

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

NGUYỄN ĐỨC THỌ

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE ĐỐI VỚI BỆNH PHỔI
TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI XÃ KIẾN THIẾT VÀ KIỀN BÁI,
THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG NĂM 2014 - 2016**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HẢI PHÒNG – 2018

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

NGUYỄN ĐỨC THỌ

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP
TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE ĐỐI VỚI BỆNH PHỔI
TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI XÃ KIẾN THIẾT VÀ KIÊN BÁI,
THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG NĂM 2014 - 2016**

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 62 72 03 01

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC

- 1. PGS.TS. ĐÀO QUANG MINH**
- 2. PGS. TS. TRẦN QUANG PHỤC**

HẢI PHÒNG - 2018

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Đức Thọ, Nghiên cứu sinh Khóa II (2014–2017) Trường 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. Đào Quang Minh và PGS.TS. Trần Quang Phục.
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, trung thực và đã được xác nhận 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 2018

Người viết cam đoan

Nguyễn Đức Thọ

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 cơ quan, tổ chức, các quý thầy cô, đồng nghiệp và gia đình.

Với tất cả tấm lòng tôi xin trân trọng cảm ơn: Ban Giám hiệu, Phòng Đào tạo sau đại học, Khoa Y tế công cộng, Bộ môn Lao và Bệnh phổi, Bộ môn Sinh Lý - Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng; Ban giám đốc và các cán bộ y tế Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Hải Phòng; Ủy ban nhân dân huyện Tiên Lãng và Thủy Nguyên; 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 5 năm học tập tại trường.

Với tấm lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới PGS.TS Đào Quang Minh, Giám đốc Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội và PGS.TS. Trần Quang Phục, Bộ môn Lao và Bệnh Phổi Trường Đại học Y Dược Hải Phòng 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.

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 2018

Nguyễn Đức Thọ

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ATS	American Thoracic Society (Hội Lồng ngực Mỹ)
BPTNMT (COPD)	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
B-N	Bao-Năm
CAT	COPD Assessment Test (Test lượng giá COPD)
CNTK	Chức năng thông khí
CSHQ	Chỉ số hiệu quả
ECSC	European Community for Coal and Steel (Cộng đồng Than Thép Châu Âu)
ERS	European Respiratory Society (Hội Hô hấp Châu Âu)
FEV1	Forced expiration volume in one second (Thể tích thở ra tối đa giây đầu tiên)
FVC	Forced ventilation capacity (Dung tích sống thở mạnh)
FEV1/FVC	Chỉ số Gaensler
FEV1/SVC	Chỉ số Tiffeneau
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
GPQ	Giãn phế quản
KAP	Knowledge Attitude and Practice (Kiến Thức - Thái độ - Thực hành)
KT	Kiến thức
mMRC	Modified British Medical Research Council
NHLBI	National Heart Lung and Blood Institute (Viện tim phổi và huyết học quốc gia Hoa Kỳ)
PHCN	Phục hồi chức năng
SVC	Slow Vital Capacity (Dung tích sống thở chậm)

TĐ	Thái độ
THCS	Trung học cơ sở
THPT	Trung học phổ thông
TTGDSK	Truyền thông giáo dục sức khỏe
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN	3
1.1. Lịch sử và định nghĩa bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	3
1.2. Dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	4
1.2.1. Nghiên cứu dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trên thế giới	5
1.2.2. Nghiên cứu dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Việt Nam.....	9
1.2.3. Tỷ lệ tử vong và gánh nặng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	11
1.3. Các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	13
1.3.1. Các yếu tố ngoại sinh (yếu tố môi trường)	14
1.3.2. Các yếu tố nội sinh (yếu tố cơ địa)	19
1.4. Triệu chứng lâm sàng, thăm dò chức năng thông khí và chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	20
1.4.1. Triệu chứng lâm sàng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	20
1.4.2. Thăm dò chức năng thông khí.....	21
1.4.3. Chẩn đoán và đánh giá mức độ của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính..	21
1.5. Kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	23
1.6. Can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.....	26
1.6.1. Khái niệm và khía cạnh của truyền thông giáo dục sức khỏe.....	26
1.6.2. Truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính..	27
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	33
2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu	33
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.....	33
2.1.2. Địa điểm nghiên cứu	34

2.1.3. Thời gian nghiên cứu	35
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	35
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	35
2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và kỹ thuật chọn mẫu.....	36
2.2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu.....	38
2.3. Triển khai nghiên cứu, kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin	40
2.3.1. Cán bộ tham gia nghiên cứu.....	40
2.3.2. Bộ câu hỏi.....	41
2.3.3. Nghiên cứu dịch tễ và kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	41
2.3.4. Nghiên cứu can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	45
2.4. Sai số và khống chế sai số.....	48
2.5. Xử lý số liệu	49
2.6. Đạo đức nghiên cứu	50
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	52
3.1. Tỷ lệ mắc và các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	52
3.1.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.....	52
3.1.2. Tỷ lệ mắc và một số yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.....	57
3.1.3. Đặc điểm của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	65
3.2. Kiến thức, thái độ và thực hành của đối tượng nghiên cứu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước can thiệp	68
3.3. Hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sau 1 năm can thiệp	76

3.3.1. Hiệu quả can thiệp đối với kiến thức và thái độ về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	76
3.3.2. Hiệu quả can thiệp đối với thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.....	83
3.3.3. Hiệu quả can thiệp đối với sức khỏe và chức năng thông khí của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	85
Chương 4: BÀN LUẬN	87
4.1. Tỷ lệ mắc và các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	87
4.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	87
4.1.2. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	89
4.1.3. Các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	91
4.1.4. Đặc điểm của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	99
4.2. Kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính....	101
4.3. Hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sau 1 năm can thiệp.....	106
4.3.1. Hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe tới cải thiện kiến thức, thái độ của người dân với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	106
4.3.2. Hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe tới thực hành của người bệnh với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	111
4.3.3. Hiệu quả truyền thông tới sức khỏe và chức năng hô hấp của người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.....	115
4.4. Kết quả đạt được và hạn chế của nghiên cứu.....	118
KẾT LUẬN	122
1. Tỷ lệ mắc và các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính .	122
2. Kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước can thiệp	122

3. Hiệu quả sau 1 năm can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 123

KIẾN NGHỊ 124

Tài liệu tham khảo

Phụ lục 1: Nghiên cứu dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Phụ lục 2: Phiếu điều tra KAP về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cho người 40 tuổi trở lên

Phụ lục 3: Phiếu phỏng vấn cho người mắc BPTNMT

Phụ lục 4: Bảng kiểm thực hành cho người mắc BPTNMT

Phụ lục 5: Phân loại mức độ tắc nghẽn đường thở và giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Phụ lục 6: Biểu số và chỉ số nghiên cứu

Phụ lục 7: Bài truyền thông về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Danh sách người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Giấy xác nhận nghiên cứu

Quyết định thành lập câu lạc bộ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Ảnh nghiên cứu

DANH MỤC BẢNG

Bảng	Nội dung	Trang
Bảng 1.1	Đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở theo GOLD	22
Bảng 3.1	Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới tính	52
Bảng 3.2	Đặc điểm nghề nghiệp và học vấn của đối tượng nghiên cứu	53
Bảng 3.3	Tình hình hút thuốc của đối tượng nghiên cứu	54
Bảng 3.4	Tình hình sử dụng chất đốt trong gia đình của đối tượng nghiên cứu	55
Bảng 3.5	Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của đối tượng nghiên cứu	57
Bảng 3.6	Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với giới tính của đối tượng nghiên cứu	58
Bảng 3.7	Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu	59
Bảng 3.8	Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với hút thuốc của đối tượng nghiên cứu	60
Bảng 3.9	So sánh liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với hút riêng từng loại thuốc của đối tượng nghiên cứu	62
Bảng 3.10	Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với tiền sử bệnh hô hấp, BMI và tiếp xúc khói bếp của đối tượng nghiên cứu	62
Bảng 3.11	Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của đối tượng nghiên cứu	64
Bảng 3.12	Tình trạng hút thuốc của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	65

Bảng 3.13	Một số đặc điểm của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	66
Bảng 3.14	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các triệu chứng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	69
Bảng 3.15	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về nguyên nhân gây bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	69
Bảng 3.16	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các đặc điểm của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	70
Bảng 3.17	Kiến thức về phòng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của đối tượng nghiên cứu	71
Bảng 3.18	Kiến thức về thuốc giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định của đối tượng nghiên cứu	71
Bảng 3.19	Thái độ của đối tượng nghiên cứu khi biết mình mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	72
Bảng 3.20	Thái độ của đối tượng nghiên cứu khi người thân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	73
Bảng 3.21	Tác hại của hút thuốc và thái độ của đối tượng nghiên cứu khi người thân hút thuốc	73
Bảng 3.22	Kiến thức của người bệnh về các dụng cụ hút và tình hình tư vấn về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	74
Bảng 3.23	Liên quan giữa các yếu tố tới kiến thức về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của đối tượng nghiên cứu	74
Bảng 3.24	Thực hành của người bệnh về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	75
Bảng 3.25	Liên quan giữa các yếu tố tới thái độ về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của đối tượng nghiên cứu	75

Bảng 3.26	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về nguyên nhân và triệu chứng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp	77
Bảng 3.27	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các đặc điểm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp	78
Bảng 3.28	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về diễn biến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp	79
Bảng 3.29	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về biện pháp phòng chống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp	79
Bảng 3.30	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về thuốc sử dụng cho bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định trước và sau can thiệp	80
Bảng 3.31	Thái độ của đối tượng nghiên cứu khi biết bản thân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp	80
Bảng 3.32	Thái độ của đối tượng nghiên cứu khi người thân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hút thuốc trước và sau can thiệp	81
Bảng 3.33	Thực hành của người bệnh về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp	83
Bảng 3.34	Kết quả điểm CAT, mMRC, số đợt cấp trong năm và chức năng thông khí của người bệnh trước và sau can thiệp	85
Bảng 3.35	Mức độ tắc nghẽn đường thở của người bệnh trước và sau can thiệp	86
Bảng 3.36	Phân loại giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp	86

DANH MỤC HÌNH

Hình	Nội dung	Trang
Hình 3.1	Tình hình hút thuốc của đối tượng có và không trồng cây thuốc	54
Hình 3.2	Tình hình mắc một số bệnh hô hấp của đối tượng nghiên cứu	56
Hình 3.3	Các biểu hiện triệu chứng cơ năng hô hấp của đối tượng nghiên cứu	56
Hình 3.4	Tình hình chẩn đoán của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	57
Hình 3.5	Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với tuổi của đối tượng nghiên cứu	58
Hình 3.6	Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với học vấn của đối tượng nghiên cứu	59
Hình 3.7	Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với mức độ hút thuốc chung của đối tượng nghiên cứu	60
Hình 3.8	Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với mức độ hút thuốc lờ của đối tượng nghiên cứu	61
Hình 3.9	Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với mức độ hút thuốc lá của đối tượng nghiên cứu	61
Hình 3.10	Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở đối tượng có triệu chứng hô hấp	63
Hình 3.11	Liên quan tuổi với mức độ hút thuốc của người bệnh có hút thuốc	63
Hình 3.12	Mức độ tắc nghẽn đường thở của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	65

Hình 3.13	Mức độ tắc nghẽn đường thở và giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người bệnh chưa có triệu chứng lâm sàng	67
Hình 3.14	Phân chia giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo GOLD 2017	67
Hình 3.15	Kiến thức tốt của đối tượng nghiên cứu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước can thiệp	68
Hình 3.16	Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về tên bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước can thiệp	68
Hình 3.17	Thái độ tốt của đối tượng nghiên cứu đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước can thiệp	72
Hình 3.18	Kiến thức, thái độ và hiểu biết tên bệnh của đối tượng nghiên cứu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp	76
Hình 3.19	So sánh kiến thức tốt của người không mắc và người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp	82
Hình 3.20	So sánh thái độ tốt của người không mắc và người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp	82
Hình 3.21	Tình hình hút thuốc của người bệnh trước và sau can thiệp	84
Hình 3.22	Tình hình hút thuốc của người bệnh có hút thuốc trước và sau can thiệp	84

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là bệnh thường gặp và có xu hướng gia tăng do sự già đi của dân số và sự gia tăng của các yếu tố nguy cơ. Năm 1990 tử vong do BPTNMT đứng hàng thứ 6, dự báo đến năm 2020 sẽ đứng thứ 3 trong tất cả các nguyên nhân tử vong trên toàn cầu [89]. Năm 2016 trên thế giới ước tính 251 triệu người mắc BPTNMT, năm 2015 khoảng 3,17 triệu người chết vì bệnh này trong đó 90% số tử vong ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [173].

BPTNMT thường xuất hiện sau 40 tuổi, các yếu tố nguy cơ của bệnh là do hút thuốc, ô nhiễm môi trường, nhiễm khuẩn, di truyền, tuổi cao... kèm theo tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng, tiến triển kéo dài, chi phí khám và chữa bệnh cao, hậu quả của bệnh nặng nề vì thế BPTNMT thực sự là một vấn đề sức khỏe [70] [72]. Triệu chứng cơ năng chính của bệnh là khó thở, ho, khạc đờm mạn tính, các biểu hiện này rất dễ bị nhầm lẫn với các bệnh hô hấp khác. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT chưa được chẩn đoán khá cao [40] [41] [100] [122] [135]. Đo chức năng thông khí là phương pháp cơ bản để chẩn đoán BPTNMT, tất cả những người 40 tuổi trở lên có biểu hiện các triệu chứng lâm sàng trên hoặc phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ đều nên đi khám và đo chức năng thông khí để phát hiện bệnh [6] [17] [70] [71].

Các biện pháp can thiệp trên người mắc BPTNMT tập trung chủ yếu vào ngăn chặn các yếu tố nguy cơ, phục hồi chức năng hô hấp, dùng thuốc giãn phế quản.... Việc quản lý phòng ngừa các yếu tố nguy cơ sẽ làm giảm tỷ lệ mắc bệnh, điều trị dự phòng nhằm giảm tần suất các đợt cấp giúp người bệnh ít phải nằm viện góp phần giảm gánh nặng bệnh tật và chi phí điều trị. Ở nước ta hầu hết các đề tài nghiên cứu can thiệp trên người mắc BPTNMT được thực hiện tại các bệnh viện. Do điều kiện chưa cho phép triển khai những phòng tập có trang thiết bị hiện đại một cách rộng rãi thì tự tập thể dục, có chế

độ ăn phù hợp và phục hồi chức năng hô hấp tại nhà là lựa chọn tốt. Kiến thức của người dân nói chung và của người bệnh nói riêng về BPTNMT còn rất hạn chế, điều này kéo theo thái độ và thực hành không đúng về BPTNMT [18]. Can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm mục đích nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành cho người dân, người bệnh và nhân viên y tế để cùng phối hợp ngăn chặn căn bệnh nguy hiểm này.

Trước thực trạng nhiều người bệnh chưa được chẩn đoán, kiến thức của người dân về bệnh chưa tốt nên việc khám, phát hiện chủ động và nâng cao kiến thức, thái độ và thực hành cho họ về BPTNMT là mục tiêu mà chúng tôi đang hướng tới. Hải Phòng có nhiều vùng nông thôn trồng thuốc lá, tỷ lệ hút thuốc của người dân còn cao. Hút thuốc là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất dẫn đến BPTNMT. Kiến Thiết là xã trồng thuốc lá lâu đời, việc trồng cây thuốc liên quan rất nhiều đến chế biến, sử dụng và bán sản phẩm. Kiền Bái là xã mà người dân ở đây chuyên canh cây lúa. Vì vậy chúng tôi chọn 2 xã vào nghiên cứu dịch tễ và kiến thức, thái độ, thực hành về BPTNMT, đồng thời chúng tôi chọn xã Kiến Thiết là địa điểm tiến hành triển khai nghiên cứu can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm các mục tiêu:

- 1. Xác định tỷ lệ mắc và các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở xã Kiến Thiết, huyện Tiên Lãng và xã Kiền Bái, huyện Thủy Nguyên, Hải Phòng từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 4 năm 2015.*
- 2. Mô tả thực trạng kiến thức, thái độ của người dân và thực hành của người bệnh về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại xã Kiến Thiết và Kiền Bái từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 4 năm 2015.*
- 3. Đánh giá hiệu quả của truyền thông giáo dục sức khỏe đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại xã Kiến Thiết, huyện Tiên Lãng sau một năm can thiệp.*

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Lịch sử và định nghĩa bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Một số tài liệu sớm nhất miêu tả khí phế thũng là sự căng phòng của phổi (Bonet 1679, Morgagni 1769). Badham (1814) đã sử dụng từ bệnh nhiều đờm (Catarrh) để chỉ cho ho mạn tính và đờm nhầy là những triệu chứng chính. Laenec (1821) đã mô tả mối liên quan giữa khí phế thũng và viêm phế quản mạn tính. John Hutchinson đã phát minh ra máy hô hấp ký, là chìa khoá để chẩn đoán BPTNMT, tuy nhiên hồi đó còn ít được sử dụng, phải 100 năm sau Tiffeneau thêm khái niệm đo luồng khí thở theo thời gian và máy hô hấp ký mới là dụng cụ để chẩn đoán. Gaensler đưa ra khái niệm về FEV1 và FEV1/FVC phần trăm (Gaensler 1950, 1951). Barach và Bickerman (1956) đã biên soạn cuốn sách đầu tiên về bệnh khí phế thũng và mô tả biện pháp điều trị thời bấy giờ. Hai cuộc họp quan trọng: Hội nghị chuyên đề CIBA (1959) và ATS (1962) đã thống nhất đưa ra định nghĩa viêm phế quản mạn tính và khí phế thũng. William Briscoe được cho là người đầu tiên sử dụng thuật ngữ "COPD" tại hội nghị khí phế thũng Aspen lần thứ 9 [169].

- Viêm phế quản mạn tính được định nghĩa là tình trạng ho khạc đờm kéo dài liên tục ít nhất 3 tháng trong 1 năm và ít nhất trong hai năm liên tiếp.

- Khí phế thũng (Emphysema) là tình trạng căng giãn bất thường và vĩnh viễn của các khoảng chứa khí tận cùng của các tiểu phế quản tận, kèm theo sự phá hủy các vách phế nang.

Viện Huyết học, Tim mạch, Hô hấp Hoa Kỳ (National Heart, Lung and Blood Institute - NHLBI) phối hợp với WHO đề ra chương trình khởi động toàn cầu về phòng chống BPTNMT viết tắt là GOLD. Định nghĩa của GOLD 2001: BPTNMT là một tình trạng bệnh lý đặc trưng bởi sự giảm lưu lượng

thở không hồi phục. Sự giảm lưu lượng thở này thường tiến triển và đi kèm đáp ứng viêm bất thường của phổi với các chất và khí độc hại [126]. Từ đó GOLD thường xuyên cập nhật hướng dẫn chẩn đoán và điều trị BPTNMT.

GOLD 2014 định nghĩa BPTNMT là bệnh thường gặp, có thể dự phòng và điều trị được, đặc trưng bởi tắc nghẽn đường thở, tiến triển nặng dần, liên quan tới phản ứng viêm bất thường ở đường hô hấp bởi các phân tử và khí độc hại [70]. GOLD 2017 định nghĩa BPTNMT là một bệnh thường gặp, dự phòng và điều trị được, có đặc điểm là triệu chứng hô hấp và giới hạn luồng khí dai dẳng do bất thường ở đường thở và/hoặc phế nang thường do phơi nhiễm với các phân tử hoặc khí độc [72].

1.2. Dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Dịch tễ học là nghiên cứu sự phân bố và các yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe hoặc những sự kiện trong những quần thể riêng biệt nhằm phòng và kiểm soát những vấn đề sức khỏe. Dịch tễ học không chỉ quan tâm đến tình trạng chết, bệnh tật, tàn phế mà còn quan tâm nhiều hơn tới những khía cạnh tốt của sức khỏe và các biện pháp để nâng cao sức khỏe [146]. Nghiên cứu dịch tễ học BPTNMT thường là nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn để thu thập thông tin về các triệu chứng hô hấp và tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ. Các bảng câu hỏi thường mô tả các triệu chứng hô hấp đặc trưng của BPTNMT như: ho, khạc đờm, khó thở và tiền sử mắc các bệnh hô hấp, tiền sử hút thuốc. Các bảng câu hỏi dần được chuẩn hoá để sử dụng trong điều tra dịch tễ học về các bệnh hô hấp, gồm có bảng câu hỏi về các triệu chứng hô hấp ở người trưởng thành của Hội Lồng ngực Hoa Kỳ (1978); bảng câu hỏi về các triệu chứng hô hấp của Cộng đồng Than - Thép Châu Âu (European Community for Coal and Steel - ECSC) và bảng câu hỏi về các bệnh hô hấp của WHO - 1986. Bảng câu hỏi gần đây nhất

của ECSC được sửa đổi năm 1987 [26]. Số liệu thu được từ các nghiên cứu về dịch tễ học BPTNMT thường thấp hơn so với thực tế vì các nghiên cứu có thể bỏ sót những người mắc bệnh ở giai đoạn sớm do họ chưa biểu hiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt. Bản hướng dẫn của GOLD (2003) đề nghị lấy tiêu chuẩn chỉ số Gaensler (FEV1/FVC) sau test hồi phục phế quản $< 70\%$ để chẩn đoán xác định và dựa vào mức độ của chỉ số FEV1% để phân loại giai đoạn BPTNMT. Năm 2004 ERS và ATS cũng đã chấp nhận tiêu chuẩn này [36]. Hiện nay chẩn đoán BPTNMT chủ yếu vẫn dựa trên tiêu chuẩn của GOLD, chỉ số FEV1% dùng để phân loại mức độ tắc nghẽn, tuy nhiên phân chia theo giai đoạn ABCD của BPTNMT được thay đổi mới nhất theo GOLD 2017 để khắc phục những hạn chế của các bản phân chia giai đoạn trước đó [72].

1.2.1. Nghiên cứu dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trên thế giới

R.J. Halbert (2006) đã tiến hành tổng hợp các nghiên cứu về dịch tễ học BPTNMT dựa trên những bài báo đã được đăng tải trong giai đoạn từ năm 1990 đến 2004 gồm có 37 nghiên cứu về tỷ lệ mắc BPTNMT tại 28 quốc gia trên thế giới. Qua phân tích, tác giả đã nhận thấy tỷ lệ mắc BPTNMT khác nhau theo địa dư, phương pháp sử dụng để chẩn đoán, nhìn chung tỷ lệ mắc là 8,9% (2,1% - 26,4%) [149].

Nghiên cứu về gánh nặng của BPTNMT trong 11 nước gồm Úc, Canada, Pháp, Đức, Ý, Nhật Bản, Hà Lan, Tây Ban Nha, Thụy Điển, Vương quốc Anh và Hoa Kỳ. Thống kê 2.838 bài báo trong đó có 299 bài báo toàn văn, các dữ liệu được trích từ 133 bài viết. Tỷ lệ hiện mắc BPTNMT dao động từ 0,2% đến 37%; tỷ lệ mắc rất khác nhau giữa các nước và khu dân cư tùy thuộc vào phương pháp chẩn đoán và phân loại. Tỷ lệ tử vong đã tăng lên trong 30 đến 40 năm qua. Gần đây tỷ lệ tử vong ở một số nước có xu hướng nam giới giảm, nữ giới ổn định hoặc tăng [42].

Johan Buffels (2004) so sánh vai trò của đo chức năng thông khí (CNTK) với bộ câu hỏi ngắn về các triệu chứng hô hấp trong việc phát hiện BPTNMT nhận thấy việc sử dụng CNTK để chẩn đoán BPTNMT có thể phát hiện được gấp đôi số người mắc BPTNMT so với cách phát hiện bệnh chỉ dựa vào bộ câu hỏi phỏng vấn [86]. Graciane Laender Moreira nghiên cứu trong 9 năm tại São Paulo – Brazil, gồm có 613 người tham gia thấy tỷ lệ BPTNMT mới mắc từ 1,4% đến 4% tùy theo các tiêu chí chẩn đoán. Sự phù hợp giữa các tiêu chí dao động từ 35 - 60% [74]. Davis Wilson (2005) nghiên cứu thuần tập trên 2.501 người từ 18 tuổi trở lên có tiền sử hút thuốc ở Miền Nam Châu Úc nhận thấy tỷ lệ mắc BPTNMT thay đổi tùy thuộc và tiêu chuẩn chẩn đoán: ATS (5,4%); BTS (3,5%); ERS (5,0%); GOLD (5,4%) [49].

Sarah H Landis ước tính tỷ lệ hiện mắc và gánh nặng BPTNMT của 12 nước trên thế giới được xác thực qua sự sàng lọc một cách có hệ thống theo mẫu dân số. Tỷ lệ mắc BPTNMT dao động từ 7 đến 12%; hầu hết tỷ lệ mắc ở các nước dao động trong khoảng từ 7% đến 9% [157]. Kokuvi Atsou thống kê 65 bài báo ở 21 quốc gia Châu Âu cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT dao động từ 2,1% đến 26,1% tùy theo từng nước [93].

Andrea S. Gershon nghiên cứu thuần tập ở Ontario–Canada thấy tổng số mắc BPTNMT từ 1996 đến 2007 tăng tới 64,8% [30]. Michael E. Green thu thập số liệu qua mạng tại Canada của 444 bác sĩ trong 8 tỉnh cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT ở người từ 18 tuổi trở lên là 4% [113]. Ở New Brunswick – Canada, trong năm 2013-2014 có 4.450 trường hợp 35 tuổi trở lên mới mắc BPTNMT, cách đó một thập kỷ (2003-2004) có 4.320 ca mắc mới. Do tuổi thọ tăng nên tổng số ca mắc BPTNMT tiếp tục tăng, hiện nay ở đây có khoảng 57.340 trường hợp 35 tuổi trở lên mắc BPTNMT, tăng 45% so với thập kỷ trước [125].

Natalie Terzikhan (2016) nghiên cứu thuận tập tương lai tại Hà Lan với 14.619 đối tượng từ 45 tuổi trở lên tham gia vào nghiên cứu cho thấy có 1.993 người mắc BPTNMT trong đó có 689 trường hợp đã được chẩn đoán và 1.304 người mới được chẩn đoán, tỷ lệ mới mắc khoảng 8,9/1.000 dân mỗi năm [122]. Vanfleteren LE nghiên cứu ở người 40 tuổi trở lên tại Maastricht, Hà Lan cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT chiếm 24%; nam 28,5%; nữ 19,5% [98].

Elena Adreeva (2015) nghiên cứu về tỷ lệ mắc BPTNMT ở Tây Bắc Liên Bang Nga (Saint Petersburg và Arkhangelsk) trên 3.133 người từ 35 đến 70 tuổi, có 2.974 người được đo CNTK trong đó 2.388 người được làm test hồi phục phế quản đã phát hiện 162 người bị tắc nghẽn đường thở và 130 người mắc BPTNMT [60]. Ivan P Artyukhov nghiên cứu ở vùng Krasnoyarsk, Nga năm 2011 ở các đối tượng 18 tuổi trở lên, sau khi phân tích tác giả cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT là 10,6/1.000 dân [80].

Luis Verde-Remeseiro nghiên cứu ở Tây Ban Nha bằng cách thu thập thông tin những người mắc BPTNMT đã được đo bằng máy hô hấp ký từ mỗi đơn vị chăm sóc ban đầu, số người trên 39 tuổi mắc BPTNMT là 8.444 người, chiếm tỷ lệ 2,6% [99]. Bruscas Alijarde nghiên cứu 1.185 người từ 40 đến 75 tuổi ở Tây Ban Nha cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT là 10,4% (nam 16,9%; nữ 5,7%) trong đó có 78,9% trường hợp mắc BPTNMT chưa được chẩn đoán trước đó [40].

C. Bárbara nghiên cứu 710 người 40 tuổi trở lên ở Bồ Đào Nha cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT là 14,2%; tỷ lệ BPTNMT ở người hút thuốc trên 20 bao - năm (B-N) chiếm 27,4%; trong số người mắc bệnh có tới 86,8% chưa được chẩn đoán trước đó [41]. J. Cardoso khảo sát 17/18 tỉnh ở Bồ Đào Nha, tỷ lệ mắc BPTNMT ở người từ 40 tuổi trở lên là 8,96% (năm 1995-1997); ở người 35-69 tuổi là 5,34% [81].

Danielsson P nghiên cứu 548 người 40 tuổi trở lên ở Uppsala, Thụy Điển thấy tỷ lệ mắc BPTNMT là 16,2% trong đó có 29% người bệnh đã được chẩn đoán trước đó [135]. Mirna Waked nghiên cứu mô tả cắt ngang trên toàn lãnh thổ Lebanon cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT ở người 40 tuổi trở lên chiếm 9,7% [115]. Peder Fabricius (2011) nghiên cứu 5.299 người 35 tuổi trở lên ở Copenhagen - Đan Mạch, tỷ lệ mắc BPTNMT chiếm 17,4%; tỷ lệ gia tăng theo lứa tuổi và nam giới [139]. Jan Zejda (2016) cho biết tỷ lệ mắc BPTNMT ở người 40 tuổi trở lên tại Ba Lan là 10% [83].

L.J. Finney (2013) thống kê 688 nghiên cứu ở Châu Phi cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT ở 4 nước vùng cận Sahara từ 4% đến 25% [96]. M.Sh. Badway (2016) nghiên cứu ở vùng Qena Governorate - Ai Cập trên 2.400 đối tượng 40 tuổi trở lên thấy tỷ lệ mắc BPTNMT là 6,6% [100]. Sundeep Salvi (2015) phân tích tổng hợp 9 nghiên cứu mô tả cắt ngang ở Nam Phi, hai nghiên cứu ở Nigeria, một nghiên cứu ở Malawi và một nghiên cứu ở Cape Verde cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT từ 4,1% đến 24,8% [165]. Adeloeye D (2015) nghiên cứu từ 243 đề tài ở Châu Phi trong đó có 13 nghiên cứu đạt tiêu chuẩn lựa chọn và chỉ có 5 nghiên cứu sử dụng máy đo hô hấp ký cho biết, tỷ lệ trung bình của người 40 tuổi trở lên mắc BPTNMT có đo hô hấp ký là 13,4%; không sử dụng hô hấp ký là 4%. Năm 2010 dân số Châu Phi từ 40 tuổi trở lên khoảng 196,4 triệu người, số người mắc BPTNMT khoảng 26,3 triệu (18,5 – 43,4 triệu); so với năm 2000 số người mắc khoảng 20 triệu người thì sau một thập kỷ đã tăng 31,5% [50].

Frederik Van Gemert (2015) nghiên cứu 620 người trên 30 tuổi ở vùng nông thôn Uganda trong đó 588 người được đo CNTK, tỷ lệ mắc BPTNMT là 16,2% [66]. Devan Jaganath nghiên cứu BPTNMT ở Peru, tác giả thấy tỷ lệ mắc ở người 35 tuổi trở lên khoảng 6% [54].

Trung Quốc là nước có tỷ lệ mắc BPTNMT cao nhất so với các vùng khác trong cùng khu vực. Một nghiên cứu tiến hành trên 20.245 đối tượng từ 40 tuổi trở lên sống ở 7 tỉnh và thành phố tại Trung Quốc cho kết quả 8,2% người mắc BPTNMT trong đó nam mắc 12,4% và nữ mắc 5,1% [120]. Xiacong Fang (2011) công bố tỷ lệ mắc BPTNMT từ 5 – 13% tùy theo tỉnh thành ở Trung Quốc [174]. Yipeng Ding nghiên cứu người từ 40 tuổi trở lên ở Hải Nam, Trung Quốc, tỷ lệ mắc BPTNMT chiếm 5,1% [176]. Shih-Lung Cheng (2015) nghiên cứu tại Đài Loan cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT ở người từ 40 tuổi trở lên khoảng 6,1% [162].

Pothirat C (2015) nghiên cứu người dân từ 40 tuổi trở lên được đo CNTK phổi từ 2008 - 2010 tại Thái Lan cho thấy tỷ lệ hiện mắc chung và tỷ lệ mắc ở nữ vùng nông thôn cao hơn thành thị (theo thứ tự lần lượt là 6,8% vs 3,7% và 4,4% vs 0,9%) [43]. Go Tsukuya (2015) nghiên cứu ở Hisayama, Nhật Bản trên các đối tượng từ 40 -79 tuổi, không được chẩn đoán hen phế quản hoặc phẫu thuật phổi. Có 2.357 người tham gia được đo CNTK, chẩn đoán rối loạn thông khí tắc nghẽn khi $FEV_1/FVC < 0,7$; tỷ lệ người trên 40 tuổi có rối loạn thông khí tắc nghẽn là 6,5% [73].

1.2.2. Nghiên cứu dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Việt Nam

Theo thống kê các công trình nghiên cứu của Lê Thị Tuyết Lan, vào năm 2003 nhóm nghiên cứu của Hội Hô Hấp Châu Á Thái Bình Dương đã tính toán tần suất mắc BPTNMT trung bình và nặng của người Việt Nam trên 35 tuổi là 6,7%; cao nhất khu vực [14]. Tình hình thu nhận 3.606 người bệnh nằm điều trị tại khoa Hô Hấp Bệnh Viện Bạch Mai từ năm 1996 đến năm 2000 có 904 mắc BPTNMT chiếm 25,1%; tỷ lệ nam/nữ là 2,13 [2].

Theo Ngô Quý Châu (2005) tỷ lệ mắc BPTNMT ở người trên 35 tuổi của phường Khương Mai, Hà Nội là 1,53% [3]; ở Đống Đa và Thanh Xuân,

Hà Nội là 3,2% (nam 5,5% và nữ 1,06%) [4]. Ngô Quý Châu (2006) nghiên cứu đối tượng trên 40 tuổi tại Hải Phòng, tỷ lệ mắc BPTNMT chiếm 5,65% (nam 7,91%; nữ 3,63%) [5]. Phạm Huy Quyên nghiên cứu BPTNMT của người 40 tuổi trở lên tại Tiên Lãng, Hải Phòng cho thấy tỷ lệ mắc chung cho hai giới là 6,1%; nam mắc 7,34%; nữ mắc 4,91% [17].

Nguyễn Thị Xuyên (2010) nghiên cứu BPTNMT tại Việt Nam ở người trên 15 tuổi cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT chung là 2,2% (nam 3,4%; nữ 1,1%). Đối tượng 40 tuổi trở lên có tỷ lệ mắc BPTNMT là 4,2%; tỷ lệ mắc ở Miền Bắc là 5,7% [25].

Nhung Nguyen Viet (2015) thực hiện một nghiên cứu cắt ngang trên 1.506 người không hút thuốc từ 40 tuổi trở lên ở Việt Nam và Indonesia cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT là 6,9% trong đó nam mắc 12,9% và nữ mắc 4,4%. Tỷ lệ mắc tại Việt Nam là 8,1%; Indonesia là 6,3%. Chỉ có 6% số người bệnh đã được chẩn đoán mắc BPTNMT từ trước [127].

Nghiên cứu của Phan Thu Phương ở người từ 40 tuổi trở lên tại Lạng Giang, Bắc Giang, tỷ lệ mắc BPTNMT là 3,85% (nam 6,92%; nữ 1,42%) [16]. Chu Thị Hạnh nghiên cứu BPTNMT ở một số nhà máy công nghiệp tại Hà Nội cho thấy tỷ lệ mắc của của công nhân từ 40 tuổi trở lên là 3% [10]. Hoàng Thị Lâm nghiên cứu tỷ lệ mắc BPTNMT ở Hoàn Kiếm và Ba Vì, Hà Nội cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT ở người từ 23 đến 72 tuổi chiếm 7,1% (nam 10,9%; nữ 3,9%); tỷ lệ mắc bệnh tăng theo tuổi, có hút thuốc [13]. Phùng Chí Lĩnh (2014) nghiên cứu BPTNMT ở Hưng Yên ở đối tượng từ 40 tuổi trở lên cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT tại huyện Ân Thi là 3,6% và thành phố Hưng Yên là 3,4% [15].

1.2.3. Tỷ lệ tử vong và gánh nặng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Để đánh giá mức độ thiệt hại gây ra do tàn phế và tử vong của bệnh tật một cách chính xác, các chuyên gia dùng chỉ số DALYs (The disability-adjusted life year), DALYs là đơn vị tính số năm còn lại của người bệnh sống trong tàn phế và số năm người bệnh tử vong sớm do bệnh tật. Năm 1990 chỉ số DALYs do BPTNMT đứng thứ 12 và dự báo đến năm 2030 sẽ đứng thứ 17. Tỷ lệ tử vong do BPTNMT đứng thứ 6 và dự báo đến năm 2020 sẽ đứng thứ 3 trong các nguyên nhân gây chết [89].

Davies Adeloeye (2015) thu thập 37.472 ấn bản từ năm 1990 đến năm 2014 trong tổng số 132 nghiên cứu về tỷ lệ mắc BPTNMT. Bằng phương pháp phân tích hồi quy cho thấy năm 1990 trên toàn cầu ước tính khoảng 227,3 triệu người từ 30 tuổi trở lên mắc BPTNMT chiếm khoảng 10,7%; số người mắc BPTNMT tăng đến 284 triệu vào năm 2010 chiếm 11,7%. Tỷ lệ mắc cao nhất ở châu Mỹ (13,3% năm 1990 và 15,2% năm 2010), thấp nhất ở Đông Nam Á (7,9% năm 1990 và 9,7% năm 2010). Từ năm 1990 đến năm 2010 tỷ lệ mắc tăng nhanh nhất ở Địa Trung Hải (118,7%); sau đến Châu Phi (102,1%); thấp nhất ở Châu Âu (22,5%). Năm 1990 tỷ lệ mắc BPTNMT ở thành thị là 13,2% nông thôn là 8,8%; năm 2010 tỷ lệ mắc ở thành thị là 13,6% và nông thôn là 9,7%. Nhìn chung tỷ lệ mắc ở nam 14,3%; nữ 8,2% [51]. Tam Dang-Tan tập hợp các nghiên cứu được đăng tải từ năm 2000 đến năm 2012 cho biết gánh nặng BPTNMT ở Canada là đáng kể, việc sử dụng các chương trình tự chăm sóc quản lý, hỗ trợ qua điện thoại và chăm sóc tích hợp có thể giảm bớt gánh nặng chung cho người bệnh và xã hội [167]. Mehdi Najafzadeh ước tính chi phí hàng năm cho BPTNMT ở Canada là 4,52 tỉ (Đô la Canada) vào năm 2011 và sẽ tăng 3,6 tỉ một năm vào năm 2035 [111].

Theo Anthony J Guarasico (2013) BPTNMT là nguyên nhân gây chết đứng thứ 3 ở Mỹ, dự án năm 2010 chi phí cho BPTNMT khoảng 50 tỉ USD

trong đó chi trực tiếp 20 tỉ, gián tiếp 30 tỉ. Những chi phí tiếp tục tăng theo sự tiến triển của bệnh. Sự nặng lên của bệnh và thời gian nằm viện là nguyên nhân chính khiến chi phí tăng lên [34].

Xiaocong Fang (2011) cho biết, năm 2008 BPTNMT là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 4 ở thành thị và thứ 3 ở nông thôn Trung Quốc, số ca mắc BPTNMT chiếm tới 1,6% số người bệnh nhập viện cũng trong năm đó. Chi phí y tế trực tiếp cho một người mắc BPTNMT ở thành thị trong năm 2006 khoảng 1.732,24 USD [174].

Lewis A (2016) nghiên cứu ở Châu Âu về chi phí sử dụng thuốc giãn phế quản (GPQ) cho người mắc hen phế quản và BPTNMT trong năm 2015 ước tính khoảng 813 triệu euro; 560 triệu euro và 774 triệu euro tại 3 nước là Tây Ban Nha, Thụy Điển và Vương quốc Anh [27].

Earl S. Ford (2015) lấy dữ liệu từ 1968 đến 2011 từ những người 25 trở lên tuổi ở Mỹ cho biết tỷ lệ tử vong do BPTNMT ở người lớn tại Mỹ tăng từ 29,4/100.000 người vào năm 1968 đến 67/100.000 người năm 1999 rồi lại giảm còn 63,7/100.000 người năm 2011. Tỷ lệ tử vong ở nam giới năm 1968 là 56,4/100.000 dân, đạt đỉnh vào năm 1999 (88,2/100.000 dân), tăng đến 60% sau đó giảm 16.6% vào năm 2011 (73,5/100.000 dân). Tỷ lệ tử vong do BPTNMT ở nữ năm 1968 (9,4/100.000 dân) đỉnh điểm là năm 2008 (59,1/100.000 dân) tăng tới 530% [58].

Jeetvan G Patel (2014) tổng hợp các nghiên cứu ở Mỹ từ năm 1987 đến năm 2009 cho thấy 13-18% người mắc BPTNMT bị giới hạn việc làm và hơn 1/3 bị hạn chế hoạt động nói chung. Giới hạn hoạt động từ 27 đến 63 ngày trong năm, số ngày ốm trung bình là 1,3 - 19,4 ngày, chi phí cho mỗi người bệnh trung bình từ 893 đến 2.234 USD [84].

Kim J (2015) nghiên cứu tại Korea cho thấy tổng chi phí xã hội về BPTNMT trong năm 2013 ước tính 439,9 triệu USD cho 1.419.914 người

bệnh. Chi phí y tế trực tiếp cho BPTNMT là 214,3 triệu USD trong đó bao gồm chi phí nằm viện 96,3 triệu USD, chi phí điều trị ngoại trú 76,4 triệu USD và chi phí dược 41,6 triệu USD. Các chi phí ngoài y tế trực tiếp ước tính 43,5 triệu USD. Tổng chi phí gián tiếp liên quan đến tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong của BPTNMT là 182,2 triệu USD trong năm 2013 [92].

Wheaton AG (2013) so sánh khả năng làm việc và các vấn đề liên quan tới sức khỏe của người trưởng thành tại 50 bang, tỉnh Columbia và 2 địa hạt ở Mỹ thấy 6,4% (xấp xỉ 15,7 triệu người trưởng thành) được báo cáo là đang mắc BPTNMT. Người lớn mắc BPTNMT không có khả năng làm việc (24,3% vs 5,3%); có một hạn chế hoạt động gây ra bởi các vấn đề sức khỏe (49,6% vs 16,9%); gặp khó khăn trong đi bộ hoặc leo cầu thang (38,4% vs 11,3%); hoặc sử dụng thiết bị đặc biệt để quản lý các vấn đề sức khỏe (22,1% vs 6,7%) so với người lớn không mắc BPTNMT [32].

Georgia Kourlaba khảo sát bằng điện thoại 3.414 người từ 40 tuổi trở lên tại Hy Lạp thấy 362 người đã được chẩn đoán BPTNMT chiếm 10,6%. Trong số 351 người được khảo sát có 61,5% người trả lời tình trạng hô hấp của họ ảnh hưởng đến các hoạt động thể lực. Gần 1/4 số người cho biết họ đã bị bỏ lỡ công việc trung bình 10 ngày trong 1 năm [69].

1.3. Các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất với BPTNMT là hút thuốc, ngoài ra các yếu tố như bụi, hóa chất nghề nghiệp, ô nhiễm môi trường không khí cũng đóng vai trò quan trọng. Các yếu tố nội sinh như thiếu hụt men antitrypsin, hen phế quản... cũng liên quan đến BPTNMT [39] [70] [72] [108] [126].

