24	NGUYỄN THỊ T	1964	NỮ	YS	TYT AL	
25	PHẠM DUY T	1962	NAM	YS	TYT AL	
26	PHẠM THỊ TH	1966	NỮ	YS	TYT AL	
27	PHẠM THỊ NH	1990	NỮ	YS	TYT AL	
28	PHẠM THỊ G'	1991	NỮ	YS	TYT AL	
29	HOÀNG THỊ L	1977	NỮ	YS	TYT AL	
30	TRẦN THỊ H	1979	NỮ	YS	TYT AL	
31	LÊ THỊ T	1961	NỮ	YS	TYT AL	
32	VŨ THỊ TH	1964	NỮ	YS	TYT AL	
33	NGUYỄN THỊ NG	1968	NỮ	BS	TYT AL	
34	PHẠM VĂN NG	1960	NAM	YS	TYT AL	
35	PHẠM TUẤN E	1975	NAM	YS	TYT AL	
	Tổng số: 35 người					





**DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN LÃO  
THAM GIA ĐIỀU TRA KAP BỆNH HEN PHẾ QUẢN NĂM 2013**

STT	HỌ VÀ TÊN	NĂM SINH	GIỚI TÍNH	TRÌNH ĐỘ CHUYÊN MÔN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC	GHI CHÚ
1	HOÀNG TUẤN T.	1982	NAM	BS	BV AL	
2	ĐỖ THỊ HỒNG PH.	1967	NỮ	BS	BV AL	
3	NGUYỄN THỊ TH	1970	NỮ	BS	BV AL	
4	ĐÔNG TIẾN GI.	1978	NAM	BS	BV AL	
5	NGUYỄN VĂN Đ	1962	NAM	BS	BV AL	
6	MẠC THỊ ĐỖ Đ	1979	NỮ	BS	BV AL	
7	PHẠM ĐÌNH PH'	1963	NAM	BS	BV AL	
8	PHẠM XUÂN TH	1978	NAM	BS	BV AL	
9	TRẦN MINH Đ	1980	NAM	BS	BV AL	
10	CAO TRUNG D	1980	NAM	BS	BV AL	
11	NGUYỄN THỊ C	1990	NỮ	YS	BV AL	
12	NGUYỄN THỊ PH	1962	NỮ	YS	BV AL	
13	HOÀNG THỊ TH	1961	NỮ	YS	BV AL	
14	NGUYỄN TRẦN T	1991	NAM	YS	BV AL	
15	PHẠM THỊ TH	1977	NỮ	YS	BV AL	
	Tổng số: 15 người					



**DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ  
THUỘC TRẠM Y TẾ QUỐC TUẤN - HUYỆN AN LÃO  
THAM GIA ĐIỀU TRA KAP BỆNH HEN PHẾ QUẢN NĂM 2013**

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới	Đơn vị công tác
1	NGUYỄN MINH PH	1981	NAM	TYT Quốc Tuấn
2	PHẠM THỊ THU H	1979	NỮ	TYT Quốc Tuấn
3	TRẦN THỊ QU	1971	NỮ	TYT Quốc Tuấn
4	NGUYỄN THỊ T	1968	NỮ	TYT Quốc Tuấn
5	VŨ VĂN Đ	1985	NAM	TYT Quốc Tuấn

**ĐANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ THUỘC TRUNG TÂM Y TẾ AN DƯƠNG  
THAM GIA ĐIỀU TRA KAP BỆNH HEN PHẾ QUẢN NĂM 2014**

STT	HỌ VÀ TÊN	NĂM SINH	GIỚI TÍNH	TRÌNH ĐỘ CHUYÊN MÔN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC	GHI CHÚ
1	ĐÀO MẠNH KH	1973	NAM	BS	TTYT AD	
2	ĐẶNG THỊ H	1971	NỮ	BS	TYT AD	
3	LÊ CÔNG Ư	1968	NAM	BS	TYT AD	
4	NGUYỄN THỊ Q	1967	NỮ	BS	TYT AD	
5	ĐÌNH QUANG H	1960	NAM	BS	TYT AD	
6	PHẠM DUY KH	1983	NAM	BS	TYT AD	
7	CAO ĐỨC L	1974	NAM	BS	TYT AD	
8	NGUYỄN VĂN KH	1965	NAM	BS	TYT AD	
9	LÊ THỊ H	1966	NỮ	BS	TYT AD	
10	VŨ THỊ T	1973	NỮ	BS	TYT AD	
11	HOÀNG THỊ S	1971	NỮ	BS	TYT AD	
12	PHẠM THỊ H	1968	NỮ	BS	TYT AD	
13	ĐẶNG THỊ L	1967	NỮ	BS	TYT AD	
14	ĐÀO THỊ TH	1967	NỮ	BS	TYT AD	
15	TRẦN THỊ H	1965	NỮ	YS	TYT AD	
16	ĐẶNG NGỌC B	1990	NỮ	YS	TYT AD	
17	TRẦN THỊ NG	1961	NỮ	YS	TYT AD	
18	NGUYỄN ĐỨC L	1980	NAM	YS	TYT AD	
19	NGUYỄN THỊ H	1989	NỮ	YS	TYT AD	
20	MAI THU H	1987	NỮ	NHS	TYT AD	
21	DƯƠNG THỊ M	1961	NỮ	NHS	TYT AD	
22	NGUYỄN THỊ TH	1960	NỮ	NHS	TYT AD	
23	TRẦN THỊ GI	1967	NỮ	YS	TYT AD	
24	LƯƠNG THỊ NH	1972	NỮ	YS	TYT AD	
25	NGUYỄN THỊ HẢI Y	1960	NỮ	YS	TYT AD	
26	TRẦN THỊ HỒNG NH	1979	NỮ	YS	TYT AD	
27	NGUYỄN THỊ TH	1962	NỮ	YS	TYT AD	
28	NGUYỄN THỊ QUỲNH V	1983	NỮ	YS	TYT AD	
29	ĐOÀN THỊ ÁNH M	1991	NỮ	YS	TYT AD	
30	PHẠM THỊ H	1966	NỮ	YS	TYT AD	
31	VŨ THỊ T	1969	NỮ	YS	TYT AD	
32	LÊ THỊ Y	1965	NỮ	YS	TYT AD	
33	TRƯƠNG THỊ X	1964	NỮ	YS	TYT AD	
34	VŨ MINH Đ	1975	NAM	YS	TYT AD	
35	ĐỖ THỊ TH	1968	NỮ	YS	TYT AD	
36	NGUYỄN THỊ L	1967	NỮ	YS	TYT AD	
37	ĐÌNH THỊ D	1966	NỮ	YS	TYT AD	
38	NGUYỄN VĂN S	1990	NAM	YS	TYT AD	
39	NGUYỄN THỊ T	1963	NỮ	YS	TYT AD	
40	TẠ THỊ T	1966	NỮ	YS	TYT AD	
41	CHU THỊ NH	1975	NỮ	YS	TYT AD	
42	TRẦN THỊ N	1965	NỮ	YS	TYT AD	
43	NGUYỄN THỊ H	1971	NỮ	YS	TYT AD	
44	VŨ VĂN Đ	1985	NAM	YS	TYT AD	
	Tổng số 44 người					



**DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN DƯƠNG  
THAM GIA ĐIỀU TRA KAP BỆNH HEN PHẾ QUẢN NĂM 2014**



STT	HỌ VÀ TÊN	NĂM SINH	GIỚI TÍNH	TRÌNH ĐỘ CHUYÊN MÔN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC	GHI CHÚ
1	NGUYỄN VĂN M.	1971	NAM	BS	BVĐK AD	
2	NGÔ THỊ ÁNH T	1978	NỮ	BS	BVĐK AD	
3	NGUYỄN THỊ THU H.	1974	NỮ	BS	BVĐK AD	
4	NGÔ ANH T	1983	NAM	BS	BVĐK AD	
5	NGUYỄN THỊ L	1982	NỮ	BS	BVĐK AD	
6	HỒ THỊ X'	1962	NỮ	BS	BVĐK AD	
7	VŨ THỊ H	1960	NỮ	BS	BVĐK AD	
8	TRẦN THỊ BẠCH T	1967	NỮ	BS	BVĐK AD	
9	TRỊNH THỊ L	1961	NỮ	BS	BVĐK AD	
10	VŨ THỊ T	1974	NỮ	BS	BVĐK AD	
11	ĐÀO THỊ QUỲNH TH	1974	NỮ	BS	BVĐK AD	
<b>Tổng số: 11 người</b>						



**DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ  
THUỘC TRẠM Y TẾ HỒNG THÁI – TRUNG TÂM Y TẾ AN DƯƠNG  
THAM GIA ĐIỀU TRA KAP BỆNH HEN PHẾ QUẢN NĂM 2014**

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới	Đơn vị công tác
1	TRẦN THÀNH NG	1966	NAM	TYT
2	NGUYỄN THỊ H	1964	NỮ	TYT
3	HOÀNG THỊ KIM TH	1985	NỮ	TYT
4	LÊ THỊ M	1971	NỮ	TYT
5	ĐẶNG THỊ M	1965	NỮ	TYT
6	NGUYỄN THỊ T	1967	NỮ	TYT
7	NGUYỄN THỊ D	1983	NỮ	TYT
8	NGUYỄN THỊ H	1979	NỮ	TYT
9	HOÀNG THỊ B	1982	NỮ	TYT
10	MAI THỊ H	1971	NỮ	TYT



**DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ TRUNG TÂM Y TẾ AN LÃO  
Y TẾ THAM GIA ĐIỀU TRA KAP BỆNH HEN PHẾ QUẢN NĂM 2014**

STT	HỌ VÀ TÊN	NĂM SINH	GIỚI TÍNH	TRÌNH ĐỘ CHUYÊN MÔN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC	GHI CHÚ
1	BÙI THỊ D	1965	NỮ	BS	TTYT AL	
2	HOÀNG VĂN M	1975	NAM	BS	TTYT AL	
3	VŨ VĂN H	1965	NAM	BS	TYT AL	
4	PHẠM VĂN T	1979	NAM	BS	TYT AL	
5	NGUYỄN XUÂN H	1962	NAM	BS	TYT AL	
6	NGUYỄN THỊ L	1975	NỮ	BS	TTYT AL	
7	BÙI THỊ T	1967	NỮ	BS	TYT AL	
8	PHẠM VĂN L	1958	NAM	BS	TYT AL	
9	VŨ VĂN N	1966	NAM	BS	TYT AL	
10	NGUYỄN VĂN KH	1966	NAM	BS	TYT AL	
11	LÝ THỊ H	1972	NỮ	BS	TYT AL	
12	LÊ TRỌNG K	1965	NAM	BS	TYT AL	
13	NGUYỄN THỊ Y	1959	NỮ	BS	TTYT AL	
14	NGUYỄN THỊ B	1960	NỮ	YS	TYT AL	
15	ĐÀO THỊ B	1973	NỮ	YS	TTYT AL	
16	ĐỖ XUÂN S	1955	NAM	YS	TTYT AL	
17	PHAN VĂN B	1984	NAM	YS	TTYT AL	
18	BÙI THỊ B	1960	NỮ	YS	TYT AL	
19	NGUYỄN THỊ TH	1962	NỮ	YS	TYT AL	
20	PHẠM THỊ THU H	1970	NỮ	YS	TYT AL	
21	PHẠM THỊ H	1964	NỮ	YS	TYT AL	
22	NGUYỄN THỊ H	1979	NỮ	YS	TYT AL	
23	HOÀNG VĂN D	1964	NAM	YS	TYT AL	
24	NGUYỄN THỊ T	1964	NỮ	YS	TYT AL	
25	PHẠM DUY TR	1962	NAM	YS	TYT AL	
26	PHẠM THỊ TH	1966	NỮ	YS	TYT AL	
27	PHẠM THỊ NH	1990	NỮ	YS	TYT AL	
28	PHẠM THỊ GI	1991	NỮ	YS	TYT AL	
29	HOÀNG THỊ L	1977	NỮ	YS	TYT AL	
30	TRẦN THỊ P	1979	NỮ	YS	TYT AL	
31	LÊ THỊ T	1961	NỮ	YS	TYT AL	
32	VŨ THỊ TF	1964	NỮ	YS	TYT AL	
33	NGUYỄN THỊ NG	1968	NỮ	BS	TYT AL	
34	PHẠM VĂN NG'	1960	NAM	YS	TYT AL	
35	PHẠM TUẤN E	1975	NAM	YS	TYT AL	
	Tổng số: 35 người					





**DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN LÃO  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA  
ĐÀ KHOA**

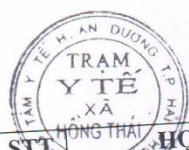
STT	HỌ VÀ TÊN	NĂM SINH	GIỚI TÍNH	TRÌNH ĐỘ CHUYÊN MÔN	ĐƠN VỊ CÔNG TÁC	GHI CHÚ
1	HOÀNG TUẤN T	1982	NAM	BS	BV AL	
2	ĐỖ THỊ HỒNG PH	1967	NỮ	BS	BV AL	
3	NGUYỄN THỊ TH	1970	NỮ	BS	BV AL	
4	ĐỒNG TIẾN GI	1978	NAM	BS	BV AL	
5	NGUYỄN VĂN Đ	1962	NAM	BS	BV AL	
6	MẠC THỊ ĐỖ Đ	1979	NỮ	BS	BV AL	
7	PHẠM ĐÌNH PH	1963	NAM	BS	BV AL	
8	PHẠM XUÂN TH	1978	NAM	BS	BV AL	
9	TRẦN MINH Đ	1980	NAM	BS	BV AL	
10	CAO TRUNG D	1980	NAM	BS	BV AL	
11	NGUYỄN THỊ C	1990	NỮ	YS	BV AL	
12	NGUYỄN THỊ PH	1962	NỮ	YS	BV AL	
13	HOÀNG THỊ TH	1961	NỮ	YS	BV AL	
14	NGUYỄN TRẦN T	1991	NAM	YS	BV AL	
15	PHẠM THỊ TH	1977	NỮ	YS	BV AL	
	Tổng số: 15 người					



**DANH SÁCH CÁN BỘ Y TẾ  
THUỘC TRẠM Y TẾ QUỐC TUẤN – HUYỆN AN LÃO  
THAM GIA ĐIỀU TRA KAP BỆNH HEN PHẾ QUẢN NĂM 2014**

STT	Họ và tên	Năm sinh	Giới	Đơn vị công tác
1	NGUYỄN MINH PH	1981	NAM	TYT Quốc Tuấn
2	PHẠM THỊ THU H	1979	NỮ	TYT Quốc Tuấn
3	TRẦN THỊ QU	1971	NỮ	TYT Quốc Tuấn
4	NGUYỄN THỊ T	1968	NỮ	TYT Quốc Tuấn
5	VŨ VĂN Đ	1985	NAM	TYT Quốc Tuấn

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN**  
**HEN PHẾ QUẢN XÃ HỒNG THÁI - AN DƯƠNG**  
**THAM GIA ĐIỀU TRA LẦN 1 - NĂM 2013**



STT	HỌ TÊN	TÊN	GIỚI TÍNH	NĂM SINH	MÃ SỐ	GHI CHÚ
1	ĐẶNG VĂN	Â	NAM	1948	0001	
2	NGUYỄN THỊ	Á		NỮ	1935	0002
3	ĐOÀN THỊ	B		NỮ	1934	0003
4	NGUYỄN THỊ	B		NỮ	1958	0004
5	TRẦN THỊ	B		NỮ	1975	0005
6	VŨ BÁ	B	NAM	1960	0006	
7	ĐOÀN THỊ	B		NỮ	1958	0007
8	BÙI VĂN	C	NAM	1966	0008	
9	VŨ THỊ	C		NỮ	1935	0009
10	PHẠM THANH	C		NỮ	1940	0010
11	NGUYỄN KHẮC	C	NAM	1952	0011	
12	PHẠM THỊ	CH		NỮ	1953	0012
13	NGUYỄN VĂN	CH	NAM	1954	0013	
14	BÙI THỊ	CH		NỮ	1970	0014
15	NGUYỄN THỊ	CH		NỮ	1952	0015
16	PHẠM THỊ	CH		NỮ	1968	0016
17	NGUYỄN THỊ	CH		NỮ	1968	0017
18	PHẠM VĂN	CH	NAM	1945	0018	
19	PHẠM VĂN	C	NAM	1946	0019	
20	PHAN THỊ	D		NỮ	1958	0020
21	NGUYỄN VĂN	Đ	NAM	1948	0021	
22	NGUYỄN THỊ	D		NỮ	1967	0022
23	HOÀNG THỊ	D		NỮ	1951	0023
24	NGUYỄN KHẮC	Đ	NAM	1958	0024	
25	ĐOÀN PHÚ	D	NAM	1978	0025	
26	NGUYỄN THỊ	G		NỮ	1960	0026
27	NGUYỄN THỊ	G		NỮ	1936	0027
28	ĐOÀN PHÚ	G	NAM	1959	0028	
29	TRẦN VĂN	G	NAM	1928	0029	
30	NGUYỄN KHẮC	H	NAM	1971	0030	
31	NGUYỄN THỊ	H		NỮ	1957	0031
32	ĐỖ THỊ	H		NỮ	1946	0032
33	NGUYỄN THỊ	H		NỮ	1960	0033
34	HOÀNG THỊ	H		NỮ	1953	0034
35	ĐẶNG THỊ	H		NỮ	1962	0035
36	DƯƠNG THỊ	H		NỮ	1964	0036
37	VŨ BÁ		NAM	1940	0037	
38	PHẠM THỊ	H		NỮ	1976	0038
39	LÊ THỊ	H		NỮ	1968	0039
40	NGUYỄN THỊ	H		NỮ	1983	0040
41	NGUYỄN VĂN	TH	NAM	1935	0041	
42	VŨ THỊ	H		NỮ	1971	0042
43	BÙI THỊ	H		NỮ	1953	0043
44	PHẠM VĂN	H	NAM	1970	0044	