Seok Jeong Lee (2015) thu thập số liệu từ the Korean National Health and Nutrition Survey từ năm 2007 đến năm 2009. Tổng số 24.871 người từ 40 tuổi trở lên tham gia trong một nghiên cứu thuần tập trong đó 3.473 người

chưa từng hút thuốc cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT trong số không hút thuốc là 7,6%. Những yếu tố liên quan đến sự phát triển của BPTNMT là: trình độ học vấn thấp, phơi nhiễm nghề nghiệp, có tiền sử điều trị lao, nam giới, tuổi cao và BMI < 18.5 [159].

1.3.1. Các yếu tố ngoại sinh (yếu tố môi trường)

- Khói thuốc: hút thuốc là nguyên nhân hàng đầu gây nên BPTNMT, rất nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới đặc biệt quan tâm đến mối liên quan giữa hút thuốc với BPTNMT. Bill B Brashier (2012) cho biết người hút thuốc 10 B-N thì 50% phát triển thành BPTNMT [39].

Yong Liu (2015) nghiên cứu ở Miền Nam Carolina trên 4.135 người hút thuốc từ 45 tuổi trở lên cho thấy tỷ lệ mắc tỷ lệ mắc BPTNMT ở người hút từ 1 đến 9 năm là 6,8%; từ 10 đến 19 năm là 9,1%; từ 20 đến 29 năm là 11,6%; từ 30 năm trở lên là 25,6%; tỷ lệ mắc BPTNMT và các triệu chứng đều thấp hơn trong nhóm đã bỏ thuốc trên 10 năm và tăng ở người hút thuốc kéo dài ở cả nam và nữ [177].

Toni Kiljander (2015) nghiên cứu 190 người mắc hen phế quản chưa được chẩn đoán BPTNMT ở Phần Lan đang hút thuốc hoặc đã cai với mức độ hút thuốc trên 10 B-N được đo máy hô hấp ký đã phát hiện 52 người mắc BPTNMT chiếm 27,4% [171]. Rachel E Jordan (2012) phân tích dữ liệu từ khảo sát sức khỏe ở Anh các năm 1995; 1996 và 2001 thấy tỷ lệ mắc BPTNMT theo tiêu chuẩn GOLD là 16,1%; NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) là 7% và LLN (Lower Limit of Normal) là 9%; không có sự khác biệt nguy cơ nam và nữ hút thuốc với BPTNMT [150].

Ane Johannessen (2012) nghiên cứu thuần tập ở Bergen (Na Uy) từ năm 2006 đến năm 2009 cho thấy phụ nữ phơi nhiễm với khói thuốc từ thời niên thiếu thì nguy cơ mắc BPTNMT cao hơn so với nhóm không phơi nhiễm, OR

= 1,9 (1,0 – 3,7). Mặt khác phơi nhiễm khói thuốc thời niên thiếu có liên quan tới các triệu chứng về hô hấp ở nam giới [31].

Naseh Sigari (2013) nghiên cứu mô tả 400 người bệnh nhập viện Besat từ năm 2006 đến năm 2011 cho thấy hút thuốc là yếu tố nguy cơ chủ yếu đối với BPTNMT ở cả nam và nữ, trong đó 32,5% phụ nữ có tiền sử hút thuốc, còn nam giới chiếm tới 85,5% [121]. Mohammed Al Ghobain (2011) đo CNTK cho 501 người từ 40 tuổi trở lên có hút thuốc thấy tỷ lệ mắc BPTNMT chiếm 14,2% [117]. Kristin A. Guertin (2015) nghiên cứu 6.108 người nghiện thuốc ở Mỹ thấy tỷ lệ mắc BPTNMT là 19%; thời gian hút thuốc lá đầu tiên sau khi ngủ dậy vào buổi sáng càng ngắn càng làm tăng nguy cơ mắc BPTNMT [95]. Nicholas T. Vozoris (2011) khảo sát trong cộng đồng 134.072 người ở Canada trong năm 2003 cho thấy 32,8% người mắc BPTNMT đang hút thuốc [128]. Al Mousa Al Omari (2014) nghiên cứu 512 nam giới hút thuốc từ 10 B-N trở lên ở Miền Bắc Jordan tuổi từ 35 trở lên được đo CNTK thấy số mắc BPTNMT là 42 người chiếm 8,2% [118]. Phan Thu Phương nghiên cứu về BPTNMT thấy người hút thuốc 15 B-N trở lên có nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 4,3 lần so với người không hút [16].

- Ô nhiễm không khí trong và ngoài nhà: nghiên cứu ảnh hưởng của ô nhiễm không khí với BPTNMT cho kết quả khác nhau. RW Atkinson (2015) nghiên cứu thuần tập trên 16.034 người được chẩn đoán BPTNMT ở Anh cho thấy chưa thấy có bằng chứng thuyết phục về mối liên quan giữa ô nhiễm không khí ngoài nhà với tỷ lệ mới mắc BPTNMT [147]. Nghiên cứu của Nadia N. Hasel (2016) lại cho thấy ô nhiễm không khí ngoài nhà liên quan đến giảm chức năng phổi và tăng các triệu chứng hô hấp, mặt khác còn liên quan đến đợt cấp và tỷ lệ chết ở người mắc BPTNMT. Không có liên quan nhiều giữa ô nhiễm không khí trong nhà với BPTNMT, đặc biệt ở các nước phát triển không sử dụng năng lượng sinh khối [119].

Nhiều nghiên cứu ở Trung Quốc đã chỉ ra ô nhiễm không khí ngoài trời ảnh hưởng đến chức năng phổi cả trẻ em và người lớn, gây nên những triệu chứng của đợt cấp BPTNMT, là yếu tố nguy cơ đối với tử vong do BPTNMT và làm tăng tỷ lệ hiện mắc và mới mắc của BPTNMT. Các nghiên cứu cắt ngang cũng chỉ ra phơi nhiễm với nguyên liệu sinh khối là một yếu tố nguy cơ với BPTNMT, việc giảm nguyên liệu sinh khối làm chậm sự suy giảm FEV1 và giảm nguy cơ mắc BPTNMT [75]. Vinay Kalagouda Mahishale (2016) nghiên cứu tại Ấn Độ trên 2.868 phụ nữ từ 40 tuổi trở lên tiếp xúc với khí biogass trên 10 năm thấy tỷ lệ mắc BPTNMT chiếm 18,4%; thời gian tiếp xúc càng dài thì nguy cơ mắc BPTNMT càng tăng [172].

- Tiếp xúc với khói và bụi nghề nghiệp: nhiều công trình nghiên cứu về mối liên quan giữa yếu tố nghề nghiệp và BPTNMT, tuy nhiên những nghiên cứu này vấp phải rất nhiều khó khăn bởi vì rất nhiều yếu tố tồn tại song song như: tiếp xúc khói thuốc, khói bếp củi, bếp than... Mặt khác trong nghiên cứu mô tả cắt ngang đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có thể thay đổi nghề nghiệp, nghỉ làm hoặc thay đổi chỗ ở. Các nghiên cứu dọc có phương pháp đánh giá tốt hơn, tuy nhiên những nghiên cứu này đòi hỏi rất nhiều thời gian và kinh phí để thực hiện. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định tác hại của khói bụi lên CNTK phổi ở một số nghề [97] [132] [136].

Theo Santo Tomas LH (2011) tiếp xúc với bụi than có nguy cơ đến sự phát triển của BPTNMT. Những công nhân mỏ sẽ xuất hiện những triệu chứng phế quản và suy giảm chức năng phổi chỉ sau 2 năm hành nghề [156].

Paul Cullinan (2012) tổng hợp nhiều nghiên cứu cho thấy những phơi nhiễm có ảnh hưởng đến BPTNMT như bụi mỏ than, silica, khí hàn, bụi dệt, đặc biệt bụi trong chế biến hạt ngũ cốc có nguy cơ gia tăng tắc nghẽn đường thở như hút thuốc [136].

D. Fishwick (2015) cho biết một số nghề làm tăng tỷ lệ mắc BPTNMT như: dịch vụ xây dựng và công nhân bán hàng, công nhân đường cao tốc và đường hầm nhân viên sửa chữa dịch vụ, nhân viên trạm xăng, công nhân xi măng, công nhân sắt, thép và ferô, công nhân cao su, nhựa và sản xuất da, công nhân bụi tiếp xúc vô cơ, công nhân nhà máy luyện silicon carbide, công nhân lò than cốc, công nhân phun sơn và hàn, công nhân xây dựng và thương mại, công nhân cơ khí chế tạo và sửa chữa, lực lượng vũ trang, công nhân dệt may, thợ gốm, nghề giao thông vận tải, chế biến thực phẩm, công nhân gỗ...[47].

Priscilla Johnson (2011) nghiên cứu trên 900 phụ nữ trên 30 tuổi không hút thuốc ở 45 vùng nông thôn ở Miền Nam Ấn Độ năm 2007 cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT là 2,44%; tỷ lệ mắc ở những người sử dụng chất đốt biomass là 2,5% trong đó những người sử dụng trên 2 giờ 1 ngày mắc 3% [145]. Øistein Svanes (2015) nghiên cứu ở Bắc Âu, những người làm việc tiếp xúc chất tẩy rửa nghề nghiệp tăng nguy cơ mắc hen phế quản và BPTNMT [130].

Shuo Liu (2015) nghiên cứu ở những nông dân làm việc trong nhà kính ở Trung Quốc cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT khá cao tới 17,5%; gặp nhiều ở những người tiếp xúc với nấm, hoa, gia cầm, hút thuốc, những người sống ở miền núi và ven biển [163]. Marie Kraim Leleu nghiên cứu liên quan 7 loại nghề nghiệp với sự tiếp xúc các yếu tố nguy cơ khác nhau, sau khi phân tích đa biến tác giả thấy công nhân lò luyện có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 7,6 (4,5-12,9) lần các nghề khác [107].

- Nhiễm khuẩn: nhiễm khuẩn thời kỳ niên thiếu có liên quan chặt chẽ tới sự suy giảm chức năng phổi và làm gia tăng các triệu chứng hô hấp khi trưởng thành [46] [126]. Byrne AL (2015) tập hợp 9 nghiên cứu về BPTNMT và 2 nghiên cứu về bệnh phế quản co thắt nhận thấy có mối liên quan giữa những người trên 40 tuổi có tiền sử điều trị lao phổi với mắc BPTNMT, OR = 3,05 (2,42-3,85) [35].

- Khí hậu: người ta nhận thấy có mối liên quan giữa khí hậu với các bệnh hô hấp. Gennaro D'Amato (2014) cho biết sự biến đổi khí hậu những năm gần đây làm gia tăng các bệnh đường hô hấp, tăng tỷ lệ tử vong nhất là ở người mắc BPTNMT và hen phế quản. Nhiệt độ và độ ẩm cao sẽ kích thích lên cơn hen, thời tiết lạnh sẽ tăng các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới nói chung và người mắc BPTNMT nói riêng [68].

Gavin C Donaldson (2014) thống kê các nghiên cứu trong 3 năm trong một nghiên cứu TORCH khi so sánh đợt cấp của BPTNMT ở Bắc và Nam Bán Cầu cho thấy: Bắc Bán Cầu tỷ lệ xuất hiện đợt cấp của BPTNMT 9% vào tháng 12 đến tháng 2 và 5% từ tháng 6 đến tháng 8; Nam Bán Cầu 12% trong mùa đông (tháng 8) và 7% vào mùa hè (tháng 2). Trong mùa đông tần suất nhập viện và kéo dài thời gian nằm viện của người mắc BPTNMT cũng tăng. Ở Anh và Xứ Wales, khoảng 15% các ca tử vong là do bệnh đường hô hấp trong đó 36% do BPTNMT, tỷ lệ tử vong tăng vào mùa đông [67].

Ching-Min Tseng nghiên cứu 16.254 ca mắc BPTNMT ở Đài Loan cho thấy hạ 5⁰C so với nhiệt độ trung bình, thời tiết lạnh (nhiệt độ trung bình trong 28 ngày) làm kéo dài đợt cấp của BPTNMT. Những người bệnh già hoặc không được sử dụng thuốc dạng hít sẽ có xu hướng xuất hiện đợt cấp khi nhiệt độ trung bình giảm xuống 5⁰C. Áp suất khí quyển cao, độ ẩm thấp, thời gian nắng kéo dài cũng liên quan đến sự gia tăng đợt cấp của BPTNMT [44].

Pere Almagro (2015) nghiên cứu đợt cấp của BPTNMT phải nhập viện năm 2009 tại Barcelona cho thấy số người bệnh nhập viện cao nhất vào mùa đông (37,2%) sau đến mùa thu (24,1%) và mùa xuân (23,9%); nhiệt độ môi trường có liên quan chặt chẽ tới việc xuất hiện đợt cấp của BPTNMT [142].

- Điều kiện kinh tế xã hội và chế độ ăn: nguy cơ xuất hiện BPTNMT không hoàn toàn liên quan đến tình trạng kinh tế xã hội, tuy nhiên các nghiên cứu dịch tễ cho thấy nguy cơ mắc BPTNMT gia tăng ở những người có điều

kiện kinh tế xã hội thấp. Điều này có thể do những cư dân có tình trạng kinh tế xã hội thấp thường có tình trạng dinh dưỡng nghèo nàn, cũng như môi trường sống ẩm thấp và bị ô nhiễm, do vậy tạo điều kiện thuận lợi hơn cho nhiễm khuẩn hô hấp và xuất hiện BPTNMT.

Nghiên cứu của Ji Ye Jung (2015); Mekov E (2015) cho thấy thiếu hụt Vitamin D liên quan đến mức độ nặng và hạn chế luồng khí của người mắc BPTNMT [85] [112]. Roy A. Pleasants (2013) xác định tỷ lệ mắc BPTNMT tự báo cáo từ hệ thống giám sát yếu tố nguy cơ hành vi (BRFSS: Behavioral Risk Factor Surveillance System) ở North Carolina năm 2009 bằng cách thu thập các báo cáo thấy tỷ lệ mắc BPTNMT là 5,6%. Tỷ lệ mắc cao nhất ở người già đơn độc, hút thuốc, người có giáo dục và thu nhập thấp [154].

Raphaëlle Varraso nghiên cứu dọc ở Mỹ về liên quan giữ chế độ ăn và nguy cơ mắc BPTNMT thấy chế độ ăn hợp lý có vai trò quan trọng trong chương trình đa can thiệp tới ngăn chặn BPTNMT [153]. Nghiên cứu thuần tập từ năm 1984 đến năm 2000 tại Mỹ, những người ăn cá từ 4 bữa/tuần trở lên có liên quan ngược so với nguy cơ mắc BPTNMT, sau khi hiệu chỉnh thấy rằng mối liên quan không có ý nghĩa. Các tác giả cho rằng nên chú trọng vào vấn đề cai hút thuốc và chế độ ăn hợp lý để phòng BPTNMT thay vì chú trọng vào những thực phẩm dinh dưỡng riêng biệt [152].

1.3.2. Các yếu tố nội sinh (yếu tố cơ địa)

- Thiếu hụt α_1 -antitrypsin là yếu tố nguy cơ của BPTNMT về gen đã được biết tới [70] [72]. Hen và tăng đáp ứng đường thở cũng được xác định là yếu tố nguy cơ của BPTNMT [46].

- Giới tính và tuổi: BPTNMT gặp nhiều ở người tuổi cao, giới nam [51] [70]; gần đây thì tỷ lệ mắc tăng ở nữ và kèm theo tỷ lệ tử vong do BPTNMT ở nữ tăng nhanh hơn so với nam [42]. Mireia Raluy-Callado (2013) nghiên

cứu thuận tập ở Vương quốc Anh trên 49.286 người mắc BPTNMT từ 40 tuổi trở lên thấy 51% người bệnh là nam giới [114]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đều thấy tỷ lệ mắc BPTNMT tăng theo tuổi, nam cao hơn nữ [10] [16] [76] [120] [150] [159].

1.4. Triệu chứng lâm sàng, thăm dò chức năng thông khí và chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

1.4.1. Triệu chứng lâm sàng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Các triệu chứng chính của BPTNMT là ho, khạc đờm, khó thở, nặng ngực và tiếng thở rít. Giai đoạn nặng thường suy kiệt, nói ngắn hơi, co kéo cơ hô hấp, dễ bị kích thích, thiếu tập trung do thiếu oxy não. Lồng ngực căng giãn cả chiều ngang và chiều dọc, xương sườn nằm ngang, hạn chế di động khoang liên sườn, thời gian thở ra dài hơn bình thường, tiếng thở giảm đều, tiếng tim mờ, có thể thấy ran rít, ran ngáy nhất là trong đợt cấp [6] [12] [46].

R. Graham Barr (2009) khảo sát qua điện thoại 1.003 người mắc BPTNMT ở Mỹ cho thấy 61% trong số họ có khó thở vừa hoặc nặng; 63% có ho kéo dài; 55% có khạc đờm kéo dài; 41% phải nhập viện; 30% khám bác sĩ 3-5 lần trong năm qua [148]. Peter Kjeldgaard (2015) nghiên cứu ở Đan Mạch trên 4.049 người 35 tuổi trở lên có các yếu tố nguy cơ mắc BPTNMT như hút thuốc, yếu tố nghề nghiệp, có ít nhất một triệu chứng như ho, khó thở, khò khè, khạc đờm, nhiễm trùng đường hô hấp và chưa được đo CNTK phổi hoặc chẩn đoán BPTNMT thấy tỷ lệ mắc BPTNMT là 17%. Biểu hiện các triệu chứng trong số người bệnh là: ho chiếm 73%; khó thở 58%; thở khò khè 27%; khạc đờm 41% [143]. M.Sh. Badway nghiên cứu ở Ai Cập cho thấy những người mắc BPTNMT có triệu chứng khó thở chiếm 93,7%; ho khạc đờm 67,8%; thở khò khè 52,5% [100].

1.4.2. Thăm dò chức năng thông khí

Đo CNTK dùng để chẩn đoán xác định và theo dõi BPTNMT. Để giúp phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm cần đo CNTK cho tất cả đối tượng có triệu chứng cơ năng hô hấp như ho, khạc đờm mạn tính, khó thở hoặc có tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ [6] [70] [89].

Ở người mắc BPTNMT đo CNTK có thể thấy FEV₁ giảm, mức độ giảm tùy theo mức độ nặng của bệnh; FVC giai đoạn đầu có thể bình thường nhưng sẽ giảm khi bệnh tiến triển nặng; thể tích khí cặn (RV) tăng lên. Chỉ số FEV₁/FVC < 70% và đây cũng là yếu tố xác định chẩn đoán BPTNMT. Khảo sát đường cong lưu lượng thể tích để phân biệt rối loạn thông khí tắc nghẽn với rối loạn thông khí hạn chế. Đường cong lưu lượng thể tích giúp xác định vị trí tắc nghẽn đường thở, nếu giảm phần xa của đường biểu diễn thở ra là tắc nghẽn đường thở nhỏ, nếu giảm toàn bộ đường biểu diễn thở ra là tắc nghẽn cả đường thở lớn và đường thở nhỏ.

1.4.3. Chẩn đoán và đánh giá mức độ của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Chẩn đoán lâm sàng BPTNMT được xem xét trong tất cả đối tượng có khó thở, ho hoặc khạc đờm mạn tính, và trong tiền sử có phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ. Chẩn đoán xác định BPTNMT bằng kết quả đo CNTK, khi chỉ số Gaensler (FEV₁/FVC) < 70% sau test hồi phục phế quản. Đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở dựa vào chỉ số FEV₁% so với trị số lý thuyết.

Phân loại giai đoạn BPTNMT để đánh giá mức độ nặng, tình trạng sức khỏe của người bệnh và các nguy cơ trong tương lai. Bảng câu hỏi thường được sử dụng để lượng giá tình trạng lâm sàng của BPTNMT như thang điểm CAT (COPD Assessment Test), bảng câu hỏi đánh giá tình trạng khó thở mMRC (Modified British Medical Research Council) [12] [70] [72]. CAT là công cụ đơn giản, dễ sử dụng trong giao tiếp giữa người bệnh và thầy thuốc

trong khi thăm khám bệnh, giúp thầy thuốc lâm sàng đưa ra những quyết định và quản lý phù hợp [160].

Bảng 1.1. Đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở theo GOLD [70] [72]

Người mắc BPTNMT: FEV1/FVC < 0,70		
GOLD 1	Mức độ nhẹ	FEV1 \geq 80% chỉ số lý thuyết
GOLD 2	Mức độ trung bình	50% \leq FEV1 < 80% chỉ số lý thuyết
GOLD 3	Mức độ nặng	30% \leq FEV1 < 50% chỉ số lý thuyết
GOLD 4	Mức độ rất nặng	FEV1 < 30% chỉ số lý thuyết

(Nguồn GOLD 2014; GOLD 2017)

Ngô Quý Châu (2015) nghiên cứu sự khác nhau giữa phân loại giai đoạn BPTNMT theo GOLD 2006 và GOLD 2011; tác giả nhận thấy phân loại theo GOLD 2011 đánh giá toàn diện hơn về tình trạng sức khỏe và nguy cơ trong tương lai của người mắc BPTNMT [8]. Jordan Minov (2015) nghiên cứu cho biết CAT là công cụ đánh giá tình trạng sức khỏe của người mắc BPTNMT [88]. Kourtney J Davis (2015) khảo sát 1.307 bác sĩ ở 12 nước về chẩn đoán BPTNMT thì 100% các bác sĩ hô hấp sử dụng máy đo CNTK và 82% bác sĩ nội khoa chẩn đoán bằng phương pháp này [94].

Đợt cấp của BPTNMT biểu hiện bởi tình trạng xấu đi của các triệu chứng hô hấp làm mức độ tắc nghẽn trở lên trầm trọng hơn. Đợt cấp phải nằm viện liên quan đến tiên lượng và nguy cơ tử vong.

Các bệnh đồng mắc thường gặp như: các bệnh về tim mạch, loãng xương, trầm cảm và lo âu, rối loạn chuyển hóa, ung thư phổi [12]. Tình trạng của những bệnh đồng mắc có thể làm tăng nguy cơ phải nhập viện và tử vong do đó cần phải có những biện pháp điều trị thích hợp.

John R. Hurst phân tích trên 2.138 người mắc BPTNMT theo dõi đợt cấp trong 3 năm cho thấy các đợt cấp xuất hiện thường xuyên hơn và mức độ

nặng hơn khi mức độ nghiêm trọng của BPTNMT gia tăng. Yếu tố đơn độc tiên lượng đợt cấp tốt nhất trong tất cả các giai đoạn của BPTNMT chính là tiền sử mắc đợt cấp [87]. Douglas W Mapel (2015) thu thập người mắc BPTNMT từ 83 trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu, tác giả nhận thấy sự phân loại ABCD theo mMRC và CAT rất khác nhau [57].

Eirini Misiki (2015) nghiên cứu đặc điểm của 6.125 người mắc BPTNMT tại Hy Lạp thấy mức độ tắc nghẽn đường thở: GOLD 1 chiếm 19,3%; GOLD 2 chiếm 35,4%; GOLD 3 chiếm 25,6% và GOLD 4 chiếm 19,6%; số đợt cấp trong năm trước là 2 (0,0 – 3,0) [59]. P.W. Jones (2011) phân tích 1.817 người mắc BPTNMT tại các trung tâm chăm sóc ban đầu của 7 quốc gia ở Châu Âu cho thấy điểm CAT trung bình của người bệnh ở Tây Ban Nha là $15,9 \pm 8,7$; Hà Lan $14,6 \pm 7,7$; Pháp $18,5 \pm 8,5$; Đức $18,8 \pm 7,8$; Bỉ $18,8 \pm 9,2$; Italy $18,9 \pm 8,2$ [133]. Jose Luis Lopez – Campos (2015) nghiên cứu 1.212 người mắc BPTNMT với độ tuổi trung bình là 66,4 (9,7) cho thấy điểm mMRC trung bình là 1,5 (0,8); điểm CAT trung bình là 18,3 (7,6) điểm [90]. Eva Balcells nghiên cứu thuần tập 342 người mắc BPTNMT nhập viện lần đầu vì đợt cấp cho thấy 34% người bệnh chưa được chẩn đoán trước đó. Những người bệnh này có tuổi trẻ hơn, thường có ít triệu chứng và điểm mMRC thấp hơn so với nhóm đã được chẩn đoán trước đó [61].

Phân loại giai đoạn BPTNMT theo ABCD kết hợp giữa đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở, số đợt cấp trong năm, điểm CAT và mMRC có sự thay đổi trước năm 2017 và từ năm 2017 nhằm khắc phục những hạn chế của sự phân loại trước đây [70] [72].

1.5. Kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được hiểu và mô tả với nhiều khái niệm khác nhau, tuy nhiên đến năm 2001; định nghĩa chính thức được GOLD đưa

ra, từ đó GOLD thường xuyên cập nhật bản hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị [126] điều này rất hữu ích cho các bác sĩ, đặc biệt là các bác sĩ lâm sàng. BPTNMT có xu hướng gia tăng trên toàn cầu, với tính chất diễn biến âm thầm và thường xuất hiện sau 40 tuổi, việc phát hiện và điều trị bệnh rất quan trọng, tuy nhiên làm thế nào để phòng tránh bệnh mới là vấn đề then chốt. Vấn đề phòng và phát hiện sớm có liên quan mật thiết tới kiến thức về BPTNMT không chỉ của nhân viên y tế mà quan trọng là toàn dân. Kiến thức đúng sẽ có thái độ phòng chống tốt, không những vậy còn có những biện pháp thực hành và hành vi đúng đắn về bệnh.

Nhiều công trình nghiên cứu nhận thấy kiến thức của người dân về bệnh còn rất hạn chế. Đinh Ngọc Sỹ nghiên cứu kiến thức, thái độ và thực hành (KAP) về BPTNMT cho thấy có tới 95,7% đối tượng chưa từng nghe thấy tên bệnh. Trong số 4,3% đối tượng đã biết đến tên bệnh thì hiểu biết về nguyên nhân cũng như biện pháp phòng chống bệnh còn rất kém. Về triệu chứng của bệnh thì 45,2% số người cho là bệnh có ho; 32,7% có khạc đờm; 42,7% có khó thở. Về nguyên nhân gây nên BPTNMT thì 61,3% số đối tượng cho rằng hút thuốc là nguyên nhân của bệnh [18]. Stalia SL Wong (2014) nghiên cứu ở Malaysia cho thấy hiểu biết của cả bác sĩ và người bệnh về BPTNMT rất kém, họ thường biết rất ít về BPTNMT và nhầm lẫn với hen phế quản. Một số trường hợp không nghĩ hút thuốc là nguy cơ của BPTNMT và thuật ngữ BPTNMT quá dài và khó nhớ. Điều này dẫn tới sự thiếu hiểu biết về bệnh cũng như phương pháp điều trị. Những quan niệm sai lầm cho rằng BPTNMT là bệnh truyền nhiễm. Khó thở do BPTNMT là nguyên nhân gây ảnh hưởng quan trọng tới thể chất và tâm lý tạo rào cản đến tiếp xúc xã hội. Hầu hết người bệnh và bác sĩ chưa ủng hộ cách tự quản lý về bệnh cũng như các lợi ích của nó [164].

Ngay cả người mắc BPTNMT thì kiến thức về bệnh của họ còn thấp và nó ảnh hưởng rất nhiều tới thái độ, thực hành và thay đổi hành vi về bệnh. Nghiên cứu của Peian Lou (2012) trên 8.217 người mắc BPTNMT ở Trung Quốc thấy 96,4% chưa từng nghe nói về BPTNMT và 32,1% không biết hút thuốc là yếu tố nguy cơ BPTNMT [140].

Menezes AM (2015) khảo sát 4.343 người bệnh và 1.307 bác sĩ chăm sóc người mắc BPTNMT ở 12 quốc gia cho thấy hầu hết các bác sĩ (79%) trả lời rằng sức khỏe của người mắc BPTNMT đã được cải thiện trong thập kỷ qua, đa phần là do sự ra đời của các loại thuốc tốt hơn. Tuy nhiên người bệnh tiếp cận với thuốc vẫn còn là một vấn đề ở nhiều quốc gia, và một số bác sĩ (39%) và người bệnh (46%) tuyên bố "Không có thực sự hiệu quả điều trị BPTNMT". Có 78% các bác sĩ và 38% người bệnh đồng ý mạnh mẽ "Hút thuốc lá là nguyên nhân của hầu hết các trường hợp BPTNMT" [29].

Mặc dù hút thuốc là nguyên nhân chính gây nên BPTNMT, những người hút thuốc chưa chắc đã biết điều này. Jae Yong Seo (2015) phỏng vấn trực tiếp 289 đối tượng tại 3 trung tâm cai thuốc tại Hàn Quốc cho thấy chỉ có 1,0% số đối tượng biết rằng BPTNMT là một bệnh hô hấp; 2,4% các đối tượng đã được chẩn đoán BPTNMT và được điều trị. Tác giả thấy nhận thức của những người hút thuốc về BPTNMT là rất kém. Nhiều người hút thuốc cho rằng tình trạng sức khỏe của họ tốt bất chấp sự hiện diện của các triệu chứng liên quan đến BPTNMT. Do vậy cần thiết phải nâng cao nhận thức về căn bệnh này và thúc đẩy người nghiện cai thuốc [82].

Nhiều biện pháp thực hành áp dụng cho người mắc BPTNMT như phục hồi chức năng (PHCN) hô hấp, cai thuốc, chế độ rèn luyện sức khỏe, chế độ ăn hợp lý, thực hành sử dụng thuốc... Thuốc điều trị BPTNMT chủ đạo là thuốc giãn phế quản, do bệnh có đặc điểm là tắc nghẽn đường thở không hồi phục hoàn toàn, việc sử dụng thuốc GPQ áp dụng trong suốt thời gian của

bệnh, ngay cả giai đoạn ổn định. Thực hành đúng các bước sử dụng thuốc dạng hít sẽ làm tăng hiệu quả của thuốc, tiết kiệm chi phí. Souza ML nghiên cứu 120 người bệnh trong đó có 60 người mắc hen phế quản và 60 người mắc BPTNMT về sử dụng thuốc GPQ dạng hít cho thấy 94,2% người bệnh thực hành sai ít nhất một lỗi [105].

Mục đích của can thiệp trong BPTNMT là để giảm các yếu tố nguy cơ, ngăn chặn tình trạng nặng lên của bệnh, giảm các đợt cấp, giảm tối đa nhập viện và chi phí, nâng cao chất lượng sống cho người bệnh... và điều quan trọng là giảm tỷ lệ mắc bệnh [46] [111].

Clare Gardiner (2010) cho biết sự cần thiết phải tăng cường cung cấp dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ cho người mắc BPTNMT cùng với giáo dục và đào tạo dành cho các chuyên gia y tế, tiếp tục nghiên cứu để đưa ra các biện pháp chăm sóc tốt nhất [45].

Trước thực trạng kiến thức của người dân về BPTNMT chưa tốt nên truyền thông giáo dục sức khỏe (TTGDSK) về bệnh thực sự cần thiết và cũng là vấn đề tập trung chủ yếu của nghiên cứu can thiệp trong đề tài này.

1.6. Can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

1.6.1. Khái niệm và khía cạnh của truyền thông giáo dục sức khỏe

Truyền thông là quá trình chia sẻ thông tin giữa bên truyền và bên nhận. Giáo dục sức khỏe là quá trình tác động có mục đích, có kế hoạch đến suy nghĩ và tình cảm của con người nhằm nâng cao kiến thức, thay đổi thái độ và thực hành, trong đó phát triển thực hành, thay đổi hành vi sẽ đem lại tình trạng sức khỏe tốt nhất có thể được [11] [64].

Thường có kiến thức tốt về một vấn đề sức khỏe thì con người mới có được thái độ, thực hành và hành vi đúng để bảo vệ sức khỏe, phòng tránh

bệnh tật. Frederik Van Gemert cho biết sự thiếu kiến thức đã tạo ra niềm tin khác nhau và thái độ liên quan đến các triệu chứng hô hấp [65].

Muốn nâng cao KAP cần phải truyền thông thường xuyên, liên tục, lâu dài, sử dụng nhiều cách thức khác nhau để thay đổi và duy trì hành vi có lợi cho sức khỏe nên cần có nguồn lực để thực hiện. TTGDSK bao gồm truyền thông gián tiếp và truyền thông trực tiếp [11].

- Truyền thông gián tiếp là thông qua các phương tiện truyền thông đại chúng như ti vi, radio, loa phóng thanh, sách báo, tranh ảnh, pano, áp phích, băng rôn, tờ rơi, sổ tay hướng dẫn, điện thoại, mạng internet...

- Truyền thông trực tiếp: tổ chức họp mặt nói chuyện theo chuyên đề, tư vấn, làm mẫu, thăm hộ gia đình, tập huấn, hội thảo, mít tinh, tuần hành tọa đàm, sinh hoạt câu lạc bộ, hội trại, hội thi, lễ phát động... Trần Thị Thanh Thủy (2014) nghiên cứu truyền thông trực tiếp cho người mắc lao điều trị tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Hải Phòng, KAP của người bệnh được cải thiện rõ rệt chỉ sau 10 ngày nằm viện [20].

- Để đạt được hiệu quả cần có sự phối hợp và chỉ đạo của các cấp, các ngành, đoàn thể từ các tuyến tỉnh - thành phố, quận – huyện, xã – phường.

- Hoạt động TTGDSK không chỉ cho người dân mà còn cho cả các cán bộ y tế, giúp họ có hiểu biết, thái độ, thực hành đúng. Qua đó cán bộ y tế sẽ trực tiếp tác động lâu dài tới cộng đồng để cộng đồng thay đổi hành vi nhằm cải thiện việc phòng và chữa bệnh.

1.6.2. Truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

- Những kiến thức về BPTNMT như nguyên nhân, triệu chứng, cách phát hiện và biện pháp phòng bệnh, nơi khám bệnh và điều trị, thái độ khi người khác hút thuốc, khi mình mắc bệnh và người thân mắc bệnh... cần phải TTGDSK cho người dân, người mắc BPTNMT và cán bộ y tế.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy hiểu biết về BPTNMT của người dân, người bệnh và nhân viên y tế còn chưa cao cho nên TTGDSK về BPTNMT thực sự rất cần thiết [18] [124] [140] [164]. Các chương trình giáo dục sức khỏe có thể giúp người bệnh dễ dàng tiếp cận với việc dùng thuốc và đo CNTK, tiết kiệm chi phí (Nazmi Sari-2015) [123].

- Các yếu tố nguy cơ đến BPTNMT là hút thuốc, ô nhiễm môi trường trong và ngoài nhà, di truyền, tuổi cao, tình trạng nhiễm trùng... Tác động của TTGDSK chủ yếu tập trung vào vấn đề tác hại của hút thuốc, lợi ích của cai thuốc và cách cai thuốc.

Crawford TV (2012) nghiên cứu ở Jamaica cho thấy không phải tất cả những người hút thuốc đã nhận thức được sự nguy hại của việc sử dụng thuốc lá bất kể ở trình độ giáo dục nào. Điều này cho thấy sự cần thiết phải nâng cao nhận thức công cộng, nơi cả người hút thuốc và không hút thuốc được thông báo về sự nguy hiểm hoặc rủi ro sức khỏe của việc tiêu thụ thuốc lá [168].

Shannon L Walker (2010) khảo sát 3.036 người ở Canada, tác giả nhận thấy lượng giá kiến thức về BPTNMT là một thách thức bởi vì không phải tất cả những người có nguy cơ mắc BPTNMT nhận thức được về thuật ngữ “COPD” hoặc “Chronic obstructive pulmonary disease” [161].

- Vấn đề ô nhiễm không khí trong và ngoài nhà nên chú trọng vào việc khuyên người dân và người bệnh tránh tiếp xúc với các khói, khí độc. Khi sử dụng các chất đốt trong gia đình như rơm rạ, than củi, gas... phải đảm bảo thông thoáng khí thật tốt.

- Các biểu hiện chính của BPTNMT là ho, khạc đờm mạn tính, khó thở tiến triển nặng dần. Do vậy những người có biểu hiện các triệu chứng này, đặc biệt là những người có hút thuốc, trên 40 tuổi, có tiền sử hen phế quản hoặc hay bị nhiễm trùng hô hấp nên đi khám bệnh để đo CNTK. Nơi khám bệnh ban đầu thường là bệnh viện tuyến xã, tuyến huyện, từ đó các cán bộ y

tế khi đã hiểu rõ về bệnh sẽ hướng dẫn người bệnh đến những nơi có máy đo CNTK để đo và xác định chẩn đoán. Nơi có máy đo CNTK thường là tuyến tỉnh, các bệnh viện chuyên khoa hô hấp. Tuy nhiên nhiều nhân viên y tế cũng chưa hiểu đo CNTK để chẩn đoán bệnh. Desalu OO (2013) phỏng vấn 156 bác sĩ nội khoa chỉ 41% biết chẩn đoán BPTNMT bằng máy đo thông khí phổi; 26,9% có thể đánh giá được mức độ nặng của bệnh [131].

- Đợt cấp của BPTNMT là dấu hiệu nặng lên như ho, khó thở tăng, khạc đờm có sự thay đổi về màu sắc đờm, tăng về số lượng, khạc đờm mủ hoặc không có tác dụng với liệu trình đang sử dụng... nên nhập viện để điều trị.

Marc Miravittles khảo sát 6.758 người trên 40 tuổi qua điện thoại thấy 24% đối tượng có ít nhất một triệu chứng hô hấp mạn tính, có 19,2% đối tượng hiện đang hút thuốc. Tuy nhiên chỉ có 60% người có triệu chứng đã đến bác sĩ, có 45% đã được đo phế dung [103].

Barbara P Yawn (2008) nghiên cứu ở Mỹ khi phỏng vấn các bác sĩ gia đình, điều dưỡng và nhân viên ở trạm y tế cho biết 62% trong số 284 người bao gồm 178 bác sĩ nội khoa, điều dưỡng và nhân viên làm việc ở trạm y tế cho biết 74% số người cho rằng chẩn đoán BPTNMT bằng máy đo CNTK. Rất ít người tin rằng điều trị và PHCN phổi trong BPTNMT là hữu ích hoặc rất hữu ích cho việc cải thiện các triệu chứng, giảm các đợt cấp [38].

- Biện pháp phòng bệnh tốt nhất là không hút thuốc hoặc cai thuốc nếu đang hút, tránh các khói, khí độc, có chế độ ăn uống điều độ và tập thể dục thường xuyên để nâng cao sức khỏe. Các thuốc được sử dụng trong giai đoạn ổn định như thuốc GPQ, thuốc kháng sinh, corticoide... trong đó cơ bản nhất là thuốc GPQ.

Sayiner A nghiên cứu BPTNMT tiến hành trong 10 nước trong khu vực Trung Đông và Bắc Phi (Algeria, Ai Cập, Jordan, Lebanon, Morocco, Saudi Arabia, Syria, Tunisia, Thổ Nhĩ Kỳ và Ả Rập Saudi). Khi phân tích 1.392 đối

tượng thấy có 38,9% số người được hỏi tin rằng không có phương pháp điều trị thực sự hiệu quả. Mặc dù 81% số người được hỏi tin rằng hút thuốc là nguyên nhân của hầu hết các trường hợp BPTNMT nói chung, chỉ có 51% chấp nhận rằng đó là nguyên nhân của các vấn đề hô hấp của mình [28]. Yıldız F nghiên cứu người trên 15 tuổi ở Thổ Nhĩ Kỳ, kết quả 49,6% đối tượng biết rằng BPTNMT là một bệnh phổi; 51,1% cho rằng hút thuốc là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất đối với BPTNMT và 48% xác định cai thuốc là biện pháp phòng bệnh quan trọng nhất [175].

BPTNMT dễ nhầm với bệnh lao vì có các triệu chứng gần giống nhau, TTGDSK sẽ giúp họ biết rằng đây là một bệnh không lây và có thể cùng sống chung với cộng đồng bình thường.

- Các nghiên cứu trên thế giới đều nhận thấy vấn đề TTGDSK về BPTNMT rất cần thiết. Paul Hernandez (2013) cho biết mặc dù đã có hướng dẫn thực hành rộng rãi về BPTNMT ở Canada nhưng hiện vẫn khoảng trống chăm sóc giữa người bệnh và các chuyên gia hô hấp mà nguyên nhân chính là do sự nhận thức khác nhau về bệnh [138].

Masaharu Asai nghiên cứu 5.891 cư dân từ 40-74 tuổi ở Matsuura, Nhật Bản trong năm 2013 gồm 4.419 người ở đại lục được can thiệp giáo dục về BPTNMT và 1.472 người ở đảo không được can thiệp, nhận thức được về BPTNMT ở đại lục sau can thiệp là 24,5% và ở đảo là 11,8%. Các tác giả thấy rằng can thiệp có thể nâng cao nhận thức về BPTNMT [109]. Neil Barnes khảo sát 2.000 người bệnh tại 14 quốc gia, trong đó 53% người mắc BPTNMT tác giả kết luận: để giảm tác động của BPTNMT đến chất lượng của người bệnh và những lo lắng của họ trong tương lai, cần phải làm tốt hơn việc giáo dục người bệnh và cải thiện phòng chống và điều trị các đợt cấp [124]. Margareta Emtner nghiên cứu 84 người mắc hen phế quản và 52 người mắc BPTNMT được phỏng vấn qua điện thoại sau 4 đến 6 tuần nằm phòng

cấp cứu. Khoảng 80% người bệnh được tư vấn bởi các chuyên gia hoặc được giáo dục/PHCN, tuy nhiên dưới 20% cho rằng họ có kiến thức tốt về cách kiểm soát bệnh tật [104].

Paul Hernandez (2009) phỏng vấn 389 người bệnh từ 40 tuổi trở lên ở Canada cho thấy kiến thức về BPTNMT rất thấp kể cả kiến thức về nguyên nhân gây bệnh, chỉ 33% số người biết cách ngăn ngừa các đợt cấp. Hình thức giáo dục cộng đồng thì 37% cho là tốt; 63% cho là giảm kỳ thi với BPTNMT. Việc tăng cường giáo dục về BPTNMT có thể cải thiện vấn đề này [137].

I-Po Lin nghiên cứu thuần tập trên 3.015 người bệnh mới được chẩn đoán BPTNMT năm 2006 ở Đài Loan cho thấy những đối tượng được chăm sóc sức khỏe liên tục sẽ phải nhập viện ít hơn, các tác giả cũng khuyến cáo rằng để tránh phải nhập viện trong tương lai các chính sách y tế nên khuyến khích các bác sĩ và người bệnh phải tăng cường mối liên hệ lâu dài để nâng cao sức khỏe cho người bệnh ngoại trú [79].

Trong một nghiên cứu đa trung tâm ở Anh cho thấy can thiệp TTGDSK cho người mắc BPTNMT giai đoạn nhẹ qua điện thoại đã làm thay đổi hành vi và ngăn chặn tiến trình của bệnh ở đối tượng có những triệu chứng khó thở nhẹ tại các cơ sở chăm sóc ban đầu (Manbinder S Sidhu - 2015) [102].

- TTGDSK về thực hành trong BPTNMT thường áp dụng cho cả người bệnh và cán bộ y tế về các cách sử dụng thuốc, cách PHCN hô hấp để họ phối hợp thực hiện. Các biện pháp tập thở chúm môi, thở hoành không những giúp khỏe cơ hô hấp, cung cấp đủ oxy cho cơ thể, đồng thời thải tối đa khí cặn. Tập vỗ rung lồng ngực, tập ho có kiểm soát để làm long đờm và tống đờm ra ngoài, hơn nữa cần giúp người bệnh sử dụng thành thạo các cách sử dụng thuốc dạng hít. Các dạng thuốc GPQ được sử dụng dưới dạng xịt, hít như bình xịt định liều, dạng hít turbuhaler, dạng hít accuhaler, dạng viên hít spiriva,

máy khí dung... cần phải được hướng dẫn thực hành sử dụng đúng để dùng thuốc sao cho có hiệu quả và tránh lãng phí thuốc.

Zhang RB (2012) nghiên cứu ở Trung Quốc trên 157 người mắc BPTNMT chia làm 2 nhóm; 1 nhóm được can thiệp giáo dục và theo dõi sát có hệ thống và 1 nhóm đối chứng cho kết quả nhóm được can thiệp đã giảm đáng kể tần suất đợt cấp và nâng cao tình trạng sức khỏe so với nhóm đối chứng [180].

Francisca Leiva-Fernández nghiên cứu tác dụng của can thiệp giáo dục tới việc cải thiện khả năng sử dụng thuốc dạng hít, tác giả thấy 75% người mắc BPTNMT thực hiện sai. Sau can thiệp chỉ còn 17% người bệnh không sử dụng đúng kỹ thuật của dụng cụ hít [63].

PHCN phổi bắt đầu tại Nhật Bản vào năm 1957, tuy nhiên sự phát triển của PHCN phổi trải qua một thời gian dài vì thiếu những dịch vụ sức khỏe cần thiết và các dịch vụ y tế. PHCN phổi là một sự can thiệp toàn diện dựa trên đánh giá người bệnh kỹ lưỡng bằng các liệu pháp phù hợp. Những lợi ích của PHCN phổi bao gồm giảm khó thở và cải thể lực [158].

Nghiên cứu ứng dụng công nghệ viễn thông với các dịch vụ PHCN là một cách tiếp cận mới góp phần nâng cao khả năng tiếp cận và tuân thủ để PHCN hô hấp [55]. Peian Lou (2015) cho biết chương trình quản lý y tế là một chiến lược dựa vào cộng đồng có hiệu quả để phòng ngừa và quản lý BPTNMT ở Trung Quốc, nâng cao nhận thức về BPTNMT [141]. Holland AE cho biết PHCN phổi tại nhà có thể được xem xét áp dụng cho những người mắc BPTNMT mà không có điều kiện đến trung tâm PHCN [33].

Chế độ ăn cũng giúp cải thiện chức năng hô hấp, trong nghiên cứu của Pankaj Joshi tại Hàn Quốc cho thấy các nguy cơ BPTNMT giảm với sự gia tăng lượng Vitamin C và Vitamin E trong khẩu phần ăn. Ngoài ra chức năng phổi được cải thiện đáng kể với sự gia tăng lượng Vitamin C và E [134].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu mô tả cắt ngang để xác định tỷ lệ mắc và KAP về BPTNMT là 5.220 người dân từ 40 tuổi trở lên trong đó có 310 người bệnh sống tại 2 xã:

- + Xã Kiến Thiết, huyện Tiên Lãng gồm 2.540 người trong đó có 177 người bệnh.
- + Xã Kiền Bái huyện Thủy Nguyên gồm 2.680 người trong đó có 133 người bệnh.

- Đối tượng nghiên cứu can thiệp: trên cùng đối tượng nghiên cứu tại xã Kiến Thiết bao gồm 2206 người dân trong đó có 139 người bệnh.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người dân từ 40 tuổi trở lên sống trên 5 năm tại Kiến Thiết và Kiền Bái.
- Đủ sức khỏe tinh thần trả lời bộ câu hỏi điều tra.
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo GOLD

- Chẩn đoán lâm sàng được xem xét ở những trường hợp sau:

- + Khó thở tiến triển nặng dần, tăng khi gắng sức.
- + Ho mạn tính, có thể không thường xuyên.
- + Khạc đờm mạn tính.
- + Tiền sử phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ: hút thuốc, khói bếp, tiếp xúc với bụi và hoá chất nghề nghiệp.
- + Tiền sử gia đình có người mắc BPTNMT.

- Đo chức năng thông khí bằng máy Spirometry và làm test hồi phục phế quản cho các trường hợp có rối loạn thông khí tắc nghẽn [10] [12] [18] [48].

- Chẩn đoán xác định BPTNMT khi $FEV_1/FVC < 0,7$ sau test phục hồi phế quản âm tính (FEV_1 lần 2 tăng hơn lần 1 $< 200ml$ và/hoặc tăng $< 12\%$ hoặc không tăng).

Chẩn đoán viêm phế quản mạn tính: khi có ho khạc đờm kéo dài liên tục ít nhất 3 tháng trong 1 năm và ít nhất trong hai năm liên tiếp và không có rối loạn thông khí tắc nghẽn.

Chẩn đoán hen phế quản: người có tiền sử mắc hen phế quản, có rối loạn thông khí tắc nghẽn hồi phục sau test hồi phục phế quản (FEV_1 lần 2 tăng hơn lần 1 $> 200ml$ và/hoặc tăng $\geq 12\%$, chỉ số Gaensler $\geq 70\%$).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những người rối loạn tâm thần, tạm trú, tạm vắng, sống tại xã dưới 5 năm.
- Không đo được CNTK do dị tật vòm họng, suy tim, bứu cổ độ III...
- Người dân hoặc người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu là xã Kiến Thiết, huyện Tiên Lãng và xã Kiên Bái, huyện Thủy Nguyên, thành phố Hải Phòng.

- Hải Phòng thuộc miền Duyên Hải Bắc Bộ bao gồm 7 quận và 8 huyện trong đó có 2 huyện đảo. Có 5 huyện vẫn còn trồng thuốc lá, còn lại 7 quận và 3 huyện không trồng thuốc lá trong đó có 2 huyện đảo.

+ Huyện Tiên Lãng có 22 xã và 01 thị trấn đều trồng thuốc lá lâu đời, người dân có tập tục trồng, chế biến, buôn bán và sử dụng thuốc lá. Ngày nay diện tích trồng thuốc lá có giảm, tuy nhiên Kiến Thiết vẫn là xã trồng thuốc lá nhiều nhất và thuốc lá là nguồn thu chủ yếu của người dân nơi đây.

+ Huyện Thủy Nguyên có 35 xã, 02 thị trấn, là huyện trên đất liền không trồng thuốc lá. Kiền Bái là xã thuần nông, người dân chuyên canh cây lúa. Hệ thống y tế của 2 huyện đều có bệnh viện, trung tâm y tế huyện và các trạm y tế xã đều hoạt động tốt.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 12 năm 2016 được chia làm 2 giai đoạn:

- Giai đoạn điều tra cắt ngang về dịch tễ và KAP về BPTNMT tại hai xã được tiến hành từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 4 năm 2015.
- Giai đoạn can thiệp cộng đồng về BPTNMT cho toàn dân xã Kiến Thiết, thành lập và sinh hoạt câu lạc bộ BPTNMT cho người mắc BPTNMT được tiến hành từ tháng 12 năm 2015 đến tháng 12 năm 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

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

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích: Thực hiện tại xã Kiến Thiết và Kiền Bái từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 4 năm 2015. Tiến hành điều tra dịch tễ và KAP về BPTNMT cho 5.220 người dân từ 40 tuổi trở lên trong cộng đồng hai xã. Đồng thời khám và đo CNTK để chẩn đoán BPTNMT nhằm đưa ra tỷ lệ mắc và đánh giá thực hành trước khi can thiệp cho toàn bộ người mắc BPTNMT.

Thiết kế nghiên cứu can thiệp: Sau giai đoạn nghiên cứu mô tả cắt ngang, chúng tôi chuyển tiếp sang giai đoạn nghiên cứu can thiệp tại xã Kiến Thiết, huyện Tiên Lãng từ tháng 12 năm 2015 đến tháng 12 năm 2016.

- Mục đích: can thiệp TTGDSK nhằm nâng cao KAP cho người dân, đặc biệt chú trọng thành lập và sinh hoạt câu lạc bộ BPTNMT để cải thiện thực hành, tình trạng sức khỏe và chức năng hô hấp cho người mắc BPTNMT.
- Thiết kế nghiên cứu can thiệp được tiến hành theo 3 bước:
 - + Bước 1: điều tra kiến thức, thái độ trên toàn bộ người dân từ 40 tuổi trở lên, đánh giá thực hành, kết quả đo CNTK và tình trạng sức khỏe của người mắc BPTNMT (đã được tiến hành trong nghiên cứu mô tả cắt ngang).
 - + Bước 2: tiến hành can thiệp giáo dục TTGDSK liên tục về kiến thức và thái độ đối với BPTNMT tại cộng đồng cho người dân kết hợp tư vấn, sinh hoạt câu lạc bộ cho người mắc BPTNMT xã Kiến Thiết trong vòng 1 năm.
 - + Bước 3: điều tra cắt ngang (như thực hiện ở bước 1) để đánh giá hiệu quả sau 1 năm can thiệp.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và kỹ thuật chọn mẫu

2.2.2.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu xác định một tỷ lệ tính theo công thức [22]:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{(p.\varepsilon)^2}$$

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

$p = 0,057$: dựa trên tỷ lệ mắc BPTNMT của nghiên cứu trước đó [5] [25].

$\varepsilon = 0,2$: mức độ sai khác của nghiên cứu so với thực tế 20%.

Hệ số thiết kế (DE): để xác định tỷ lệ mắc BPTNMT trong cộng đồng 2 xã chúng tôi lấy hệ số thiết kế là 2.

Cỡ mẫu tính được: $n = 5.196$ người từ 40 tuổi trở lên cho hai xã.

Thực tế chúng tôi điều tra dịch tễ, KAP và khám phát hiện BPTNMT cho 5.220 người, đảm bảo cỡ mẫu yêu cầu.

Kỹ thuật chọn mẫu

- Chọn chủ đích 2 huyện có và không trồng thuốc lào là huyện Tiên Lãng và huyện Thủy Nguyên, thành phố Hải Phòng.
- Chọn chủ đích xã Kiến Thiết, huyện Tiên Lãng là xã trồng thuốc lào nhiều nhất và xã Kiên Bái, huyện Thủy Nguyên là xã trồng lúa vào nghiên cứu tỷ lệ mắc và KAP về BPTNMT.
- Theo số liệu báo cáo của ban quản lý dân số của xã, đối tượng từ 40 tuổi trở lên ở 2 xã là 7.296 người (Kiến Thiết 3.318 người và Kiên Bái 3.978 người). Dự phòng một tỷ lệ khoảng 15% đến 20% người dân không có mặt, không đủ tiêu chuẩn lựa chọn hoặc không đồng thuận tham gia nghiên cứu, do vậy chúng tôi điều tra xác định tỷ lệ mắc BPTNMT cho toàn bộ các đối tượng từ 40 tuổi trở lên tại 2 xã.

2.2.2.2. Nghiên cứu can thiệp

- Cỡ mẫu can thiệp được tính theo công thức như sau [22]:

$$n = Z^2_{(\alpha,\beta)} \frac{p_1(1 - p_1) + p_2(1 - p_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

p1: tỷ lệ kiến thức tốt về BPTNMT trước can thiệp ước lượng 5%.

p2: tỷ lệ kiến thức tốt về BPTNMT mong đợi sau can thiệp đạt 20%.

$Z^2_{(\alpha,\beta)} = 10,5$ (tra trong bảng Z với $\alpha=0,05$, $\beta=0,10$).

Cỡ mẫu tính được: $n = 97$.

- Chúng tôi chọn chủ đích xã Kiến Thiết, huyện Tiên Lãng, thành phố Hải Phòng vào nghiên cứu can thiệp về BPTNMT bởi vì đây là xã mà người dân có tập tục lâu đời về trồng, chế biến, buôn bán và sử dụng thuốc lào.
- Chọn mẫu: chọn toàn bộ 2206 người dân, trong đó có 139 người bệnh đã được đánh giá trước can thiệp (do sau 1 năm các đối tượng già yếu không đủ

khả năng trả lời câu hỏi phỏng vấn hoặc người bệnh không đo được CNTK, đã chết hoặc thay đổi chỗ ở đều không được lựa chọn vào đánh giá can thiệp).

2.2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

2.2.3.1. Các biến số về thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi của đối tượng nghiên cứu:
 - + Tuổi của ĐTNC được tính theo lịch dương.
 - + Phân chia theo các nhóm tuổi: từ 40 đến 49 tuổi, từ 50 đến 59 tuổi, từ 60 đến 69 tuổi và 70 tuổi trở lên.
- Giới tính: nam, nữ.
- Học vấn được phân chia theo cấp bậc giáo dục tại Việt Nam: mù chữ, tiểu học, trung học cơ sở (THCS), trung học phổ thông (THPT) trở lên.
- Nghề nghiệp: nông dân, công nhân, viên chức, hưu trí, buôn bán tự do.

2.2.3.2. Các biến số, chỉ số nghiên cứu dịch tễ

- Các triệu chứng cơ năng hô hấp [6] [70]:
 - + Ho mạn tính: những người có ho kéo dài trên 2 tuần, ho thường là triệu chứng xuất hiện đầu tiên của BPTNMT, lúc đầu ho không liên tục, sau ho xuất hiện thường xuyên, có thể kèm theo khạc đờm hay không.
 - + Khó thở: triệu chứng khó thở tiến triển theo thời gian, lúc đầu khó thở khi gắng sức, sau khó thở tăng dần, liên tục.
 - + Khạc đờm mạn tính: triệu chứng khạc đờm dai dẳng, thường kèm theo ho, đờm nhầy, trong, khi có đợt cấp thì đờm màu vàng hoặc xanh.
- Tiền sử mắc viêm phế quản mạn tính, hen phế quản, đã điều trị lao phổi.
- Tình trạng hút thuốc: người có hút thuốc lào hoặc hút thuốc lá, hay hút cả thuốc lào và thuốc lá. Thời gian hút tính theo năm và số điếu thuốc hút trong một ngày sau đó tính mức độ hút thuốc ra số bao - năm (B-N):

- + Hút thuốc lá tính theo B-N: là số bao thuốc (một bao thuốc gồm 20 điếu thuốc) hút trong một ngày nhân với số năm hút [10] [53].
- + Hút thuốc lào: quy đổi từ thuốc lào sang số bao-năm dựa trên một số đề tài nghiên cứu trước đó, cách quy đổi như sau [10] [21]: 1 điếu thuốc lá = 1g thuốc lào sợi = 5 lần hút tương đương với 1/20 bao.
- + Phân chia mức độ hút thuốc: không hút, hút dưới 10 B-N, hút từ 10 đến dưới 20 B-N và hút từ 20 B-N trở lên.
- Chất đốt thường xuyên sử dụng trong gia đình:
 - + Các loại chất đốt: gas, than củi, rơm rạ, điện.
 - + Thời gian phơi nhiễm các loại khói bếp khi đun nấu bằng gas, than củi, rơm rạ được tính theo tổng số năm sử dụng.
 - + Phân chia thời gian phơi nhiễm khói bếp trên và dưới 30 năm.
- Tỷ lệ mắc và các yếu tố liên quan đến BPTNMT.
 - + Tỷ lệ hiện mắc BPTNMT của ĐTNC.
 - + Tỷ lệ người bệnh mới được chẩn đoán trong số người mắc BPTNMT.
 - + Tỷ lệ mắc BPTNMT theo triệu chứng cơ năng hô hấp của ĐTNC.
 - + Liên quan giữa tỷ lệ mắc BPTNMT với tuổi của ĐTNC.
 - + Liên quan giữa tỷ lệ mắc BPTNMT với giới tính của ĐTNC.
 - + Liên quan giữa tỷ lệ mắc BPTNMT với trình độ học vấn của ĐTNC.
 - + Liên quan giữa tỷ lệ mắc BPTNMT với hút thuốc (hút thuốc chung, hút thuốc lào, hút thuốc lá và hút cả hai loại) và mức độ hút thuốc của ĐTNC.
 - + Liên quan giữa tỷ lệ mắc BPTNMT với phơi nhiễm với khói bếp trên và dưới 30 năm của ĐTNC.
 - + Liên quan giữa tỷ lệ mắc BPTNMT với tiền sử mắc hen phế quản, đã điều trị lao phổi của ĐTNC.

2.2.3.3. Biên số, chỉ số về kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

- **Kiến thức:** bao gồm những kiến thức về tên, nguyên nhân, triệu chứng, đặc điểm, phòng bệnh, các thuốc sử dụng giai đoạn ổn định và điều trị BPTNMT. Kiến thức về tác hại của hút thuốc lá, thuốc lào.

- **Thái độ:** thái độ khi bản thân hoặc người thân mắc bệnh, thái độ về nơi khám chữa bệnh, thái độ đối với người hút thuốc và thái độ về việc sống, sinh hoạt với người mắc BPTNMT.

- **Thực hành về BPTNMT:** thực hành cai thuốc, ho có kiểm soát, thở chúm môi và sử dụng các dụng cụ hít.

2.2.3.4. Biên số, chỉ số về tình trạng sức khỏe và chức năng thông khí của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [70] [72].

- Đánh giá mức độ khó thở theo thang điểm mMRC và tình trạng sức khỏe theo thang điểm CAT.

- Số đợt cấp phải nhập viện điều trị trong năm vừa qua.

- Đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở dựa vào chỉ số FEV1% so với trị số lý thuyết.

- Phân chia giai đoạn BPTNMT theo GOLD 2017 dựa vào số đợt cấp năm vừa qua, điểm CAT và mMRC.

2.3. Triển khai nghiên cứu, kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

2.3.1. Cán bộ tham gia nghiên cứu

- Học viên cùng các cán bộ y tế thuộc Bộ môn Lao và Bệnh phổi, Khoa Y tế công cộng, Bộ môn Sinh lý của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Các bác sĩ chuyên khoa hô hấp và nhân viên y tế của Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Hải Phòng. Các bác sĩ chuyên khoa Tim mạch, Tai mũi họng của Bệnh viện Việt

Tiếp Hải Phòng. Các cán bộ y tế của Trạm y tế xã Kiến Thiết và Kiên Bái. Các cán bộ của Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe Hải Phòng.

- Học viên thuộc chuyên khoa lao và bệnh phổi có kinh nghiệm gần 20 năm khám chữa bệnh cùng thầy hướng dẫn là người trực tiếp tham gia và chỉ đạo phỏng vấn dịch tễ, KAP, khám bệnh, TTGDSK về BPTNMT.

2.3.2. Bộ câu hỏi

- Bộ câu hỏi điều tra dịch tễ dựa trên bộ câu hỏi điều tra dịch tễ về BPTNMT: Bảng câu hỏi về các triệu chứng hô hấp của Cộng đồng Than Thép Châu Âu (ECSC – 1978); của WHO năm 1986 và Bảng câu hỏi về bệnh hô hấp sử dụng cho người trưởng thành của Hội lồng ngực Mỹ (ATS – 1987) [26].

- Bộ câu hỏi điều tra kiến thức, thái độ: áp dụng bộ câu hỏi điều tra KAP của Đinh Ngọc Sỹ trong đề tài cấp nhà nước [18].

- Bộ câu hỏi thực hành: được xây dựng dựa trên chương trình quốc gia PCBPTNMT, một số biện pháp sử dụng thuốc dạng hít, PHCN hô hấp và cai hút thuốc [12] [18] [24].

2.3.3. Nghiên cứu dịch tễ và kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

- Tập huấn cho cán bộ điều tra theo bộ câu hỏi điều tra dịch tễ, KAP bằng phương pháp đóng vai. Tiến hành điều tra thử, sau đó đánh giá, rút kinh nghiệm và điều chỉnh trước khi điều tra chính thức.

- Lập danh sách người dân từ 40 tuổi trở lên của hai xã, sau đó điều tra dịch tễ và KAP theo hộ gia đình. Để số liệu được lấy tối đa nếu không tiếp cận được lần thứ nhất chúng tôi tiếp tục điều tra lần sau, cụ thể sau 3 lần điều tra (loại trừ những người không hợp tác, những người không đủ tiêu chuẩn lựa chọn hoặc không thể tiếp cận được) chúng tôi đã phỏng vấn và điền vào phiếu điều

tra 5.220 đối tượng, đồng thời triển khai khám bệnh và đo CNTK tại trạm y tế của 2 xã.

- Đo lưu lượng đỉnh cho toàn bộ ĐTNK: theo Đỉnh Ngọc Sỹ mô hình chẩn đoán BPTNMT với ngưỡng chẩn đoán dựa vào lâm sàng và PEF < 70% giá trị ước tính, với điểm 210 có độ nhạy là 89% và độ đặc hiệu là 97% [18].

- Trong nghiên cứu chúng tôi sàng lọc tất cả các đối tượng có nguy cơ mắc BPTNMT: có biểu hiện một trong các triệu chứng cơ năng hô hấp như ho, khó thở, khạc đờm mạn tính và/hoặc có tiền sử hút thuốc và/hoặc có PEF < 70%. Tất cả các đối tượng này đều được thăm khám lâm sàng và đo CNTK.

- Khám lâm sàng cho đối tượng có nguy cơ: khám toàn trạng, đo chiều cao, cân nặng. Khám chuyên khoa hô hấp, tim mạch, Tai - Mũi - Họng.

- Đo chức năng thông khí bằng máy Chest HI 801 xuất xứ Nhật Bản.

+ Chuẩn bị máy: trước khi đo được chuẩn định máy chính xác và kiểm tra đầy đủ các điều kiện kỹ thuật cần thiết. Các thông số của máy cài đặt theo chế độ phù hợp với người Việt Nam.

+ Chuẩn bị đối tượng đo: đối tượng được đo phải được nghỉ ít nhất 15 phút trước khi đo. Ghi rõ họ tên, tuổi, giới, chiều cao, cân nặng và các chỉ số này được nhập trực tiếp vào máy để tính CNTK chuẩn tương ứng. Đối tượng được đo ở tư thế ngồi và được giải thích các bước đo theo một trình tự thống nhất, tiến hành đo các chỉ tiêu sau:

+ Đo dung tích sống thở chậm (SVC): đối tượng được kẹp mũi, ngậm ống thổi sau đó hít vào, thở ra bình thường bằng miệng khoảng 3 chu kỳ. Tiếp theo hướng dẫn người bệnh hít vào từ từ đến hết khả năng và thở ra từ từ tối đa. Đối tượng phải hít vào thở ra từ từ và liên tục không thở nhanh, không được ngắt quãng. Tiến hành đo 3 lần, mỗi lần cách nhau 1 đến 2 phút sau đó lấy kết quả của lần đo đúng kỹ thuật nhất và có giá trị cao nhất.

- + Đo dung tích sống thở mạnh (FVC): đối tượng được hướng dẫn hít vào, thở ra bình thường khoảng 3 chu kỳ rồi hít vào từ từ đến mức tối đa sau đó thở ra thật nhanh, mạnh và liên tục hết khả năng. Tiến hành đo 3 lần, chọn kết quả của lần đo đúng kỹ thuật nhất và có giá trị cao nhất.
- + Kỹ thuật làm test hồi phục phế quản để chẩn đoán phân biệt tắc nghẽn đường thở không hồi phục hoàn toàn (trong BPTNMT) với tắc nghẽn hồi phục hoàn toàn (trong hen phế quản). Áp dụng cho tất cả những đối tượng có rối loạn thông khí tắc nghẽn khi chỉ số Tiffeneau (FEV1/SVC) hoặc Gaensler (FEV1/FVC) < 70% [10] [12] [18] [48]. Những đối tượng này được hít thở qua buồng đệm với thuốc GPQ kích thích β_2 là Salbutamol liều 400 μ g trong 6 phút, sau đó 20 phút đo lại FEV1. Test hồi phục phế quản dương tính: nếu FEV1 lần 2 tăng hơn lần 1 > 200ml và/hoặc tăng \geq 12%; chỉ số Gaensler \geq 70%. Test hồi phục phế quản âm tính: nếu FEV1 lần 2 tăng hơn lần 1 < 200ml và/hoặc tăng < 12%; chỉ số Gaensler < 70%.
- + Chẩn đoán xác định BPTNMT khi FEV1/FVC < 0,7 sau test hồi phục phế quản âm tính.
- Đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở theo GOLD: dựa vào chỉ số FEV1% so với trị số lý thuyết [70] [71] [72].
 - + GOLD 1 (mức độ nhẹ) khi FEV1 \geq 80% giá trị lý thuyết.
 - + GOLD 2 (mức độ trung bình): 50% \leq FEV1 < 80% giá trị lý thuyết.
 - + GOLD 3 (mức độ nặng): 30% \leq FEV1 < 50% giá trị lý thuyết.
 - + GOLD 4 (mức độ rất nặng): FEV1 < 30 % giá trị lý thuyết.
- Đánh giá mức độ khó thở của người bệnh theo thang điểm mMRC: gồm 5 mức độ, tính điểm từ 0 đến 4 và chia ra 2 mức độ để phân loại giai đoạn BPTNMT là mMRC từ 0 đến 1 và mMRC \geq 2 [70] [72] (phụ lục 5).
- Đánh giá tình trạng sức khỏe người bệnh theo thang điểm CAT: gồm 8 câu hỏi, mỗi câu gồm 5 mức độ, mỗi mức độ được tính điểm từ 1 đến 5. Tổng

điểm CAT < 10 là ít triệu chứng và từ 10 trở lên là nhiều triệu chứng [70] [72] (phụ lục 5).

- Phỏng vấn số đợt cấp phải nhập viện điều trị trong năm vừa qua: đợt cấp là tình trạng cấp tính của bệnh thể hiện ở sự nặng lên của các triệu chứng hô hấp (ho, khó thở tăng, khạc đờm có sự thay đổi về màu sắc đờm, tăng về số lượng, khạc đờm mủ...) biến đổi từng ngày mà cần phải thay đổi hoặc thêm liệu trình điều trị. Đợt cấp nhẹ chỉ cần sử dụng giãn phế quản có tác dụng ngắn tại nhà, đợt cấp vừa có thể điều trị thêm kháng sinh, đợt cấp nặng trở lên cần nhập viện điều trị [70] [72].

- Phân loại giai đoạn BPTNMT theo GOLD 2017 [72].

+ GOLD A: ít triệu chứng, nguy cơ thấp (mMRC 0-1; CAT < 10 và có 0 đợt cấp hoặc có 1 đợt cấp không phải nhập viện).

+ GOLD B: nhiều triệu chứng, nguy cơ thấp (mMRC ≥ 2 ; CAT ≥ 2 và 0 đợt cấp hoặc 1 đợt cấp không nhập viện).

+ GOLD C: ít triệu chứng, nguy cơ cao (mMRC 0-1; CAT < 10 và ≥ 2 đợt cấp hoặc ≥ 1 đợt cấp phải nhập viện).

+ GOLD D: nhiều triệu chứng, nguy cơ cao (mMRC ≥ 2 ; CAT ≥ 2 và ≥ 2 đợt cấp hoặc ≥ 1 đợt cấp phải nhập viện).

- Phỏng vấn kiến thức và thái độ về BPTNMT theo bộ câu hỏi (phụ lục 2)

+ Kiến thức về BPTNMT với 15 câu hỏi, bao gồm 25 ý trả lời đúng, đánh giá kiến thức tốt khi trả lời đúng từ 18 ý trở lên.

+ Thái độ về BPTNMT với 5 câu hỏi, bao gồm 11 ý trả lời đúng đánh giá thái độ tốt khi trả lời đúng 8 ý trở lên.

- Đánh giá thực hành về BPTNMT: có 6 câu thực hành, thực hành đúng 4 câu trở lên được đánh giá là thực hành tốt [18] [24] (phụ lục 3; 4).

+ Cai thuốc lá, thuốc lào: phỏng vấn trực tiếp người bệnh và người nhà về tình trạng hút thuốc năm vừa qua.

+ Đánh giá thực hành ho có kiểm soát, thở chúm môi, thực hiện một số kỹ thuật sử dụng thuốc dạng hít cho người bệnh theo bảng kiểm. Thực hành đúng khi làm đúng và đủ các thao tác, thực hành chưa đúng khi sai ít nhất 1 lỗi.

2.3.4. Nghiên cứu can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Mục tiêu chủ yếu của can thiệp nhằm nâng cao KAP về BPTNMT cho toàn dân xã Kiến Thiết. Can thiệp cho người mắc BPTNMT nhằm nâng cao sức khỏe, giảm đợt cấp phải vào viện, hạn chế sự suy giảm chức năng hô hấp.

2.3.4.1. Tổ chức mạng lưới can thiệp

Để đảm bảo can thiệp có tính bền vững chúng tôi lựa chọn các cán bộ y tế địa phương trực tiếp tham gia cùng với sự phối hợp của các ban ngành, đoàn thể của xã Kiến Thiết. Chúng tôi lựa chọn và lập danh sách toàn bộ cán bộ y tế tự nguyện của Bệnh viện Đa khoa Tiên Lãng, Trung tâm Y tế huyện Tiên Lãng, Trạm y tế xã Kiến Thiết và các cán bộ y tế thôn tham gia tư vấn về BPTNMT.

2.3.4.2. Đào tạo truyền thông giáo dục sức khỏe

Học viên cùng thầy hướng dẫn trực tiếp soạn thảo bài TTGDSK về BPTNMT, thực hiện đào tạo cho cán bộ y tế những vấn đề sau:

- Đào tạo về kỹ năng TTGDSK: tư vấn, làm mẫu, thảo luận nhóm, nói chuyện về sức khỏe... về BPTNMT cho các cán bộ y tế trên.
- Nâng cao kiến thức và các kỹ năng thực hành cho cán bộ y tế về nguyên nhân, biểu hiện lâm sàng, cách phát hiện, chẩn đoán, cách điều trị đợt cấp và dự phòng tại nhà với BPTNMT theo hướng dẫn của GOLD.
- Hướng dẫn cho cán bộ y tế cách sử dụng thuốc GPQ phù hợp giai đoạn BPTNMT theo khuyến cáo của GOLD, cách sử dụng dụng cụ hít.
- Cán bộ y tế phối kết hợp khám, phát hiện, tư vấn phòng và điều trị BPTNMT.

2.3.4.3. Sản xuất tài liệu truyền thông giáo dục sức khỏe

- Sản xuất 50 tài liệu chuyên môn cho cán bộ y tế. Sản xuất và cấp 100 tờ áp phích, 250 lịch năm và 5.000 tờ rơi, 200 đĩa CD về các bài thực hành... để cán bộ y tế sử dụng và phát cho người dân và người bệnh.
- Soạn bài phát thanh các vấn đề về KAP được ghi vào đĩa CD (15 chiếc), phát cho xã và các thôn.

2.3.4.4. Tổ chức câu lạc bộ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Ở nước ta mô hình câu lạc bộ về BPTNMT thường được tổ chức tại bệnh viện do đó những người bệnh ở xa hoặc tuổi cao sức yếu việc đi lại, tiếp cận, đến để sinh hoạt câu lạc bộ sẽ gặp rất nhiều khó khăn. Mô hình tổ chức câu lạc bộ về BPTNMT tại xã giúp người bệnh có thể tham gia một cách dễ dàng.

Câu lạc bộ BPTNMT xã Kiến Thiết thành lập vào ngày 04 tháng 12 năm 2015 theo quyết định số 815/QĐ-YDHP. Cơ cấu tổ chức của câu lạc bộ gồm:

- Học viên đồng thời là Chủ nhiệm có trách nhiệm chỉ đạo và phụ trách mọi hoạt động, trực tiếp điều hành sinh hoạt câu lạc bộ, là người có vai trò chính trong TTGDSK cho người bệnh.
- Trạm trưởng trạm y tế xã là Phó chủ nhiệm tham gia phụ trách hoạt động của câu lạc bộ và truyền thông về BPTNMT chủ yếu ở trạm và cộng đồng.
- Ủy viên câu lạc bộ gồm 07 người được bầu chọn có nhiệm vụ thông báo đến từng người bệnh về lịch trình, ngày giờ sinh hoạt đồng thời động viên người bệnh tham gia sinh hoạt đều đặn, có tổ chức.
- Các hội viên là những người mắc BPTNMT tự nguyện tham gia, được phát thẻ hội và sổ theo dõi.

2.3.4.5. Tổ chức thực hiện truyền thông giáo dục sức khỏe

Các bước tiến hành

- Học viên cùng thầy hướng dẫn tổ chức họp với đại diện phòng y tế, Trung tâm Y tế, Bệnh viện huyện Tiên Lãng, Ủy ban nhân dân xã, cán bộ y tế xã

Kiến Thiết để giới thiệu nội dung, vai trò của địa phương, mục đích và lợi ích của can thiệp TTGDSK về BPTNMT và mô hình câu lạc bộ BPTNMT.

- Truyền thông liên tục tại cộng đồng cho toàn dân Kiến Thiết bằng loa phóng thanh của thôn, xã. Nội dung phát thanh là những kiến thức, thái độ, thực hành về BPTNMT được phát mỗi tuần hai lần, mỗi lần 10 phút vào 6 giờ 30 phút vào ngày thứ tư và chủ nhật. Phát tờ rơi đến từng hộ gia đình, treo, dán tranh ảnh, áp phích về BPTNMT tại trạm y tế xã Kiến Thiết.

- Mời toàn bộ người bệnh ở xã Kiến Thiết đến hội trường của xã, đọc quyết định thành lập câu lạc bộ BPTNMT trước sự chứng kiến của lãnh đạo Trường Đại học Y-Dược Hải Phòng, Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe Hải Phòng, Bệnh viện Đa khoa Tiên Lãng, Phòng và Trung tâm Y tế huyện Tiên Lãng, Ủy ban nhân dân và Trạm Y tế xã Kiến Thiết.

- TTGDSK và sinh hoạt câu lạc bộ mỗi tháng một lần, mỗi lần 1/2 ngày tại nhà văn hóa xã Kiến Thiết do học viên trực tiếp điều hành cùng với sự tham gia của các bác sĩ chuyên khoa hô hấp và cán bộ Trạm Y tế xã Kiến Thiết.

Hoạt động chính của câu lạc bộ

- Thông báo trước nội dung sinh hoạt cho người bệnh.

- Học viên trực tiếp TTGDSK về KAP và các vấn đề liên quan đến BPTNMT. Các bác sĩ chuyên khoa hô hấp phối hợp hướng dẫn cụ thể các bước thực hành theo hình thức cầm tay chỉ việc để người bệnh làm theo, kiểm tra bằng cách cho họ thực hiện lại các bước đó.

- Đặt các câu hỏi ngắn xoay quanh KAP về BPTNMT để người bệnh trả lời, cán bộ y tế cho nhận xét và điều chỉnh. Tập hợp các ý kiến phản hồi của người bệnh, những khó khăn khi thực hiện và tìm cách khắc phục ngay.

- Các chủ đề TTGDSK gồm

1. Các nguyên nhân, biểu hiện và biện pháp phòng BPTNMT.
2. Tác hại của hút thuốc và biện pháp cai thuốc.

3. Các thuốc và sử dụng trong giai đoạn BPTNMT ổn định.
4. Nơi khám, phát hiện, cấp phát thuốc và quản lý BPTNMT.
5. Cách phát hiện đợt cấp của BPTNMT.
6. Chế độ ăn phù hợp cho người mắc BPTNMT và một số bệnh đồng mắc.
7. Kỹ thuật sử dụng bình xịt định liều, turbuhaler, accuhaler.
8. Kỹ thuật ho có kiểm soát, kỹ thuật thở chúm môi, thở hoành.
9. Kỹ thuật vỗ rung lồng ngực, biện pháp vận động đơn giản.
10. Đánh giá tình trạng khó thở và sức khỏe theo CAT và mMRC.
11. Tổ chức khám miễn phí các bệnh hô hấp, đo lại CNTK và tư vấn điều trị cho người bệnh.

Quản lý giám sát hoạt động câu lạc bộ

Học viên trực tiếp quản lý, điều hành và giám sát mọi hoạt động bằng cách tham gia tất cả các buổi TTGDSK và sinh hoạt của câu lạc bộ.

2.3.4.6. Đánh giá hiệu quả can thiệp

Đánh giá sau can thiệp theo các tiêu chí như thực hiện trước can thiệp. Tính chỉ số hiệu quả (CSHQ) can thiệp KAP theo công thức:

$$\text{CSHQ} = \frac{|p2 - p1|}{p1} \times 100\%$$

p1: tỷ lệ giá trị trước can thiệp.

p2: tỷ lệ giá trị sau can thiệp.

2.4. Sai số và không chế sai số

Trong nghiên cứu có thể gặp các sai số do quá trình điều tra, thu thập số liệu, các tiêu chuẩn đánh giá, tiêu chuẩn chẩn đoán, đo lường, hoặc do các đối tượng cung cấp thông tin chưa chính xác và chưa đầy đủ, sai số do phân tích và xử lý số liệu. Không chế sai số bằng các biện pháp sau [22]:

- Lấy cỡ mẫu của ĐTNC đủ lớn cho nghiên cứu tỷ lệ và can thiệp.

- Bộ câu hỏi điều tra dịch tễ về BPTNMT đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới [26]. Bộ câu hỏi điều tra KAP, bảng kiểm được xây dựng qua việc tham khảo các công trình nghiên cứu trước đó, chương trình phòng chống BPTNMT và GOLD [18] [24].
- Tập huấn kỹ cán bộ điều tra, tiến hành điều tra thử, đánh giá và rút kinh nghiệm trước khi triển khai điều tra thực tế trong cộng đồng.
- Máy đo CNTK Chest HI 801 do Nhật Bản sản xuất.
- Khám bệnh và đo CNTK được thực hiện bởi các cán bộ y tế có nhiều kinh nghiệm của Trường Đại học Y-Dược Hải Phòng, Bệnh viện Lao và Bệnh Phổi Hải Phòng. Đọc và đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn của GOLD [70].
- Cán bộ y tế tham gia thu thập thông tin và can thiệp là những người giàu kinh nghiệm, có trình độ, nhiệt tình, được tập huấn kỹ lưỡng và thống nhất phương pháp làm việc.
- Đánh giá can thiệp theo đúng bộ câu hỏi, bảng kiểm, máy đo CNTK theo các tiêu chuẩn trên.