45	BÙI THỊ	H		NỮ	1959	0045	
46	BÙI ĐỨC	H	NAM		1958	0046	
47	NGUYỄN THỊ	H		NỮ	1968	0047	
48	TRẦN THỊ	H		NỮ	1953	0048	
49	NGUYỄN THỊ	H		NỮ	1951	0049	
50	PHẠM THỊ	H		NỮ	1964	0050	
51	ĐỖ THỊ	H		NỮ	1963	0051	
52	ĐẶNG THỊ	H		NỮ	1954	0052	
53	NGUYỄN ĐỨC	H		NỮ	1961	0053	
54	LƯƠNG THỊ	H		NỮ	1973	0054	
55	NGUYỄN THỊ	H		NỮ	1976	0055	
56	PHẠM THỊ	H		NỮ	1971	0056	
57	NGUYỄN VĂN	H	NAM		1960	0057	
58	TRẦN VĂN	H	NAM		1964	0058	
59	NGUYỄN TRINH	KH	NAM		1939	0059	
60	PHẠM VĂN	KH	NAM		1950	0060	
61	ĐỖ VĂN	KH	NAM		1947	0061	
62	ĐỖ VĂN	K	NAM		1947	0062	
63	ĐOÀN THỊ	L		NỮ	1976	0063	
64	PHẠM THỊ	L		NỮ	1972	0064	
65	TRẦN THỊ	L		NỮ	1959	0065	
66	BÙI VĂN	L	NAM		1939	0066	
67	NGUYỄN THỊ	L		NỮ	1951	0067	
68	NGUYỄN THỊ	L		NỮ	1962	0068	
69	LÊ THỊ	L		NỮ	1990	0069	
70	HOÀNG THỊ	L		NỮ	1959	0070	
71	HOÀNG VĂN	L	NAM		1988	0071	
72	VŨ THỊ	L		NỮ	1944	0072	
73	PHẠM VĂN	L	NAM		1960	0073	
74	HOÀNG THỊ	L		NỮ	1940	0074	
75	TRẦN VĂN	L	NAM		1977	0075	
76	VŨ THỊ	L		NỮ	1943	0076	
77	BÙI VĂN	L	NAM		1968	0077	
78	NGUYỄN THỊ	L		NỮ	1960	0078	
79	NGUYỄN THỊ	M		NỮ	1950	0079	
80	NGUYỄN THỊ	M		NỮ	1961	0080	
81	TRẦN THỊ	M		NỮ	1970	0081	
82	NGUYỄN LÂM	M	NAM		1943	0082	
83	NGUYỄN THỊ	M		NỮ	1966	0083	
84	NGUYỄN THỊ	M		NỮ	1998	0084	
85	PHẠM THỊ	M		NỮ	1968	0085	
86	BÙI HỮU	M	NAM		1976	0086	
87	PHẠM TIẾN	M	NAM		1959	0087	
88	VŨ VĂN	M	NAM		1956	0088	
89	BÙI THỊ	M		NỮ	1956	0089	
90	NGUYỄN THỊ	M		NỮ	1967	0090	
91	ĐOÀN THỊ	M		NỮ	1955	0091	
92	MAI THỊ	M		NỮ	1941	0092	
93	ĐẶNG THỊ	M		NỮ	1955	0093	

94	TRẦN ĐÌNH	N	NAM		1972	0094	
95	NGUYỄN THỊ	N		NỮ	1973	0095	
96	HOÀNG VĂN	N	NAM		1957	0096	
97	BÙI THỊ	NG		NỮ	1954	0097	
98	CHU THỊ	NG		NỮ	1954	0098	
99	TRẦN VĂN	NG	NAM		1961	0099	
100	ĐOÀN THỊ	NGH		NỮ	1932	0100	
101	PHẠM VĂN	T	NAM		1948	0101	
102	ĐẶNG XUÂN	NG	NAM		1951	0102	
103	TRẦN THỊ	NG		NỮ	1947	0103	
104	NHƯ Quỳnh	NG		NỮ	1963	0104	
105	ĐẶNG THỊ	NG		NỮ	1973	0105	
106	MAI THỊ	NH		NỮ	1970	0106	
107	ĐỖ THỊ	NH		NỮ	1933	0107	
108	NGUYỄN ĐÌNH	NH	NAM		1955	0108	
109	PHẠM VĂN	NH	NAM		1955	0109	
110	PHẠM THỊ	NH		NỮ	1939	0110	
111	NGUYỄN THỊ	NH		NỮ	1967	0111	
112	NGUYỄN THỊ	NH		NỮ	1968	0112	
113	NGUYỄN VĂN	NH	NAM		1945	0113	
114	HOÀNG THỊ	N		NỮ	1941	0114	
115	NGUYỄN THỊ	N		NỮ	1936	0115	
116	NGUYỄN THỊ	O		NỮ	1982	0116	
117	VŨ VĂN	PH	NAM		1942	0117	
118	ĐOÀN VĂN	QU	NAM		1950	0118	
119	TRẦN VĂN	R	NAM		1950	0119	
120	NGUYỄN THỊ	S		NỮ	1955	0120	
121	ĐOÀN PHÚ	S	NAM		1969	0121	
122	TRẦN VĂN	S	NAM		1939	0122	
123	NGUYỄN THỊ	S		NỮ	1972	0123	
124	NGUYỄN ĐÌNH	S	NAM		1974	0124	
125	NGUYỄN VĂN	S	NAM		1967	0125	
126	ĐOÀN PHÚ	S	NAM		1937	0126	
127	NGUYỄN THỊ	S		NỮ	1952	0127	
128	BÙI ĐỨC'	S	NAM		1952	0128	
129	NGUYỄN VĂN	T	NAM		1969	0129	
130	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1970	0130	
131	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1927	0131	
132	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1972	0132	
133	TRẦN VĂN	T	NAM		1962	0133	
134	BÙI THỊ	TH		NỮ	1950	0134	
135	TRẦN VĂN	TH	NAM		1940	0135	
136	NGUYỄN CHÍ	TH	NAM		1942	0136	
137	NGUYỄN XUÂN	TH	NAM		1967	0137	
138	NGUYỄN VĂN	TH	NAM		1948	0138	
139	NGUYỄN THỊ	TH		NỮ	1978	0139	
140	TRẦN THỊ	TH		NỮ	1957	0140	
141	PHẠM THỊ	TH		NỮ	1948	0141	
142	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1934	0142	



143	NGUYỄN ĐÌNH	TH	NAM		1950	0143	
144	BÙI VĂN	TH	NAM		1957	0144	
145	NGUYỄN VĂN	TH	NAM		1953	0145	
146	PHẠM VĂN	TH	NAM		1960	0146	
147	NGUYỄN THỊ	TH		NỮ	1955	0147	
148	NGUYỄN THỊ	TH		NỮ	1950	0148	
149	NGUYỄN THỊ	TH		NỮ	1976	0149	
150	NGUYỄN VĂN	TH	NAM		1985	0150	
151	PHẠM THỊ	THU		NỮ	1980	0151	
152	NGUYỄN VĂN	TH	NAM		1982	0152	
153	HOÀNG MINH	TH	NAM		1947	0153	
154	PHẠM XUÂN	TH	NAM		1955	0154	
155	NGUYỄN THỊ	TH		NỮ	1949	0155	
156	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1963	0156	
157	PHẠM THỊ	T		NỮ	1962	0157	
158	ĐOÀN THỊ	T		NỮ	1962	0158	
159	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1962	0159	
160	TRẦN VĂN	T	NAM		1971	0160	
161	NGUYỄN THỊ	TR		NỮ	1972	0161	
162	NGUYỄN VĂN	TR	NAM		1948	0162	
163	NGUYỄN BÁ	TR	NAM		1956	0163	
164	TRẦN ĐÌNH	T	NAM		1976	0164	
165	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1964	0165	
166	NGUYỄN VĂN	T	NAM		1979	0166	
167	TRẦN ĐỨC	T	NAM		1943	0167	
168	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1966	0168	
169	MAI THỊ	T		NỮ	1934	0169	
170	NGUYỄN BÁ	K	NAM		1952	0170	
171	NGUYỄN ĐÌNH	Ư	NAM		1939	0171	
172	NGUYỄN NGỌC	V	NAM		1974	0172	
173	NGUYỄN THỊ	V		NỮ	1984	0173	
174	LƯU THỊ	V		NỮ	1953	0174	
*175	TRẦN VĂN	V	NAM		1963	0175	
176	PHẠM VĂN	V	NAM		1964	0176	
177	NGUYỄN VĂN	V	NAM		1973	0177	
178	LÊ THỊ	V		NỮ	1960	0178	
179	NGUYỄN ĐÌNH	V	NAM		1966	0179	
180	VŨ NGỌC	Xi	NAM		1930	0180	
181	NGUYỄN VĂN	X	NAM		1961	0181	
182	NGUYỄN VĂN	X	NAM		1957	0182	
183	ĐẶNG VĂN	X	NAM		1973	0183	
184	PHẠM VĂN	X	NAM		1930	0184	
185	ĐẶNG VĂN	Ý	NAM		1948	0185	
186	ĐẶNG THỊ	Y		NỮ	1933	0186	
187	PHẠM THỊ	Y		NỮ	1967	0187	
188	ĐOÀN THỊ	Y		NỮ	1947	0188	
189	VŨ BÁ	L	NAM		1958	0189	
190	NGUYỄN THỊ	X		NỮ	1942	0190	
191	NGUYỄN THỊ	V		NỮ	1950	0191	

192	VŨ THỊ	T		NỮ	1955	0192	
193	TRẦN THỊ	NGH		NỮ	1956	0193	
194	VŨ BÁ	G	NAM		1945	0194	
195	PHẠM THỊ	NG		NỮ	1965	0195	
196	TRẦN VĂN	NGH	NAM		1942	0196	
197	PHẠM THỊ	T		NỮ	1957	0197	
198	HOÀNG TRANG	TH	NAM		1948	0198	
199	PHẠM VĂN	T	NAM		1968	0199	
200	ĐÌNH THỊ	Đ		NỮ	1934	0200	
	TỔNG CỘNG	200 NGƯỜI	87	113			