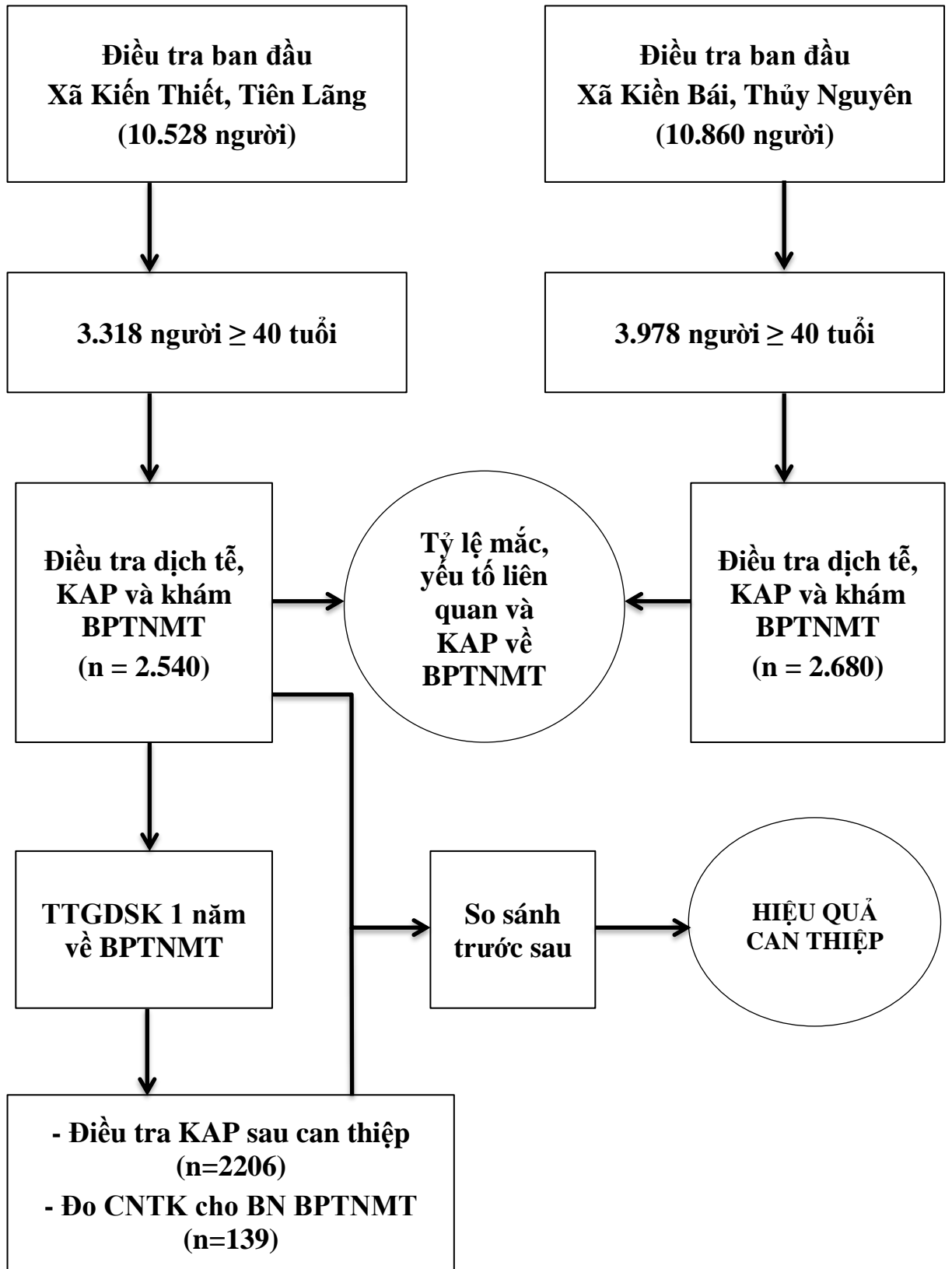
2.5. Xử lý số liệu

- Nhập số liệu trên phần mềm Epi-data 3.1.
- Số liệu được quản lý, làm sạch và xử lý trên phần mềm spss 21.0.
- Các thuật toán được sử dụng: tính tỷ lệ phần trăm, so sánh hai tỷ lệ bằng test Chi bình phương (χ^2), tính và so sánh hai trị số trung bình bằng T- test, tìm mối liên quan bằng cách tính OR (95%CI) hoặc phân tích xu hướng (trend).
- Xác định các yếu tố nguy cơ qua phân tích hồi quy logistic đơn biến, những yếu tố có $p < 0,02$ sẽ được đưa vào mô hình phân tích logistic đa biến để xác định yếu tố nguy cơ độc lập.
- Mức thống kê có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu thực hiện theo đề cương luận án đã được thông qua Hội đồng phê duyệt đề cương của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.
- Nghiên cứu được sự đồng ý của chính quyền và y tế địa phương.
- Người dân và người bệnh của 2 xã nghiên cứu được tư vấn và đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Tất cả những thông tin của đối tượng nghiên cứu được bảo mật.
- Người dân sau khi được phát hiện bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các bệnh phối hợp đều được tư vấn để điều trị.
- Trung thực, khách quan của người tiến hành nghiên cứu.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ mắc và các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

3.1.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới tính

ĐTNC Tuổi, giới	Tổng chung (n=5220)		Kiến Thiết ¹ (n=2540)		Kiên Bái ² (n=2680)		p (1&2)
	n	%	n	%	n	%	
Nhóm tuổi							
40 – 49	1484	28,4	748	29,4	736	27,5	< 0,05
50 – 59	1878	36,0	946	37,2	932	34,8	
60 – 69	987	18,9	444	17,5	543	20,3	
70 trở lên	871	16,7	402	15,8	469	17,5	
Tổng	5220	100	2540	100	2680	100	
Trung bình	57,49 ± 12,11		56,91 ± 11,65		58,04 ± 12,52		< 0,05
Giới tính							
Nam	2326	44,6	1091	43,0	1235	46,1	< 0,05
Nữ	2894	55,4	1449	57,0	1445	53,9	
Tổng	5220	100	2540	100	2680	100	

Nhận xét: tuổi của ĐTNC chủ yếu từ 40 – 59 tuổi chiếm 64,4%; cao nhất là nhóm tuổi 50 – 59 chiếm 36%; thấp nhất là nhóm 70 tuổi trở lên chiếm 16,7%. Trung bình tuổi của ĐTNC xã Kiến Thiết thấp hơn xã Kiên Bái, $p < 0,05$. Tỷ lệ nữ tham gia nghiên cứu chiếm 55,4%; nam chiếm 44,6%. Xã Kiến Thiết nữ tham gia nghiên cứu cao hơn xã Kiên Bái, $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Đặc điểm nghề nghiệp và học vấn của đối tượng nghiên cứu

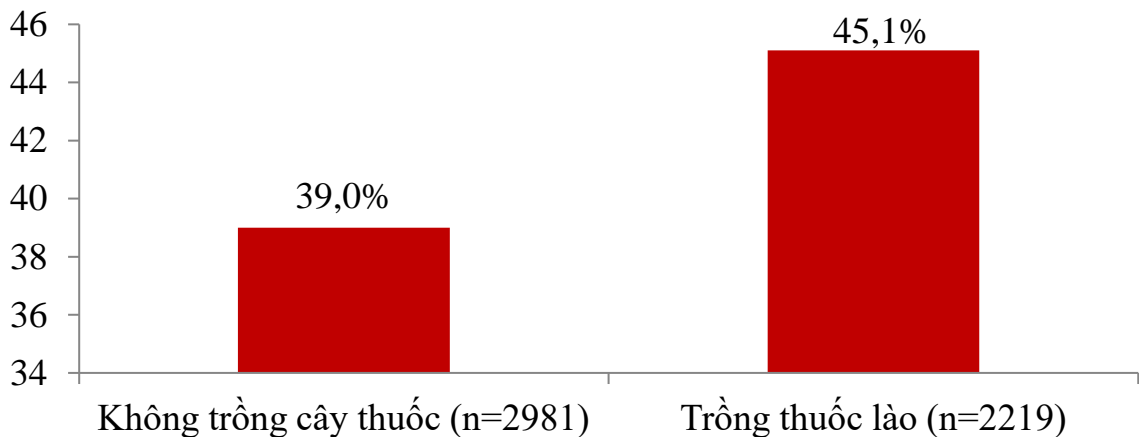
Đặc điểm \ ĐTNC	Tổng chung (n = 5220)		Kiến Thiết ¹ (n = 2540)		Kiền Bái ² (n = 2680)		p(1&2)
	n	%	n	%	n	%	
Nghề nghiệp							
Nông dân	4135	79,2	2219	87,4	1916	71,5	< 0,001
Công nhân	419	8,0	114	4,5	305	11,4	< 0,001
Viên chức	119	2,3	46	1,8	73	2,7	< 0,05
Buôn bán tự do	281	5,4	42	1,7	239	8,9	< 0,001
Hưu trí	266	5,1	119	4,7	147	5,5	> 0,05
Học vấn							
Mù chữ	232	4,4	106	4,2	126	4,7	> 0,05
Tiểu học	1239	23,7	607	23,9	632	23,6	> 0,05
THCS	2870	55,0	1381	54,4	1489	55,6	> 0,05
THPT trở lên	879	16,8	446	17,6	433	16,2	> 0,05
Tổng	5220	100	2540	100	2680	100	

Nhận xét: địa điểm nghiên cứu là 2 xã nông nghiệp do đó nghề nghiệp của người dân chủ yếu là nông dân chiếm 79,2% (Kiến Thiết 87,4% và Kiền Bái 71,5%); các nghề nghiệp khác như công nhân, buôn bán tự do, viên chức, cán bộ đã nghỉ hưu đều dưới 10%. Do nghiên cứu chọn đối tượng từ 40 tuổi trở lên, đa số chịu ảnh hưởng của chiến tranh và thời kì kinh tế xã hội khó khăn nên ít có điều kiện đi học, chính vì vậy hầu hết ĐTNC có học vấn dưới THPT chiếm 83,2%; cao nhất là nhóm có học vấn THCS chiếm 55%; vẫn còn 4,4% số người không biết chữ, không có sự khác nhau về trình độ học vấn của người dân 2 xã.

Bảng 3.3. Tình hình hút thuốc của đối tượng nghiên cứu

DTNC \ Hút thuốc	Tổng chung (n = 5220)		Kiến Thiết ¹ (n = 2540)		Kiền Bái ² (n = 2680)		p (1,2)
	n	%	n	%	n	%	
Không hút	3051	58,4	1355	53,3	1696	63,3	<0,001
Có hút	2169	41,6	1185	46,7	984	36,7	
Hút < 10 B-N	1483	28,4	998	39,3	485	18,1	<0,001
10 - < 20 B-N	402	7,7	132	5,2	270	10,1	<0,001
Hút ≥ 20 B-N	284	5,4	55	2,2	229	8,5	<0,001
Hiện đang hút	1590	30,5	884	34,8	706	26,3	<0,001
Hút thuốc lá	948	18,2	250	9,8	698	26,0	<0,001
Hút thuốc lào	1697	32,5	1110	43,7	587	21,9	<0,001
Hút cả hai loại	476	9,1	175	6,9	301	11,2	<0,001

Nhận xét: tỷ lệ người dân hút thuốc ở Kiến Thiết chiếm 46,7%; cao hơn Kiền Bái (36,7%); $p < 0,001$. Người dân Kiến Thiết chủ yếu hút thuốc lào (43,7%); Người dân Kiền Bái chủ yếu hút thuốc lá (26%); $p < 0,001$.

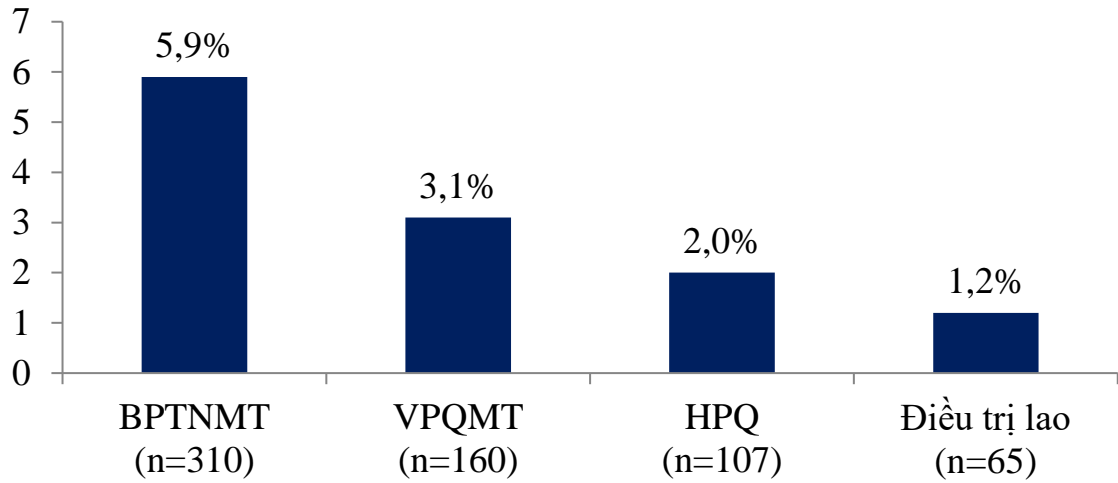
**Hình 3.1. Tình hình hút thuốc của đối tượng có và không trồng cây thuốc**

Nhận xét: đối tượng trồng thuốc lào có tỷ lệ hút thuốc cao hơn các đối tượng không trồng cây thuốc (45,1% vs 39,0%; $p < 0,001$).

Bảng 3.4. Tình hình sử dụng chất đốt trong gia đình của đối tượng nghiên cứu

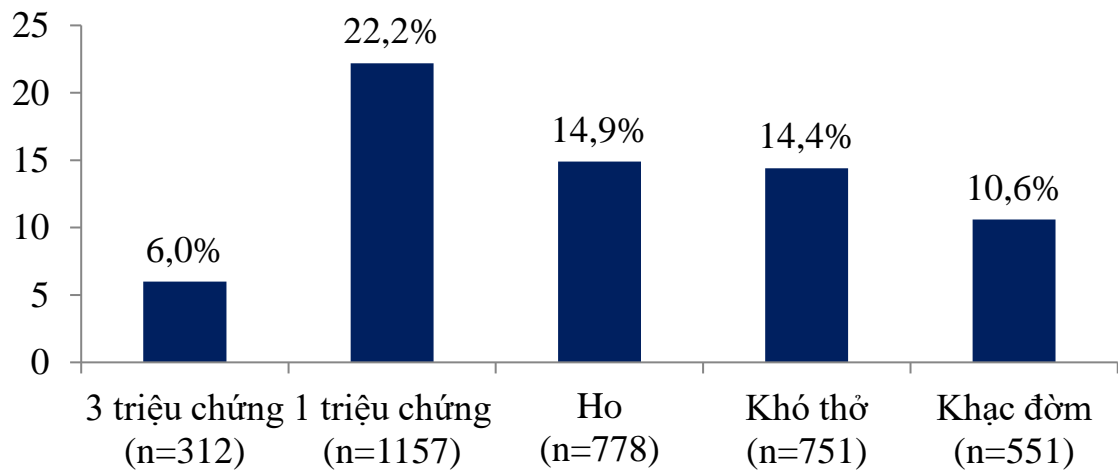
Chất đốt \ ĐTNC	Tổng chung (n = 5220)		Kiến Thiết ¹ (n = 2540)		Kiền Bái ² (n = 2680)		p (1&2)
	n	%	n	%	n	%	
Dùng bếp rơm	4617	88,4	2528	99,5	2089	77,9	< 0,001
Không dùng	603	11,6	12	0,5	591	22,1	
Dùng ≥ 20 năm	4588	87,9	2519	99,2	2069	77,2	< 0,001
Dùng than củi	1756	33,6	260	10,2	1496	55,8	< 0,001
Không dùng	3464	66,4	2280	89,8	1184	44,2	
Dùng ≥ 20 năm	1339	25,7	64	2,5	1275	47,6	< 0,001
Dùng bếp gas	4522	86,6	2262	89,1	2260	84,3	< 0,001
Không dùng	698	13,4	278	10,9	420	15,7	
Dùng ≥ 20 năm	97	1,9	27	1,1	70	2,6	< 0,001
Dùng bếp điện	733	14,0	220	8,7	513	19,1	< 0,001
Không dùng	4487	86,0	2320	91,3	2167	80,9	
Dùng ≥ 20 năm	160	3,1	11	0,4	149	5,6	< 0,001
Phơi nhiễm khói bếp							
Phơi nhiễm ≤ 30 năm	205	6,0	43	1,7	162	6,0	< 0,001
Phơi nhiễm > 30 năm	5015	96,1	2497	98,3	2518	94,0	

Nhận xét: đa số người dân sử dụng bếp rơm (88,4%); tỷ lệ sử dụng bếp than chiếm 33,6%; sử dụng bếp điện chỉ chiếm 14%. Hiện nay chủ yếu người dân dùng bếp gas (86,6%); thời gian sử dụng bếp gas 20 năm trở lên chỉ có 1,9%. Sử dụng chất đốt trong gia đình có sự khác biệt, người dân thường dùng đồng thời nhiều loại chất đốt khác nhau, tỷ lệ tiếp xúc khói bếp (than củi, rơm rạ, gas) đa số trên 30 năm (96,1%).



Hình 3.2. Tình hình mắc một số bệnh hô hấp của đối tượng nghiên cứu (n = 5220)

Nhận xét: Trong 5220 ĐTNCC: tỷ lệ BPTNMT chiếm 5,9%; viêm phế quản mạn tính (VPQMT) chiếm 3,1%; hen phế quản (HPQ) chiếm 2%; đã điều trị lao phổi chiếm 1,2%.



Hình 3.3. Các biểu hiện triệu chứng cơ năng hô hấp của đối tượng nghiên cứu (n = 5220)

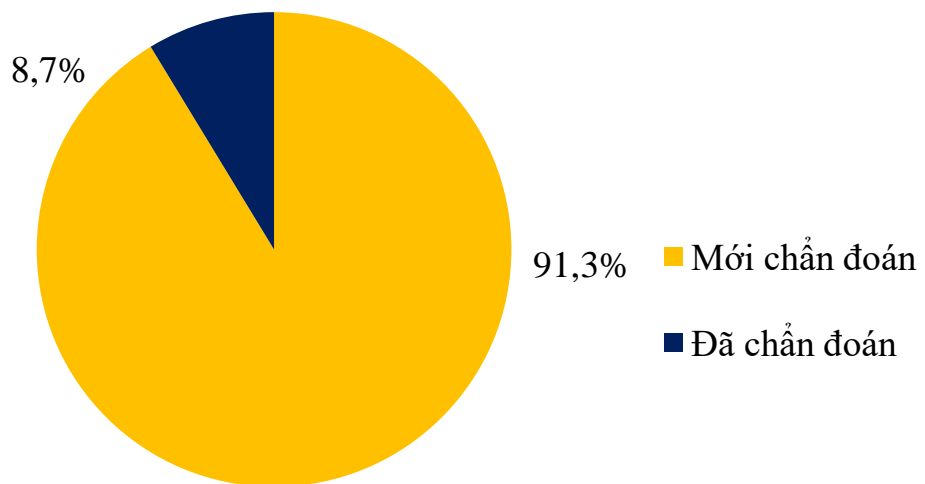
Nhận xét: Trong 5.220 ĐTNCC có 1157 người biểu hiện ít nhất 1 triệu chứng cơ năng hô hấp, chiếm 22,2%. Tỷ lệ đối tượng có ho chiếm 14,9%; khó thở chiếm 14,4%; khạc đờm chiếm 10,6% và 6% đối tượng có đủ 3 triệu chứng.

3.1.2. Tỷ lệ mắc và một số yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bảng 3.5. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của đối tượng nghiên cứu

ĐTNC Xã	Tổng (n = 5220)	BPTNMT (n = 310)	%	Không mắc (n = 4910)	%	p
Kiến Thiết	2540	177	7,0	2363	93,0	< 0,01
Kiên Bái	2680	133	5,0	2547	95,0	
Tổng 2 xã	5220	310	5,9	4910	94,1	

Nhận xét: tỷ lệ mắc BPTNMT của đối tượng từ 40 tuổi trở lên ở hai xã là 5,9% (Kiến Thiết 7,0% và Kiên Bái 5,0%; $p < 0,01$). Đối tượng tham gia nghiên cứu ở Kiến Thiết có tỷ lệ nam giới và tuổi đời thấp hơn Kiên Bái, tuy nhiên tỷ lệ hút thuốc ở Kiến Thiết lại cao hơn, do vậy hút thuốc có thể là lý do khiến tỷ lệ mắc BPTNMT ở Kiến Thiết cao hơn Kiên Bái.



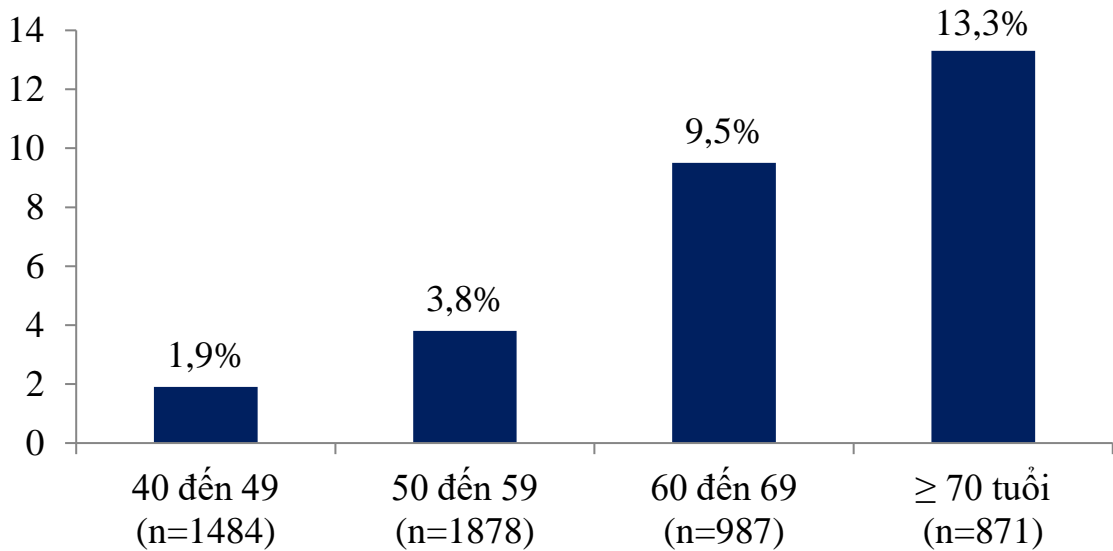
Hình 3.4. Tình hình chẩn đoán của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (n = 310)

Nhận xét: qua khám điều tra thấy 283 (91,3%) người bệnh chưa được chẩn đoán trước đó. Do vậy cần phải trang bị máy đo CNTK và triển khai khám bệnh rộng rãi trong cộng đồng để phát hiện nhiều người mắc BPTNMT.

Bảng 3.6. Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với giới tính của đối tượng nghiên cứu

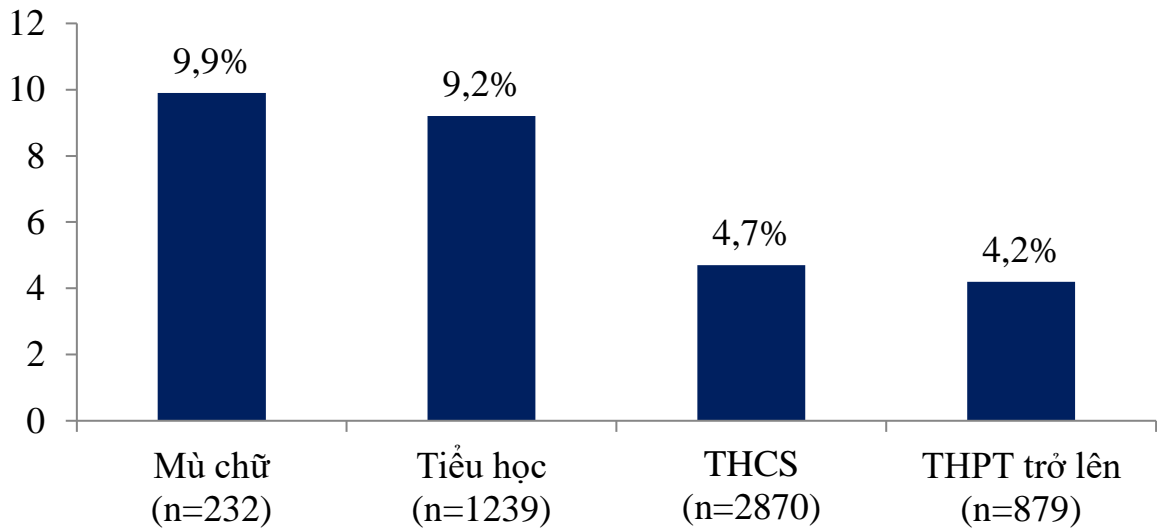
ĐTNC Giới	Tổng (n = 5220)	BPTNMT (n = 310)	%	Không mắc (n=4910)	%	OR (95%CI)	p
Nam	2326	202	8,7	2124	91,3	2,45 (1,9-3,1)	< 0,01
Nữ	2894	108	3,7	2786	96,3		
Tổng	5220	310	5,9	4910	94,1		

Nhận xét: tỷ lệ mắc BPTNMT ở nam giới là 8,7%; nữ giới là 3,7%; nam giới nguy cơ mắc bệnh tăng gấp 2,45 (1,9-3,1) lần so với nữ giới, $p < 0,001$.



Hình 3.5. Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với tuổi của đối tượng nghiên cứu (n = 5220)

Nhận xét: tỷ lệ mắc BPTNMT xu hướng tăng theo tuổi, ít gặp nhất là nhóm 40 – 49 tuổi chiếm 1,9%; cao nhất là nhóm 70 tuổi trở lên chiếm 13,3%; $\chi^2 = 158,8$; $p < 0,001$.



Hình 3.6. Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với học vấn của đối tượng nghiên cứu (n = 5220)

Nhận xét: tỷ lệ mắc BPTNMT giảm dần theo trình độ học vấn, nhóm mắc cao nhất ở đối tượng mù chữ (9,9%) và tiểu học (9,2%); thấp nhất ở đối tượng học THPT trở lên ($\chi^2 = 33,7$; $p < 0,001$).

Bảng 3.7. Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

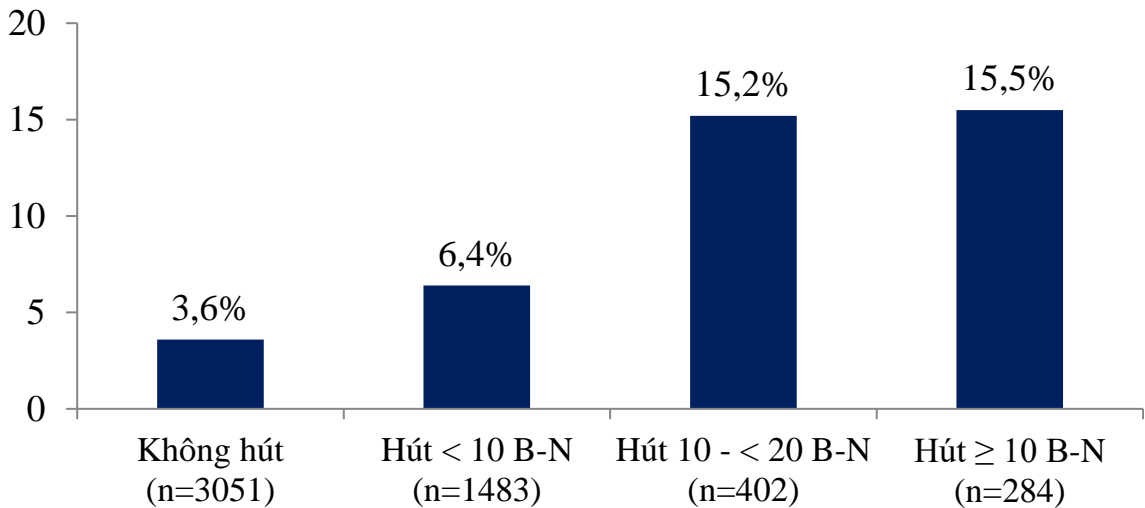
ĐTNC Nghề	Tổng chung (n=5220)	BPTNMT(310)		OR (95%CI)	p
		n	%		
Nông dân	4135	242	5,9	ref	
Công nhân	419	12	2,9	0,47 (0,26-0,85)	< 0,05
Viên chức	119	7	5,9	1,01 (0,46-2,18)	> 0,05
Hưu trí	266	42	15,8	3,01 (2,12-4,30)	< 0,001
Buôn bán	281	7	2,5	0,41 (0,19-0,88)	< 0,05

Nhận xét: tỷ lệ mắc BPTNMT ở nông dân và cán bộ viên chức đều chiếm 5,9%; tỷ lệ mắc cao nhất ở đối tượng hưu trí (15,8%); tỷ lệ mắc thấp hơn ở công nhân và buôn bán tự do.

Bảng 3.8. Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với hút thuốc của đối tượng nghiên cứu

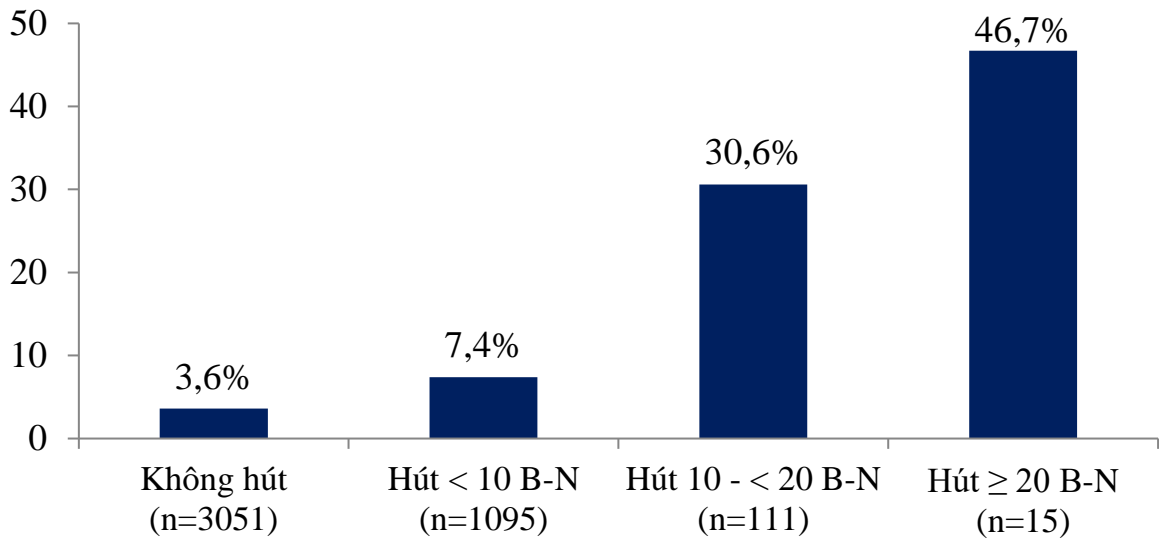
Tình trạng hút thuốc	ĐTNC (n=5220)	BPTNMT (n = 310)		OR (95%CI)	p
		n	%		
Không hút	3051	110	3,6	ref	
Có hút thuốc	2169	200	9,2	2,72 (2,14-3,45)	< 0,001
Hút thuốc lào	1221	122	10	2,97 (2,27-3,88)	< 0,001
Hút thuốc lá	472	36	7,6	2,21 (1,50-3,26)	< 0,001
Hút cả 2 loại	476	42	8,8	2,59 (1,79-3,74)	< 0,001

Nhận xét: tỷ lệ mắc BPTNMT ở đối tượng không hút thuốc là 3,6%; có hút thuốc là 9,2%; OR = 2,72 (2,14-3,45); p < 0,001. Hút thuốc lào có nguy cơ mắc bệnh tăng gấp 2,97 lần, hút thuốc lá nguy cơ mắc bệnh tăng gấp 2,21 lần và hút cả 2 loại nguy cơ mắc bệnh tăng gấp 2,59 lần so với không hút thuốc.



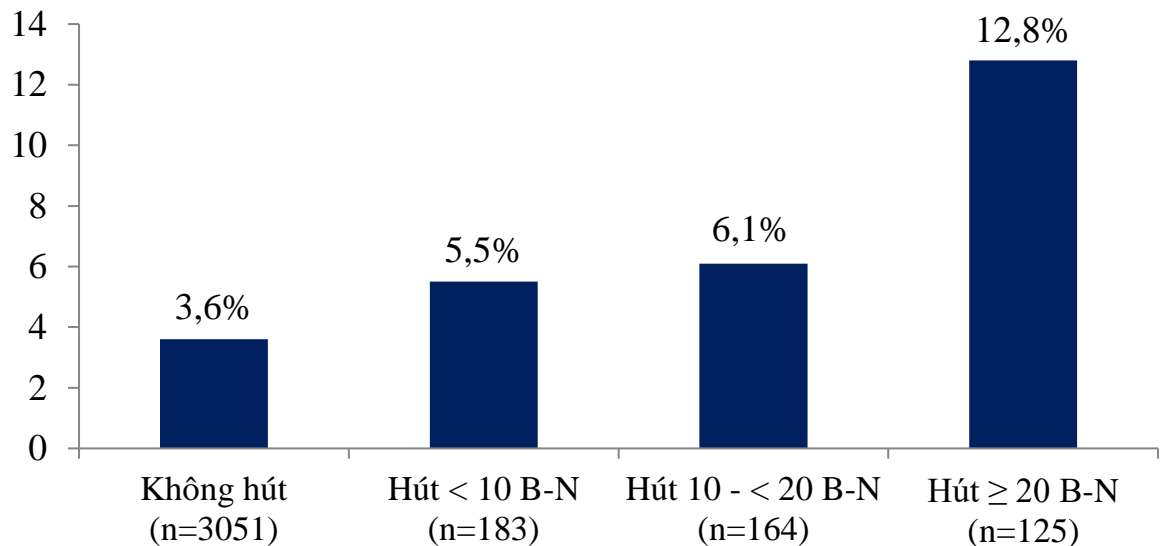
Hình 3.7. Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với mức độ hút thuốc chung của đối tượng nghiên cứu (n = 5220)

Nhận xét: tỷ lệ BPTNMT có xu hướng tăng theo mức độ hút thuốc, hút càng nhiều, tỷ lệ mắc bệnh càng cao ($\chi^2 = 125,9$; p < 0,001).



Hình 3.8. Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với mức độ hút thuốc lá của đối tượng nghiên cứu (n = 4272)

Nhận xét: tỷ lệ mắc BPTNMT xu hướng tăng theo mức độ hút thuốc lá, đối tượng không hút thuốc tỷ lệ mắc là 3,6%; hút 20 B-N trở lên tỷ lệ mắc lên tới 46,7% ($\chi^2 = 144,8$; $p < 0,001$).



Hình 3.9. Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với mức độ hút thuốc lá của đối tượng nghiên cứu (n = 3523)

Nhận xét: đối tượng hút thuốc lá càng nhiều thì tỷ lệ mắc BPTNMT càng tăng, hút 20 B-N trở lên tỷ lệ mắc là 12,8% ($\chi^2 = 24,6$; $p < 0,001$).

Bảng 3.9. So sánh liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với hút riêng từng loại thuốc của đối tượng nghiên cứu

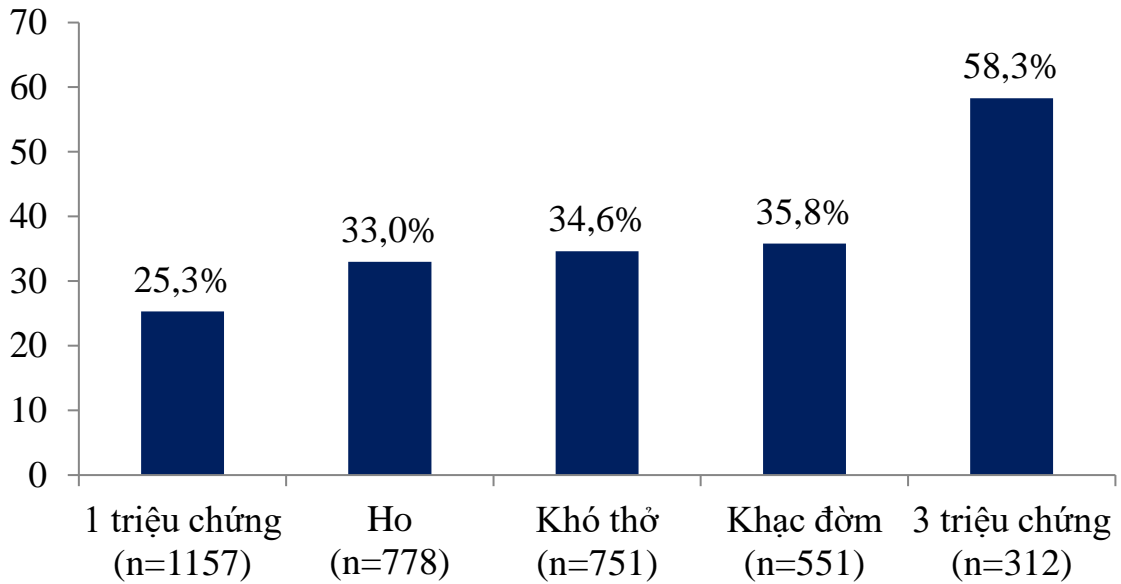
Hút thuốc	ĐTNC (1693)	BPTNMT (158)	%	OR (95%CI)	p
Chỉ hút thuốc lào	1221	122	10,0	1,34	> 0,05
Chỉ hút thuốc lá	472	36	7,6	(0,91-1,98)	
Thuốc lá < 10 B-N	183	10	5,5	1,382	> 0,05
Thuốc lào < 10 B-N	1095	81	7,4	(0,70-2,72)	
Thuốc lá ≥ 10 B-N	289	26	9,0	4,88	<0,001
Thuốc lào ≥ 10 B-N	126	41	32,5	(2,82-8,45)	
Thuốc lá ≥ 20 B-N	125	16	12,8	5,96	< 0,01
Thuốc lào ≥ 20 B-N	15	7	46,7	(1,90-18.7)	

Nhận xét: mức độ thuốc từ 10 B-N trở lên thì hút thuốc lào có ảnh hưởng tới BPTNMT mạnh hơn gấp 4,88 lần so với hút thuốc lá, $p < 0,001$.

Bảng 3.10. Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với tiền sử bệnh hô hấp, BMI và tiếp xúc khói bếp của đối tượng nghiên cứu

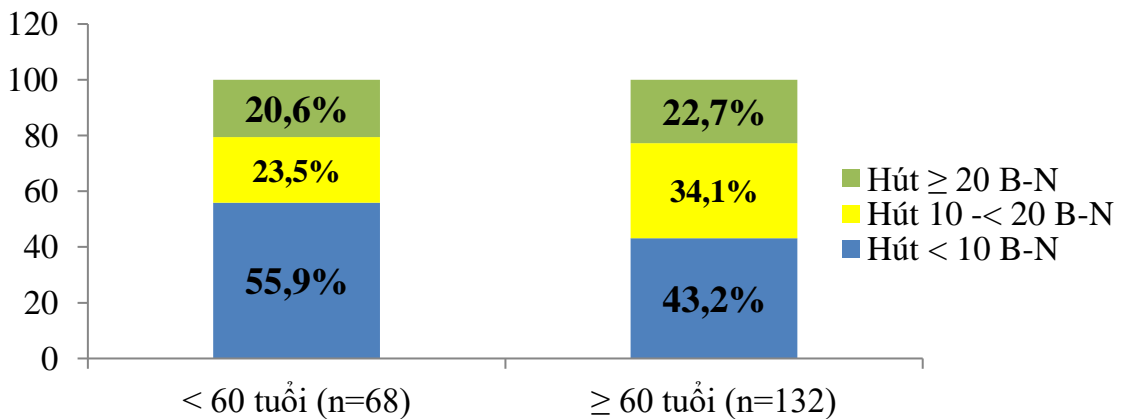
Tiền sử	ĐTNC (n=5220)	BPTNMT (n=310)	%	OR (95%CI)	p
Hen phế quản	107	31	29,0	7,07 (4,6-10,9)	< 0,001
Đã điều trị lao phổi	65	12	18,5	3,69 (1,9-7,0)	< 0,001
BMI < 18,5	1057	122	11,5	2,76 (2,2 – 3,5)	< 0,001
Khói bếp > 30 năm	5015	309	6,2	13,4 (1,9-95,9)	< 0,001

Nhận xét: tỷ lệ mắc BPTNMT ở người hen phế quản chiếm 29%; đã điều trị khỏi lao phổi (18,5%) và người gầy (11,5%) đều cao hơn các đối tượng khác. Phơi nhiễm khói bếp trên 30 năm có nguy cơ tăng mắc BPTNMT.



Hình 3.10. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở đối tượng có triệu chứng hô hấp

Nhận xét: trong số đối tượng có một trong 3 triệu chứng (ho, khạc đờm, khó thở) tỷ lệ mắc BPTNMT chiếm 25,3%; đối tượng có cả 3 triệu chứng này tỷ lệ mắc lên tới 58,3%. Kết quả gợi ý nên chủ động khám phát hiện BPTNMT cho các đối tượng có xuất hiện một trong các triệu chứng hô hấp trên.



Hình 3.11. Liên quan tuổi với mức độ hút thuốc của người bệnh có hút thuốc (n = 200)

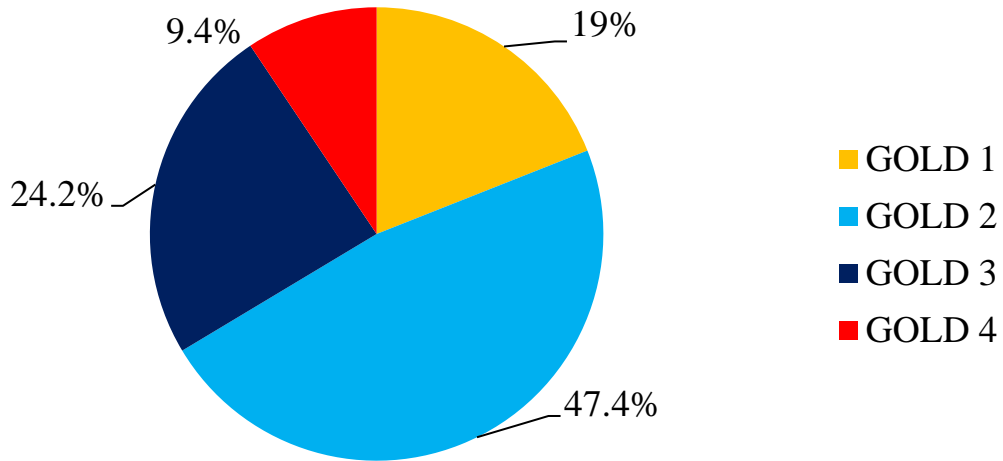
Nhận xét: chưa thấy có mối liên quan giữa người bệnh có tuổi dưới và từ 60 trở lên với mức độ hút thuốc, $\chi^2 = 1,56$; $p > 0,05$.

Bảng 3.11. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố liên quan	ĐTNC (5220)	BPTNMT (310)	%	OR (95%CI)	p
Tuổi 40- 49	1484	28	1,9	ref	
Tuổi 50- 59	1878	72	3,8	1,98(1,3-3,1)	< 0,05
Tuổi 60 - 69	987	94	9,5	4,23(2,7-6,7)	< 0,001
70 tuổi trở lên	871	116	13,3	5,31 (3,3-8,6)	< 0,001
Giới nam	2326	202	8,7	1,82 (1,3-2,6)	< 0,01
Học dưới THCS	1471	137	9,3	1,50 (1,1-2,0)	< 0,05
Hen phế quản	107	31	29	7,47 (4,6-12,3)	< 0,001
Đã điều trị lao phổi	65	12	18,5	1,75 (0,9-3,6)	> 0,05
Nghề hưu trí	266	42	15,8	1,27 (0,9-1,9)	> 0,05
BMI < 18,5	1057	122	11,5	2,05 (1,6-2,7)	< 0,001
Không hút thuốc	3051	110	3,6	ref	
Hút < 10 B-N	1483	95	6,4	1,33 (0,9-1,9)	> 0,05
Hút 10 - < 20 B-N	402	61	15,2	3,51 (2,3-5,4)	< 0,001
Hút ≥ 20 B-N	284	44	15,5	2,86 (1,8-4,6)	< 0,001
Khối béo > 30 năm	5015	309	6,2	7,35(1,0-53,4)	< 0,05

Nhận xét: các yếu tố liên quan đến BPTNMT sau khi phân tích hồi quy đa biến là: tuổi cao, giới nam, học vắn thấp, hút thuốc, tiền sử hen phế quản, BMI < 18,5 và tiếp xúc khói bếp trên 30 năm.

3.1.3. Đặc điểm của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính



Hình 3.12. Mức độ tắc nghẽn đường thở của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (n = 310)

Nhận xét: đa số người bệnh được phát hiện ở mức độ tắc nghẽn trung bình chiếm 47,4%; tỷ lệ được phát hiện BPTNMT ở giai đoạn tắc nghẽn nhẹ chiếm 19,0%. Chủ động đo CNTK cho các đối tượng có nguy cơ sẽ chẩn đoán BPTNMT ở giai đoạn sớm, giúp điều trị bệnh dễ dàng hơn.

Bảng 3.12. Tình trạng hút thuốc của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

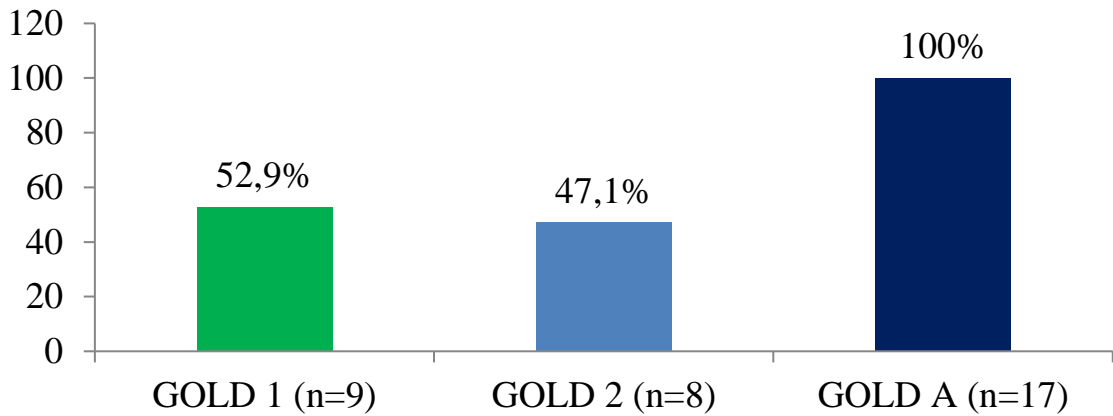
Tình trạng hút thuốc	Người mắc BPTNMT	
	n = 310	Tỷ lệ %
Không hút thuốc	110	35,5
Có hút thuốc	200	64,5
Hiện đang hút	115	57,5
Đã cai thuốc	85	42,5

Nhận xét: tỷ lệ hút thuốc trong số người mắc BPTNMT là 64,5%; trong số đó có 57,5% còn hút thuốc và 42,5% đã cai thuốc. Như vậy cần phải tư vấn và giúp đỡ người bệnh cai thuốc.