**DANH SÁCH BỆNH NHÂN  
HEN PHẾ QUẢN XÃ QUỐC TUẤN - AN LÃO  
ĐƯỢC ĐIỀU TRA PHÁT HIỆN NĂM 2013**

STT	HỌ	TÊN	GIỚI TÍNH	SINH NĂM	MÃ SỐ	GHI CHÚ
1	PHẠM VĂN	A	NAM	1940	1001	
2	HOÀNG THỊ VÂN	A	NỮ	1985	1002	
3	VŨ THỊ	A	NỮ	1943	1003	
4	VŨ VĂN	A	NAM	1922	1004	
5	VŨ VĂN	B	NAM	1971	1005	
6	NGUYỄN THỊ	B	NỮ	1952	1006	
7	ĐOÀN THỊ	B	NỮ	1933	1007	
8	HOÀNG VĂN	B	NAM	1962	1008	
9	VŨ VĂN	B	NAM	1933	1009	
10	ĐỖ THỊ	B	NỮ	1955	1010	
11	NGUYỄN THỊ	B	NỮ	1962	1011	
12	PHẠM Văn	B	NAM	1965	1012	
13	PHẠM THỊ	B	NỮ	1957	1013	
14	PHẠM THỊ	B	NỮ	1957	1014	
15	NGUYỄN THỊ	B	NỮ	1950	1015	
16	NGUYỄN THỊ	B	NỮ	1972	1016	
17	TẠ THỊ	B	NỮ	1923	1017	
18	TẠ QUANG	B	NAM	1956	1018	
19	PHẠM THỊ	B	NỮ	1971	1019	
20	NGUYỄN VĂN	C	NAM	1935	1020	
21	VŨ XUÂN	C	NAM	1950	1021	
22	NGUYỄN VĂN	C	NAM	1959	1022	
23	NGUYỄN THỊ	C	NỮ	1928	1023	
24	PHẠM THỊ	CH	NỮ	1958	1024	
25	NGUYỄN THỊ	CH	NỮ	1931	1025	
26	NGUYỄN VĂN	CH	NAM	1931	1026	
27	VŨ THỊ	CH	NỮ	1934	1027	
28	TẶNG THỊ	CH	NỮ	1962	1028	
29	NGUYỄN VĂN	CH	NAM	1971	1029	
30	PHẠM VĂN	CH	NAM	1954	1030	
31	VŨ VĂN	CH	NAM	1950	1031	
32	PHẠM THỊ	CH	NỮ	1963	1032	
33	NINH VĂN	C	NAM	1950	1033	
34	PHẠM VĂN	C	NAM	1974	1034	
35	ĐỖ THỊ	Đ	NỮ	1944	1035	
36	NGUYỄN VĂN	Đ	NAM	1927	1036	
37	VŨ VĂN	Đ	NAM	1989	1037	
38	ĐỖ VĂN	Đ	NAM	1969	1038	
39	LƯƠNG VĂN	Đ	NAM	1932	1039	
40	NGÔ THỊ	Đ	NỮ	1958	1040	
41	TẠ VĂN	Đ	NAM	1945	1041	
42	TẠ THỊ	Đ	NỮ	1962	1042	

44	VŨ VĂN	D	NAM	1977	1044
45	VŨ VĂN	D	NAM	1967	1045
46	TẠ THỊ	Đ	NỮ	1928	1046
47	PHẠM THỊ	Đ	NỮ	1959	1047
48	NGUYỄN VĂN	Đ	NAM	1960	1048
49	ĐỖ THỊ	D	NỮ	1938	1049
50	VŨ ĐỨC	Đ	NAM	1968	1050
51	NGUYỄN VĂN	D	NAM	1951	1051
52	PHẠM VĂN	Đ	NAM	1965	1052
53	NGUYỄN THỊ	D	NỮ	1942	1053
54	NINH ĐỨC	D	NAM	1993	1054
55	ĐỖ THỊ	G	NỮ	1939	1055
56	VŨ THỊ	G	NỮ	1933	1056
57	NGUYỄN THỊ	G	NỮ	1956	1057
58	VŨ THỊ	GH	NỮ	1967	1058
59	PHẠM VĂN	G	NAM	1956	1059
60	PHẠM VĂN	G	NAM		1060
61	TẠ THỊ	G	NỮ	1926	1061
62	TRẦN THỊ	H	NỮ	1985	1062
63	NGUYỄN BÁ	H	NAM	1951	1063
64	LÊ ĐÌNH	H	NAM	1985	1064
65	NGUYỄN THỊ	H	NỮ	1950	1065
66	VŨ THỊ	H	NỮ	1958	1066
67	LƯƠNG VĂN	H	NAM	1968	1067
68	NGUYỄN THỊ	H	NỮ	1968	1068
69	PHẠM THỊ	H	NỮ	1930	1069
70	VŨ THỊ	H	NỮ	1970	1070
71	PHẠM THỊ	H	NỮ	1982	1071
72	VŨ VĂN	H	NAM	1977	1072
73	PHẠM VĂN	H	NAM	1958	1073
74	NGUYỄN VĂN	H	NAM	1953	1074
75	TẠ THỊ	H	NỮ	1926	1075
76	ĐẶNG THỊ	H	NỮ	1932	1076
77	TRẦN KHÁNH	H	NAM	1987	1077
78	HOÀNG THỊ	H	NỮ	1958	1078
79	TRẦN VĂN	H	NAM	1940	1079
80	ĐỖ VĂN	H	NAM	1963	1080
81	VŨ ĐỨC	H	NAM	1937	1081
82	VŨ THỊ	H	NỮ	1937	1082
83	NGUYỄN VĂN	H	NAM	1957	1083
84	NGUYỄN THỊ	H	NỮ	1977	1084
85	PHẠM THỊ	H	NỮ	1969	1085
86	NGUYỄN QUANG	H	NAM	1954	1086
87	PHẠM VĂN	H	NAM	1962	1087
88	VŨ THỊ	K	NỮ	1956	1088
89	PHẠM VĂN	KH	NAM	1940	1089
90	PHẠM VĂN	KH	NAM	1950	1090
91	TRỊNH THỊ	KH	NỮ	1958	1091
92	ĐỖ VĂN	KH	NAM	1932	1092



93	NGUYỄN VĂN	KH	NỮ	1950	1093
94	TRẦN THỊ	KH	NỮ	1951	1094
95	PHẠM TRUNG	K	NAM	1953	1095
96	NINH VĂN	K	NAM	1979	1096
97	NGUYỄN VĂN	K	NAM	1959	1097
98	PHẠM DOÃN	L	NAM	1949	1098
99	VŨ THỊ	L	NỮ	1942	1099
100	VŨ THỊ	L	NỮ	1939	1100
101	PHẠM THỊ	L	NỮ	1936	1101
102	NGUYỄN THỊ	L	NỮ	1965	1102
103	PHẠM THỊ	L	NỮ	1950	1103
104	VŨ VĂN	L	NAM	1931	1104
105	TRẦN THỊ	L	NỮ	1937	1105
106	PHẠM THỊ	L	NỮ	1961	1106
107	VŨ THỊ	L	NỮ	1953	1107
108	NGUYỄN VĂN	L	NAM	1960	1108
109	TRẦN VĂN	L	NAM	1960	1109
110	ĐỖ VĂN	L	NAM	1942	1110
111	VĂN THỊ	L	NỮ	1955	1111
112	PHẠM VĂN	L	NAM	1965	1112
113	VŨ THỊ	L	NỮ	1984	1113
114	ĐÀO THỊ	L	NỮ	1937	1114
115	HÀ THỊ	M	NỮ	1964	1115
116	PHẠM VĂN	M	NAM	1933	1116
117	ĐỖ VĂN	M	NAM	1942	1117
118	VŨ THỊ	M	NỮ	1938	1118
119	NGUYỄN VĂN	M	NAM	1942	1119
120	ĐỖ THỊ	M	NỮ	1939	1120
121	NGUYỄN THỊ	M	NỮ	1964	1121
122	ĐỖ THỊ NGỌC	M	NỮ	1997	1122
123	VŨ THỊ	M	NỮ	1923	1123
124	ĐỖ THỊ	M	NỮ	1951	1124
125	NGUYỄN THỊ	M	NỮ	1925	1125
126	PHẠM THỊ	M	NỮ	1929	1126
127	NGUYỄN THỊ	M	NỮ	1957	1127
128	NGHIÊM NGHĨA	M	NAM	1961	1128
129	NGUYỄN VĂN	N	NAM	1985	1129
130	ĐỖ VĂN	N	NAM	1940	1130
131	PHAN VĂN	N	NAM	1984	1131
132	ĐỖ THỊ	N	NỮ	1930	1132
133	VŨ THỊ	NG	NỮ	1985	1133
134	ĐỖ THỊ	NG	NỮ	1964	1134
135	PHẠM THỊ	NG	NỮ	1972	1135
136	ĐỖ THỊ	NG	NỮ	1932	1136
137	PHÙNG THỊ	NG	NỮ	1988	1137
138	TRẦN VĂN	NG	NAM	1933	1138
139	BÙI THỊ	NG	NỮ	1940	1139
140	NINH VĂN	NH	NAM	1975	1140
141	NGUYỄN THỊ	NH	NỮ	1964	1141