Bảng 3.13. Một số đặc điểm của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

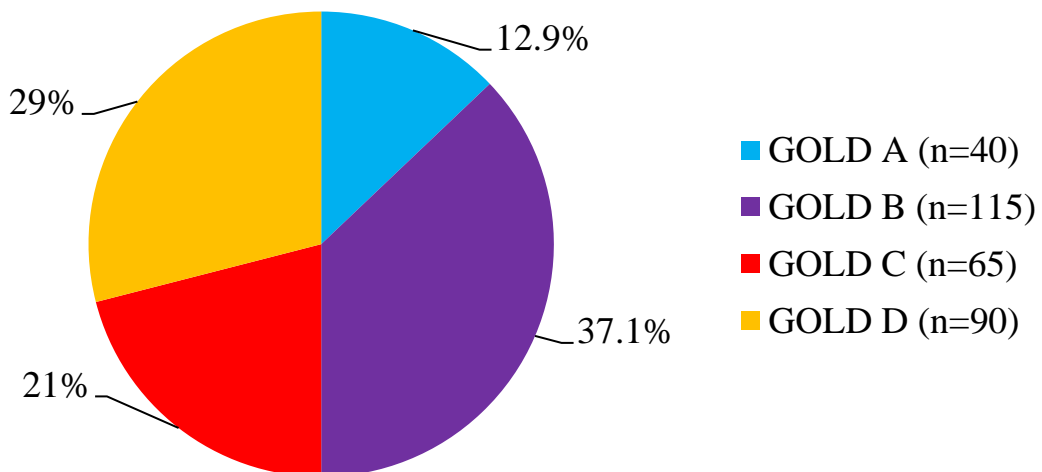
Đặc điểm	Người mắc BPTNMT	
	n = 310	%
Chưa có triệu chứng	17	5,5
Có 1 triệu chứng	293	94,5
Ho mạn tính	257	82,9
Khạc đờm mạn tính	197	63,5
Khó thở	260	83,9
Có 3 triệu chứng	182	58,7
Hen phế quản	31	10,0
Đã điều trị lao phổi	12	3,9
BMI < 18,5	122	39,4
Trung bình tuổi: 65,9 ± 12,1; thấp nhất 40 tuổi, cao nhất 92 tuổi.		

Nhận xét: tuổi mắc bệnh trung bình là 65,9 ± 12,1 tuổi, người bệnh thấp nhất là 40 tuổi, cao nhất là 92 tuổi. Ho, khạc đờm, khó thở là những biểu hiện thường thấy ở người mắc BPTNMT; 94,5% người bệnh có 1 trong 3 triệu chứng (ho, khạc đờm, khó thở), có 5,5% trường hợp chưa biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Tỷ lệ người bệnh có BMI < 18,5 chiếm 39,4% có thể do họ phải tiêu hao nhiều năng lượng cho tình trạng bệnh lý. Như vậy nếu đo CNTK cho các đối tượng từ 40 tuổi trở lên mà có các yếu tố nguy cơ, kể cả chưa biểu hiện rõ các triệu chứng lâm sàng cũng có thể phát hiện được BPTNMT.



Hình 3.13. Mức độ tắc nghẽn đường thở và giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người bệnh chưa có triệu chứng lâm sàng (n = 17)

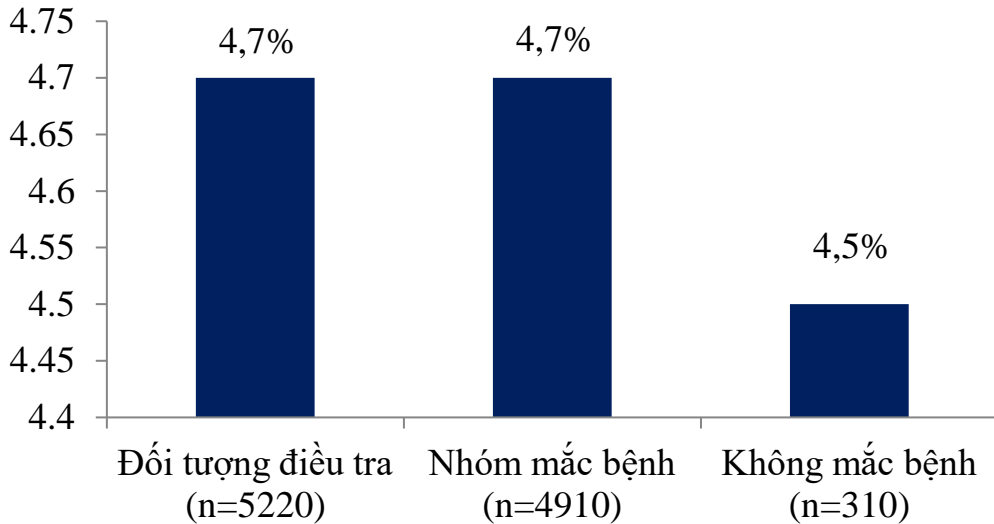
Nhận xét: trong 310 người mắc BPTNMT có 17 người bệnh chưa biểu hiện triệu chứng (ho, khạc đờm mạn tính, khó thở) chiếm 5,5%; đều ở giai đoạn tắc nghẽn nhẹ và vừa; 100% ở giai đoạn GOLD A. Như vậy chủ động đo CNTK cho đối tượng có nguy cơ sẽ phát hiện BPTNMT giai đoạn rất sớm.



Hình 3.14. Phân chia giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo GOLD 2017 (n = 310)

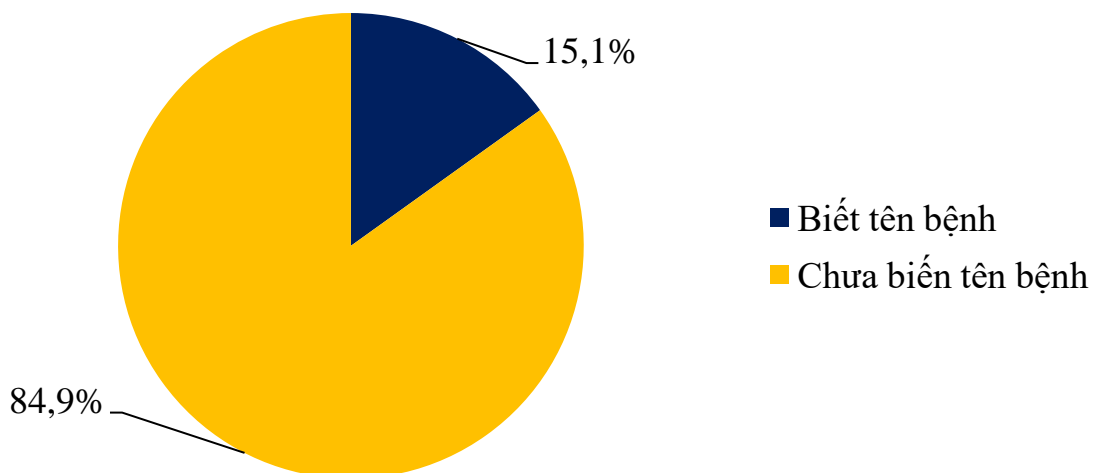
Nhận xét: Người mắc BPTNMT ở giai đoạn GOLD B chiếm tỷ lệ cao nhất (37,1%); có 29% người bệnh ở giai đoạn GOLD D. Số người bệnh ít triệu chứng (GOLD A và GOLD C) chiếm 33,9%.

3.2. Kiến thức, thái độ và thực hành của đối tượng nghiên cứu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước can thiệp



Hình 3.15. Kiến thức tốt của đối tượng nghiên cứu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước can thiệp

Nhận xét: kiến thức về BPTNMT trước can thiệp rất thấp, không có sự khác nhau giữa 2 nhóm, $p > 0,05$. Do vậy cần phải TTGDSK để nâng cao kiến thức cho người dân.



Hình 3.16. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về tên bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước can thiệp (n = 5220)

Nhận xét: có tới 84,9% đối tượng chưa từng nghe tên bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, chưa biết tên bệnh thì khó có kiến thức về bệnh.

Bảng 3.14. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các triệu chứng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

ĐTNC Triệu chứng	Tổng chung (n = 5220)		BPTNMT ¹ (n = 310)		Không mắc ² (n = 4910)		p (1&2)
	n	%	n	%	n	%	
Biểu hiện ho	2075	39,8	121	39	1954	39,8	> 0,05
Khạc đờm	1093	20,9	52	16,8	1041	21,2	> 0,05
Khó thở	1883	36,1	120	38,7	1763	35,9	> 0,05
Cả 3 TC	689	13,2	30	9,7	659	13,4	> 0,05
Không biết	2614	50,1	145	46,8	2469	50,3	> 0,05

Nhận xét: kiến thức của người dân về các biểu hiện của bệnh còn hạn chế, không biết triệu chứng sẽ rất khó khăn trong việc phát hiện bệnh.

Bảng 3.15. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về nguyên nhân gây bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

ĐTNC Nguyên nhân	Tổng chung (n = 5220)		BPTNMT ¹ (n = 310)		Không mắc ² (n = 4910)		p (1&2)
	n	%	n	%	n	%	
Hút thuốc	2280	43,7	136	43,9	2144	43,7	> 0,05
Ô nhiễm môi trường	1861	35,7	115	37,1	1746	35,6	> 0,05
Khói bụi nghề nghiệp	787	15,1	41	13,2	746	15,2	> 0,05
Yếu tố di truyền	608	11,6	23	7,4	585	11,9	< 0,05
Không biết	2471	47,3	137	44,2	2334	47,5	> 0,05

Nhận xét: gần một nửa số người biết nguyên nhân gây nên BPTNMT là do hút thuốc; 35,7% do ô nhiễm môi trường; 47,3% không biết nguyên nhân. Không biết nguyên nhân gây bệnh dẫn đến khó khăn trong việc phòng bệnh.

Bảng 3.16. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các đặc điểm của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

DTNC Đặc điểm	Tổng chung (n = 5220)		BPTNMT ¹ (n = 310)		Không mắc ² (n = 4910)		P (1&2)
	n	%	n	%	n	%	
Bệnh lây	1572	30,1	87	28,1	1485	30,2	> 0,05
Không lây	1686	32,3	128	41,3	1558	31,7	< 0,001
Phòng được	3237	62,0	208	67,1	3029	61,7	> 0,05
Chữa được	3194	61,2	191	61,6	3003	61,2	> 0,05
Cần chữa ở nhà	2503	48,0	168	54,2	2335	47,6	< 0,05
Cần điều trị khi bệnh ổn định	1771	33,9	124	40,0	1647	33,5	< 0,05
Bệnh cấp tính	772	14,8	51	16,5	721	14,7	> 0,05
Bệnh mạn tính	1444	27,7	107	34,5	1337	27,2	< 0,01
Mạn có đợt cấp	592	11,3	43	13,9	549	11,2	> 0,05

Nhận xét: vẫn còn 30,1% số người cho rằng BPTNMT là bệnh truyền nhiễm, hơn nửa số người cho là bệnh có thể phòng và chữa được; kiến thức về chữa bệnh ở nhà và giai đoạn ổn định còn hạn chế. Tên bệnh có chữ mạn tính tuy nhiên 14,8% vẫn cho rằng đây là bệnh cấp tính; 39% số người biết đó là bệnh mạn tính hoặc mạn có đợt cấp, gần một nửa số người không biết diễn biến của bệnh. Kiến thức về diễn biến của bệnh ở nhóm đối tượng mắc bệnh tốt hơn nhóm không mắc bệnh.

Bảng 3.17. Kiến thức về phòng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của đối tượng nghiên cứu

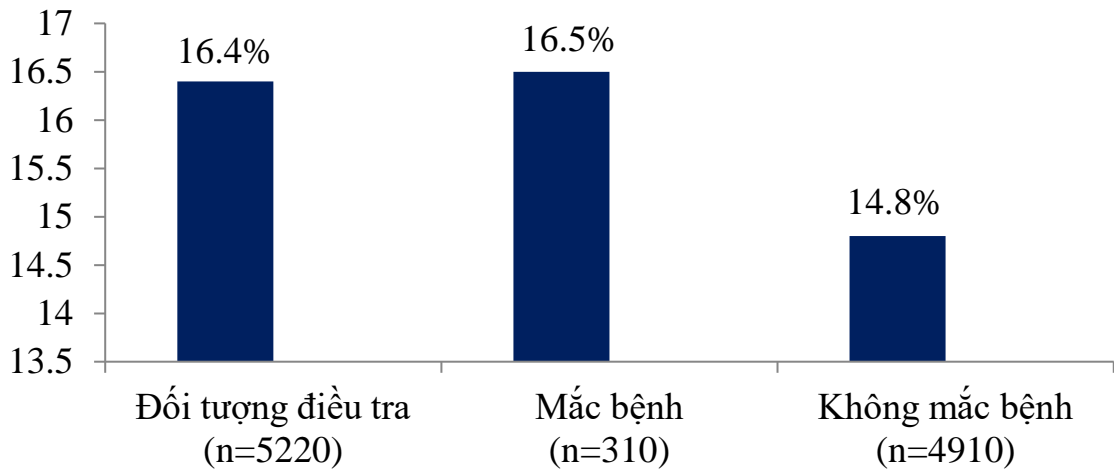
ĐTNCC Phòng bệnh	Tổng (n = 5220)		BPTNMT ¹ (n = 310)		Không mắc ² (n = 4910)		P (1&2)
	n	%	n	%	n	%	
Không hút thuốc	2240	42,9	145	46,8	2095	42,7	> 0,05
Cai thuốc	1405	26,9	82	26,5	1323	26,9	> 0,05
Khẩu trang	1473	28,2	59	19,0	1414	28,8	< 0,001
Ăn uống điều độ	898	17,2	57	18,4	841	17,1	> 0,05
Không biết	2354	45,1	135	43,5	2219	45,2	> 0,05

Nhận xét: gần một nửa số người được phỏng vấn cho rằng biện pháp phòng bệnh là không hút thuốc. Số ít cho rằng cần phải cai thuốc nếu hút, đeo khẩu trang tránh bụi và cần phải có chế độ ăn phù hợp.

Bảng 3.18. Kiến thức về thuốc giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định của đối tượng nghiên cứu

ĐTNCC Kiến thức	Tổng (n = 5220)		BPTNMT ¹ (n = 310)		Không mắc ² (n = 4910)		P (1&2)
	n	%	n	%	n	%	
Có thuốc dạng hít	883	16,9	79	25,5	804	16,4	< 0,001
Kháng sinh	799	15,3	47	15,2	752	15,3	> 0,05
GPQ dạng hít	315	6,0	22	7,1	293	6,0	> 0,05
GPQ dạng uống	229	4,4	16	5,2	213	4,3	> 0,05
Corticoide	88	1,7	6	1,9	82	1,7	> 0,05
Không biết	4249	81,4	252	81,3	3997	81,4	> 0,05

Nhận xét: 81,4% đối tượng chưa biết đến thuốc sử dụng cho BPTNMT trong giai đoạn ổn định; chỉ 16,9% biết có thuốc dạng hít và 7,1% biết thuốc dạng hít được sử dụng trong BPTNMT.



Hình 3.17. Thái độ tốt của đối tượng nghiên cứu đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước can thiệp

Nhận xét: tỷ lệ có thái độ tốt về BPTNMT chiếm 16,4%; không có sự khác biệt giữa nhóm mắc và không mắc bệnh, $p > 0,05$.

Bảng 3.19. Thái độ của đối tượng nghiên cứu khi biết mình mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Thái độ \ ĐTNC	Tổng chung (n = 5220)		BPTNMT ¹ (n = 310)		Không mắc ² (n = 4910)		P (1&2)
	n	%	n	%	n	%	
Cai thuốc	2052	39,3	125	40,3	1927	39,2	> 0,05
Tránh bụi, hóa chất	1241	23,8	54	17,4	1187	24,4	< 0,01
Tập thở, vận động	785	15,0	45	14,5	740	15,1	> 0,05
Tránh lạnh	1190	22,8	65	21,0	1125	22,9	> 0,05
Chỉ dẫn bác sĩ	3066	58,7	187	60,3	2879	58,6	> 0,05
Đến y tế công	4764	91,3	278	87,9	4486	91,4	> 0,05
Y tế tư nhân	670	12,8	34	11,0	636	13,0	> 0,05

Nhận xét: thái độ của ĐTNC khi mắc BPTNMT chưa tốt: 39,3% số người sẽ cai hút thuốc; rất ít người biết tránh bụi, hóa chất, tập thở và tránh lạnh.

Bảng 3.20. Thái độ của đối tượng nghiên cứu khi người thân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Thái độ \ ĐTNC	Tổng (n = 5220)		BPTNMT ¹ (n = 310)		Không mắc ² (n = 4910)		P (1&2)
	n	%	n	%	n	%	
Khuyến khám bệnh	4959	95,0	288	92,9	4671	95,1	> 0,05
Khuyến cai thuốc	1808	34,6	107	34,5	1701	34,6	> 0,05
Tiếp xúc bình thường	2576	49,3	174	56,1	2402	48,9	< 0,05
Tránh tiếp xúc	1019	19,5	53	17,1	966	19,7	> 0,05

Nhận xét: khi người thân mắc bệnh thì 95% số người sẽ khuyến đi khám bệnh tuy nhiên chỉ 34,6% số người sẽ khuyến cai thuốc nếu hút. Vẫn còn 19,5% số người cho rằng người mắc bệnh không nên sống và sinh hoạt bình thường với mọi người.

Bảng 3.21. Tác hại của hút thuốc và thái độ của đối tượng nghiên cứu khi người thân hút thuốc

Thái độ \ ĐTNC	Tổng (n = 5220)		BPTNMT ¹ (n = 310)		Không mắc ² (n = 4910)		P (1&2)
	n	%	n	%	n	%	
Hút thuốc có hại	4947	94,8	296	95,5	4651	94,7	> 0,05
Khuyến bỏ hút	4680	89,7	268	86,5	4412	89,9	> 0,05
Khuyến hút ít	936	17,9	55	17,7	881	17,9	> 0,05
Không khuyến	370	7,1	30	9,7	340	6,9	> 0,05

Nhận xét: hầu như ai cũng biết hút thuốc có hại cho sức khỏe và sẽ khuyến người thân có hút thuốc thì phải cai thuốc. Một số ít trường hợp khuyến hạn chế hút thuốc hoặc không khuyến, có thể do họ đã quen với tình trạng hút thuốc, nhất là ở địa phương trồng và bán thuốc.

Bảng 3.22. Kiến thức của người bệnh về các dụng cụ hít và tình hình tư vấn về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Kiến thức	Người mắc BPTNMT	
	n = 310	Tỷ lệ %
Biết bình xịt định liều	33	10,6
Biết dụng cụ turbuhaler	1	0,3
Biết dụng cụ accuhaler	1	0,3
Đã được tư vấn về BPTNMT	24	7,7

Nhận xét: rất ít người bệnh biết các dụng cụ hít, hầu hết chưa được tư vấn về BPTNMT. Do vậy cần phải tư vấn, hướng dẫn người bệnh thực hành về BPTNMT.

Bảng 3.23. Liên quan giữa các yếu tố tới kiến thức về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	ĐTNC (5220)	KT tốt		KT chưa tốt		Sau hiệu chỉnh	
		n	%	n	%	OR(95%CI)	p
< 60 tuổi	3362	169	5,0	3193	95,0	1,15 (0,86-1,55)	> 0,05
≥ 60 tuổi	1858	7,8	4,2	1780	95,8		
Nam	2326	107	4,6	2754	95,2	0,82 (0,63-1,06)	> 0,05
Nữ	2894	140	4,8	2219	95,4		
Dưới THCS	1471	33	2,2	1438	97,8	2,94 (1,97-4,37)	<0,001
THCS+	3749	214	5,7	3535	94,3		
BPTNMT	310	14	4,5	296	95,5	1,11 (0,63-1,95)	>0,05
Không mắc	4910	233	4,7	4677	95,3		

Nhận xét: người có học vấn dưới THCS có kiến thức kém hơn về BPTNMT, nên cần phải TTGDSK để hiểu cho các đối tượng này.

Bảng 3.24. Thực hành của người bệnh về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Thực hành	Người mắc BPTNMT	
	n = 310	Tỷ lệ %
Thực hành tốt	0	0
Không hút thuốc	195	62,9
Ho có kiểm soát	1	0,3
Thở chúm môi đúng	0	0
Sử dụng bình xịt định liều đúng	27	8,7
Sử dụng turbuhaler đúng	0	0
Sử dụng accuhaler đúng	1	0,3

Nhận xét: chưa người bệnh nào thực hành tốt về bệnh; 37,1% còn hút thuốc và hầu như không biết phục hồi chức năng hô hấp và sử dụng dụng cụ hít.

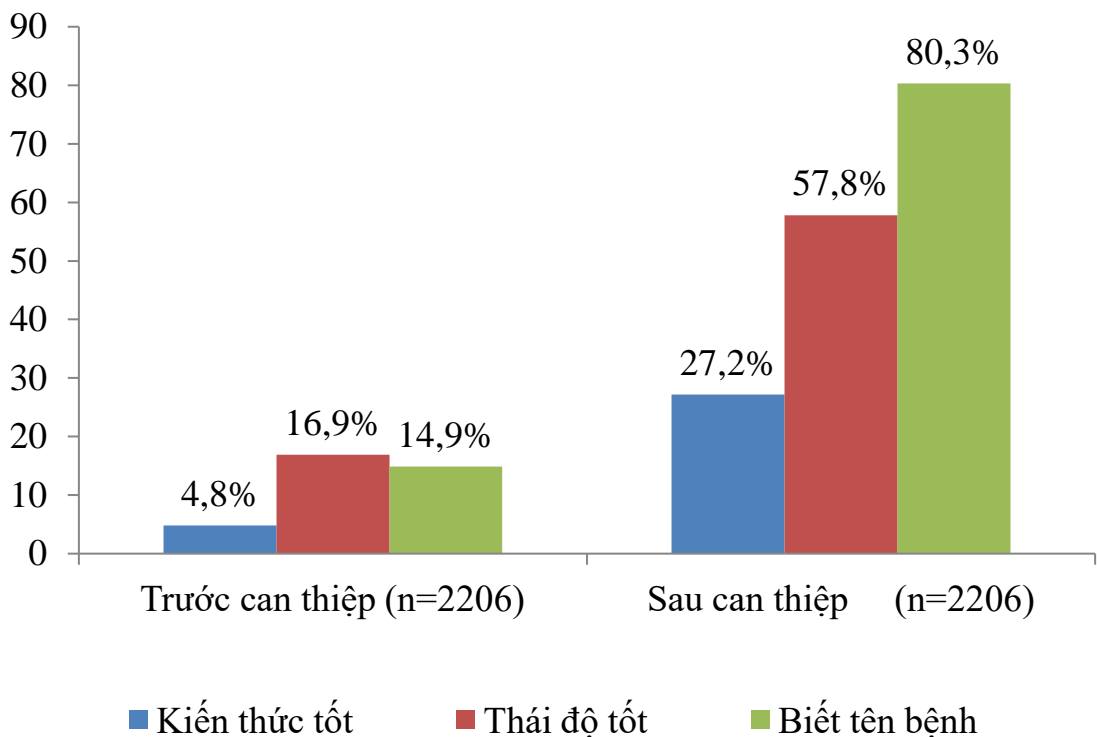
Bảng 3.25. Liên quan giữa các yếu tố tới thái độ về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	ĐTNC (5220)	TD tốt		TD chưa tốt		Sau hiệu chỉnh	
		n	%	n	%	OR (95%CI)	p
< 60 tuổi	3362	604	18,0	2758	82,0	0,80(0,67-0,97)	<0,001
≥ 60 tuổi	1858	251	13,5	1607	86,5		
Nam giới	2326	387	16,6	1939	83,4	0,99(0,8-1,2)	>0,05
Dưới THCS	1471	163	11,1	1308	88,9	1,46(1,17-1,80)	< 0,01
THCS+	3749	692	18,5	3057	81,5		
BPTNMT	310	46	14,8	264	85,2	1,0(0,7-1,44)	>0,05
KT tốt	247	210	85,0	37	15,0	36,7(25,6-52,7)	<0,001
KT chưa tốt	4973	645	13,0	4328	87,0		

Nhận xét: người già, học vấn thấp và kiến thức chưa tốt về BPTNMT có thái độ kém về bệnh, do vậy cần TTGDSK nâng cao kiến thức cho họ.

3.3. Hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sau 1 năm can thiệp

3.3.1. Hiệu quả can thiệp đối với kiến thức và thái độ về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính



Hình 3.18. Kiến thức, thái độ và hiểu biết tên bệnh của đối tượng nghiên cứu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp

Nhận xét: Sau 1 năm TTGDSK về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, kiến thức tốt của người dân đã tăng thêm 22,4%; hiệu quả đạt 466,7%; thái độ tốt về bệnh cũng tăng thêm 40,9%; hiệu quả đạt 242,0%; $p < 0,001$. Trước can thiệp chỉ có 14,9% người dân đã từng nghe tới tên bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, sau 1 năm can thiệp số người biết đến tên bệnh đã tăng thêm 65,4%, hiệu quả đạt 438,9%; $p < 0,001$.

Bảng 3.26. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về nguyên nhân và triệu chứng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp

Can thiệp \ Kiến thức	Trước (n = 2206)		Sau (n = 2206)		p	CSHQ (%)
	n	%	n	%		
Nguyên nhân						
Hút thuốc	956	43,3	1960	88,8	< 0,001	105,1
Ô nhiễm môi trường	800	36,3	1715	77,7	< 0,001	114,0
Khói bụi NN	336	15,2	758	34,4	< 0,001	126,3
Yếu tố di truyền	268	12,1	460	20,9	< 0,001	72,7
Không biết	1020	46,2	166	7,5	< 0,001	83,8
Triệu chứng						
Biểu hiện ho	862	39,1	1609	72,9	< 0,001	86,4
Khạc đờm	459	20,8	774	35,1	< 0,001	68,8
Khó thở	836	37,9	1758	79,7	< 0,001	110,3
Cả 3 triệu chứng	312	14,1	634	28,7	< 0,001	103,5
Không biết	1089	49,4	161	7,3	< 0,001	85,2

(Viết tắt: NN = nghề nghiệp)

Nhận xét: sau 1 năm can thiệp người dân đã biết nguyên nhân gây nên BPTNMT là do hút thuốc tăng thêm 45,5%; ô nhiễm môi trường tăng thêm 41,4%; khói bụi nghề nghiệp tăng 19,2%; số người không biết chỉ còn 7,5%; hiệu quả can thiệp đạt theo thứ tự 105,1%; 114,0%; 126,3% và 83,8%. Kiến thức BPTNMT có ho tăng thêm 33,8%; khạc đờm tăng thêm 14,3%; khó thở tăng thêm 41,8%; kể đủ 3 triệu chứng tăng thêm 14,6%; số người không biết triệu chứng nào chỉ còn 7,3%; hiệu quả đạt theo thứ tự là 86,4%; 68,8%; 110,3%; 103,5% và 85,2%; $p < 0,001$.

Bảng 3.27. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các đặc điểm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp

Can thiệp Đặc điểm	Trước (n = 2206)		Sau (n = 2206)		p	CSHQ (%)
	n	%	n	%		
Đặc điểm lây						
Bệnh lây	704	31,9	595	27,0	< 0,001	15,4
Không lây	772	35,0	1507	68,3	< 0,001	95,1
Không biết	730	33,1	104	4,7	< 0,001	85,8
Phòng bệnh						
Phòng được	1425	64,6	2087	94,6	< 0,001	46,4
Không phòng được	74	3,4	56	2,5	> 0,05	26,5
Không biết	707	32,0	63	2,9	< 0,001	90,9
Chữa bệnh						
Chữa được	1399	63,4	1969	89,3	< 0,001	40,9
Không chữa được	128	5,8	136	6,2	> 0,05	6,9
Không biết	679	30,8	101	4,6	< 0,001	85,1
Chữa khi ra viện	1104	50,0	1620	73,4	< 0,001	46,8
Chữa khi ổn định	714	32,4	1520	68,9	< 0,001	112,7

Nhận xét: sau 1 năm can thiệp, người dân đã biết BPTNMT không phải là bệnh lây tăng từ 35% lên 68,3%; hiệu quả đạt 95,1%; số người không biết giảm 28,4%; tuy nhiên vẫn còn 27% cho rằng đây là bệnh truyền nhiễm. Tỷ lệ người biết BPTNMT có thể phòng được tăng thêm 30%; hiệu quả đạt 46,4%; có thể điều trị được tăng 25,9%; hiệu quả đạt 40,9%; khi xuất viện cần phải tiếp tục điều trị bệnh tăng từ 50% lên 73,4%; hiệu quả đạt 46,8%; cần thiết phải điều trị ngay cả khi bệnh ổn định tăng 36,5%; hiệu quả đạt 112,7%.

Bảng 3.28. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về diễn biến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp

Can thiệp \ Kiến thức	Trước (n = 2206)		Sau (n = 2206)		p	CSHQ (%)
	n	%	n	%		
Cấp tính	330	15,0	372	16,9	> 0,05	12,7
Mạn tính	627	28,4	1204	54,6	< 0,001	92,3
Mạn có đợt cấp	250	11,3	427	19,4	< 0,001	71,7
Không biết	999	45,3	203	9,2	< 0,001	79,7

Nhận xét: sau 1 năm người dân đã biết BPTNMT có diễn biến mạn tính hoặc mạn có đợt cấp đã tăng từ 39,7% lên 74%; tỷ lệ người không biết đã giảm từ 45,3% xuống còn 9,2%; $p < 0,001$; vẫn còn 16,9% cho đây là bệnh cấp tính.

Bảng 3.29. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về biện pháp phòng chống bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp

Can thiệp \ Phòng bệnh	Trước (n = 2206)		Sau (n = 2206)		p	CSHQ (%)
	n	%	n	%		
Không hút thuốc	981	44,5	1946	88,2	< 0,001	98,2
Cai thuốc	623	28,2	1886	85,5	< 0,001	203,2
Ăn uống điều độ	401	18,2	547	24,8	< 0,001	36,3
Đeo khẩu trang	650	29,5	843	38,2	< 0,001	29,5
Không biết	950	43,1	135	6,1	< 0,001	85,8

Nhận xét: sau can thiệp tỷ lệ người biết phòng bệnh bằng cách không hút thuốc tăng 43,7%; hiệu quả đạt 98,2%; cai thuốc nếu có hút tăng 57,3%; hiệu quả đạt 203,2%; tỷ lệ người không biết đã giảm từ 43,1% xuống còn 6,1%.

Bảng 3.30. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về thuốc sử dụng cho bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định trước và sau can thiệp

Can thiệp Kiến thức	Trước (n = 2206)		Sau (n = 2206)		p	CSHQ (%)
	n	%	n	%		
GPQ dạng hít	129	5,8	479	21,7	< 0,001	274,1
GPQ dạng uống	91	4,1	333	15,1	< 0,001	268,3
Thuốc Corticoide	38	1,7	85	3,9	< 0,001	129,4
Không biết	1813	82,2	1361	61,7	< 0,001	24,9

Nhận xét: kiến thức của người dân về thuốc sử dụng cho BPTNMT giai đoạn ổn định còn rất hạn chế, sau can thiệp chỉ có 21,7% biết có thuốc giãn phế quản (GPQ) dạng hít, tỷ lệ chưa biết tuy giảm nhưng vẫn còn 61,7%.

Bảng 3.31. Thái độ của đối tượng nghiên cứu khi biết bản thân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp

Can thiệp Thái độ	Trước (n = 2206)		Sau (n = 2206)		p	CSHQ (%)
	n	%	n	%		
Cai thuốc nếu hút	845	38,3	2004	90,8	< 0,001	137,1
Tránh bụi, hóa chất	542	24,6	1607	72,8	< 0,001	195,9
Tập thở, vận động	338	15,3	724	32,8	< 0,001	114,4
Tránh lạnh	518	23,5	1001	45,4	< 0,001	93,1
Chỉ dẫn bác sĩ	1327	60,2	1919	87,0	< 0,001	44,5
Không biết	614	27,8	48	2,2	< 0,001	92,1

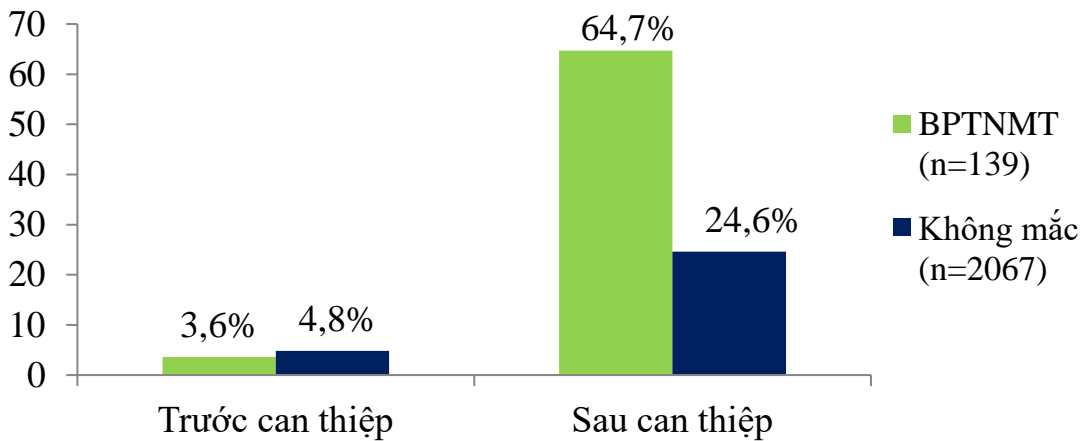
Nhận xét: thái độ đúng về BPTNMT của người dân xã Kiến Thiết: cai thuốc từ 38,3% lên 90,8%; hiệu quả đạt 137,1%; tránh bụi, hóa chất từ 24,5% lên 72,9%; hiệu quả đạt 195,9%; tập thở và vận động tăng 17,5%; tránh lạnh tăng 21,9%. Có 87% số người theo chỉ dẫn của bác sĩ, do vậy vai trò của nhân viên y tế với người dân rất quan trọng.

Bảng 3.32. Thái độ của đối tượng nghiên cứu khi người thân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hút thuốc trước và sau can thiệp

Thái độ \ Can thiệp	Trước (n = 2206)		Sau (n = 2206)		p	CSHQ (%)
	n	%	n	%		
Người thân mắc bệnh						
Khuyên cai thuốc	795	36,0	1330	60,3	< 0,001	67,5
Sinh hoạt bình thường	1092	49,5	2011	91,2	< 0,001	84,2
Người thân hút thuốc						
Khuyên cai thuốc	1854	84,0	2005	90,9	< 0,001	8,2
Khuyên giảm hút	329	14,9	579	26,2	< 0,001	75,8
Không khuyên	256	11,6	165	7,5	< 0,001	35,3

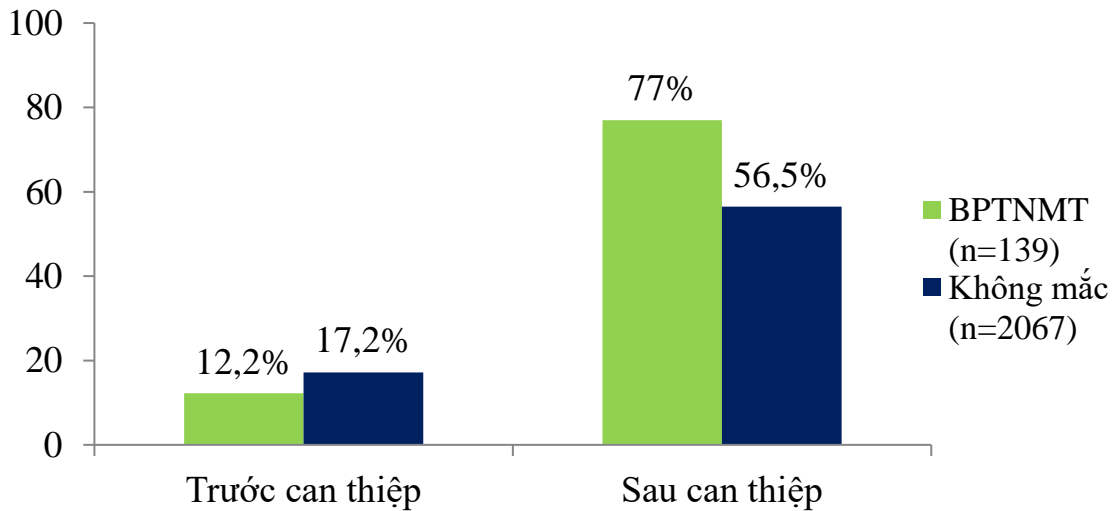
Nhận xét:

- Thái độ khi người thân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nếu có hút thuốc sẽ khuyên cai thuốc tăng 24,3%; hiệu quả đạt 67,5%; có thể sống và sinh hoạt bình thường với mọi người tăng 41,7%; hiệu quả đạt 84,2%.
- Khi người thân hút thuốc, tỷ lệ khuyên cai thuốc tăng tới 90,9%; khuyên giảm hút thuốc tăng thêm 11,3%; hiệu quả đạt 75,8%; tuy nhiên vẫn còn 7,5% không khuyên gì. Nhìn chung thái độ đối với người thân khi họ mắc bệnh và hút thuốc tăng đáng kể, $p < 0,001$.



Hình 3.19. So sánh kiến thức tốt của người không mắc và người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp

Nhận xét: sau can thiệp người mắc BPTNMT có kiến thức tốt tăng thêm 61,1% (hiệu quả đạt 1697%); người không mắc bệnh chỉ tăng thêm 19,8% (hiệu quả 412,5%); $p < 0,001$.



Hình 3.20. So sánh thái độ tốt của người không mắc và người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp

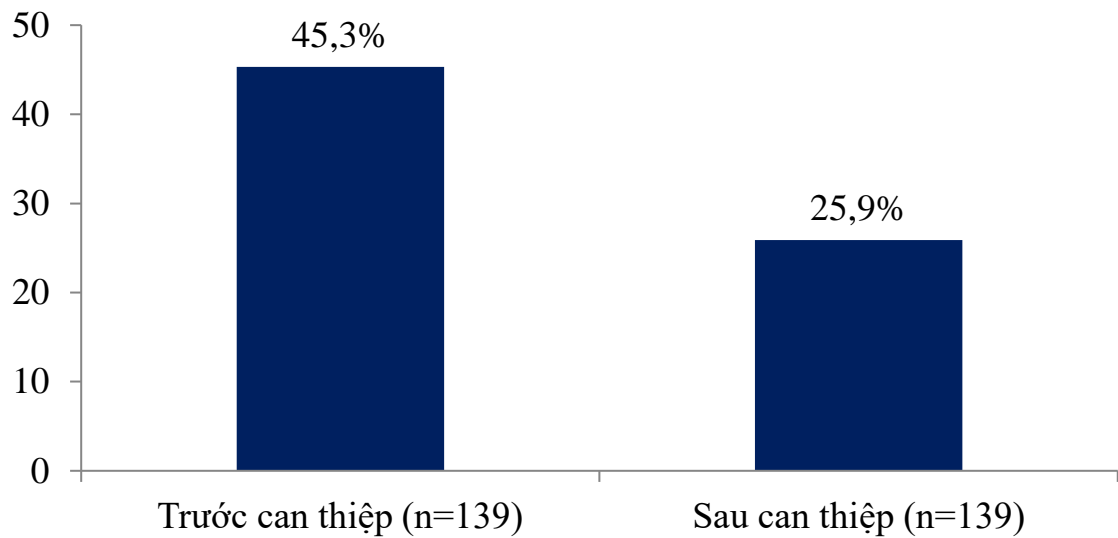
Nhận xét: sau 1 năm can thiệp người mắc BPTNMT có thái độ tốt tăng 64,8% (hiệu quả 531,1%); người không mắc bệnh thái độ tốt tăng 39,3% (hiệu quả đạt 228,5%); $p < 0,001$. Như vậy phương pháp TTGDSK trực tiếp cải thiện kiến thức và thái độ tốt hơn truyền thông gián tiếp tại cộng đồng.

3.3.2. Hiệu quả can thiệp đối với thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bảng 3.33. Thực hành của người bệnh về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp

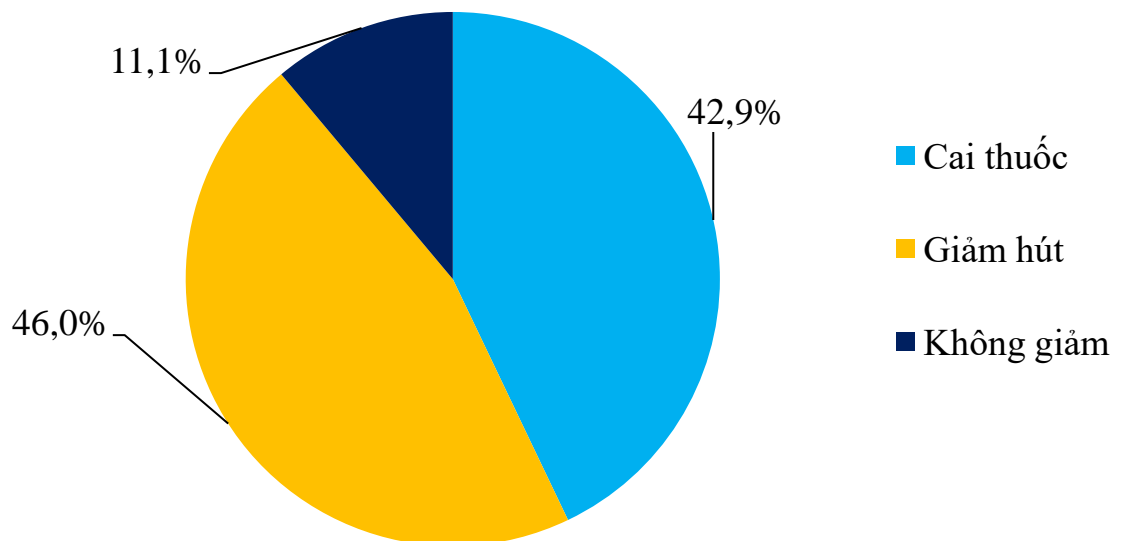
Thực hành đúng	Trước (n = 139)		Sau (n = 139)		p	CSHQ%
	n	%	n	%		
Ho có kiểm soát	01	0,7	104	74,8	< 0,001	14.757
Thở chúm môi	00	0,0	102	73,4		
Dùng bình xịt định liều	14	10,1	104	74,8	< 0,001	640,6
Dùng accuhaler	01	0,7	64	46,0	< 0,001	6.471
Dùng turbuhaler	0	0	68	48,9		
Không hút thuốc	76	54,7	103	74,1	< 0,05	35,5
Thực hành đúng	00	0,0	87	61,9		

Nhận xét: sau 1 năm can thiệp tỷ lệ người bệnh ho có kiểm soát đúng đã tăng 103,3%; hiệu quả đạt 14.757%; thở chúm môi đúng tăng 73,4%; dùng đúng bình xịt định liều tăng 64,7%; hiệu quả đạt 640,6%. Tỷ lệ sử dụng đúng dụng cụ hít accuhaler tăng 45,3% và turbuhaler tăng 48,8%. Tỷ lệ không hút thuốc tăng 19,4%; hiệu quả đạt 35,5%. Trước can thiệp không người bệnh nào thực hành tốt, sau can thiệp có 61,9% người bệnh thực hành tốt về BPTNMT.



Hình 3.21. Tình hình hút thuốc của người bệnh trước và sau can thiệp

Nhận xét: sau can thiệp vẫn còn 25,9% người bệnh hút thuốc do vậy cần phải tiếp tục tuyên truyền cho người bệnh cai thuốc.