142	TẠ THỊ	NH	NỮ	1956	1142
143	PHẠM THỊ	NH	NỮ	1953	1143
144	PHẠM THỊ	NH	NỮ	1937	1144
145	PHẠM THỊ	NH	NỮ	1948	1145
146	VŨ THỊ	NH	NỮ	1962	1146
147	ĐỖ THỊ	N	NỮ	1957	1147
148	VŨ THỊ	O	NỮ	1974	1148
149	VŨ VĂN	PH	NAM	1963	1149
150	TẠ QUANG	PH	NAM	1936	1150
151	ĐỖ THỊ	PH	NỮ	1934	1151
152	VŨ THỊ	PH	NỮ	1952	1152
153	PHẠM VĂN	PÓI	NAM	1930	1153
154	HÀ VĂN	PH	NAM	1954	1154
155	NGUYỄN VĂN	PH	NAM	1981	1155
156	TẠ QUANG	PH	NAM	1930	1156
157	VŨ VĂN	PH	NAM	1974	1157
158	VŨ XUÂN	QU	NAM	1936	1158
159	PHẠM THỊ	QU	NỮ	1952	1159
160	NGUYỄN PHÚ	QU	NAM	1969	1160
161	NGUYỄN THỊ	QU	NỮ	1966	1161
162	ĐỖ VĂN	R	NAM	1952	1162
163	PHẠM VĂN ĐỨC	S	NAM	1988	1163
164	NGÔ VĂN	S	NAM	1960	1164
165	VŨ VĂN	S	NAM	1970	1165
166	NGUYỄN THỊ	S	NỮ	1964	1166
167	ĐINH VĂN	S	NAM	1953	1167
168	NGUYỄN VĂN	S	NAM	1975	1168
169	VŨ VĂN	S	NAM	1935	1169
170	NGUYỄN VĂN	S	NAM	1954	1170
171	ĐẶNG VĂN	S	NAM	1936	1171
172	VĂN ĐỨC	T	NAM	1963	1172
173	LÊ THỊ	T	NỮ	1963	1173
174	VŨ THỊ	T	NỮ	1942	1174
175	NGUYỄN THỊ	T	NỮ	1936	1175
176	NGUYỄN THỊ	T	NỮ	1933	1176
177	ĐỖ THỊ	T	NỮ	1961	1177
178	VŨ THỊ	T	NỮ	1948	1178
179	VŨ THỊ	T	NỮ	1933	1179
180	PHẠM THỊ	TH	NỮ	1955	1180
181	PHẠM THỊ	TH	NỮ	1968	1181
182	PHẠM QUYẾT	TH	NAM	1971	1182
183	PHẠM VĂN	TH	NAM	1966	1183
184	PHẠM VĂN	TH	NAM	1974	1184
185	VĂN ĐỨC	TH	NAM	1952	1185
186	NGUYỄN THỊ	TH	NỮ	1938	1186
187	VŨ VĂN	TH	NAM	1966	1187
188	NINH THỊ	TH	NỮ	1952	1188
189	ĐỖ VĂN	TH	NAM	1954	1189



191	NINH THỊ	TH	NỮ	1955	1191
192	PHẠM THỊ	TH	NỮ	1979	1192
193	VŨ THỊ	TH	NỮ	1967	1193
194	NINH THỊ	TH	NỮ	1969	1194
195	NGUYỄN THỊ	TH	NỮ	1977	1195
196	NGUYỄN THỊ	TH	NỮ	1971	1196
197	VŨ THỊ	TH	NỮ	1943	1197
198	PHẠM VĂN	TH	NAM	1953	1198
199	VĂN THỊ	TH	NỮ	1949	1199
200	VŨ THỊ	TH	NỮ	1957	1200
201	TRỊNH THỊ	TH	NỮ	1958	1201
202	VŨ THỊ	TH	NỮ	1949	1202
203	VŨ VĂN	TH	NAM	1933	1203
204	VĂN ĐỨC	TH	NAM	1985	1204
205	VŨ THỊ	TH	NỮ	1969	1205
206	VŨ THỊ	TH	NỮ	1959	1206
207	NGUYỄN THỊ	TH	NỮ	1962	1207
208	PHẠM THỊ	T	NỮ	1960	1208
209	ĐẶNG THỊ	TH	NỮ	1936	1209
210	TRẦN VĂN	TH	NAM	1939	1210
211	NGUYỄN VĂN	TH	NAM	1946	1211
212	VŨ VĂN	TH	NAM	1962	1212
213	TẠ THỊ	TH	NỮ	1957	1213
214	VĂN ĐỨC	TH	NAM	1970	1214
215	VŨ VĂN	TH	NAM	1985	1215
216	BÙI THỊ	TH	NỮ	1967	1216
217	NGUYỄN THỊ	TH	NỮ	1972	1217
218	NGUYỄN THỊ	T	NỮ	1945	1218
219	VĂN THỊ	T	NỮ	1964	1219
220	VŨ VĂN	T	NAM	1960	1220
221	NGUYỄN THỊ	T	NỮ	1963	1221
222	PHẠM ĐỨC	T	NAM	1983	1222
223	VĂN ĐỨC	TR	NAM	1954	1223
224	PHẠM THỊ	TR	NỮ	1957	1224
225	NGUYỄN THỊ	TR	NỮ	1975	1225
226	PHẠM VĂN	TR	NAM	1978	1226
227	PHẠM XUÂN	TR	NAM	1955	1227
228	NGÔ QUANG	TR	NAM	1987	1228
229	NINH VĂN	TR	NAM	1967	1229
230	VŨ VĂN	T	NAM	1943	1230
231	ĐẶNG VĂN	T	NAM	1966	1231
232	ĐỖ THỊ	T	NỮ	1954	1232
233	NGUYỄN THỊ	T	NỮ	1927	1233
234	ĐẶNG THỊ	T	NỮ	1940	1234
235	HOÀNG THỊ	T	NỮ	1944	1235
236	VŨ VĂN	T	NAM	1948	1236
237	NGUYỄN THỊ	T	NỮ	1935	1237
238	PHẠM THỊ	Ư	NỮ	1960	1238
239	BÙI THỊ	V	NỮ	1976	1239

240	NGUYỄN QUANG	V	NAM	1937	1240	
241	ĐỖ THỊ	V	NỮ	1930	1241	
242	VŨ THỊ	V	NỮ	1935	1242	
243	PHẠM VĂN	V	NAM	1976	1243	
244	VŨ VĂN	V	NAM	1942	1244	
245	ĐẶNG THỊ	V	NỮ	1949	1245	
246	ĐỖ VĂN	V	NAM	1962	1246	
247	TRẦN VĂN	V	NAM	1952	1247	
248	TRẦN VĂN	V	NAM	1951	1248	
249	VŨ VĂN	V	NAM	1960	1249	
250	VŨ VĂN	V	NAM	1969	1250	
251	PHẠM THỊ	X	NỮ	1952	1251	
252	HOÀNG THỊ	X	NỮ	1983	1252	
253	NGUYỄN THỊ	X	NỮ	1964	1253	
254	PHẠM THỊ	X	NỮ	1920	1254	
255	ĐỖ THỊ	Y	NỮ	1972	1255	
	Tổng số: 255 người					



**DANH SÁCH BỆNH NHÂN**  
**HEN PHẾ QUẢN XÃ HỒNG THÁI - AN DƯƠNG**  
**THAM GIA ĐIỀU TRA LẦN 2 - NĂM 2014**



STT	HỌ	TÊN	GIỚI TÍNH	NĂM SINH	MÃ SỐ	GHI CHÚ
1	ĐẶNG VĂN	Â	NAM	1948	0001	
2	NGUYỄN THỊ	Á	NỮ	1935	0002	
3	ĐOÀN THỊ	B	NỮ	1934	0003	
4	NGUYỄN THỊ	B	NỮ	1958	0004	
5	TRẦN THỊ	B	NỮ	1975	0005	
6	VŨ BÁ	B	NAM	1960	0006	
7	ĐOÀN THỊ	B	NỮ	1958	0007	
8	BÙI VĂN	C	NAM	1966	0008	
9	VŨ THỊ	C	NỮ	1935	0009	
10	PHẠM THANH	C	NỮ	1940	0010	
11	NGUYỄN KHẮC	C	NAM	1952	0011	
12	PHẠM THỊ	CH	NỮ	1953	0012	
13	NGUYỄN VĂN	CH	NAM	1954	0013	
14	BÙI THỊ	CH	NỮ	1970	0014	
15	NGUYỄN THỊ	CH	NỮ	1952	0015	
16	PHẠM THỊ	CH	NỮ	1968	0016	
17	NGUYỄN THỊ	CH	NỮ	1968	0017	
18	PHẠM VĂN	CH	NAM	1945	0018	
19	PHẠM VĂN	C	NAM	1946	0019	
20	PHAN THỊ	D	NỮ	1958	0020	
21	NGUYỄN VĂN	Đ	NAM	1948	0021	
22	NGUYỄN THỊ	D	NỮ	1967	0022	
23	HOÀNG THỊ	D	NỮ	1951	0023	
24	NGUYỄN KHẮC	Đ	NAM	1958	0024	
25	ĐOÀN PHÚ	D	NAM	1978	0025	
26	NGUYỄN THỊ	G	NỮ	1960	0026	
27	NGUYỄN THỊ	G	NỮ	1936	0027	
28	ĐOÀN PHÚ	G	NAM	1959	0028	
29	TRẦN VĂN	G	NAM	1928	0029	
30	NGUYỄN KHẮC	H	NAM	1971	0030	
31	NGUYỄN THỊ	H	NỮ	1957	0031	
32	ĐỖ THỊ	H	NỮ	1946	0032	
33	NGUYỄN THỊ	H	NỮ	1960	0033	
34	HOÀNG THỊ	H	NỮ	1953	0034	
35	ĐẶNG THỊ	H	NỮ	1962	0035	
36	DƯƠNG THỊ	H	NỮ	1964	0036	
37	VŨ BÁ		NAM	1940	0037	
38	PHẠM THỊ	H	NỮ	1976	0038	
39	LÊ THỊ	H	NỮ	1968	0039	
40	NGUYỄN THỊ	H	NỮ	1983	0040	
41	NGUYỄN VĂN	TH	NAM	1935	0041	
42	VŨ THỊ	H	NỮ	1971	0042	
43	BÙI THỊ	H	NỮ	1953	0043	
44	PHẠM VĂN	H	NAM	1970	0044	

45	BÙI THỊ	H		NỮ	1959	0045	
46	BÙI ĐỨC	H	NAM		1958	0046	
47	NGUYỄN THỊ	H		NỮ	1968	0047	
48	TRẦN THỊ	H		NỮ	1953	0048	
49	NGUYỄN THỊ	H		NỮ	1951	0049	
50	PHẠM THỊ	H		NỮ	1964	0050	
51	ĐỖ THỊ	H		NỮ	1963	0051	
52	ĐẶNG THỊ	H		NỮ	1954	0052	
53	NGUYỄN ĐỨC	H		NỮ	1961	0053	
54	LƯƠNG THỊ	H		NỮ	1973	0054	
55	NGUYỄN THỊ	H		NỮ	1976	0055	
56	PHẠM THỊ	H		NỮ	1971	0056	
57	NGUYỄN VĂN	H	NAM		1960	0057	
58	TRẦN VĂN	H	NAM		1964	0058	
59	NGUYỄN TRỊNH	KH	NAM		1939	0059	
60	PHẠM VĂN	KH	NAM		1950	0060	
61	ĐỖ VĂN	KH	NAM		1947	0061	
62	ĐỖ VĂN	K	NAM		1947	0062	
63	ĐOÀN THỊ	L		NỮ	1976	0063	
64	PHẠM THỊ	L		NỮ	1972	0064	
65	TRẦN THỊ	L		NỮ	1959	0065	
66	BÙI VĂN	L	NAM		1939	0066	
67	NGUYỄN THỊ	L		NỮ	1951	0067	
68	NGUYỄN THỊ	L		NỮ	1962	0068	
69	LÊ THỊ	L		NỮ	1990	0069	
70	HOÀNG THỊ	L		NỮ	1959	0070	
71	HOÀNG VĂN	L	NAM		1988	0071	
72	VŨ THỊ	L		NỮ	1944	0072	
73	PHẠM VĂN	L	NAM		1960	0073	
74	HOÀNG THỊ	L		NỮ	1940	0074	
75	TRẦN VĂN	L	NAM		1977	0075	
76	VŨ THỊ	L		NỮ	1943	0076	
77	BÙI VĂN	L	NAM		1968	0077	
78	NGUYỄN THỊ	L		NỮ	1960	0078	
79	NGUYỄN THỊ	M		NỮ	1950	0079	
80	NGUYỄN THỊ	M		NỮ	1961	0080	
81	TRẦN THỊ	M		NỮ	1970	0081	
82	NGUYỄN LÂM	M	NAM		1943	0082	
83	NGUYỄN THỊ	M		NỮ	1966	0083	
84	NGUYỄN THỊ	M		NỮ	1998	0084	
85	PHẠM THỊ	M		NỮ	1968	0085	
86	BÙI HỮU	M	NAM		1976	0086	
87	PHẠM TIẾN	M	NAM		1959	0087	
88	VŨ VĂN	M	NAM		1956	0088	
89	BÙI THỊ	M		NỮ	1956	0089	
90	NGUYỄN THỊ	M		NỮ	1967	0090	
91	ĐOÀN THỊ	M		NỮ	1955	0091	
92	MAI THỊ	M		NỮ	1941	0092	
93	ĐẶNG THỊ	M		NỮ	1955	0093	



94	TRẦN ĐÌNH	N	NAM		1972	0094	
95	NGUYỄN THỊ	N		NỮ	1973	0095	
96	HOÀNG VĂN	N	NAM		1957	0096	
97	BÙI THỊ	NG		NỮ	1954	0097	
98	CHU THỊ	NG		NỮ	1954	0098	
99	TRẦN VĂN	NG	NAM		1961	0099	
100	ĐOÀN THỊ	NGH		NỮ	1932	0100	
101	PHẠM VĂN	T	NAM		1948	0101	
102	ĐẶNG XUÂN	NG	NAM		1951	0102	
103	TRẦN THỊ	NG		NỮ	1947	0103	
104	NHƯ Quỳnh	NG		NỮ	1963	0104	
105	ĐẶNG THỊ	NG		NỮ	1973	0105	
106	MAI THỊ	NH		NỮ	1970	0106	
107	ĐỖ THỊ	NH		NỮ	1933	0107	
108	NGUYỄN ĐÌNH	NH	NAM		1955	0108	
109	PHẠM VĂN	NH	NAM		1955	0109	
110	PHẠM THỊ	NH		NỮ	1939	0110	
111	NGUYỄN THỊ	NH		NỮ	1967	0111	
112	NGUYỄN THỊ	NH		NỮ	1968	0112	
113	NGUYỄN VĂN	NH	NAM		1945	0113	
114	HOÀNG THỊ	N		NỮ	1941	0114	
115	NGUYỄN THỊ	N		NỮ	1936	0115	
116	NGUYỄN THỊ	O		NỮ	1982	0116	
117	VŨ VĂN	PH	NAM		1942	0117	
118	ĐOÀN VĂN	QU	NAM		1950	0118	
119	TRẦN VĂN	R	NAM		1950	0119	
120	NGUYỄN THỊ	S		NỮ	1955	0120	
121	ĐOÀN PHÚ	S	NAM		1969	0121	
122	TRẦN VĂN	S	NAM		1939	0122	
123	NGUYỄN THỊ	S		NỮ	1972	0123	
124	NGUYỄN ĐÌNH	S	NAM		1974	0124	
125	NGUYỄN VĂN	S	NAM		1967	0125	
126	ĐOÀN PHÚ	S	NAM		1937	0126	
127	NGUYỄN THỊ	S		NỮ	1952	0127	
128	BÙI ĐỨC	S	NAM		1952	0128	
129	NGUYỄN VĂN	T	NAM		1969	0129	
130	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1970	0130	
131	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1927	0131	
132	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1972	0132	
133	TRẦN VĂN	T	NAM		1962	0133	
134	BÙI THỊ	TH		NỮ	1950	0134	
135	TRẦN VĂN	TH	NAM		1940	0135	
136	NGUYỄN CHÍ	TH	NAM		1942	0136	
137	NGUYỄN XUÂN	TH	NAM		1967	0137	
138	NGUYỄN VĂN	TH	NAM		1948	0138	
139	NGUYỄN THỊ	TH		NỮ	1978	0139	
140	TRẦN THỊ	TH		NỮ	1957	0140	
141	PHẠM THỊ	TH		NỮ	1948	0141	
142	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1934	0142	

143	NGUYỄN ĐÌNH	TH	NAM		1950	0143	
144	BÙI VĂN	TH	NAM		1957	0144	
145	NGUYỄN VĂN	TH	NAM		1953	0145	
146	PHẠM VĂN	TH	NAM		1960	0146	
147	NGUYỄN THỊ	TH		NỮ	1955	0147	
148	NGUYỄN THỊ	TH		NỮ	1950	0148	
149	NGUYỄN THỊ	TH		NỮ	1976	0149	
150	NGUYỄN VĂN	TH	NAM		1985	0150	
151	PHẠM THỊ	THU		NỮ	1980	0151	
152	NGUYỄN VĂN	TH	NAM		1982	0152	
153	HOÀNG MINH	TH	NAM		1947	0153	
154	PHẠM XUÂN	TH	NAM		1955	0154	
155	NGUYỄN THỊ	TH		NỮ	1949	0155	
156	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1963	0156	
157	PHẠM THỊ	T		NỮ	1962	0157	
158	ĐOÀN THỊ	T		NỮ	1962	0158	
159	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1962	0159	
160	TRẦN VĂN	T	NAM		1971	0160	
161	NGUYỄN THỊ	TR		NỮ	1972	0161	
162	NGUYỄN VĂN	TR	NAM		1948	0162	
163	NGUYỄN BÁ	TR	NAM		1956	0163	
164	TRẦN ĐÌNH	T	NAM		1976	0164	
165	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1964	0165	
166	NGUYỄN VĂN	T	NAM		1979	0166	
167	TRẦN ĐỨC	T	NAM		1943	0167	
168	NGUYỄN THỊ	T		NỮ	1966	0168	
169	MAI THỊ	T		NỮ	1934	0169	
170	NGUYỄN BÁ	K	NAM		1952	0170	
171	NGUYỄN ĐÌNH	Ư	NAM		1939	0171	
172	NGUYỄN NGỌC	V	NAM		1974	0172	
173	NGUYỄN THỊ	V		NỮ	1984	0173	
174	LƯU THỊ	V		NỮ	1953	0174	
175	TRẦN VĂN	V	NAM		1963	0175	
176	PHẠM VĂN	V	NAM		1964	0176	
177	NGUYỄN VĂN	V	NAM		1973	0177	
178	LÊ THỊ	V		NỮ	1960	0178	
179	NGUYỄN ĐÌNH	V	NAM		1966	0179	
180	VŨ NGỌC	Xi	NAM		1930	0180	
181	NGUYỄN VĂN	X	NAM		1961	0181	
182	NGUYỄN VĂN	X	NAM		1957	0182	
183	ĐẶNG VĂN	X	NAM		1973	0183	
184	PHẠM VĂN	X	NAM		1930	0184	
185	ĐẶNG VĂN	Ý	NAM		1948	0185	
186	ĐẶNG THỊ	Y		NỮ	1933	0186	
187	PHẠM THỊ	Y		NỮ	1967	0187	
188	ĐOÀN THỊ	Y		NỮ	1947	0188	
189	VŨ BÁ	L	NAM		1958	0189	
190	NGUYỄN THỊ	X		NỮ	1942	0190	
191	NGUYỄN THỊ	V		NỮ	1950	0191	