Hình 3.22. Tình hình hút thuốc của người bệnh có hút thuốc trước và sau can thiệp (n = 63)

Nhận xét: trước can thiệp có 63 người bệnh hút thuốc, sau can thiệp có 27 người bệnh cai thuốc, chiếm 42,9%; có 29 người bệnh đã giảm hút thuốc, chiếm 46%; chỉ còn 7 người bệnh vẫn hút như trước, chiếm 11,1%.

3.3.3. Hiệu quả can thiệp đối với sức khỏe và chức năng thông khí của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bảng 3.34. Kết quả điểm CAT, mMRC, số đợt cấp trong năm và chức năng thông khí của người bệnh trước và sau can thiệp

Chỉ số \ Can thiệp	Trước (n=139)		Sau (n=139)		p
	n	%	n	%	
mMRC ≤ 1	74	53,2	93	66,9	< 0,05
mMRC > 1	65	46,8	46	33,1	
CAT < 10	26	18,7	26	18,7	> 0,05
CAT ≥ 10	113	81,3	113	81,3	
Đợt cấp 0	75	54,0	89	64,0	> 0,05
Đợt cấp ≥ 1	64	46,0	50	36,0	
Trung bình mMRC	1,47 ± 1,07		1,17 ± 0,97		< 0,05
Trung bình CAT	17,69 ± 5,87		16,14 ± 4,88		< 0,05
Trung bình đợt cấp	0,76 ± 0,96		0,52 ± 0,81		< 0,05
Trung bình FEV1/FVC%	59,47 ± 8,71		59,07 ± 9,40		> 0,05
Trung bình FEV1%	59,96 ± 22,13		58,33 ± 22,12		> 0,05

Nhận xét: Sau can thiệp 1 năm, tình trạng khó thở của người bệnh được cải thiện, tỷ lệ người bệnh có điểm mMRC ≤ 1 đã tăng 13,7%; trung bình đợt cấp đã giảm từ 1,47 ± 1,07 xuống 1,17 ± 0,97; p < 005. Tình trạng sức khỏe của người bệnh theo thang điểm CAT: tuy tỷ lệ CAT < 10 vẫn giữ nguyên nhưng trung bình điểm CAT đã giảm từ 17,69 ± 5,87 xuống còn 16,14 ± 4,88. Tỷ lệ đợt cấp phải nhập viện điều trị tăng từ 54% lên 64%; trung bình đợt cấp giảm từ 0,76 ± 0,96 xuống 0,52 ± 0,81; p < 0,05. Chức năng thông khí giảm chậm, trung bình Trung bình FEV1/FVC% (59,47 ± 8,71 vs 59,07 ± 9,40; p > 0,05); trung bình FEV1% (59,96 ± 22,13 vs 58,33 ± 22,12; p > 0,05).

Bảng 3.35. Mức độ tắc nghẽn đường thở của người bệnh trước và sau can thiệp

Phân loại \ Can thiệp	Trước (n = 139)		Sau (n = 139)		p
	GOLD1	23	16,5	24	
GOLD2	71	51,1	58	41,7	> 0,05
GOLD3	32	23,0	46	33,1	> 0,05
GOLD4	13	9,4	11	7,9	> 0,05

Nhận xét: Mức độ tắc nghẽn đường thở ít thay đổi theo từng giai đoạn, GOLD 1 tăng từ 16,5% lên 17,3%; GOLD 2 giảm từ 51,1% xuống 41,7%; GOLD 3 và 4 tăng từ 32,4% lên 41,0%; $p > 0,05$. Như vậy TTGDSK cho người bệnh đã duy trì được chức năng hô hấp cho người bệnh.

Bảng 3.36. Phân loại giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước và sau can thiệp

Phân loại \ Can thiệp	Trước (n = 139)		Sau (n = 139)		p
	GOLD A	17	12,2	21	
GOLD B	58	41,7	68	48,9	> 0,05
GOLD C	28	20,1	28	20,1	> 0,05
GOLD D	36	25,9	22	15,8	< 0,05

Nhận xét: giai đoạn của BPTNMT thay đổi theo chiều hướng tích cực, GOLD A tăng từ 12,2% lên 15,1%; GOLD B tăng từ 41,7% lên 48,9%; GOLD C không thay đổi; GOLD D giảm từ 25,9% xuống 15,8%; $p < 0,05$. Như vậy can thiệp TTGDSK ít nhiều cải thiện giai đoạn của BPTNMT, đặc biệt giai đoạn GOLD D, tức là phần nào cải thiện sức khỏe cho người bệnh.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc và các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

4.1.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là bệnh thường gặp ở người cao tuổi, yếu tố nguy cơ chính là hút thuốc và ô nhiễm môi trường. Tốc độ già hóa dân số nước ta tăng rất nhanh, kinh tế phát triển khiến môi trường trở lên ô nhiễm do vậy nghiên cứu về BPTNMT ngày càng được quan tâm. Chúng tôi chọn xã Kiến Thiết huyện Tiên Lãng và xã Kiền Bái huyện Thủy Nguyên, Thành phố Hải Phòng vào nghiên cứu cắt ngang tỷ lệ mắc và KAP về BPTNMT. Đồng thời chúng tôi chọn xã Kiến Thiết, một xã mà người dân chuyên canh cây thuốc lá vào nghiên cứu can thiệp.

Do BPTNMT thường xuất hiện sau 40 tuổi nên chúng tôi cũng lựa chọn những đối tượng này vào nghiên cứu. Kết quả điều tra tại hai xã đã thu nhận được 5.220 người trong đó Kiến Thiết 2.540 người và Kiền Bái 2.680 người (bảng 3.1). Tỷ lệ nữ tham gia nghiên cứu chiếm 55,4% (Kiến Thiết 57% và Kiền Bái 53,9%; $p < 0,05$) và nam chiếm 44,6% (Kiến Thiết 43% và Kiền Bái 46,1%). Trung bình tuổi của ĐTNCC là $57,49 \pm 12,11$ (Kiến Thiết $56,91 \pm 11,65$ và Kiền Bái $58,04 \pm 12,52$; $p < 0,05$). Nhóm tuổi tham gia nghiên cứu nhiều nhất là 50 - 59 tuổi chiếm 36% sau đến nhóm tuổi 40 - 49 chiếm 28,4%; ít hơn là nhóm tuổi 60 - 69 chiếm 18,9%; ít nhất là nhóm 70 tuổi trở lên chiếm 16,7%. Sau thời vụ, nam giới có thể tham gia lao động kiếm sống nơi khác bằng các nghề phụ nên khó tiếp cận, mặt khác phụ nữ thường nông nghiệp ruộng vườn gắn liền với nội trợ và chăm sóc con cháu nên nhóm nghiên cứu dễ dàng tiếp cận hơn nam. Địa bàn nghiên cứu là hai xã thuần

nông, do vậy nghề nghiệp chính của đối tượng tham gia nghiên cứu là nông dân chiếm tới 79,2% (Kiến Thiết 87,4% và Kiên Bái 71,5%); tỷ lệ các ngành nghề khác đều dưới 10%. Trình độ học vấn của người dân của 2 xã còn thấp, tỷ lệ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống chiếm tới 83,2%, trong đó có 4,4% đối tượng mù chữ, không có sự khác biệt về từng cấp độ học vấn của 2 xã, $p > 0,05$ (bảng 3.2). Tỷ lệ hút thuốc của ĐTNC (bảng 3.3) là 41,6%; tỷ lệ hút thuốc ở Kiến Thiết cao hơn Kiên Bái (47,1% vs 36,8%; $p < 0,001$). Kiến Thiết là xã trồng thuốc Lào nên người dân chủ yếu hút thuốc Lào (43,7%); Kiên Bái người dân chủ yếu hút thuốc lá (26%); sự khác biệt về hút thuốc Lào và thuốc lá của 2 xã với $p < 0,001$. Tỷ lệ hút thuốc ở người dân có trồng thuốc Lào chiếm 45,1% và người không trồng chiếm 39%; $p < 0,001$. Người trồng cây thuốc liên quan rất nhiều đến chế biến, phân loại và bán sản phẩm, có thể đây là lý do khiến họ hút thuốc nhiều hơn người không trồng. Các loại chất đốt từng được sử dụng trong gia đình (bảng 3.4) trước đây chủ yếu là rơm rạ chiếm 88,4%. Xu thế hiện nay người dân thường thay thế chất đốt bằng gas, tỷ lệ dùng bếp gas hiện nay chiếm 86,6% tuy nhiên thời gian dùng bếp gas 20 năm trở lên chỉ chiếm 1,9%. Qua điều tra chúng tôi nhận thấy người dân thường dùng xen kẽ các loại chất đốt khác nhau nên đánh giá phơi nhiễm khói của các chất đốt riêng rẽ rất khó khăn, vì vậy chúng tôi tính cộng dồn thời gian những người có tiếp xúc với khói rơm rạ, than củi và khí gas. Tổng thời gian có tiếp xúc với các loại khói này đa số trên 30 năm, chiếm 96,1%.

ĐTNC có biểu hiện một trong những triệu chứng cơ năng của đường hô hấp chiếm 22,2% trong đó ho chiếm 14,9%; khó thở chiếm 14,4%; khạc đờm 10,6%; tỷ lệ đối tượng có cả 3 triệu chứng trên chiếm 6%. Tỷ lệ viêm phế quản mạn tính ở người từ 40 tuổi trở lên chiếm 3,1%; hen phế quản chiếm 2,0% và đã có tiền sử điều trị lao là 1,2% (hình 3.2 và 3.3). Hút thuốc là nguyên nhân chính dẫn đến các triệu chứng và bệnh lý về đường hô hấp,

nghiên cứu của Rachel E Jordan (2012) các triệu chứng hô hấp ở người hút thuốc cũng thường gặp hơn: khó thở chiếm 65,4%; thở khò khè chiếm 44,1%; viêm phế quản mạn tính chiếm 15% [150].

Các nghiên cứu trong và ngoài nước về BPTNMT cũng thường lựa chọn đối tượng 40 tuổi trở lên: Ngô Quý Châu (2006) nghiên cứu tại Hải Phòng, đối tượng 40-49 tuổi tham gia nghiên cứu 38,8%; nam giới chiếm 47,2% và nữ giới chiếm 52,8%; tỷ lệ hút thuốc là 36,1% [5]. M.Sh. Badway (2016) nghiên cứu ở Hy Lạp thấy 73,5% từ 40 - 59 tuổi và có 50,4% hút thuốc [100]. Nanshan Zhong nghiên cứu ở Trung Quốc cho thấy tỷ lệ ĐTNC nam chiếm 43%; nữ chiếm 57%; tỷ lệ có hút thuốc chiếm 38,3% [120]. C. Bárbara nghiên cứu ở Bồ Đào Nha: ĐTNC nữ chiếm 53%; tỷ lệ ho mạn tính 11%; khạc đờm mạn tính 13%; khó thở 24%; tỷ lệ hen phế quản 12% [41].

Như vậy các công trình nghiên cứu về BPTNMT trong nước và quốc tế có khác nhau về địa điểm nghiên cứu, nghề nghiệp, tập tục văn hóa... tuy nhiên hầu như đều lựa chọn ĐTNC từ 40 tuổi trở lên, tỷ lệ tham gia nghiên cứu nữ thường cao hơn nam. Điều tra thường tập trung vào khai thác các yếu tố nguy cơ của BPTNMT đặc biệt là tình trạng hút thuốc, yếu tố nghề nghiệp, triệu chứng cơ năng và tiền sử mắc một số bệnh hô hấp.

4.1.2. Tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Nghiên cứu điều tra dịch tễ thường sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang. Tỷ lệ mắc BPTNMT phụ thuộc vào phương pháp chẩn đoán, tỷ lệ phát hiện BPTNMT bằng đo CNTK thường cao hơn [50] [86] [150]. Hiện nay GOLD thống nhất chẩn đoán xác định BPTNMT dựa trên kết quả đo CNTK. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại 2 xã trên 5.220 người từ 40 tuổi trở lên, tất cả đều được phỏng vấn theo phiếu điều tra riêng, đặc biệt phỏng vấn sâu về triệu chứng cơ năng hô hấp, tiền sử bệnh hô hấp, tình trạng hút

thuốc và sử dụng chất đốt trong gia đình, kết hợp với đo lưu lượng đỉnh. Những người có yếu tố nguy cơ, có triệu chứng hô hấp như ho, khạc đờm, khó thở mạn tính, những người có tiền sử mắc các bệnh hô hấp như hen phế quản, đã điều trị lao phổi hoặc những người không có yếu tố nguy cơ nhưng có lưu lượng đỉnh < 70% đều được đo CNTK. Các thông số của máy được cài đặt theo tiêu chuẩn phù hợp với người Việt Nam. Những đối tượng có rối loạn thông khí tắc nghẽn đều được làm test hồi phục phế quản. Test hồi phục phế quản âm tính khi chỉ số FEV1 lần 2 tăng hơn lần 1 dưới 200ml và/hoặc tăng < 12%; chỉ số Gaensler dưới 70%. Chẩn đoán xác định mắc BPTNMT khi chỉ số FEV1/FVC < 70% sau test phục hồi phế quản âm tính.

Kết quả (bảng 3.5) cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT chung cho cả 2 xã là 5,9% (nam 8,7% vs nữ 3,7%; $p < 0,001$). Tỷ lệ mắc ở Kiên Thiết là 7,0%; Kiên Bái là 5,0%; $p < 0,01$. Theo GOLD, tỷ lệ mắc BPTNMT tăng theo tuổi, giới nam và hút thuốc là yếu tố quan trọng nhất gây nên BPTNMT. Tỷ lệ người dân hút thuốc ở Kiên Thiết cao hơn Kiên Bái (46,7% vs 36,7%; $p < 0,001$); tỷ lệ nam giới tham gia nghiên cứu ở Kiên Thiết thấp hơn Kiên Bái (43,0 vs 46,1; $p < 0,05$) và tuổi của ĐTNC ở Kiên Thiết lại thấp hơn Kiên Bái ($56,91 \pm 11,65$ vs $58,04 \pm 12,52$). Như vậy tình trạng hút thuốc nhiều hơn có thể là lý do chính khiến tỷ lệ mắc bệnh ở Kiên Thiết cao hơn Kiên Bái.

Johan Buffels (2004) cho biết nếu sử dụng đo CNTK để chẩn đoán có thể phát hiện được gấp đôi số người mắc BPTNMT so với cách phát hiện bệnh chỉ dựa vào bộ câu hỏi phỏng vấn [86]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 283/310 người bệnh được mới phát hiện chẩn đoán chiếm 91,3%; số người bệnh đã được chẩn đoán và quản lý BPTNMT chỉ có 27 người, chiếm 8,7%.

Tỷ lệ mắc BPTNMT của các nghiên cứu cũng rất khác nhau. Nguyễn Thị Xuyên cho biết tỷ lệ mắc BPTNMT ở người từ 40 tuổi trở lên ở Việt Nam là 4,2%; Miền Bắc là 4,7% [25]. Ngô Quý Châu (2005) nghiên cứu BPTNMT

ở người trên 35 tuổi tại Hà Nội thấy tỷ lệ mắc chung là 3,2% (nam 5,5%; nữ 1,06%) trong đó 94,7% số người bệnh mới được chẩn đoán [4]. Các nghiên cứu về BPTNMT ở đối tượng từ 40 tuổi trở lên của Phan Thu Phương tại Lạng Giang-Bắc Giang, tỷ lệ mắc là 3,85% (nam 6,92%; nữ 1,42%) [16]; Lê Thị Vân Anh (2006) tại thành phố Bắc Giang, tỷ lệ mắc là 2,3% (nam 3,0%; nữ 1,7%) [1]; Ngô Quý Châu tại Hải Phòng, tỷ lệ mắc là 5,65% [5]. Tỷ lệ mắc BPTNMT tại Hải Phòng của Ngô Quý Châu thấp hơn của chúng tôi không nhiều có thể do khác thời điểm nghiên cứu, phù hợp với tình hình dịch tễ BPTNMT đang có xu hướng gia tăng. Nghiên cứu về BPTNMT ở đối tượng từ 40 tuổi trở lên của các tác giả trên thế giới như trong nghiên cứu của Zhong tại 7 tỉnh thành ở Trung Quốc, tỷ lệ mắc là 8,2% (nam 12,4%; nữ 5,1%) [120]; Hyejin Joo tại Hàn Quốc, tỷ lệ mắc là 14,1% [78]; M.Sh. Badway ở Hy Lạp tỷ lệ mắc là 6,6%; số người bệnh được chẩn đoán trước đó chỉ chiếm 7,5% [100]; C. Bárbara ở Bồ Đào Nha, tỷ lệ mắc là 14,2% trong đó 86,8% người bệnh mới được chẩn đoán [41].

Như vậy rất nhiều công trình nghiên cứu trong và ngoài nước đều tiến hành trên các đối tượng từ 40 tuổi trở lên về tỷ lệ mắc BPTNMT cho các kết quả khác nhau tùy thuộc vào vùng, lãnh thổ, phương pháp thu thập mẫu, phương pháp chẩn đoán. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ, hầu như người bệnh chưa được chẩn đoán trước đó. Chủ động đo CNTK sẽ phát hiện được rất nhiều người mắc BPTNMT do vậy nghiên cứu tình hình dịch tễ BPTNMT không những đưa ra tỷ lệ mắc mà còn giúp ta có cái nhìn bao quát, đánh giá gánh nặng của bệnh để đề ra biện pháp phòng chống bệnh phù hợp.

4.1.3. Các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Rất nhiều yếu tố liên quan đến BPTNMT, do phạm vi và khả năng của đề tài, chúng tôi chỉ đề cập đến một số yếu tố như tuổi, giới, tiền sử bệnh hô

hấp, yếu tố hút thuốc, sử dụng chất đốt trong gia đình. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết hợp phân tích đơn biến và hồi quy đa biến để xác định các yếu tố nguy cơ đến mắc BPTNMT.

BPTNMT liên quan đến tình trạng viêm mạn tính ở phế quản phổi từ khi tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ và tiến triển âm thầm dẫn tới tắc nghẽn đường thở và rối loạn này thường xảy ra ở những người trên 40 tuổi. Tuổi càng cao thì nguy cơ mắc BPTNMT càng tăng do thời gian phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ càng dài, đồng thời chức năng hô hấp ngày càng giảm, hơn nữa số người mắc và số người bệnh tích lũy càng nhiều. Những trường hợp hút thuốc có thể biểu hiện ho hoặc khạc đờm không thường xuyên đôi khi họ không để ý và vẫn nghĩ rằng họ khỏe mạnh nên họ cho rằng các biểu hiện triệu chứng trên là do hút thuốc. Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào đo CNTK, người mắc bệnh thường có biểu hiện các triệu chứng lâm sàng rõ ràng mới đi khám, đây cũng là lý do người bệnh được xác định bệnh khi tuổi đã cao.

Qua điều tra và khám bệnh cho đối tượng từ 40 tuổi trở lên ở hai xã chúng tôi đã phát hiện 310 người mắc BPTNMT, tỷ lệ mắc bệnh có xu hướng tăng lên theo tuổi, nam cao hơn nữ (bảng 3.6 và hình 3.5). Tỷ lệ mắc thấp nhất ở nhóm tuổi 40 – 49 chiếm 1,9%; sau đến nhóm 50 – 59 chiếm 3,8%; cao hơn là nhóm 60 – 69 tuổi chiếm 9,5% và cao nhất là nhóm 70 tuổi trở lên chiếm 13,3% ($\chi^2 = 158,8$; $p < 0,001$). Nam giới có nguy cơ mắc BPTNMT tăng gấp 2,45 lần so với nữ (8,7% vs 3,7%; $p < 0,001$). Khi phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan chúng tôi cũng nhận thấy nếu so sánh với nhóm 40 - 49 tuổi thì nguy cơ mắc của nhóm 50 – 59 tuổi tăng gấp 1,98 (1,3-3,1) lần, nhóm 60 – 69 tuổi nguy cơ mắc tăng gấp 4,23 (2,7-6,7) lần và nhóm 70 tuổi trở lên nguy cơ mắc tăng gấp 5,31 (3,3-8,6) lần. Nam nguy cơ mắc bệnh tăng gấp 1,82 (1,3-2,6) lần so với nữ.

Nhiều công trình nghiên cứu dịch tễ về BPTNMT đều nhận thấy rằng tỷ lệ mắc BPTNMT tăng theo tuổi, nam cao hơn nữ. Nanshan Zhong nghiên cứu ở Trung Quốc thấy nguy cơ mắc BPTNMT ở người 70 tuổi trở lên tăng gấp 9,2 (7,48-11,3) lần so với nhóm 40-49 tuổi; nam tăng gấp 1,85 (1,59-2,14) lần so với nữ [120]. Seok Jeong Lee (2015) nghiên cứu ở người từ 40 tuổi trở lên không hút thuốc tại Hàn Quốc thấy nam giới nguy cơ mắc BPTNMT tăng gấp 4,2 lần nữ. Nếu so với nhóm tuổi 40-49 thì nhóm 60-69 tuổi nguy cơ mắc bệnh tăng gấp 3,8 lần, nhóm 70-79 nguy cơ mắc tăng gấp 9,2 lần [159]. Rachel E Jordan (2012) phân tích số liệu những năm 1995, 1996 và 2001 của các đối tượng từ 40 tuổi trở lên được chẩn đoán BPTNMT theo tiêu chuẩn GOLD cho thấy nam có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 1,46 lần nữ, tuổi 70-79 nguy cơ mắc bệnh cao gấp 4,03 lần so với nhóm tuổi 40-49 [150]. Hager Daldoul (2013) nghiên cứu ở Tunisia thấy người 70 tuổi trở lên nguy cơ mắc BPTNMT tăng gấp 17,67 lần so với nhóm 40 – 49 tuổi [76].

Xã hội càng phát triển thì nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân càng cao, học vấn càng cao sẽ giúp họ dễ tiếp cận với kiến thức và biết cách tự chăm sóc sức khỏe cũng như ý có thức bảo vệ sức khỏe tốt hơn. Điều kiện kinh tế thường liên quan đến giáo dục, những đối tượng học vấn thấp có thể do họ không có điều kiện đi học. Những người nghèo ít có điều kiện chăm sóc sức khỏe, chế độ dinh dưỡng và điều kiện sống thiếu thốn khiến họ dễ bị mắc các bệnh nhiễm trùng. Các bệnh nhiễm trùng hô hấp thời niên thiếu có liên quan chặt chẽ tới sự suy giảm chức năng của phổi và làm gia tăng các bệnh đường hô hấp khi trưởng thành [46] [126]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, học vấn càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng thấp (hình 3.6). Tỷ lệ mắc BPTNMT ở đối tượng mù chữ chiếm 9,9%; tiểu học chiếm 9,2%; THCS chiếm 4,7% và học từ THPT trở lên tỷ lệ mắc 4,2% ($\chi^2 = 33,7$; $p < 0,001$). Khi phân tích đa biến chúng tôi cũng nhận thấy người học dưới THCS nguy

cơ mắc bệnh tăng gấp 1,5 (1,1-2,0) lần so với người có học vấn cao hơn. Một số nghiên cứu liên quan học vấn tới tỷ lệ mắc BPTNMT cho các kết quả khác nhau, có thể do mỗi vùng có tập tục và phơi nhiễm các yếu tố nguy cơ khác nhau. Nghiên cứu của Mohammad Golshan [116]; Hager Daldoul [76] chưa thấy liên quan học vấn với tỷ lệ mắc BPTNMT. Nghiên cứu của Nanshan Zhong [120]; Seok Jeong Lee [159]; Danielsson [135] lại cho thấy tỷ lệ mắc tăng cao ở người có học vấn thấp.

Nghiên cứu của chúng tôi vùng nông thôn, ĐTNCL chủ yếu là nông dân, tỷ lệ mắc BPTNMT ở đối tượng này cũng như tỷ lệ mắc bệnh chung (5,9%); tỷ lệ mắc thấp hơn ở công nhân (2,9%) và buôn bán tự do (2,5%); tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở đối tượng hưu trí (15,8%); khi phân tích đa biến chúng tôi thấy tỷ lệ mắc bệnh ở người nghỉ hưu không liên quan tới mắc BPTNMT, OR = 1,27 (0,9-1,9). Chu Thị Hạnh nghiên cứu ở công nhân thấy tỷ lệ mắc BPTNMT là 3,0%; tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi [10]. Tỷ lệ mắc bệnh khác nhau ở đối tượng có nghề nghiệp khác nhau có thể liên quan đến vấn đề tuổi tác và thời gian phơi nhiễm các yếu tố nguy cơ, tuổi càng cao thì phơi nhiễm yếu tố nguy cơ càng nhiều. Hưu trí thường tuổi cao sức yếu, công nhân và buôn bán tự do có tuổi trẻ và khỏe hơn nên tỷ lệ mắc bệnh có khác nhau nhưng đều không phải yếu tố liên quan đến BPTNMT.

Một số công trình nghiên cứu trên thế giới cho thấy một số nghề nghiệp làm tăng nguy cơ mắc BPTNMT. Nanshan Zhong nghiên cứu ở Trung Quốc cho thấy những nghề phơi nhiễm với bụi, khí gas, khói thì nguy cơ mắc BPTNMT tăng gấp 1,2 lần so với người không bao giờ tiếp xúc [120]. Seok Jeong Lee (2015) so sánh tỷ lệ mắc BPTNMT của các nghề khác nhau với đối tượng viên chức hoặc quản lý thấy nghề xây dựng hoặc khai thác mỏ có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn. Các nghề khác như nông nghiệp, đánh cá, thợ máy, dịch vụ, buôn bán đều không có liên quan đến BPTNMT [159].

Nhiều công trình nghiên cứu ở Việt Nam đều tính mức độ hút thuốc theo bao-năm (B-N) và quy chuẩn đổi thuốc lá sang thuốc lào dựa theo trọng lượng, với mỗi một lần hút thuốc lào tương đương với 1gram sợi thuốc và 5 lần hút thì tương đương với một điếu thuốc lá. Do cách sử dụng thuốc lá và thuốc lào khác nhau nên việc quy đổi này chỉ mang tính tương đối và cần phải có các nghiên cứu cụ thể bởi vì người hút thuốc lào nếu tính như trên thì số lượng thuốc sử dụng hàng ngày hoặc một quá trình có thể khác so với hút thuốc lá. Trần Hoàng Thành (2009) nghiên cứu tình trạng hút thuốc ở người mắc BPTNMT cho thấy đa số người bệnh hút thuốc lào dưới 10 B-N và người bệnh hút thuốc lá trên 10 B-N [19].

Kết quả (bảng 3.8) tỷ lệ mắc BPTNMT ở người không hút thuốc chiếm 3,6%; ở người có hút thuốc chiếm 9,2% (OR = 2,72; 95%CI: 2,14-23,45). Tỷ lệ mắc BPTNMT ở người chỉ hút thuốc lào là 10% (OR = 2,97; 95%CI: 2,27-3,88); tỷ lệ mắc ở người chỉ hút thuốc lá là 7,6% (OR = 2,21; 95%CI: 1,5-3,26); tỷ lệ mắc ở đối tượng hút cả lai loại thuốc là 8,8% (OR = 2,59; 95%CI: 1,79-3,74). Tỷ lệ mắc BPTNMT có xu hướng tăng lên theo mức độ hút thuốc, với hút thuốc nói chung (hình 3.7) tỷ lệ mắc ở người hút < 10 B-N là 6,4%; hút từ 10 đến < 20 B-N là 15,2%; hút từ 20 B-N trở lên tỷ lệ mắc là 15,5% ($\chi^2 = 125,9$; $p < 0,001$). Kết quả (hình 3.8 và hình 3.9) tỷ lệ mắc bệnh đều tăng theo mức độ hút thuốc lào ($\chi^2 = 144,8$; $p < 0,001$) hay thuốc lá ($\chi^2 = 24,6$; $p < 0,001$). Kết quả (bảng 3.9) cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT không có sự khác nhau ở các đối tượng hút thuốc lá hoặc thuốc lào dưới 10 B-N, tuy nhiên nếu hút từ 10 B-N trở lên thì hút thuốc lào có nguy cơ mắc BPTNMT tăng gấp 4,88 (2,8-8,5) lần so với hút thuốc lá và mức độ hút từ 20 B-N thì nguy cơ mắc bệnh sẽ tăng gấp 5,96 (1,9-18,7) lần. Khi phân tích đa biến chúng tôi cũng nhận thấy hút thuốc là yếu tố nguy cơ quan trọng gây nên BPTNMT, hút 20 B-N trở lên nguy cơ mắc bệnh tăng gấp 2,86 (1,8-4,6) so với không hút.

Như vậy tỷ lệ mắc BPTNMT liên quan đến tình trạng hút thuốc và mức độ hút càng nhiều thì nguy cơ mắc bệnh càng tăng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hút thuốc lào có ảnh hưởng đến BPTNMT nhiều hơn so với hút thuốc lá, điều này có thể do đặc điểm và cách thức hút thuốc, thực tế cho thấy người hút thuốc lào thường hút rất sâu khiến khói thuốc đi sâu vào khắp các phế nang và gây ảnh hưởng rất nhiều đến bộ máy hô hấp. Một nghiên cứu tại Việt Nam khi so sánh mức độ giãn phế nang của người bệnh hút thuốc lào và thuốc lá cho biết tình trạng giãn phế nang gặp nhiều nhất ở đối tượng hút thuốc lào, sau đó đến hút cả hai loại, ít gặp hơn ở đối tượng chỉ hút thuốc lá [19]. Nhiều tỉnh phía bắc Việt Nam vẫn trồng cây thuốc lào, tỷ lệ sử dụng thuốc lào của người dân còn phổ biến, kết quả nghiên cứu cho thấy sự nguy hại của hút thuốc lào với BPTNMT. Do vậy cần phải nâng cao hiệu quả của chương trình phòng chống tác hại của hút thuốc, đặc biệt là những nơi còn trồng và hút thuốc lào.

Các công trình nghiên cứu trong và ngoài nước đều thừa nhận hút thuốc có liên quan chặt chẽ đến BPTNMT. Phan Thu Phương (2010); người hút 15 B-N trở lên nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 4,3 lần người không hút [16]. Ngô Quý Châu (2006); người hút thuốc nguy cơ mắc BPTNMT cao hơn người không hút (OR = 4,28) [5]. Ane Johannessen (2012) phụ nữ phơi nhiễm khói thuốc ở thời kỳ niên thiếu thì nguy cơ mắc BPTNMT tăng gấp 1,91 (1,00-3,67) lần so với người không phơi nhiễm [31]. Mirna Waked nghiên cứu ở Lebanon cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT ở người từ 40 tuổi trở lên không hút thuốc chiếm 3,4%; có hút thuốc chiếm 31,1% [115]. Bang KM (2015) tổng hợp các nghiên cứu thấy rằng tỷ lệ mắc BPTNMT ở người không hút thuốc ở Mỹ chỉ chiếm 2,8%; ở các quốc gia khác 2% đến 4,2% [37]. Yousser Mohammad (2013) cho biết phụ nữ hút thuốc thụ động nguy cơ mắc BPTNMT tăng gấp 3,2 lần (1,1-9,2) so với những phụ nữ không phơi nhiễm

[178]. Như vậy các nghiên cứu đều chứng minh vai trò của khói thuốc gây nên BPTNMT, tuy nhiên việc xác định hút thuốc và mức độ hút thuốc đôi khi gặp khó khăn, một số người bệnh còn khai báo chưa chính xác về tình trạng hút thuốc của mình [151].

Ở nông thôn trước đây người dân thường tận dụng rơm rạ để đun nấu, gần đây người ta dần dần chuyển sang sử dụng khí gas và tỷ lệ sử dụng gas hiện nay là 86,6%. Mức độ ảnh hưởng của khói bếp còn phụ thuộc vào sự thông khí tốt hay không, loại khói hay khí gì. Các loại khói của năng lượng sinh khối như rơm rạ, than củi, gas đều ảnh hưởng trực tiếp đến bộ máy hô hấp của con người. Trong nghiên cứu của chúng tôi người dân thường sử dụng đan xen các loại năng lượng trên và việc đun nấu chủ yếu ở trong nhà, vấn đề thông thoáng khí cũng khác nhau nên mức độ tiếp xúc với khói rất khó để đánh giá chính xác, vì vậy chúng tôi đánh giá ảnh hưởng chung của các loại khói. Mức độ tiếp xúc với khói bếp của người dân thường trên 30 năm (96,1%); tỷ lệ mắc BPTNMT ở những đối tượng này là 6,2%; cao hơn đối tượng tiếp xúc ít hơn hoặc không tiếp xúc, OR = 7,35 (1,0-53,4); $p < 0,05$.

Rất nhiều nghiên cứu về ảnh hưởng của khói bếp tới BPTNMT cho kết quả khác nhau. Yumin Zhou nghiên cứu thuần tập trong vòng 9 năm ở Miền nam Trung Quốc khi thay thế biomass bằng biogas để nấu bếp và cải thiện thông thoáng khí ở bếp liên quan đến làm giảm sự suy giảm FEV1 và nguy cơ mắc BPTNMT [179]. Nanshan Zhong cho biết những người đun bếp có thông thoát khí kém thì nguy cơ mắc BPTNMT tăng gấp 1,28 lần so với sử dụng bếp có thông khí tốt (95%CI:1,14-1,43) [120]. Priscilla Johnson (2011): sử dụng biomass hoặc dùng bếp nấu trong nhà đều có nguy cơ mắc BPTNMT cao hơn sử dụng năng lượng sạch hơn và dùng bếp đun nấu ngoài trời [145].

Như vậy nếu sử dụng năng lượng sinh khối để đun nấu, khói của chúng sẽ ảnh hưởng tới BPTNMT. Do vậy để tránh tối đa sự ảnh hưởng khói bếp tới

cơ quan hô hấp thì nơi đun nấu cần phải có sự thông thoáng khí tốt hoặc nếu có điều kiện nên chuyển sang dùng năng lượng sạch.

Tiền sử nhiễm trùng đường hô hấp thời niên thiếu, hen và tăng đáp ứng đường thở có thể là nguy cơ của BPTNMT. Kết quả (bảng 3.10) tỷ lệ mắc BPTNMT ở những đối tượng hen phế quản là 29,0% (OR = 7,07; 95%CI: 4,58-10,92); có tiền sử điều trị lao phổi là 18,5% (OR = 3,69; 95%CI: 1,95-6,98); có BMI < 18,5 là 11,5% (OR=2,76; 95%CI: 2,17 – 3,50). Khi phân tích đa biến thì những người đã từng điều trị lao phổi trước đó không liên quan đến mắc BPTNMT. Riêng nghiên cứu ảnh hưởng của BMI đến BPTNMT đòi hỏi phải thiết kế nghiên cứu dọc mới cho kết quả chính xác bởi vì những người mắc BPTNMT có thể đã trải qua một thời gian mắc bệnh kéo dài trước khi được phát hiện. Mặt khác trong tiến trình rất nhiều yếu tố có thể tác động đến BMI của người bệnh như: chế độ ăn uống, hút thuốc, thói quen sinh hoạt, năng lượng tiêu hao bởi các triệu chứng, mất ngủ...nên chỉ số BMI có thể thấp hơn so với người bình thường.

Ho, khạc đờm và khó thở là những triệu chứng hô hấp chính của BPTNMT, những đối tượng có biểu hiện 1 trong 3 triệu chứng này thì tỷ lệ mắc BPTNMT là 25,3%. Trong số đối tượng có biểu hiện có ho mạn tính thì tỷ lệ mắc BPTNMT là 33%; khạc đờm mạn tính tỷ lệ mắc là 35,8% và khó thở tỷ lệ mắc là 34,6%. Đối tượng có cả 3 triệu chứng trên tỷ lệ mắc bệnh lên tới 58,3% (hình 3.10). Ho là triệu chứng thường xuất hiện sớm nhất, lúc đầu có thể ho không thường xuyên, dần triệu chứng này xuất hiện thường xuyên hơn. Khạc đờm mạn tính là triệu chứng tương đối đặc hiệu, khi có dấu hiệu này nên nghĩ đến BPTNMT. Khó thở chỉ xuất hiện khi đã có dấu hiệu tắc nghẽn đường thở, mới đầu khó thở khi gắng sức, mức độ tắc nghẽn càng nặng thì triệu chứng khó thở càng tăng [72]. Những người hút thuốc thường có ho khạc đờm và họ chủ quan cho rằng đó là do hút thuốc. Chính vì vậy những

người trên 40 tuổi, có hút thuốc, đặc biệt có biểu hiện triệu chứng lâm sàng nên được khám phát hiện BPTNMT.

Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy các triệu chứng ho, khó thở, khạc đờm, người gầy và mắc một số bệnh lý hô hấp thường thấy ở người mắc BPTNMT. Danielsson so sánh các triệu chứng và bệnh lý hô hấp ở người mắc và không mắc BPTNMT: ho 42,4% vs 25,8%; khạc đờm 39,5% vs 19,7%; khạc đờm ít nhất 3 tháng/năm, thở khò khè 12 tháng gần đây 46,5% vs 21,4%; thở khò khè và hụt hơi 12 tháng gần đây 12,8% vs 6,5%; người mắc viêm phế quản mạn tính 7% vs 1,1%; hen phế quản 23,3% vs 12,3% [135]. Nanshan Zhong nghiên cứu ở Trung Quốc cho thấy người có những vấn đề về hô hấp thời niên thiếu nguy cơ mắc BPTNMT tăng gấp 1,21 (1,05-1,4) lần người không có tiền sử, người có BMI < 18,5 thì tỷ lệ mắc bệnh cũng tăng cao hơn so với những người béo [120].

4.1.4. Đặc điểm của người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Nghiên cứu phát hiện 310 người mắc BPTNMT có tuổi trung bình là $65,9 \pm 12,1$ tuổi, tỷ lệ người bệnh có hút thuốc chiếm 64,5%. Trong số 200 người bệnh có tiền sử hút thuốc có 57,5% trường hợp vẫn đang hút thuốc, 42,5% trường hợp đã cai thuốc. Hút thuốc là căn nguyên cơ bản của BPTNMT, làm các triệu chứng hô hấp tồi tệ hơn và chức năng thông khí giảm nhanh hơn. Hút thuốc là một thói quen khó bỏ, một số người thấy tình trạng sức khỏe giảm sút kèm theo truyền thông về tác hại của thuốc lá nên đã cai thuốc. Vẫn còn 115 người bệnh hút thuốc có thể do họ chưa biết mình mắc BPTNMT hoặc vẫn chủ quan với sức khỏe của mình, do vậy TTGDSK để họ cai thuốc là cần thiết. Một nghiên cứu trên các đối tượng hút thuốc cho thấy nhiều người hút thuốc cho rằng tình trạng sức khỏe của họ tốt bất chấp họ có các triệu chứng liên quan đến BPTNMT [82].

Kết quả bảng 3.13 cho thấy tỷ lệ người bệnh có ho mạn tính chiếm 82,9%; khạc đờm mạn tính 63,5%; khó thở chiếm 83,9%; người bệnh có biểu hiện 1 trong 3 triệu chứng trên chiếm 94,5%; đầy đủ 3 triệu chứng chiếm 58,7%. Tuy nhiên vẫn còn 17 người bệnh (5,5%) chưa biểu hiện các triệu chứng trên mà chỉ được phát hiện bằng đo CNTK. Khi phân tích 17 người bệnh chưa có triệu chứng chúng tôi nhận thấy toàn bộ người bệnh đều ở giai đoạn tắc nghẽn mức độ nhẹ và vừa (52,9% ở giai đoạn nhẹ và 47,1% ở giai đoạn vừa) và 100% ở giai đoạn GOLD A là giai đoạn ít triệu chứng và nguy cơ thấp. Điều này cho thấy các đối tượng có nguy cơ, trên 40 tuổi mà chưa xuất hiện triệu chứng rõ ràng cũng nên được khám và đo CNTK để chẩn đoán bệnh. Kết quả khám bệnh của chúng tôi đã phát hiện chủ yếu người bệnh ở giai đoạn tắc nghẽn nhẹ và vừa, chiếm 66,4% (hình 3.12). Để đảm bảo vừa phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, vừa hạn chế tối đa chi phí cho việc khám chữa bệnh thì công tác TTGDSK cho người dân về BPTNMT đóng vai trò rất quan trọng giúp họ có kiến thức về các biểu hiện triệu chứng và các yếu tố nguy cơ để họ chủ động đến các cơ sở y tế khám phát hiện BPTNMT. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Ngô Quý Châu khi điều tra thấy 21,1% người bệnh ở giai đoạn GOLD 1 [4]; Douglas W Mapel sử dụng đo CNTK để phát hiện BPTNMT ở các đơn vị chăm sóc sức khỏe ban đầu cho thấy người bệnh tắc nghẽn giai đoạn nhẹ và vừa là 69% [56].

Kết quả nghiên cứu về phân chia giai đoạn BPTNMT theo GOLD -2017 (hình 3.14); tỷ lệ người bệnh ở giai đoạn GOLD A (ít triệu chứng, nguy cơ thấp) chiếm 12,9%; GOLD B (nhiều triệu chứng, nguy cơ thấp) chiếm tỷ lệ 37,1%; GOLD C (ít triệu chứng, nguy cơ cao) chiếm 21% và 29% người bệnh ở giai đoạn GOLD D (nhiều triệu chứng, nguy cơ cao). Đánh giá giai đoạn BPTNMT dựa chủ yếu vào số đợt cấp xuất hiện trong năm vừa qua, kết hợp với điểm khó thở (mMRC) và tình trạng sức khỏe (CAT). Riêng thang điểm

CAT có 8 câu hỏi, chia ra 5 mức độ (từ 1 đến 5 điểm), như vậy một người khỏe mạnh, không có triệu chứng hô hấp (ho, khạc đờm, khó thở) thì có tổng điểm CAT là 8 điểm. Đánh giá giai đoạn GOLD A khi người bệnh không xuất hiện đợt cấp phải vào viện, điểm mMRC ≤ 1 ; điểm CAT < 10; trong khi người bệnh mắc BPTNMT thường ở tuổi cao, tình trạng sức khỏe suy giảm nên điểm CAT thường > 10 nên ở giai đoạn GOLD A chỉ chiếm 12,9%.

Nhiều nghiên cứu về BPTNMT cho thấy người bệnh thường có tuổi cao, biểu hiện các triệu chứng cơ năng hô hấp, có hút thuốc và mắc một số bệnh lý đường hô hấp. Ngô Quý Châu nghiên cứu người mắc BPTNMT nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai thấy 95,5% người bệnh có ho; 82,1% có khạc đờm [7]. Chu Thị Hạnh (2007): người mắc BPTNMT có ho 71%; khạc đờm 80,7%; khó thở 19,4% [10]. Nanshan Zhong (Trung Quốc): người mắc BPTNMT có ho chiếm 44%; khạc đờm 39,5%; khó thở 48,6%; ho và khạc đờm mạn tính 30% [120]. Georgia Kourlaba (Hy Lạp): người mắc BPTNMT nam chiếm 54,1%; tuổi trung bình 65,8 (12,8). Hyejin Joo hồi cứu 354 người bệnh cho thấy tuổi trung bình 64,6 (10,1); nam giới chiếm 67,2%; hút thuốc 67,6%; đã điều trị lao 16,4% [69].