192	VŨ THỊ	T		NỮ	1955	0192	
193	TRẦN THỊ	NGH		NỮ	1956	0193	
194	VŨ BÁ	G	NAM		1945	0194	
195	PHẠM THỊ	NG		NỮ	1965	0195	
196	TRẦN VĂN	NGH	NAM		1942	0196	
197	PHẠM THỊ	T		NỮ	1957	0197	
198	HOÀNG TRANG	TH	NAM		1948	0198	
199	PHẠM VĂN	T	NAM		1968	0199	
200	ĐÌNH THỊ	Đ		NỮ	1934	0200	
	TỔNG CỘNG	200 NGƯỜI	87	113			





**DANH SÁCH BỆNH NHÂN  
HEN PHẾ QUẢN XÃ QUỐC TUẤN - AN LÃO  
THAM GIA ĐIỀU TRA LẦN 2 - NĂM 2014**

STT	HỌ	TÊN	GIỚI TÍNH	SINH NĂM	MÃ SỐ	GHI CHÚ
1	PHẠM VĂN	A	NAM	1940	1001	
2	HOÀNG THỊ VÂN	A	NỮ	1985	1002	
3	VŨ THỊ	A	NỮ	1943	1003	
4	VŨ VĂN	A	NAM	1922	1004	
5	VŨ VĂN	B	NAM	1971	1005	
6	NGUYỄN THỊ	B	NỮ	1952	1006	
7	ĐOÀN THỊ	B	NỮ	1933	1007	
8	HOÀNG VĂN	B	NAM	1962	1008	
9	VŨ VĂN	B	NAM	1933	1009	
10	ĐỖ THỊ	B	NỮ	1955	1010	
11	NGUYỄN THỊ	B	NỮ	1962	1011	
12	PHẠM Văn	B	NAM	1965	1012	
13	PHẠM THỊ	B	NỮ	1957	1013	
14	PHẠM THỊ	B	NỮ	1957	1014	
15	NGUYỄN THỊ	B	NỮ	1950	1015	
16	NGUYỄN THỊ	B	NỮ	1972	1016	
17	TẠ THỊ	B	NỮ	1923	1017	
18	TẠ QUANG	B	NAM	1956	1018	
19	PHẠM THỊ	B	NỮ	1971	1019	
20	NGUYỄN VĂN	C	NAM	1935	1020	
21	VŨ XUÂN	C	NAM	1950	1021	
22	NGUYỄN VĂN	C	NAM	1959	1022	
23	NGUYỄN THỊ	C	NỮ	1928	1023	
24	PHẠM THỊ	CH	NỮ	1958	1024	
25	NGUYỄN THỊ	CH	NỮ	1931	1025	
26	NGUYỄN VĂN	CH	NAM	1931	1026	
27	VŨ THỊ	CH	NỮ	1934	1027	
28	TẶNG THỊ	CH	NỮ	1962	1028	
29	NGUYỄN VĂN	CH	NAM	1971	1029	
30	PHẠM VĂN	CH	NAM	1954	1030	
31	VŨ VĂN	CH	NAM	1950	1031	
32	PHẠM THỊ	CH	NỮ	1963	1032	
33	NINH VĂN	C	NAM	1950	1033	
34	PHẠM VĂN	C	NAM	1974	1034	
35	ĐỖ THỊ	Đ	NỮ	1944	1035	
36	NGUYỄN VĂN	Đ	NAM	1927	1036	
37	VŨ VĂN	Đ	NAM	1989	1037	
38	ĐỖ VĂN	Đ	NAM	1969	1038	
39	LƯƠNG VĂN	Đ	NAM	1932	1039	
40	NGÔ THỊ	Đ	NỮ	1958	1040	
41	TẠ VĂN	Đ	NAM	1945	1041	
42	TẠ THỊ	Đ	NỮ	1962	1042	



44	VŨ VĂN	D	NAM	1977	1044	
45	VŨ VĂN	D	NAM	1967	1045	
46	TẠ THỊ	Đ	NỮ	1928	1046	
47	PHẠM THỊ	Đ	NỮ	1959	1047	
48	NGUYỄN VĂN	Đ	NAM	1960	1048	
49	ĐỖ THỊ	D	NỮ	1938	1049	
50	VŨ ĐỨC	Đ	NAM	1968	1050	
51	NGUYỄN VĂN	D	NAM	1951	1051	
52	PHẠM VĂN	Đ	NAM	1965	1052	
53	NGUYỄN THỊ	D	NỮ	1942	1053	
54	NINH ĐỨC	D	NAM	1993	1054	
55	ĐỖ THỊ	G	NỮ	1939	1055	
56	VŨ THỊ	G	NỮ	1933	1056	
57	NGUYỄN THỊ	G	NỮ	1956	1057	
58	VŨ THỊ	GH	NỮ	1967	1058	
59	PHẠM VĂN	G	NAM	1956	1059	
60	PHẠM VĂN	G	NAM		1060	
61	TẠ THỊ	G	NỮ	1926	1061	
62	TRẦN THỊ	H	NỮ	1985	1062	
63	NGUYỄN BÁ	H	NAM	1951	1063	
64	LÊ ĐÌNH	H	NAM	1985	1064	
65	NGUYỄN THỊ	H	NỮ	1950	1065	
66	VŨ THỊ	H	NỮ	1958	1066	
67	LƯƠNG VĂN	H	NAM	1968	1067	
68	NGUYỄN THỊ	H	NỮ	1968	1068	
69	PHẠM THỊ	H	NỮ	1930	1069	
70	VŨ THỊ	H	NỮ	1970	1070	
71	PHẠM THỊ	H	NỮ	1982	1071	
72	VŨ VĂN	H	NAM	1977	1072	
73	PHẠM VĂN	H	NAM	1958	1073	
74	NGUYỄN VĂN	H	NAM	1953	1074	
75	TẠ THỊ	H	NỮ	1926	1075	
76	ĐẶNG THỊ	H	NỮ	1932	1076	
77	TRẦN KHÁNH	H	NAM	1987	1077	
78	HOÀNG THỊ	H	NỮ	1958	1078	
79	TRẦN VĂN	H	NAM	1940	1079	
80	ĐỖ VĂN	H	NAM	1963	1080	
81	VŨ ĐỨC	H	NAM	1937	1081	
82	VŨ THỊ	H	NỮ	1937	1082	
83	NGUYỄN VĂN	H	NAM	1957	1083	
84	NGUYỄN THỊ	H	NỮ	1977	1084	
85	PHẠM THỊ	H	NỮ	1969	1085	
86	NGUYỄN QUANG	H	NAM	1954	1086	
87	PHẠM VĂN	H	NAM	1962	1087	
88	VŨ THỊ	K	NỮ	1956	1088	
89	PHẠM VĂN	KH	NAM	1940	1089	
90	PHẠM VĂN	KH	NAM	1950	1090	
91	TRỊNH THỊ	KH	NỮ	1958	1091	
92	ĐỖ VĂN	KH	NAM	1932	1092	