4.2. Kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Thuật ngữ BPTNMT hay COPD đã có từ thế kỷ trước, tuy nhiên ở nước ta vẫn khá lạ lẫm, kết quả nghiên cứu chỉ có 15,1% số người được hỏi đã từng nghe thấy tên bệnh này. Chúng tôi tiến hành điều tra toàn bộ dựa trên cơ sở một bệnh phổi xem thực trạng KAP của họ như thế nào để có biện pháp can thiệp TTGDSK về BPTNMT. Kết quả nghiên cứu kiến thức tốt của người dân về BPTNMT đạt 4,7% (hình 3.15); thái độ tốt với bệnh đạt 16,4% (hình 3.17) không có sự khác biệt giữa người mắc bệnh và không mắc BPTNMT.

Các triệu chứng cơ năng về hô hấp thường gặp của BPTNMT là ho, khạc đờm mạn tính, khó thở tăng dần. Tỷ lệ số người biết BPTNMT có ho là 39,8%;

khạc đờm là 20,9%; khó thở là 36,1%; chỉ 13,2% người kể được đủ 3 triệu chứng. Khi nói đến các bệnh hô hấp thông thường người ta có thể biết bệnh có ho, khó thở, khạc đờm, đau ngực... tuy nhiên số người trả lời về các biểu hiện triệu chứng này còn rất hạn chế.

Các yếu tố nguy cơ chủ yếu của BPTNMT là hút thuốc, ô nhiễm môi trường, các loại khói bụi nghề nghiệp, một số trường hợp có liên quan đến yếu tố di truyền do thiếu hụt men Anti-chymotrypsin. Qua phỏng vấn chúng tôi thấy số người cho rằng nguyên nhân gây nên BPTNMT do hút thuốc chiếm 43,7%; ô nhiễm môi trường chiếm 35,7%; khói bụi nghề nghiệp chiếm 15,1%; yếu tố di truyền chiếm 11,6%. Chương trình truyền thông rộng rãi về tác hại của hút thuốc với rất nhiều bệnh hô hấp, tim mạch... tuy nhiên số người cho rằng hút thuốc là nguyên nhân của BPTNMT chưa đến 50% cho dù 41,6% đối tượng có hút thuốc và gần một nửa đối tượng sống ở vùng trồng thuốc lá. Đinh Ngọc Sỹ điều tra KAP về BPTNMT cho thấy chỉ 4,3% số người được phỏng vấn biết hoặc đã từng nghe tên bệnh, trong số này 45,2% số người cho là bệnh có ho; 32,7% có khạc đờm; 42,7% có khó thở và 27,1% kể được đủ 3 triệu chứng, nguyên nhân gây bệnh thì 61,3% cho rằng do hút thuốc; 52,8% do ô nhiễm môi trường [18]. Tỷ lệ số người biết được các triệu chứng, nguyên nhân gây bệnh cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi có lẽ do tác giả lựa chọn những đối tượng đã biết về BPTNMT.

Không riêng gì ở nước ta mà người dân nhiều nơi trên thế giới cũng hiểu biết kém về BPTNMT. Yıldız F (2013) nghiên cứu 8.342 đối tượng trên 15 tuổi ở Thổ Nhĩ Kỳ thì 49,6% đối tượng biết rằng BPTNMT là một bệnh phổi [175]. Stalia SL Wong (2014) nghiên cứu ở Malaysia cho thấy hiểu biết của người bệnh và bác sĩ về BPTNMT rất kém, họ thường biết rất ít về BPTNMT và nhầm lẫn với bệnh hen phế quản, có ý kiến cho rằng tên bệnh dài và khó nhớ [164]. Marc Miravittles (2006) khảo sát 6.758 người từ 40 tuổi trở lên về

BPTNMT chỉ có 8,6% số người trả lời họ tự biết về BPTNMT. Khi đề cập đến triệu chứng của BPTNMT thì 17,9% số người cho rằng có ho; 12,9% có khạc đờm mạn tính; 45,9% có khó thở [103]. Frederik Van Gemert (2013) nghiên cứu kiến thức về các bệnh hô hấp mạn tính ở người nghèo vùng nông thôn cận Sahara tác giả thấy rất ít người nhận thức được mối quan hệ giữa hút thuốc lá và sức khỏe đường hô hấp [65]. Peian Lou (2012) nghiên cứu ở Trung Quốc thấy 96,4% người bệnh chưa từng nghe nói về BPTNMT; 32,1% số người không biết hút thuốc là yếu tố nguy cơ của BPTNMT. Những triệu chứng hô hấp thì người bệnh cho là do cảm lạnh, hút thuốc, ô nhiễm môi trường và tình trạng của họ là do bệnh viêm phế quản mạn tính hay hen phế quản [140]. Jae Yong Seo (2015) phỏng vấn tại 3 trung tâm cai thuốc tại Hàn Quốc chỉ có 1,0% số đối tượng gọi tên BPTNMT là một bệnh hô hấp. Trong số những người có triệu chứng liên quan đến bệnh thì 21,8% họ biết BPTNMT là một bệnh hô hấp [82].

Đặc điểm BPTNMT là không lây, có thể phòng tránh được, đây là bệnh chữa được nhưng không khỏi hoàn, mục đích điều trị là ngăn chặn các đợt cấp và nặng lên của bệnh, do vậy việc điều trị thường xuyên ngay cả khi bệnh ở giai đoạn ổn định là rất cần thiết. Kết quả phỏng vấn số người cho rằng đây là bệnh không lây chiếm 32,3%; phòng tránh được 62%; điều trị được chiếm 61,2%; cần điều trị khi bệnh ổn định chiếm 33,9%. Tuy nhiên vẫn còn 30,1% cho rằng đây là bệnh truyền nhiễm, có thể là do họ nhầm lẫn với bệnh lao bởi vì các triệu chứng tương đối giống nhau, hơn nữa truyền thông về bệnh lao được thực hiện thường xuyên, lâu dài và rộng khắp.

Phòng BPTNMT chủ yếu là không hút thuốc và người đang hút thì nên cai thuốc, kèm theo phải bảo vệ và nâng cao sức khỏe bằng cách tránh bụi, rèn luyện thân thể, chế độ ăn uống hợp lý [70] [85] [112] [152] [153]. Qua phỏng vấn chúng tôi thấy số người cho rằng không hút thuốc là biện pháp

phòng bệnh chiếm 42,9%; cai thuốc chiếm 26,9%; đi đường mang khẩu trang chiếm 28,2%; ăn uống điều độ chiếm 17,2%. Điều này có thể do kiến thức của người dân về nguyên nhân gây bệnh còn hạn chế dẫn đến hiểu biết về biện pháp phòng bệnh chưa cao. Đình Ngọc Sỹ phỏng vấn những người đã biết về bệnh nhưng hiểu biết của họ cũng kém: 59,3% trả lời không hút thuốc; 32,7% cai thuốc; 28% cho rằng đây là bệnh lây [18].

Tên BPTNMT có chữ "mạn" nhưng 14,8% số người được hỏi vẫn cho rằng đây là bệnh cấp tính; 27,7% số người cho rằng đây là bệnh mạn tính; 11,3% số người trả lời là bệnh mạn tính có đợt cấp. Điều này có thể do người dân chưa biết về bệnh và sự phân biệt như thế nào là cấp hay mạn của người dân còn chưa rõ ràng. Thuốc chủ đạo để điều trị BPTNMT là thuốc GPQ nhưng vì đối tượng phỏng vấn chủ yếu là người khỏe mạnh, người bệnh chưa được chẩn đoán, có thể họ chưa bao giờ phải dùng các thuốc đó, kể cả người bệnh khi nằm viện cũng chưa chắc đã biết thuốc mình đang dùng là gì do vậy khi hỏi về thuốc chữa có dạng hít, dạng xịt thì chỉ 16,9% số người cho là có và 81,4% số người không biết thuốc giai đoạn bệnh ổn định.

Thái độ khi bản thân mắc BPTNMT 39,3% số người sẽ cai thuốc; 23,8% số người sẽ tránh tiếp xúc với bụi hoặc hóa chất; 15% số người sẽ tập thở, tập thể dục; 22,8% số người sẽ mặc ấm khi thời tiết lạnh; 58,7% sẽ dùng thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ. Khi người thân mắc bệnh 34,6% số người sẽ khuyên cai hút thuốc. Điều này có thể do kiến thức về bệnh còn kém nên thái độ về bệnh chưa tốt. Khi phỏng vấn thì 49,3% số người cho là có thể sống và sinh hoạt bình thường với người mắc bệnh, tuy nhiên vẫn còn 19,5% số người cho là không thể sống và sinh hoạt bình thường với người mắc BPTNMT có thể do họ vẫn nghĩ đây là bệnh lây (30,1%). Chẩn đoán xác định BPTNMT dựa vào máy đo CNTK, thường những máy này được trang bị ở những bệnh viện chuyên khoa hô hấp, những bệnh viện đa khoa lớn, hầu như chưa có ở các cơ

sở khám chữa bệnh tư nhân. Thái độ khi đi khám bệnh của người dân ở những cơ sở công lập là 95%; nhất là các bệnh viện lớn, là nơi trực tiếp sàng lọc, khám phát hiện và quản lý BPTNMT. Thái độ với BPTNMT của người dân trong nghiên cứu của Đinh Ngọc Sỹ cũng chưa được tốt, khi bản thân mắc BPTNMT thì 60,8% sẽ cai thuốc; 43,2% tránh bụi, hoá chất; 17,6% tập thở, vận động; 12,6% tránh lạnh; 32,2% cho rằng có thể sống và sinh hoạt bình thường với người mắc bệnh. Vì vậy tác giả khuyên cần phải truyền thông nâng cao hiểu biết cho người dân về căn bệnh này [18].

Phân tích các yếu tố liên quan đến kiến thức và thái độ của người dân với BPTNMT chúng tôi nhận thấy người học dưới THCS có kiến thức chưa tốt về BPTNMT. Những người từ 60 tuổi trở lên, học vấn thấp và ít kiến thức về BPTNMT có thái độ kém hơn về bệnh. Vấn đề nhận thức tốt liên quan đến trình độ học vấn và kiến thức tốt có thái độ tốt cũng là điều dễ hiểu bởi vì họ tiếp nhận kiến thức qua nhiều kênh thông tin.

Trước can thiệp không có người bệnh nào thực hành tốt về BPTNMT. Tỷ lệ người bệnh không hút thuốc chiếm 62,9%; họ có kiểm soát và sử dụng accuhaler đúng chiếm 0,3%; có 8,7% người bệnh sử dụng bình xịt định liều đúng và không có người bệnh nào biết thở chúm môi và sử dụng dụng cụ turbuhaler. Rất nhiều lý do khiến cho người bệnh chưa biết cách thực hành về bệnh, qua phỏng vấn chúng tôi nhận thấy số người bệnh trả lời đã từng được tư vấn về BPTNMT chỉ chiếm 7,7%; khi đưa cho người bệnh xem các dụng cụ thuốc dạng hít thì 10,6% số người đã nhìn thấy bình xịt định liều; 0,3% biết dụng cụ turbuhaler hoặc accuhaler. Một vấn đề nữa có thể khiến người bệnh chưa thực hành tốt có thể là do người bệnh đã từng điều trị tại các bệnh viện nhưng vì họ chưa được xác định BPTNMT (chỉ có 8,7% người bệnh đã biết mình mắc BPTNMT) nên chưa được tư vấn về bệnh, hoặc có được sử dụng thuốc GPQ dạng uống nhưng chưa được sử dụng thuốc dạng hít, mặt

khác nếu được tư vấn một vài lần chưa chắc người bệnh đã nhớ và thực hành được. Chính vì vậy việc tư vấn cho người bệnh thường xuyên không những bổ sung kiến thức, thái độ mà còn giúp họ thực hành đúng về BPTNMT thiết lập hành vi lối sống mới có lợi, biết sử dụng thuốc khi cần thiết, biết tự rèn luyện nâng cao sức khỏe để ngăn chặn tiến trình phát triển của bệnh.

Một số tác giả nghiên cứu về sử dụng kỹ thuật hít của người mắc BPTNMT cũng cho kết quả tương tự. Souza ML nghiên cứu 120 người bệnh trong đó có 60 người mắc hen phế quản và 60 người mắc BPTNMT về sử dụng thuốc GPQ dạng hít cho thấy 94,2% người bệnh thực hành sai ít nhất một lỗi [105]. Francisca Leiva-Fernández cho biết 75% người mắc BPTNMT thực hiện sai kỹ thuật sử dụng thuốc dạng hít [63].

4.3. Hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sau 1 năm can thiệp

4.3.1. Hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe tới cải thiện kiến thức, thái độ của người dân với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Truyền thông giáo dục sức khỏe đóng vai trò rất quan trọng trong việc cải thiện KAP cho con người. Kết quả nghiên cứu cho thấy tới 95,5% người dân có kiến thức chưa tốt; 85,2% thái độ chưa tốt và không người bệnh nào thực hành tốt về BPTNMT, do vậy chúng tôi đã sử dụng biện pháp TTGDSK với mục đích nâng cao KAP cho người dân cũng như người mắc BPTNMT. Để đảm bảo tính bền vững, chúng tôi tập huấn cho toàn bộ cán bộ y tế cơ sở về BPTNMT để họ trực tiếp tham gia TTGDSK tại bệnh viện và cộng đồng. Kiến Thiết là xã mà người dân chuyên canh cây thuốc Lào, cây thuốc đã gắn bó với họ lâu đời, qua rất nhiều công đoạn từ trồng đến chế biến và buôn bán thuốc do vậy tỷ lệ hút thuốc ở đây còn cao, tỷ lệ hút thuốc của các ĐTNC có trồng thuốc Lào tới 45,1%. Hút thuốc là yếu tố nguy cơ quan trọng gây nên

BPTNMT, xuất phát từ thực tiễn chúng tôi lựa chọn Kiến Thiết là xã can thiệp, từ đó đánh giá hiệu quả và có kế hoạch can thiệp cho xã Kiên Bái. Chúng tôi đánh giá trước và sau can thiệp trên cùng đối tượng, sau 1 năm nhiều đối tượng đã thay đổi chỗ ở hoặc già cả không đủ sức khoẻ tinh thần trả lời câu hỏi hoặc đã chết, một số người không hợp tác nên kết quả số người trả lời phỏng vấn ít hơn. Thực tế chúng tôi phỏng vấn được 2.206 người dân Kiến Thiết, trong đó có 139 người bệnh. Sau 1 năm TTGDSK, kiến thức tốt về BPTNMT của người dân xã Kiến Thiết tăng từ 4,8% lên 27,2%; hiệu quả đạt 466,7%; thái độ tốt tăng từ 16,9% lên 57,8%; hiệu quả đạt 242%. Kiến thức, thái độ tốt là nền tảng giúp con người tăng những hành vi có lợi, giảm các yếu tố có hại để nâng cao sức khỏe. Kiến thức và thái độ của người dân về BPTNMT thay đổi theo chiều hướng tích cực, tuy chưa thực sự cao do xuất phát điểm quá thấp do vậy cần phải tiếp tục TTGDSK một cách thường xuyên và liên tục. Sau can thiệp người dân xã Kiến Thiết đã biết đến tên bệnh tăng từ 14,9% lên 80,3% (tăng thêm 65,4%); đạt hiệu quả 438,9%; tuy nhiên vẫn còn 19,7% đối tượng trả lời chưa biết hoặc chưa nghe rõ tên bệnh. TTGDSK trong cộng đồng xã ngoài việc phát tờ rơi đến từng hộ gia đình, chúng tôi thường xuyên phát trên loa phóng thanh của xã và từng thôn mỗi tuần 2 lần, mỗi lần 10 phút vào sáng sớm. Người dân chưa rõ tên bệnh có thể do một số đối tượng hay phải lao động xa nhà, một số nơi còn xa loa phóng thanh, hoặc một số đối tượng tuổi cao, chức năng thị giác và thính giác giảm sút nên khó tiếp cận thông tin. Một số tác giả ngoài nước nghiên cứu về hiệu quả TTGDSK về BPTNMT cũng nhận thấy muốn nâng cao kiến thức cho người dân đòi hỏi phải có thời gian và thường xuyên, liên tục mới đem lại hiệu quả lâu dài. Masaharu Asai (2015) nghiên cứu giáo dục về BPTNMT cho người dân ở Nhật Bản thấy nhận thức tốt về BPTNMT sau can thiệp chỉ đạt 24,5% [109]. M. Van Zeller (2012) nghiên cứu can thiệp giáo dục cho người mắc

hen phế quản và BPTNMT ở Bồ Đào Nha cho thấy hiểu biết của người mắc BPTNMT trước và sau can thiệp tăng từ 21,9% lên 68,3% [101].

Sau 1 năm kiến thức của người dân về triệu chứng BPTNMT có ho tăng từ 39,1% lên 72,9%; khạc đờm tăng từ 20,8% lên 35,1%; khó thở từ 37,9% lên 79,7%; số người biết đủ 3 triệu chứng tăng từ 14,1% lên 28,7%; đạt hiệu quả theo thứ tự lần lượt là 86,4%; 68,8%; 110,3% và 103,5%. Tỷ lệ không biết triệu chứng bệnh đã giảm từ 49,4% xuống còn 7,3%; điều này cho thấy kiến thức của người dân được cải thiện nhưng chưa đồng đều. Người dân và người bệnh thường có thói quen khi bệnh nặng mới đi khám và vào viện, điều này khiến việc chẩn đoán bệnh thường muộn và điều trị gặp nhiều khó khăn. Hiểu biết được triệu chứng giúp người dân chủ động đi khám bệnh không những phát hiện bệnh sớm mà còn giảm tối đa chi phí chữa bệnh.

Tỷ lệ người biết hút thuốc có thể gây nên BPTNMT tăng từ 43,3% đến 88,8%; ô nhiễm môi trường từ 36,3% đến 77,7%; khói bụi nghề nghiệp tăng từ 15,2% đến 34,4%; hiệu quả về các nguyên nhân gây bệnh theo thứ tự lần lượt là 105,1%; 114% và 126,3%. Kiến Thiết là xã là thuần nông, xa các khu công nghiệp và nghề nghiệp chủ yếu của người dân là nông nghiệp, ít tiếp xúc với khói bụi nghề nghiệp cho nên hiểu biết sau can thiệp về nguyên nhân do khói bụi nghề nghiệp chưa cao. Biết nguyên nhân gây bệnh sẽ giúp người dân có thái độ phòng tránh đặc biệt là vấn đề hút thuốc, điểm tích cực ở đây là có 88,8% người dân đã có kiến thức về vấn đề này (tăng thêm 45,5%).

Triệu chứng đặc trưng của BPTNMT là ho khạc đờm kéo dài, khó thở mạn tính, những triệu chứng này rất giống với nhiều bệnh hô hấp khác, đặc biệt là lao phổi. Mặt khác chương trình truyền thông về bệnh lao rất mạnh được thực hiện trong một thời gian dài nên với các triệu chứng giống nhau rất dễ nhầm lẫn hai bệnh này. Kết quả can thiệp vẫn còn 27% số đối tượng cho rằng đây là bệnh truyền nhiễm, điều đó có thể ảnh hưởng tới thái độ hòa nhập

cộng đồng với người mắc bệnh. Dù sao tỷ lệ đối tượng biết bệnh không lây tăng từ 35% lên 68,3%; hiệu quả đạt 95,1%. Kiến thức về BPTNMT có thể phòng được tăng từ 64,6% lên 94,6%; điều trị được tăng 63,4% lên tới 89,3%; cần chữa khi bệnh ở giai đoạn ổn định tăng 32,4% lên 68,9%. Kiến thức về thường xuyên phải điều trị bệnh đặc biệt quan trọng với người mắc BPTNMT bởi vì nó hạn chế những đợt cấp, cải thiện sức khỏe, khi phối hợp với các liệu trình điều trị khác sẽ ngăn chặn sự nặng lên của bệnh. Sau can thiệp số đối tượng cho đây là bệnh diễn biến mạn tính hoặc mạn tính có đợt cấp tăng từ 39,7% lên 74%. Hiểu biết những kiến thức này quyết định đến thái độ cần phải luôn luôn có ý thức phòng và điều trị bệnh, mặt khác giúp người bệnh tránh được mặc cảm và có thể sống, sinh hoạt cùng nhau trong cộng đồng. Phòng chống BPTNMT quan trọng nhất là không hút thuốc hoặc cai thuốc nếu có hút, ngoài ra cần phải có một chế độ ăn hợp lý, rèn luyện sức khỏe và có các biện pháp thích hợp để tránh bụi, khói, khí độc cũng rất cần thiết. Kết quả can thiệp cho thấy tỷ lệ người cho rằng biện pháp không hút thuốc để phòng bệnh tăng từ 44,5% lên 88,2%; cai thuốc tăng từ 28,2% lên 85,5%. Qua đó có thể nhận thấy vai trò của TTGDSK rất quan trọng làm tăng kiến thức cho người dân về nguyên nhân, biểu hiện của bệnh và các biện pháp cơ bản trong phòng tránh bệnh.

Các thuốc sử dụng trong giai đoạn ổn định của BPTNMT là thuốc GPQ dạng hít tăng từ 5,8% lên 21,7%; hiệu quả 274,1%; thuốc GPQ dạng uống tăng 4,1% lên 15,1%; hiệu quả 268,3%; tuy nhiên sau can thiệp 61,7% đối tượng vẫn chưa biết thuốc sử dụng trong giai đoạn bệnh ổn định. Hiệu quả TTGDSK tuy cao nhưng tỷ lệ số người trả lời đúng về thuốc và biện pháp điều trị bằng thuốc còn hạn chế, có thể do người không mắc bệnh hoặc không phải sử dụng thuốc nên ít có nhu cầu kiến thức về lĩnh vực này. Kết quả gợi ý nên tập trung TTGDSK về thuốc cho các đối tượng mắc BPTNMT.

Thái độ tốt của người dân Kiên Thiết với BPTNMT sau 1 năm sau can thiệp TTGDSK là 57,8% (tăng thêm 40,9%; CSHQ đạt 242%). Cai thuốc và tránh bụi, hóa chất rất quan trọng nhằm ngăn chặn sự suy giảm CNTK. Việc tập thở, vận động và tránh lạnh thường rất tốt với rất nhiều bệnh hô hấp mạn tính trong đó có BPTNMT. Thái độ người dân khi biết mình mắc bệnh có sự thay đổi tích cực: cai thuốc tăng từ 38,3% lên 90,9%; tránh bụi và hóa chất độc hại tăng từ 24,6% lên 72,8%; tập thở, vận động từ 15,3% lên 32,8%; tránh lạnh từ 23,5% lên 45,4%; theo hướng dẫn của thầy thuốc từ 60,2% lên 87%; hiệu quả đạt theo thứ tự lần lượt là 137,1%; 195,9%; 114,4%; 93,1% và 44,5%; tỷ lệ người không có thái độ gì với bệnh giảm xuống chỉ còn 2,2%. Cai thuốc và các khí độc hại rất quan trọng ngăn chặn sự nặng lên của bệnh, tập thở, tập vận động và tránh lạnh giúp nâng cao sức khỏe, cải thiện chức năng hô hấp, phòng tránh cảm lạnh, nhiễm khuẩn... qua đó tránh được các đợt cấp. Thái độ với tập thở, tránh lạnh của người dân chưa được tốt có thể người không mắc bệnh chưa cảm nhận được vai trò của các biện pháp này nên vẫn có thái độ chủ quan. Khi người thân mắc bệnh tỷ lệ người khuyên cai thuốc nếu có hút tăng từ 36% lên 60,3%; CSHQ đạt 67,5%; tuy nhiên thái độ khi người thân hút thuốc sẽ khuyên cai thuốc tăng từ 84% lên 90,9%. Thái độ có thể sống và sinh hoạt bình thường với người mắc BPTNMT tăng từ 49,5% lên 91,2%; CSHQ đạt 84,2%. Với tính chất của bệnh không điều trị khỏi hoàn toàn cho nên việc điều trị lâu dài dưới sự hướng dẫn của bác sĩ, việc khám bệnh định kỳ và việc quản lý điều trị rất quan trọng giúp ngăn chặn sự tiến triển nặng lên của bệnh và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh. Chính vì vậy vai trò của bác sĩ và mối liên hệ thường xuyên của bác sĩ với người bệnh đóng vai trò then chốt trong công tác phòng chống BPTNMT.

Jae Yong Seo nghiên cứu đối tượng hút thuốc không mắc BPTNMT khi được hỏi nếu bản thân mắc bệnh thì 66,7% nói rằng họ sẽ đến và làm theo lời khuyên của bác sĩ, tỷ lệ sẵn sàng cai thuốc đã tăng lên 84,1% [82].

Nhìn chung TTGDSK đã cải thiện kiến thức, thái độ của người dân nói chung và người bệnh nói riêng tương đối cao ở hầu hết các khía cạnh về nguyên nhân, triệu chứng, đặc điểm, biện pháp phòng bệnh và thái độ khi bản thân hoặc người khác mắc bệnh.

Can thiệp về kiến thức và thái độ với BPTNMT ngoài truyền thông gián tiếp cho người dân còn được truyền thông trực tiếp cho người bệnh sinh hoạt tại câu lạc bộ BPTNMT. Kết quả (hình 3.19; hình 3.20) trước can thiệp, kiến thức và thái độ của người mắc và không mắc BPTNMT như nhau, sau can thiệp tỷ lệ kiến thức tốt của người bệnh đạt 64,7%; thái độ tốt đạt 77,0%; nhóm không mắc bệnh kiến thức tốt đạt 24,6% và thái độ tốt đạt 56,5%; $p < 0,001$. Kết quả can thiệp trực tiếp tốt hơn can thiệp gián tiếp bởi vì khi sinh hoạt câu lạc bộ không những người bệnh được thường xuyên trao đổi kiến thức và thái độ về bệnh mà còn thường xuyên được lượng giá ngay trong buổi sinh hoạt để kịp thời bổ sung những điều còn thiếu, nắn chỉnh những vấn đề chưa đúng về BPTNMT, điều này khiến người bệnh luôn có ý thức tìm hiểu, giữ gìn và bảo vệ sức khỏe. Trong một phân tích nhiều nghiên cứu về chương trình can thiệp giáo dục cho người mắc BPTNMT cho thấy can thiệp giáo dục cải thiện kiến thức về BPTNMT lên 62,5% [62].

4.3.2. Hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe tới thực hành của người bệnh với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Ở nước ta nhiều bệnh viện lớn đã thành lập câu lạc bộ BPTNMT, điển hình như Bệnh viện Phổi Trung Ương và Bệnh viện Chợ Rẫy đã đem lại những hiệu quả nhất định, tuy nhiên việc triển khai câu lạc bộ tại cộng đồng thì chưa được chú trọng [18]. Ưu điểm của các câu lạc bộ tại bệnh viện hoặc

trung tâm hô hấp là được trang bị cơ sở vật chất tương đối đầy đủ, đội ngũ tham gia tư vấn đông, nhưng có nhược điểm là những người bệnh xa trung tâm rất khó có cơ hội tham gia và sinh hoạt đều đặn. Câu lạc bộ BPTNMT tại cộng đồng có thể triển khai rộng rãi, mọi lúc, mọi nơi mà không cần nhiều trang thiết bị và con người, giảm tối đa được chi phí nhưng vẫn cung cấp đầy đủ kiến thức, giúp người bệnh có thái độ đúng và trang bị những biện pháp thực hành tuy đơn giản nhưng rất thiết thực. Nguyễn Quang Chính (2017) cho biết, mô hình sinh hoạt câu lạc bộ cho người mắc hen phế quản ở An Dương, Hải Phòng có hiệu quả cải thiện đáng kể KAP và kiểm soát hen cho người bệnh [9]. Một số nước có tỷ lệ mắc BPTNMT cao nhưng việc TTGDSK cho người bệnh còn hạn chế. Peian Lou (2012) cho biết ở Trung Quốc không có địa phương nào triển khai chương trình giáo dục cho người mắc BPTNMT như cai thuốc, chế độ ăn hợp lý, không người bệnh nào được PHCN hô hấp [140].

Chúng tôi đã thành lập câu lạc bộ BPTNMT tại Kiến Thiết, động viên toàn bộ người bệnh tham gia sinh hoạt. Những người bệnh không đồng ý, bỏ cuộc, đã chết, thay đổi chỗ ở hoặc quá già yếu đều không được đánh giá sau can thiệp. Kết quả sau 1 năm chúng tôi đánh giá trước và sau can thiệp cho 139 người bệnh tại xã Kiến Thiết. Biện pháp thực hành áp dụng cho người mắc BPTNMT là tập thở, tập ho có kiểm soát, vỗ rung lồng ngực, cách sử dụng một số dụng cụ hít, tập thể dục tại nhà, hướng dẫn cai hút thuốc và tư vấn cho người bệnh cách phát hiện đợt cấp cần phải vào bệnh viện điều trị...

Trước can thiệp không người bệnh nào thực hành tốt về BPTNMT và hầu hết người bệnh không biết các biện pháp thực hành nêu trên. Sau can thiệp thì hiệu quả đã tăng lên rõ rệt, tỷ lệ người bệnh thực hành tốt tăng lên 61,9% (bảng 3.33). Tỷ lệ người bệnh ho có kiểm soát đúng tăng từ 0,7% lên 74,5%; thở chúm môi từ không có người bệnh nào thở đúng đã tăng lên 102 người chiếm 73,4%; dùng bình xịt định liều đúng từ 10,1% lên 74,8%;

accuhaler từ 0,7% lên 46,0%; turbuhaler từ 0% lên 48,9%; sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$. Việc sử dụng đúng dụng cụ accuhaler và turbuhaler chưa tốt, hơn 50% người bệnh thực hành sai ít nhất 1 lỗi, điều này có thể do 2 dụng cụ khó sử dụng hơn, hoặc đó là những dụng cụ sử dụng chủ yếu trong bệnh viện, ít phổ biến ở cộng đồng. Qua đánh giá thực hành của người bệnh bằng bảng kiểm, đa phần thực hiện đúng ho có kiểm soát, thở chúm môi, sử dụng bình xịt định liều do những biện pháp này dễ thực hiện, không tốn nhiều sức lực. Khoảng hơn 25% người bệnh chưa làm đúng hoặc đủ các thao tác trên vì một số người bệnh già yếu, động tác hay bị lỗi, thiếu dứt khoát, những trường hợp này nên có sự hỗ trợ từ người thân hoặc nhân viên y tế. Một thống kê của Sven L. Klijin trên 39 nghiên cứu về hiệu quả và các yếu tố thành công trong can thiệp giáo dục sử dụng thuốc dạng hít cho người mắc hen phế quản và BPTNMT. Tác giả nhận xét có 95% nghiên cứu đều thấy việc cải thiện đáng kể sử dụng thuốc dạng hít, can thiệp giáo dục cải thiện kỹ thuật hít có hiệu quả trong một thời gian ngắn [166]. Trước can thiệp tỷ lệ người bệnh không hút thuốc là 54,7%; sau can thiệp đã tăng lên 74,1%; tức là tỷ lệ hút thuốc đã giảm từ 45,3% xuống còn 25,9%. Trong số 63 người bệnh hút thuốc có 43,9% cai thuốc; 57,1% còn hút thuốc (46% giảm hút và 11,1% vẫn hút thuốc như trước). Như vậy tình trạng hút thuốc của người bệnh xã Kiến Thiết có xu hướng giảm do họ đã hiểu biết rõ tác hại của hút thuốc và đã dần dần cai thuốc, một số trường hợp giảm hút thuốc hoặc chưa giảm có thể cần thêm thời gian bởi vì hút thuốc là thói quen rất khó bỏ mà hút thuốc tại Kiến Thiết có thể liên quan nhiều đến việc trồng và kinh doanh thuốc lá. Tuy hiểu biết tác hại của hút thuốc nhưng nếu không được tư vấn cai thuốc thì rất khó để người bệnh tự bỏ hút thuốc. O'sterlund Efraimsson Eva nghiên cứu ở Thụy Điển cũng thấy rằng các y tá ở trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu hiếm khi lên

kế hoạch tư vấn cá nhân và ít khi sử dụng các cuộc đối thoại trong giáo dục tự quản lý và cai nghiện hút thuốc [129].

Như vậy tại câu lạc bộ có thể tư vấn, giúp đỡ, động viên người bệnh bỏ được thói quen hút thuốc tuy chưa triệt để nhưng cũng đem lại hiệu ứng tích cực, để đạt hiệu quả cao hơn nữa cần duy trì hoạt động của câu lạc bộ và thường xuyên tư vấn, kết hợp với người thân trong gia đình động viên người bệnh cai thuốc.

Nhiều công trình nghiên cứu về hiệu quả can thiệp TTGDSK cho người bệnh cũng đạt được hiệu quả khác nhau tùy theo hình thức can thiệp. Margareta Emtner nghiên cứu về hen phế quản và BPTNMT ở Thụy Điển cho thấy dù rất nhiều người bệnh nhận được thông tin nhưng chưa đến 20% có kiến thức tốt về bệnh, người trẻ có kiến thức tốt hơn người già. Trong số 52 người mắc BPTNMT 94% đã từng hút thuốc nhưng hiện tại chỉ còn 19% [104]. Ruohua Yan nghiên cứu hành vi lối sống của 3.690 đối tượng 35-70 tuổi mắc BPTNMT ở Trung Quốc từ năm 2005 đến năm 2009 cho thấy tỷ lệ cai thuốc lá 18,2% [155]. Thomas Reema (2010) nghiên cứu can thiệp 27 người mắc BPTNMT cho thấy trước can thiệp KAP của người bệnh về BPTNMT rất kém, nhiều trường hợp hút thuốc nhưng không biết đó là yếu tố nguy cơ của BPTNMT, chỉ 14% người bệnh dùng thuốc dạng hít, trong số đó 11% người bệnh thấy thuốc hít dễ sử dụng. Sau can thiệp thì 60% người bệnh cho là hút thuốc là yếu tố nguy cơ mắc BPTNMT; 90% cho rằng nên sử dụng thuốc hợp lý; 80% thấy sử dụng thuốc hít dễ dàng [170]. Folch-2017 tổng hợp các nghiên cứu cho thấy sau giáo dục về BPTNMT số người bệnh phải nhập viện giảm 58,8%; cai thuốc 77,8%; sử dụng kỹ thuật hít đúng 100% [62].

Nhìn chung hiệu quả TTGDSK bằng cách thành lập và sinh hoạt câu lạc bộ BPTNMT tại Kiến Thiết tương đối cao. Ưu điểm của hình thức sinh hoạt câu lạc bộ có thể trang bị các kỹ năng thực hành, vì tại địa phương nên người

bệnh có thể đến tham gia dễ dàng, nhất là những người tuổi cao, sức yếu hoặc không có phương tiện hay người dẫn đi. Trong buổi sinh hoạt người bệnh có cơ hội trao đổi kiến thức, kinh nghiệm, giúp đỡ lẫn nhau, qua đó cải thiện chất lượng cuộc sống, hòa nhập cộng đồng. Vấn đề duy trì hoạt động của câu lạc bộ ngoài sự tham gia và ủng hộ nhiệt tình của người bệnh và cán bộ y tế cần phải có sự đồng tình và ủng hộ của chính quyền địa phương.

4.3.3. Hiệu quả truyền thông tới sức khỏe và chức năng hô hấp của người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

PHCN hô hấp rất quan trọng với người mắc BPTNMT, Pierachille Santus (2013) thống kê 1.294 bài báo, tác giả nhận xét PHCN hô hấp tăng hoạt động thể lực cho người bệnh, ít thay đổi FEV1, cải thiện tình trạng khó thở, giảm nhập viện và tử vong, nâng cao chất lượng sống cho người mắc BPTNMT [144]. Masoumeh Zakerimoghadam (2011) cho thấy tập thở có hiệu quả giảm sự mệt mỏi ở người mắc BPTNMT [110]. Tập thở hoành có hiệu quả tích cực trong việc tăng thể tích phổi, hoạt động hô hấp, tăng SpO₂ và giảm tần số thở [91]. Tập thở có kiểm soát làm cải thiện đáng kể tình trạng khó thở, lo lắng và trầm cảm ở người mắc BPTNMT [106]. Henrik Hansen (2017) trong nghiên cứu đa trung tâm khi so sánh lợi ích sau 10 tuần giáo dục PHCN cho người bệnh mắc BPTNMT giai đoạn nặng và rất nặng bằng phương pháp trực tuyến (online-rehabilitation) với phương pháp áp dụng ngoại trú, tác giả thấy phương pháp PHCN từ xa có khả thi và hiệu quả hơn phương pháp thông thường [77]. Nghiên cứu của chúng tôi ngoài truyền thông trên những phương tiện đại chúng, chúng tôi còn thành lập câu lạc bộ BPTNMT và sinh hoạt hàng tháng nhằm mục đích bổ sung thường xuyên kiến thức và hướng dẫn thực hành cho người mắc BPTNMT. Trong quá trình can thiệp chúng tôi kết hợp khám bệnh và phỏng vấn tình trạng sức khỏe của người mắc bệnh dựa trên tần xuất xuất hiện đợt cấp trong năm, tính điểm

mMRC và CAT cùng với dựa trên kết quả đo CNTK để đánh giá giai đoạn của BPTNMT. Can thiệp thực hành tập trung chủ yếu vào cai thuốc, tập thở, tập ho có kiểm soát với mục đích chính là cải thiện chức năng hô hấp cho người bệnh, giảm tần xuất đợt cấp phải vào viện, giảm các triệu chứng và nâng cao chất lượng sống cho người mắc BPTNMT.

Thang điểm mMRC dùng để đánh giá tình trạng khó thở được áp dụng cho người mắc BPTNMT, với mMRC ≤ 1 thì biểu hiện khó thở chỉ xuất hiện khi hoạt động gắng sức như leo dốc, lên cầu thang... Kết quả nghiên cứu (bảng 3.34) cho thấy tỷ lệ điểm mMRC ≤ 1 của người bệnh trước can thiệp là 53,2%; sau can thiệp tăng lên 66,9%; $p < 0,05$. Điểm trung bình mMRC trước can thiệp là $1,47 \pm 1,07$ sau can thiệp giảm còn $1,18 \pm 0,97$; $p < 0,001$. Đợt cấp là diễn biến nặng lên của bệnh và cần phải thay đổi liệu trình điều trị. Sau 1 năm can thiệp, số đợt cấp trung bình của người bệnh xã Kiến Thiết giảm từ $0,76 \pm 0,96$ xuống còn $0,52 \pm 0,81$; $p < 0,001$; tỷ lệ không xuất hiện đợt cấp phải vào viện trước can thiệp tăng từ 54,0% lên 64,0%. Tần xuất đợt cấp đóng vai trò rất quan trọng đối với tiên lượng bệnh [87]; vì vậy việc phân chia giai đoạn BPTNMT hiện nay dựa vào tần xuất xuất hiện đợt cấp [46] [72]. Để đánh giá tình trạng sức khỏe của người bệnh người ta dùng thang điểm CAT và đánh giá người bệnh ít triệu chứng khi CAT < 10 ; từ 10 trở lên là nhiều triệu chứng. Kết quả can thiệp sau 1 năm CAT < 10 của người bệnh như ít thay đổi vì liên quan tới rất nhiều tiêu chí đánh giá, tuy nhiên có sự thay đổi điểm trung bình CAT ($17,69 \pm 5,87$ vs $16,14 \pm 4,88$; $p < 0,05$) điều đó chứng tỏ sức khỏe của người bệnh phần nào được cải thiện.

BPTNMT biểu hiện là sự tắc nghẽn đường thở, có xu hướng nặng dần và không hồi phục, nếu không được can thiệp thì CNTK của người bệnh giảm nhanh. Kết quả đo CNTK sau 1 năm qua đánh giá chỉ số trung bình FEV1% trước can thiệp là $59,96 \pm 22,13$; sau can thiệp là $58,33 \pm 22,12$; $p > 0,05$.

Đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở người ta dựa vào chỉ số FEV1%, mức độ nhẹ (GOLD 1) khi $FEV1 \geq 80\%$; trung bình (GOLD 2) khi $50 \leq FEV1\% < 80\%$; nặng (GOLD 3) khi $30 \leq FEV1\% < 50\%$ và rất nặng (GOLD 4) khi $FEV1\% < 30\%$. Kết quả trước và sau 1 năm can thiệp, mức độ tắc nghẽn của người bệnh hầu như ít có sự thay đổi: GOLD 1 (16,5% vs 17,3%; $p > 0,05$); GOLD 2 (51,1% vs 41,7%; $p > 0,05$); GOLD 3 (23% vs 33,1%; $p > 0,05$) và GOLD 4 (9,4% vs 7,9%; $p > 0,05$). Kết hợp các đánh giá dựa theo tần xuất đợt cấp, thang điểm CAT và mMRC để phân loại giai đoạn trước và sau can thiệp cũng cho kết quả tương tự như vậy: GOLD A (12,2% vs 15,1%; $p > 0,05$); GOLD B (41,7% vs 48,9%; $p > 0,05$); GOLD C vẫn giữ nguyên 20,1%; sự thay đổi rõ ràng ở giai đoạn GOLD D (25,9% vs 15,8%; $p < 0,05$). CNTT của người mắc BPTNMT giảm dần theo thời gian, mức độ giảm nhanh hay chậm phụ thuộc vào sự loại bỏ các yếu tố nguy cơ, lối sống, chế độ ăn và rèn luyện sức khỏe. Kết quả khách quan cho thấy chỉ cần dùng biện pháp TTGDSK đơn giản như hướng dẫn người bệnh cai thuốc, tập ho, tập thở đúng cách có tác dụng làm chậm tiến trình phát triển của BPTNMT.

Hoàng Xuân Trường (2016) nghiên cứu PHCN hô hấp cho 52 người mắc BPTNMT tại Lạng Sơn sau 8 tuần tác giả đánh giá thấy điểm CAT trung bình giảm từ 19,6 (9,2) xuống 15,3 (7,3); mMRC giảm từ 2,98 (0,64) xuống 1,52 (0,71) [23]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với báo cáo của Đinh Ngọc Sỹ (2009), sau 8 tuần điều trị và PHCN hô hấp điểm mMRC của người bệnh giảm đáng kể, tuy nhiên các chỉ số FEV1 và FVC hầu như ít có sự thay đổi [18]. Nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu can thiệp cho người mắc BPTNMT cho thấy hiệu quả can thiệp với thực hành của người bệnh được cải thiện rõ rệt, tỷ lệ hút thuốc giảm, tình trạng khó thở và sức khỏe được cải thiện và chỉ số FEV1% giảm chậm theo thời gian. Peian Lou (2015) nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên 8.217 người mắc BPTNMT từ năm 2008 đến năm

2012 tại 14 trung tâm chăm sóc sức khỏe cộng đồng, chia làm 2 nhóm, nhóm chứng chỉ được chăm sóc thông thường, nhóm can thiệp được tham gia vào một chương trình quản lý sức khỏe: tư vấn cai thuốc, khuyến khích tập thể dục, đào tạo PHCN và tư vấn tâm lý. Tỷ lệ hút thuốc trước can thiệp (nhóm can thiệp là 45,2%; nhóm chứng là 44,7%); sau can thiệp (nhóm can thiệp 27,3%; nhóm chứng 41,6%). Chỉ số FEV1% so với trị số lý thuyết của cả hai nhóm nghiên cứu đều giảm ở bất kì giai đoạn nào của BPTNMT, ở nhóm can thiệp có tốc độ giảm chậm hơn rất nhiều. Điểm mMRC của nhóm can thiệp giảm $0,4 \pm 0,3$ điểm còn nhóm chứng lại tăng $0,3 \pm 0,2$ điểm, tỷ lệ nhập viện của nhóm can thiệp là 20,1%; nhóm chứng 36,2% [141]. Deepak TH (2013) nghiên cứu can thiệp 60 người mắc BPTNMT chia 2 nhóm mỗi nhóm 30 người bệnh với đặc điểm giống nhau. Sau đợt cấp 1 nhóm được can thiệp PHCN hô hấp và một nhóm chứng. Sau 12 tuần tác giả thấy khả năng hoạt động thể lực, điểm trung bình SGRQ (St George's Respiratory Questionare) được cải thiện đáng kể [52].