93	NGUYỄN VĂN	KH	NỮ	1950	1093
94	TRẦN THỊ	KH	NỮ	1951	1094
95	PHẠM TRUNG	K	NAM	1953	1095
96	NINH VĂN	K	NAM	1979	1096
97	NGUYỄN VĂN	K	NAM	1959	1097
98	PHẠM DOÃN	L	NAM	1949	1098
99	VŨ THỊ	L	NỮ	1942	1099
100	VŨ THỊ	L	NỮ	1939	1100
101	PHẠM THỊ	L	NỮ	1936	1101
102	NGUYỄN THỊ	L	NỮ	1965	1102
103	PHẠM THỊ	L	NỮ	1950	1103
104	VŨ VĂN	L	NAM	1931	1104
105	TRẦN THỊ	L	NỮ	1937	1105
106	PHẠM THỊ	L	NỮ	1961	1106
107	VŨ THỊ	L	NỮ	1953	1107
108	NGUYỄN VĂN	L	NAM	1960	1108
109	TRẦN VĂN	L	NAM	1960	1109
110	ĐỖ VĂN	L	NAM	1942	1110
111	VĂN THỊ	L	NỮ	1955	1111
112	PHẠM VĂN	L	NAM	1965	1112
113	VŨ THỊ	L	NỮ	1984	1113
114	ĐÀO THỊ	L	NỮ	1937	1114
115	HÀ THỊ	M	NỮ	1964	1115
116	PHẠM VĂN	M	NAM	1933	1116
117	ĐỖ VĂN	M	NAM	1942	1117
118	VŨ THỊ	M	NỮ	1938	1118
119	NGUYỄN VĂN	M	NAM	1942	1119
120	ĐỖ THỊ	M	NỮ	1939	1120
121	NGUYỄN THỊ	M	NỮ	1964	1121
122	ĐỖ THỊ NGỌC	M	NỮ	1997	1122
123	VŨ THỊ	M	NỮ	1923	1123
124	ĐỖ THỊ	M	NỮ	1951	1124
125	NGUYỄN THỊ	M	NỮ	1925	1125
126	PHẠM THỊ	M	NỮ	1929	1126
127	NGUYỄN THỊ	M	NỮ	1957	1127
128	NGHIÊM NGHĨA	M	NAM	1961	1128
129	NGUYỄN VĂN	N	NAM	1985	1129
130	ĐỖ VĂN	N	NAM	1940	1130
131	PHAN VĂN	N	NAM	1984	1131
132	ĐỖ THỊ	N	NỮ	1930	1132
133	VŨ THỊ	NG	NỮ	1985	1133
134	ĐỖ THỊ	NG	NỮ	1964	1134
135	PHẠM THỊ	NG	NỮ	1972	1135
136	ĐỖ THỊ	NG	NỮ	1932	1136
137	PHÙNG THỊ	NG	NỮ	1988	1137
138	TRẦN VĂN	NG	NAM	1933	1138
139	BÙI THỊ	NG	NỮ	1940	1139
140	NINH VĂN	NH	NAM	1975	1140
141	NGUYỄN THỊ	NH	NỮ	1964	1141



142	TẠ THỊ	NH	NỮ	1956	1142
143	PHẠM THỊ	NH	NỮ	1953	1143
144	PHẠM THỊ	NH	NỮ	1937	1144
145	PHẠM THỊ	NH	NỮ	1948	1145
146	VŨ THỊ	NH	NỮ	1962	1146
147	ĐỖ THỊ	N	NỮ	1957	1147
148	VŨ THỊ	O	NỮ	1974	1148
149	VŨ VĂN	PH	NAM	1963	1149
150	TẠ QUANG	PH	NAM	1936	1150
151	ĐỖ THỊ	PH	NỮ	1934	1151
152	VŨ THỊ	PH	NỮ	1952	1152
153	PHẠM VĂN	PÓI	NAM	1930	1153
154	HÀ VĂN	PH	NAM	1954	1154
155	NGUYỄN VĂN	PH	NAM	1981	1155
156	TẠ QUANG	PH	NAM	1930	1156
157	VŨ VĂN	PH	NAM	1974	1157
158	VŨ XUÂN	QU	NAM	1936	1158
159	PHẠM THỊ	QU	NỮ	1952	1159
160	NGUYỄN PHÚ	QU	NAM	1969	1160
161	NGUYỄN THỊ	QU	NỮ	1966	1161
162	ĐỖ VĂN	R	NAM	1952	1162
163	PHẠM VĂN ĐỨC	S	NAM	1988	1163
164	NGÔ VĂN	S	NAM	1960	1164
165	VŨ VĂN	S	NAM	1970	1165
166	NGUYỄN THỊ	S	NỮ	1964	1166
167	ĐINH VĂN	S	NAM	1953	1167
168	NGUYỄN VĂN	S	NAM	1975	1168
169	VŨ VĂN	S	NAM	1935	1169
170	NGUYỄN VĂN	S	NAM	1954	1170
171	ĐẶNG VĂN	S	NAM	1936	1171
172	VĂN ĐỨC	T	NAM	1963	1172
173	LÊ THỊ	T	NỮ	1963	1173
174	VŨ THỊ	T	NỮ	1942	1174
175	NGUYỄN THỊ	T	NỮ	1936	1175
176	NGUYỄN THỊ	T	NỮ	1933	1176
177	ĐỖ THỊ	T	NỮ	1961	1177
178	VŨ THỊ	T	NỮ	1948	1178
179	VŨ THỊ	T	NỮ	1933	1179
180	PHẠM THỊ	TH	NỮ	1955	1180
181	PHẠM THỊ	TH	NỮ	1968	1181
182	PHẠM QUYẾT	TH	NAM	1971	1182
183	PHẠM VĂN	TH	NAM	1966	1183
184	PHẠM VĂN	TH	NAM	1974	1184
185	VĂN ĐỨC	TH	NAM	1952	1185
186	NGUYỄN THỊ	TH	NỮ	1938	1186
187	VŨ VĂN	TH	NAM	1966	1187
188	NINH THỊ	TH	NỮ	1952	1188
189	ĐỖ VĂN	TH	NAM	1954	1189
190	NGUYỄN THỊ	TH	NỮ	1952	1190

191	NINH THỊ	TH	NỮ	1955	1191
192	PHẠM THỊ	TH	NỮ	1979	1192
193	VŨ THỊ	TH	NỮ	1967	1193
194	NINH THỊ	TH	NỮ	1969	1194
195	NGUYỄN THỊ	TH	NỮ	1977	1195
196	NGUYỄN THỊ	TH	NỮ	1971	1196
197	VŨ THỊ	TH	NỮ	1943	1197
198	PHẠM VĂN	TH	NAM	1953	1198
199	VĂN THỊ	TH	NỮ	1949	1199
200	VŨ THỊ	TH	NỮ	1957	1200
201	TRỊNH THỊ	TH	NỮ	1958	1201
202	VŨ THỊ	TH	NỮ	1949	1202
203	VŨ VĂN	TH	NAM	1933	1203
204	VĂN ĐỨC	TH	NAM	1985	1204
205	VŨ THỊ	TH	NỮ	1969	1205
206	VŨ THỊ	TH	NỮ	1959	1206
207	NGUYỄN THỊ	TH	NỮ	1962	1207
208	PHẠM THỊ	T	NỮ	1960	1208
209	ĐẶNG THỊ	TH	NỮ	1936	1209
210	TRẦN VĂN	TH	NAM	1939	1210
211	NGUYỄN VĂN	TH	NAM	1946	1211
212	VŨ VĂN	TH	NAM	1962	1212
213	TẠ THỊ	TH	NỮ	1957	1213
214	VĂN ĐỨC	TH	NAM	1970	1214
215	VŨ VĂN	TH	NAM	1985	1215
216	BÙI THỊ	TH	NỮ	1967	1216
217	NGUYỄN THỊ	TH	NỮ	1972	1217
218	NGUYỄN THỊ	T	NỮ	1945	1218
219	VĂN THỊ	T	NỮ	1964	1219
220	VŨ VĂN	T	NAM	1960	1220
221	NGUYỄN THỊ	T	NỮ	1963	1221
222	PHẠM ĐỨC	T	NAM	1983	1222
223	VĂN ĐỨC	TR	NAM	1954	1223
224	PHẠM THỊ	TR	NỮ	1957	1224
225	NGUYỄN THỊ	TR	NỮ	1975	1225
226	PHẠM VĂN	TR	NAM	1978	1226
227	PHẠM XUÂN	TR	NAM	1955	1227
228	NGÔ QUANG	TR	NAM	1987	1228
229	NINH VĂN	TR	NAM	1967	1229
230	VŨ VĂN	T	NAM	1943	1230
231	ĐẶNG VĂN	T	NAM	1966	1231
232	ĐỖ THỊ	T	NỮ	1954	1232
233	NGUYỄN THỊ	T	NỮ	1927	1233
234	ĐẶNG THỊ	T	NỮ	1940	1234
235	HOÀNG THỊ	T	NỮ	1944	1235
236	VŨ VĂN	T	NAM	1948	1236
237	NGUYỄN THỊ	T	NỮ	1935	1237
238	PHẠM THỊ	Ư	NỮ	1960	1238
239	BÙI THỊ	V	NỮ	1976	1239



240	NGUYỄN QUANG	V	NAM	1937	1240	
241	ĐỖ THỊ	V	NỮ	1930	1241	
242	VŨ THỊ	V	NỮ	1935	1242	
243	PHẠM VĂN	V	NAM	1976	1243	
244	VŨ VĂN	V	NAM	1942	1244	
245	ĐẶNG THỊ	V	NỮ	1949	1245	
246	ĐỖ VĂN	V	NAM	1962	1246	
247	TRẦN VĂN	V	NAM	1952	1247	
248	TRẦN VĂN	V	NAM	1951	1248	
249	VŨ VĂN	V	NAM	1960	1249	
250	VŨ VĂN	V	NAM	1969	1250	
251	PHẠM THỊ	X	NỮ	1952	1251	
252	HOÀNG THỊ	X	NỮ	1983	1252	
253	NGUYỄN THỊ	X	NỮ	1964	1253	
254	PHẠM THỊ	X	NỮ	1920	1254	
255	ĐỖ THỊ	Y	NỮ	1972	1255	
	Tổng số: 255 người					