Như vậy dù can thiệp cho người mắc BPTNMT bằng hình thức nào, trong hay ngoài bệnh viện cũng đem lại hiệu quả và lợi ích nhất định cho người bệnh. Việc tổ chức và sinh hoạt câu lạc bộ BPTNMT tại cơ sở vừa ít phải trang bị các phương tiện PHCN hô hấp, vừa tiết kiệm và dễ dàng đi lại, dễ dàng tham gia và sinh hoạt nhưng đem lại hiệu quả tích cực trong việc cải thiện tình trạng sức khỏe, hạn chế tối đa sự suy giảm chức năng hô hấp và nâng cao chất lượng sống cho người mắc BPTNMT.

4.4. Kết quả đạt được và hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu lựa chọn chủ đích 2 xã thuần nông trong đó 1 xã chuyên canh cây thuốc lá và 1 xã chuyên canh cây lúa nhằm đánh giá tỷ lệ mắc và KAP về BPTNMT. Tỷ lệ mắc BPTNMT của người dân 40 tuổi trở lên tại 2 xã

là 5,9% trong đó 91,3% người bệnh mới được chẩn đoán. So với nhiều nghiên cứu ở Việt Nam tỷ lệ mắc BPTNMT trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức độ trung bình (tỷ lệ mắc BPTNMT ở nước ta dao động từ 3,0% đến 8,1% [5] [10] [13] [15] [16] [17] [25] [127]). Tỷ lệ mắc BPTNMT ở xã Kiến Thiết là 7,0%, tương đối cao so với các nghiên cứu trước đây. Tập tục của người dân Kiến Thiết gắn liền với việc trồng, chế biến, buôn bán và sử dụng thuốc lều lâu đời. Tình trạng hút thuốc của người dân xã Kiến Thiết còn cao (46,7%); đặc biệt là hút thuốc lều (43,7%). Hút thuốc là nguyên nhân quan trọng nhất gây nên BPTNMT và đó cũng là lý do khiến tỷ lệ mắc BPTNMT ở nơi đây cao hơn các vùng khác. Kết quả cũng cho thấy tác hại của hút thuốc lều, với mức độ hút ≥ 10 B-N thì nguy cơ mắc BPTNMT của hút thuốc lều tăng gấp 4,88 lần so với hút thuốc lá.

Kết quả điều tra ban đầu cho thấy kiến thức và thái độ của người dân về BPTNMT chưa tốt (kiến thức tốt 4,7% và thái độ tốt 16,4%) và không có người bệnh nào thực hành tốt về BPTNMT. Trước thực trạng như vậy việc TTGDSK để nâng cao KAP cho người dân về BPTNMT thực sự cần thiết. Do điều kiện không triển khai được rộng rãi, việc lựa chọn triển khai nghiên cứu can thiệp về BPTNMT tại xã trồng thuốc lều là lựa chọn phù hợp. Kết quả sau can thiệp KAP của người dân về BPTNMT được cải thiện rõ rệt, tỷ lệ kiến thức tốt đạt 27,2%; thái độ tốt đạt 57,8%. Đặc biệt qua việc TTGDSK tại câu lạc bộ BPTNMT kết quả thực hành tốt của người bệnh đã tăng lên 61,9%; chức năng hô hấp giảm chậm và tình trạng sức khỏe của họ được cải thiện. Những người mắc BPTNMT ở Kiên Bái cũng được tư vấn về tình trạng bệnh tật của họ và chuyển giao cho địa phương quản lý. Sau thời gian nghiên cứu can thiệp tại xã Kiến Thiết chúng tôi cũng triển khai truyền thông cộng đồng cho xã Kiên Bái, tuy nhiên chưa có điều kiện thành lập câu lạc bộ BPTNMT cho người bệnh nơi đây.

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy nếu sử dụng đo CNTK cho các đối tượng 40 tuổi trở lên có các yếu tố nguy cơ sẽ phát hiện được rất nhiều người mắc BPTNMT kể cả một số trường hợp chưa biểu hiện các triệu chứng cơ năng hô hấp. Người bệnh được phát hiện thường ở giai đoạn tắc nghẽn nhẹ và vừa. TTGDSK về BPTNMT tại cộng đồng đặc biệt mô hình sinh hoạt tại câu lạc bộ BPTNMT tổ chức tại địa phương có ý nghĩa rất lớn trong việc cải thiện KAP cho toàn dân và cho người mắc BPTNMT. Thành lập câu lạc bộ BPTNMT tại cộng đồng rất đơn giản và đem lại hiệu quả cao, do vậy mô hình này có thể nhân rộng và triển khai ở các địa phương khác, góp phần phòng chống BPTNMT ở nước ta.

- Kết quả của đề tài

- + Đưa ra tỷ lệ mắc và các yếu tố liên quan đến BPTNMT của 2 xã là 5,9%.
- + Xã trồng thuốc lá tỷ lệ mắc BPTNMT cao hơn xã cấy lúa.
- + Hút thuốc lá ảnh hưởng đến BPTNMT mạnh hơn hút thuốc lá.
- + Chủ động khám và đo CNTK cho đối tượng 40 tuổi trở lên có triệu chứng lâm sàng hoặc có các yếu tố nguy cơ sẽ phát hiện nhiều người mắc BPTNMT.
- + Trong 310 mắc BPTNMT thì 91,3% người bệnh mới được chẩn đoán và 66,4% người bệnh ở giai đoạn tắc nghẽn nhẹ và vừa.
- + Trong 17 người mắc BPTNMT (5,5%) chưa có triệu chứng lâm sàng chỉ được phát hiện bằng đo chức năng thông khí.
- + TTGDSK trong cộng đồng có hiệu quả cao trong việc cải thiện KAP cho người dân và người bệnh về BPTNMT.
- + Mô hình sinh hoạt câu lạc bộ BPTNMT dễ triển khai, đầu tư ít nhưng có hiệu quả tích cực, giúp cho người mắc BPTNMT tự chăm sóc và PHCN hô hấp tại nhà, biết cách sử dụng các thuốc GPQ dạng hít. Cải thiện được tình trạng sức khỏe (thể hiện ở các tiêu chí đánh giá qua giảm tần xuất đợt cấp,

giảm khả năng phải vào bệnh viện điều trị, điểm mMRC và CAT đều giảm). Duy trì chức năng hô hấp cho người bệnh thể hiện ở mức độ tắc nghẽn đường thở và giai đoạn của bệnh ít thay đổi.

- Hạn chế của đề tài

- + Do điều kiện không cho phép triển khai nghiên cứu rộng rãi nên chúng tôi đã chọn chủ đích 2 xã vì vậy mẫu nghiên cứu không đại diện cho quần thể.
- + Đề tài tập trung vào nghiên cứu dịch tễ và can thiệp TTGDSK về BPTNMT cho nên không đề cập nhiều đến các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng của người mắc BPTNMT như: các triệu chứng thực thể, các bệnh đồng mắc, Xquang tim phổi, khí máu...
- + Chưa tìm mối liên quan của hút thuốc thụ động với BPTNMT vì đặc thù miền quê trồng thuốc Lào, người dân trực tiếp chế biến, tiếp xúc hoặc sử dụng nên khó đánh giá.
- + Không can thiệp được việc chuyển đổi không trồng cây thuốc Lào tại Kiến Thiết sang hình thức kinh tế khác và chưa đánh giá được tình trạng cai hút thuốc của người dân.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu dịch tễ, KAP về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại xã Kiến Thiết và Kiên Bái, đồng thời can thiệp TTGDSK 1 năm tại xã Kiến Thiết chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Tỷ lệ mắc và các yếu tố liên quan đến bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

- Tỷ lệ mắc BPTNMT ở người từ 40 tuổi trở lên là 5,9% (Kiến thiết 7,0%; Kiên Bái 5,0%). Nam giới nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 1,82 lần so với nữ (8,7% vs 3,7%; $p < 0,001$).
- Người hút thuốc nguy cơ mắc BPTNMT cao gấp 2,72 lần so với người không hút thuốc (9,2% vs 3,6%; $p < 0,001$). Mức độ hút thuốc ≥ 10 B-N thì hút thuốc lâu nguy cơ mắc BPTNMT tăng gấp 4,88 lần so với hút thuốc lá.
- Yếu tố liên quan chính đến BPTNMT là tuổi cao, nam giới, mức độ hút thuốc, học vấn thấp, phơi nhiễm khói bếp trên 30 năm.
- Chưa thấy liên quan giữa tuổi của người bệnh với mức độ hút thuốc.
- Có 91,3% người bệnh mới được chẩn đoán; 5,5% chưa biểu hiện triệu chứng lâm sàng và 66,4% người bệnh ở giai đoạn tắc nghẽn nhẹ và trung bình.

2. Kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước can thiệp

Kiến thức: kiến thức tốt của người dân về BPTNMT đạt 4,7%.

- Có 84,9% đối tượng chưa biết đến tên bệnh, tỷ lệ biết BPTNMT có ho là 39,8%; khạc đờm 20,9%; khó thở 36,1%.
- Chỉ 43,7% đối tượng biết nguyên nhân của bệnh là do hút thuốc và 42,9% biết không hút thuốc là biện pháp phòng bệnh.

Thái độ: thái độ tốt của người dân về BPTNMT đạt 16,4%. Khi mắc bệnh có 39,3% đối tượng sẽ cai thuốc nếu hút; 23,8% sẽ tránh bụi, hóa chất.

Thực hành: không có người bệnh nào thực hành tốt về BPTNMT và đa số không biết sử dụng các dụng cụ hít và phục hồi chức năng hô hấp.

3. Hiệu quả sau 1 năm can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Kiến thức: kiến thức tốt của người dân tăng từ 4,8% lên 27,2%; CSHQ đạt 446,7%; có 80,3% đã biết tên bệnh, CSHQ đạt 438,9%.

- Tỷ lệ đối tượng biết BPTNMT có họ là 73%; khó thở là 79,7%; khạc đờm là 35,1%; CSHQ đạt theo thứ tự 86,4%; 110,3%; 68,8%.

- Tỷ lệ người biết nguyên nhân BPTNMT do hút thuốc tăng lên 88,9%; CSHQ đạt 105,1%. Không hút thuốc là biện pháp phòng bệnh tăng lên 88,2%; CSHQ đạt 98,2%.

Thái độ: thái độ tốt của người dân sau can thiệp tăng từ 16,9% lên 57,8%; CSHQ đạt 242%. Khi mắc bệnh mắc bệnh 90,9% đối tượng sẽ cai thuốc nếu hút, CSHQ 137%; 72,8% đối tượng sẽ tránh bụi, hóa chất, CSHQ đạt 195,9%.

Thực hành: tỷ lệ thực hành tốt của người bệnh tăng 61,9%.

- Tỷ lệ người bệnh hút thuốc giảm từ 44,7% xuống 25,5%; CSHQ đạt 43%.

- Trong số người bệnh hút thuốc có 42,9% cai thuốc và 46% giảm hút thuốc.

- Hầu hết người bệnh thực hành đúng họ có kiểm soát, thở chúm môi, sử dụng đúng bình xịt định liều.

Tình trạng sức khỏe và chức năng thông khí của người bệnh: sau 1 năm, trung bình điểm CAT, mMRC và số đợt cấp của người bệnh đều giảm, mức độ tắc nghẽn và giai đoạn BPTNMT ít thay đổi.

KIẾN NGHỊ

1. Hệ thống y tế nên lập kế hoạch và triển khai sàng lọc và đo chức năng thông khí rộng rãi cho toàn bộ các đối tượng từ 40 tuổi trở lên có các yếu tố nguy cơ tại cộng đồng nhằm phát hiện sớm BPTNMT để có biện pháp phòng và điều trị thích hợp.
2. Hệ thống y tế phối hợp với trung tâm truyền thông nên thường xuyên TTGDSK để nâng cao kiến thức và thái độ và thực hành cho người dân về BPTNMT.
3. Chính quyền và y tế địa phương cần phối hợp xây dựng các câu lạc bộ BPTNMT tại cộng đồng để người bệnh dễ dàng tham gia.

DANH MỤC CÁC BÀI BÁO ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI LUẬN ÁN

1. Nguyễn Đức Thọ, Phạm Minh Khuê, Phạm Thu Xanh, Trần Quang Phục (2017), “Kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người 40 tuổi trở lên tại hai xã, Hải Phòng năm 2015”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 27, Số 10, tr. 19-25.
2. Nguyễn Đức Thọ, Phạm Thu Xanh, Phạm Minh Khuê, Trần Quang Phục (2017), “Thực trạng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người dân từ 40 tuổi trở lên tại hai xã, thành phố Hải Phòng”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 27, Số 10, tr. 11-18.
3. Nguyễn Đức Thọ, Phạm Minh Khuê, Đào Quang Minh, Trần Quang Phục (2018), “Nghiên cứu hiệu quả truyền thông giáo dục sức khỏe đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Kiến Thiết, Tiên Lãng, Hải Phòng”, *Y học Việt Nam*, Tập 472, Tháng 11, Số 1, tr. 181-186.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. Lê Thị Vân Anh, Ngô Quý Châu, và cộng sự (2007), "Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư thành phố Bắc Giang", *TCNCYH Phụ trương*, 53(5), Hà Nội, tr. 87-93.
2. Ngô Quý Châu (2003), "Tình hình bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại khoa hô hấp bệnh viện Bạch Mai trong 5 năm (1996-2000)", *TCNCKH*, 21(1), Hà Nội, tr. 35-39.
3. Ngô Quý Châu, Nguyễn Quỳnh Loan (2005), "Nghiên cứu dịch tễ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại phường Khương Mai quận Thanh Xuân - Hà Nội", *TCNCKH*, 34(2), Hà Nội, tr. 98-104.
4. Ngô Quý Châu, Chu Thị Hạnh, Nguyễn Thế Cường (2005), "Nghiên cứu dịch tễ lâm sàng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở cộng đồng dân cư quận Đống Đa và Thanh Xuân - Hà Nội" *TCNCYH*, 36 (3), Hà Nội, tr. 65-71.
5. Ngô Quý Châu, Phan Thu Phương và cộng sự (2006) "Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư thành phố Hải Phòng" *Y học thực hành*, (2), Hà Nội, tr. 45-48.
6. Ngô Quý Châu (2012), *Bệnh hô hấp*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 173-185.
7. Ngô Quý Châu, Nguyễn Thanh Thủy (2015), "Phân loại giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo hướng dẫn của GOLD 2011", *Y học Việt Nam*, (2), Hà Nội, tr. 52-58.
8. Ngô Quý Châu, Phan Thu Phương, Nguyễn Thanh Thủy (2015), "So sánh phân loại giai đoạn bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo GOLD 2011 với GOLD 2006", *Y học Việt Nam*, Số đặc biệt, Hà Nội, tr. 66-73.

9. Nguyễn Quang Chính, Phạm Huy Quyên (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*, (3), Hà Nội, tr. 15-18.
10. Chu Thị Hạnh (2007), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong công nhân một số nhà máy công nghiệp ở Hà Nội*, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
11. Nguyễn Văn Hiến (2007), *Giáo dục và nâng cao sức khỏe*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 12-18.
12. Hội Lao và Bệnh phổi Việt Nam (2015), *Hướng dẫn quốc gia xử trí hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 215 - 251.
13. Hoàng Thị Lâm, Nguyễn Văn Tường (2014), "Thực trạng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) trên địa bàn Hà Nội giai đoạn 2009-2010", *Tạp chí Y học dự phòng* 2014, Tập XXIV, Số 10 (159), Hà Nội, tr. 77-82.
14. Lê Thị Tuyết Lan (2011), "Tình hình bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) tại Việt Nam", *J Fran Viet Pneu* 2011, 02(04), tr. 46-48.
15. Phùng Chí Lĩnh, Vũ Đức Long (2014), "Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan tới bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại huyện Ân Thi, TP. Hưng Yên tỉnh Hưng Yên năm 2012", *Y học Việt Nam*, (2), Hà Nội, tr. 101-105.
16. Phan Thu Phương, Ngô Quý Châu, Dương Đình Thiện (2009), "Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư huyện Lạng Giang tỉnh Bắc Giang", *Y học thực hành*, (12), Hà Nội, tr. 12-16.
17. Phạm Huy Quyên, Bùi Công Hoan (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*, (921), Hà Nội, tr. 496-501.

18. Đinh Ngọc Sỹ (2009), *Dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) ở Việt Nam và các biện pháp dự phòng điều trị*, Chương trình KH&CN trọng điểm cấp nhà nước KC.10/06-10, Bộ Khoa học và công nghệ, Bộ Y tế, Hà Nội.
19. Trần Hoàng Thành, Nguyễn Phương Lan (2009), "Tình hình hút thuốc lá và thuốc lá của bệnh nhân COPD điều trị tại khoa hô hấp Bệnh viện Bạch Mai", *Y học thực hành*, (7), Hà Nội, tr. 41-44.
20. Trần Thị Thanh Thủy, Trần Quang Phục, Thái lan Anh (2014), "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*, (921), Hà Nội, tr. 534-537.
21. Vũ Văn Triển (2014), *Nghiên cứu một số triệu chứng, bệnh đường hô hấp và môi trường lao động của công nhân thi công cầu Nhật Tân*, Luận án Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr. 41.
22. 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, Hà Nội tr. 23, 24, 69,119.
23. Hoàng Xuân Trường (2016), *Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng hô hấp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện phục hồi chức năng tỉnh Lạng Sơn*, Luận văn Bác sỹ Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
24. Nguyễn Thị Xuyên (2008), *Phục hồi chức năng bệnh phổi mãn tính*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

25. Nguyễn Thị Xuyên, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Việt Nhung (2010), "Nghiên cứu tình hình dịch thể bệnh phổi phế quản tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam", *Y học thực hành*,(2), Hà Nội, tr. 8-11.

TÀI LIỆU TIẾNG ANH

26. A. Minette (1999), "Questionnaire of European Community for Coal and Steel (ECSC) on respiratory Symptoms 1987 - updating of the 1962 and 1967 questionnaires for studying chronic bronchitis and emphysema" *Eur Respir J*, 1999; 2: 165 - 177.
27. A. Lewis, S. Torvinen, et al (2016), "The economic burden of asthma and chronic obstructive pulmonary disease and the impact of poor inhalation technique with commonly prescribed dry powder inhalers in three European countries", *BMC Health Services Research*, 2016; 16: 251.
28. Abdullah Sayiner, Ashraf Alzaabi, et al (2012), "Attitudes and beliefs about COPD: Data from the BREATHE study" *Respiratory Medicine*, 2012; 106(S2): S60–S74.
29. Ana M Menezes, Sarah H Landis, et al (2015), "Continuing to Confront COPD International Surveys: comparison of patient and physician perceptions about COPD risk and management", *International Journal of COPD* 2015;10: 159-172.
30. Andrea S. Gershon, et al (2010), "Trends in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevalence, Incidence, and Mortality in Ontario, Canada, 1996 to 2007 A Population–Based Study", *Arch Intern Med* 2010; 170(6): 560-565.
31. Ane Johannessen, Per S. Bakke, et al (2012), "Association of exposure to environmental tobacco smoke in childhood with chronic obstructive

- pulmonary disease and respiratory symptoms in adult" *Respirology* 2012; 17: 499-505.
32. Anne G. Wheaton, Timothy J. Cunningham, et al (2015), "Employment and Activity Limitations Among Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease — United States, 2013", *MMWR* March 27, 2015; 64(11): 289-312.
 33. Anne E Holland, Ajay Mahal, et al (2017), "Home-based rehabilitation for COPD using minimal resources: a randomized, controlled equivalence trial", *Thorax* 2017; 72: 57–65.
 34. Anthony J Guarasico, Shaunta M Ray, et al (2013), "The clinical and economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in USA", *ClinicoEconomics and Outcomes Researc*, 2013; 5: 235-245.
 35. Anthony L. Byrne, Ben J. Marais, et al (2015), "Tuberculosis and chronic respiratory disease: a systematic review", *International Journal of Infectious Diseases*, 2015; 32: 138-146.
 36. B.R. Celli, W. MacNee, et al (2014), "Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper", *Eur Respir J*, 2014, 23, pp. 932-946.
 37. Bang KM (2015), "Chronic obstructive pulmonary disease in nonsmoker by occupation and exposure: a brief review" *Curr Opin Pulm Med* 2015 Mar; 21(2): 149-154.
 38. Barbara P Yawn, Peter C Wollan (2008), "Knowledge and attitudes of family physicians coming to COPD continuing medical education", *International Journal of COPD* 2008: 3(2) 311-317.

39. Bill B Brashier, Rahul Kodgule (2012), "Risk Factors and Pathophysiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)", *Supplement to japi*, February 2012 Vol.60: 17-21.
40. Bruscas Alijardea MJ, Naberan Tõnab K, et al (2015), "ARAPOC study: Prevalence of respiratory symptoms and chronic obstructive pulmonary disease in the general population", *Atencion Primaria* 2015; 47(6): 336-343.
41. C. Bárbara, F. Rodrigues, et al (2013), "Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in Lisbon, Portugal: the burden of obstructive lung disease study", *Rev Port Pneumol* 2013; 19(3): 96-105.
42. Catherine E Rycroft, Anne Heyes, et al (2012), "Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a literature review", *International Journal of COPD* 2012: 7 457–494.
43. Chaicharn Pothirat, Warawut Chaiwong, et al (2015), "A comparative study of COPD burden between urban vs rural communities in northern Thailand", *International Journal of COPD* 2015: 10 1035-1042.
44. Ching-Min Tseng, Yung-Tai Chen, et al (2013), "The Effect of Cold Temperature on Increased Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Nationwide Study", *Plos One*, March 2013; 8(3): e57066.
45. Clare Gardiner, Merryn Gott, et al (2010), "Exploring the care needs of patients with advanced COPD: An overview of the literature" *Respiratory Medicine*, 2010; 104, 159-165.
46. Claus F. Vogelmeier, Gerard J. Criner, et al (2017), "Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2017 Report GOLD Executive Summary", *Am J Respir Crit Care Med*, Mar 1, 2017; 195(5): 557-582.

47. D. Fishwick, D. Sen, et al (2015), "Occupational chronic obstructive pulmonary disease: a standard of care" *Occupational Medicine*, 2015; 65: 270–282.
48. Daphne C Richter, James R Joubert, et al (2008), "Diagnostic value of post-bronchodilator pulmonary function testing to distinguish between stable, moderate to severe COPD and asthma" *International Journal of COPD*, 2008; 3(4) 693–699.
49. David Wilson, Robert Adams, et al (2005), "Difficulties Identifying and Targeting COPD and Population-Attributable Risk of Smoking for COPD", *CHEST* 2005; 128(4): 2035–2042.
50. Davies Adeloye, Catriona Basquill, et al (2015), "An estimate of the prevalence of COPD in Africa: a systematic analysis", *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary disease*, 2015 12(1): 71-81.
51. Davies Adeloye, Stephen Chua, Chinwei Lee, et al (2015), "Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis", *Journal Global Health*, 2015, Dec; 5(2): 020415.
52. Deepak TH, Mohapatra PR, Janmeja AK, et al (2014), "Outcome of Pulmonary Rehabilitation in Patients after Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease" *Indian J Chest Dis Allied Sci*, 2014; 56: 7-12.
53. Denis E O'Donnell, Paul Hernandez, et al (2008), "Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease – 2008 update – highlights for primary care", *Can Respir J*, Vol 15, Suppl A January/February 2008.
54. Devan Jaganath, J Jaime Miranda, et al (2015), "Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and variation in risk factors across four

- geographically diverse resource-limited settings in Peru", *Respiratory Research*, 2015; 16-40.
55. Didier Saey (2016), "Home base rehabilitation and telerehabilitation: A promising strategy to improve service offering in patient with chronic lung disease", *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, Volume 59, Supplement, September 2016: e37.
56. Douglas W Mapel, Anand A Dalal, et al (2011), "Severity of COPD at initial spirometry-confirmed diagnosis: data from medical charts and administrative claims" *International Journal of COPD*, 2011: 6 573-581.
57. Douglas W Mapel, Anand A Dalal, et al (2015), "Application of the new GOLD COPD staging system to a US primary care cohort, with comparison to physician and patient impressions of severity", *International Journal of COPD*, 2015:10 1477–1486.
58. Earl S. Ford (2015), "Trends in mortality from chronic obstructive pulmonary disease among adults in the United States", *Chest*, 2015 October 1, 148(4): 962-970.
59. Eirini Misiki, Eleni Bania, Christos Varounis, et al (2015), "Characteristics of prevalent and new COPD cases in Greece: the GOLDEN study" *International Journal of COPD*, 2015: 10, 1371–1382.
60. Elena Adreeva, Marina Pokhaznikova, et al (2015), "The respect study: Research on the Prevalence and the diagnosis of COPD and its Tobacco-related etiology: a study protocol", *BMC Public Health* 2015, 15:831.
61. Eva Balcells, Elena Gimeno-Santos, Jordi de Batlle, et al (2015), "Characterisation and prognosis of undiagnosed chronic obstructive pulmonary disease patients at their first hospitalisation", *BMC Pulmonary Medicine*, 2015, 15:4.

62. Folch, Ana, Orts-Cortés, Maria Isabel, et al (2017), "Educational programs for patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Integrative Review", *Enfermería Global, Enero*, 2017: 556-573.
63. Francisca Leiva-Fernández, José Leiva-Fernández, et al (2012), "Efficacy of two educational interventions about inhalation techniques in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). TECEPOC: study protocol for a partially randomized controlled trial (preference trial)", *Trials*, 2012; 13:64.
64. Fred C. Lunenburg (2010), "Communication: The Process, Barriers, And Improving Effectiveness", *Schooling* 2010; 1(1).
65. Frederik van Gemert, Niels Chavannes, et al (2013), "Impact of chronic respiratory symptoms in a rural area of sub-Saharan Africa: an in-depth qualitative study in the Masindi district of Uganda" *Prim Care Respir J* 2013, 22(3): 300-305.
66. Frederik van Gemert, Bruce Kirenga, et al (2015), "Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease and associated risk factors in Uganda (FRESH AIR Uganda): a prospective cross-sectional observational study", *Lancet Glob Health*, 2015; 3:e 44–51.
67. Gavin C Donaldson, Jadwiga A Wedzicha (2014), "The causes and consequences of seasonal variation in COPD exacerbations", *International Journal of COPD*, 2014; 9: 1101–1110.
68. Gennaro D'Amato, Lorenzo Cecchi, et al (2014), "Climate change and respiratory diseases", *Eur Respir Rev*, 2014; 23: 161–169.
69. Georgia Kourlaba, Georgios Hillas, et al (2016), "The disease burden of chronic obstructive pulmonary disease in Greece", *International Journal of COPD* 2016; 11: 2179-2189.

70. Global Initiative for Chronic Obstructive Disease (2014), *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Update 2014.
71. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2015), *Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention*, A Guide for Health Care Professionals Updated 2015.
72. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2017), *Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevent*, A Guide for Health Care Professionals 2017 Report.
73. Go Tsukuya, Koichiro Matsumoto, et al (2015), "Validation of a COPD screening questionnaire and establishment of diagnostic cut-points in a Japanese general population: The Hisayama study", *Allergology International* 2015; 64(1): 49-53.
74. Graciane Laender Moreira, Mariana Rodrigues Gazzotti, et al (2015), "Incidence of chronic obstructive pulmonary disease based on three spirometric diagnostic criteria in Sao Paulo, Brazil: a nine-year follow-up since the PLATINO prevalence study" *Sao Paulo Med J* 2015; 133(3): 245-51.
75. Guoping Hu, Nanshan Zhong, Pixin Ran (2015), "Air pollution and COPD in China", *J Thorac Dis* 2015; 7(1): 59-66.
76. Hager Daldoul, Meriam Denguezli, et al (2013) "Prevalence of COPD and Tobacco Smoking in Tunisia - Results from the BOLD Study", *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2013, 10, 7257-7271.
77. Henrik Hansen, Theresa Bieler, et al (2017), "COPD online-rehabilitation versus conventional COPD rehabilitation- rationale and design for a

- multicenter randomized controlled trial study protocol (CORe trial)", *BMC Pulmonary Medicine* 2017; 17:140.
78. Hyejin Joo, Jinkyong Park, et al (2012), "Comorbidities of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Koreans: A Population-Based Study", *J Korean Med Sci* 2012; 27: 901-906.
79. I-Po Lin, Shiao-Chi Wu, Shu-Tzu Huang (2015), "Continuity of Care and Avoidable Hospitalizations for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)" *JABFM* March-April 2015 28(2): 222-30.
80. Ivan P Artyukhov, Irina L Arshukova, et al (2015), "Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a population-based study in Krasnoyarsk region, Russia", *International Journal of COPD* 2015;10 1781-1785.
81. J. Cardoso, J.R. Ferreira, et al (2013), "Chronic obstructive pulmonary disease in Portugal: Pneumobil (1995) and 2002 Prevalence studies revisited", *Rev Port Pneumol* 2013; 19(3): 88-95.
82. Jae Yong Seo, Yong Il Hwang, et al (2015), "Awareness of COPD in a High Risk Korean Population", *Yonsei Med J* 2015; 56(2): 362-367.
83. Jan Zejda, Grzegorz Brozek (2016), "Chronic obstructive pulmonary disease in Poland – a need for population-based epidemiological studies", *Pneumonol Alergol Pol* 2016; 84: 203-204.
84. Jeetvan G Patel, Saurabh P Nagar, Anand A Dalal (2014), "Indirect costs in chronic obstructive pulmonary disease: A review of the economic burden on employers and individuals in the United States", *International Journal of COPD* 2014; 9 289-300.

85. Ji Ye Jung, Young Sam Kim, et al (2015), "Relationship of vitamin D status with lung function and exercise capacity in COPD", *Respirology* 2015; 20: 782-789.
86. Johan Buffels, Jan Degryse, et al (2004), "Office Spirometry Significantly Improves Early Detection of COPD in General Practice* The DIDASCO Study", *CHEST* 2004 125: 1394–1399.
87. John R. Hurst, Vestbo J, et al (2010), "Susceptibility to Exacerbation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease", *N Engl J Med* 2010; 363: 1128 – 38.
88. Jordan Minov, Karadzinska-Bislimovska, et al (2015), "Course of COPD Assessment Test (CAT) Scores During Bacterial Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Treated in Outpatient Setting", *The Open Respiratory Medicine Journal* 2015, 9, (Suppl1: M2): 39-45.
89. Jorgen Vestbo, Suzanne S. Hurd, et al (2013), "Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. GOLD Executive Summary", *Am J Respir Crit Care Med* Feb 15, 2013; 187(4): 347-365.
90. Jose Luis Lopez – Campos, Alberto Fernandez-Villar, et al (2015), "Evaluation of the COPD Assessment Test and GOLD patient types: a cross-sectional analysis", *International Journal of COPD* 2015: 10 975–984.
91. Karina M. Cancelliero-Gaiad, Daniela Ike (2014), "Respiratory pattern of diaphragmatic breathing and pilates breathing in COPD subjects", *Braz J Phys Ther* 2014 Jul-Aug; 18(4): 291–299.
92. Kim J, Lee TJ, et al (2016), "The economic burden of chronic obstructive pulmonary disease from 2004 to 2013", *J Med Econ* 2016; 19(2): 103-10.

93. Kokuvi Atsou, Christos Chouaid, Gilles Hejblum (2011), "Variability of the chronic obstructive pulmonary disease key epidemiological data in Europe: systematic review", *BMC Medicine* 2011; 9:7.
94. Kourtney J Davis, Sarah H Landis, et al (2015), "Continuing to Confront COPD International Physician Survey: physician knowledge and application of COPD management guidelines in 12 countries" *International Journal of COPD* 2015: 10 39-55.
95. Kristin A. Guertin, et al (2015), "Time to First Morning Cigarette and Risk of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Smokers in the PLCO Cancer Screening Trial", *PLoS One* 2015 May 18; 10(5).
96. L. J. Finney, Feary JR, et al (2013), "Chronic obstructive pulmonary disease in sub-Saharan Africa: a systematic review", *Int J Tuberc Lung Dis* 2013 17(5): 583-589.
97. Laura M. Paulin, Gregory B. Diette, et al (2015), "Occupational Exposures Are Associated with Worse Morbidity in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease", *Am J Respir Crit Care Med* 2015 Mar 1; 191(5): 557-565.
98. Lowie E.G.W. Vanfleteren, Frits M.E. Franssen, et al (2012), "The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Maastricht, the Netherlands", *Respiratory Medicine* 2012 106; 871-874.
99. Luis Verde-Remeseiroa, Estrella López-Pardo, et al (2015), "Electronic clinical records in primary care for estimating disease burden and management. An example of COPD", *Gac Sanit* 2015; 29(5): 390–392.
100. M.Sh. Badway, Ahmed Fathy Hamed, et al (2016), "Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Qena Governorate", *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis* 2016; 65(29 - 34).

101. M. Van Zeller, et al (2012), "Efficacy evaluation of educational sessions for patients with asthma and COPD", *Rev Port Pneumol* 2012; 18(1): 29-33.
102. Manbinder S Sidhu, Amanda Daley (2015), "Patient self-management in primary care patients with mild COPD – protocol of a randomised controlled trial of telephone health coaching", *BMC Pulmonary Medicine* 2015; 15: 16. 10.1186/s12890-015-0011-5.
103. Marc Miravittles, et al (2006), "Chronic respiratory symptoms, spirometry and knowledge of COPD among general population", *Respiratory medicine* 2006; 100: 1973-1980.
104. Margareta Emtner, Anna Hedin, et al (2009), "Impact of patient characteristics, education and knowledge on emergency room visits in patients with asthma and COPD: a descriptive and correlative study", *BMC Pulmonary Medicine* 2009; 9: 43.
105. Maria Luiza de Moraes Souza, Andrea Cristina Meneghini, et al (2009), "Knowledge of and technique for using inhalation devices among asthma patients and COPD patients", *J Bras Pneumol* 2009; 35(9): 824-831.
106. Marie Carmen Valenza, Geraldine Valenza-Pen (2014), "Effectiveness of Controlled Breathing Techniques on Anxiety and Depression in Hospitalized Patients With COPD: A Randomized Clinical Trial", *Respiratory care* February 2014; 59(2): 209-215.
107. Marie Kraïm-Leleu, Francois-Xavier Lesage, et al (2013), "Occupational Risk Factors for COPD: A Case-Control Study", *Plos One* March 2013; 11(8): e0158719. doi: 10.1371/journal.pone.0158719.

108. Mark D. Eisner, Nicholas Anthonisen, et al (2010), "An Official American Thoracic Society Public Policy Statement: Novel Risk Factors and the Global Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease", *Am J Respir Crit Care Med* 2010; 182: 693-718.
109. Masaharu Asai, et al (2015), "Effect of a Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Intervention on COPD Awareness in a Regional City in Japan", *Intern Med* 2015; 54: 163-169.
110. Masoumeh Zakerimoghadam, Khadijeh Tavasoli, et al (2011), "The Effect of Breathing Exercises on The Fatigue Levels of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease", *Acta Med Indones-Indones J Intern Med* January 2011; 43(1): 29 - 33.
111. Mehdi Najafzadeh, Carlo A. Marra, et al (2012), "Future Impact of Various Interventions on the Burden of COPD in Canada: A Dynamic Population Model", *PloS One* October 2012; 7(10).
112. Mekov E, Slavova Y (2015), "Vitamin D Deficiency and Insufficiency in Hospitalized COPD Patients", *PLoS One* 2015 Jun 5; 10(6): e0129080.
113. Michael E. Green, Nandini Natajaran, et al (2015), "Chronic obstructive pulmonary disease in primary care: an epidemiologic cohort study from the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network", *CMAJ Open* 2015; 3(1): E15-22.
114. Mireia Raluy-Callado, Dimitra Lambrelli, et al (2015), "Epidemiology, severity, and treatment of chronic obstructive pulmonary disease in the United Kingdom by GOLD 2013" *International Journal of COPD* 2015: 10 925-937.

115. Mirna Waked, George Khayat, Pascale Salameh (2011), "Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in Lebanon: a cross-sectional descriptive study", *Clinical Epidemiology* 2011;3 315–323.
116. Mohammad Golshan, Babak Amra, et al (2011), "Sample Survey of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Associated Risk Factors Isfahan, Iran", *Tanaffos* 2011; 10(3): 32-36.
117. Mohammed Al Ghobain, Mohamed S. Al-Hajjaj, Siraj Omar Wali (2011), "Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among smokers attending primary health care clinics in Saudi Arabia", *Ann Saudi Med* 2011 Mar-Apr; 31(2): 129-133.
118. Mousa Al Omari, Basheer Y Khassawneh, et al (2014), "Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among adult male cigarettes smokers: a community-based study in Jordan", *International Journal of COPD* 2014; 9: 753-758.
119. Nadia N. Hasel, Meredith C. McCormack, et al (2007), "The Effects of Air Pollution and Temperature on COPD", *COPD*. 2016 June; 13(3):372-379.
120. Nanshan Zhong, Chen Wang, et al (2007), "Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in China. A Large, Population-based Survey", *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176: 753–760.
121. Naseh Sigari, Fatemah Alhani, et al (2013), "Risk factors of chronic obstructive pulmonary disease in men and women in Sanandaj, Iran", *Chronic disease journal* 2013; 1(1): 24-29.
122. Natalie Terzikhan, Katia M. C. Verhamme, et al (2016), "Prevalence and incidence of COPD in smokers and non-smokers: the Rotterdam Study", *Eur J Epidemiol* 2016; 31: 785–792.

123. Nazmi Sari, Meric Osman (2015), "The effects of patient education programs on medication use among asthma and COPD patients: a propensity score matching with a difference-in-difference regression approach", *BMC Health Services Research* 2015; 15: 332.
124. Neil Barnes, Peter MA Calverley, et al (2013), "Chronic obstructive pulmonary disease and exacerbations: Patient insights from the global Hidden Depths of COPD survey", *BMC Pulmonary Medicine* 2013; 13:54.
125. New Nouveau Brunswick (2016), "Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in New Brunswick", *Profiles on health* September 2016.
126. NHLBI/WHO Workshop Summary (2001), "Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease", *Am J Respir Crit Care Med* 2001; Vol 163. pp 1256–1276.
127. Nhung Nguyen Viet, Faisal Yunus, et al (2015), "The prevalence and patient characteristics of chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers in Vietnam and Indonesia: An observational survey", *Respirology* 2015; 20: 602-611.
128. Nicholas T. Vozoris, Matthew B. Stanbrook (2011) "Smoking prevalence, behaviours, and cessation among individuals with COPD or asthma", *Respiratory Medicine* 2011; 105: 477-484.
129. Österlund Efraimsson Eva, Klang Birgitta, et al (2009), "Communication and self-management education at nurse-led COPD clinics in primary health care", *G Model PEC* 2009; 3364: 1-9.
130. Øistein Svanes, Trude Duelien Skorge, et al (2015), "Respiratory Health in Cleaners in Northern Europe: Is Susceptibility Established in Early Life?", *Plos one* July 13, 2015 10(7): e0131959.

131. Olufemi Olumuyiwa Desalu, Cajetan Chigozie Onyedum, et al (2013), "Guideline-based COPD management in a resource-limited setting - physicians' understanding, adherence and barriers: a cross-sectional survey of internal and family medicine hospital-based physicians in Nigeria", *Prim Care Respir J* 2013; 22(1): 79-85.
132. Omland Ø, Würtz ET, et al (2014) "Occupational chronic obstructive pulmonary disease: a systematic literature review", *Scand J Work Environ Health* 2014; 40(1): 19-35.
133. P.W. Jones, G. Brusselle, et al (2011), "Properties of the COPD assessment test in a cross-sectional European study", *Eur Respir J* 2011; 38(1): 29 – 35.
134. Pankaj Joshi, Woo Jin Kim, Sang-Ah Lee (2015), "The effect of dietary antioxidant on the COPD risk: the community-based KoGES (Ansan-Anseong) cohort", *International Journal of COPD* 2015; 10: 2159-2168.
135. Patrik Danielsson, Inga Sif Ólafsdóttir, et al (2012), "The prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Uppsala, Sweden – the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) study: cross-sectional population-based study", *Clinical Respiratory Journal* 2012; ISSN 1752-6981: 120-127.
136. Paul Cullinan (2012), "Occupation and chronic obstructive pulmonary disease (COPD)" *British Medical Bulletin* 2012; 104: 143–161.
137. Paul Hernandez, et al (2009) "Living with chronic obstructive pulmonary disease: a survey of patients' knowledge and attitudes", *Respiratory Medicine* 2009; 103: 1004-1012.
138. Paul Hernandez, Meyer S Balter, et al (2013), "Canadian practice assessment in chronic obstructive pulmonary disease: Respiratory

- specialist physician perception versus patient reality" *Can Respir J* 2013; 20(2): 97-105.
139. Peder Fabricius, Anders Løkke, Jacob Louis Marott, et al (2011), "Prevalence of COPD in Copenhagen", *Respiratory Medicine* 2011; 105: 410-417.
140. Peian Lou, Yanan Zhu, et al (2012), "Vulnerability, beliefs, treatments and economic burden of chronic obstructive pulmonary disease in rural areas in China: a cross-sectional study", *BMC Public Health* 2012; 12:287.
141. Peian Lou, Peipei Chen, Pan Zhang, et al (2015), "A COPD Health Management Program in a Community-based Primary Care Setting: A Randomized Controlled Trial", *Respiratory Care* January 2015; 60(1): 102-112.
142. Pere Almagro, Hernandez C, et al (2015), "Seasonality, ambient temperatures and hospitalizations for acute exacerbation of COPD: a population-based study in a metropolitan area", *International Journal of COPD* 2015; 10: 899-908.
143. Peter Kjeldgaard, Ronald Dahl, et al (2015), "Detection of COPD in a high-risk population: should the diagnostic workup include bronchodilator reversibility testing?", *International Journal of COPD* 2015; 10: 407-414.
144. Pierachille Santus, Linda Bassi, et al (2013), "Pulmonary Rehabilitation in COPD: A Reappraisal (2008-2012)", *Pulmonary Medicine* 2013; 8pages.
145. Priscilla Johnson, Kalpana Balakrishnan, et al (2011), "Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in rural women of Tamilnadu: implications for refining disease burden assessments attributable to household biomass combustion", *Glob Health Action* 2011; 4: 7226.

146. R Bonita, R Beaglehole, T Kjellströ (2006), *Basic epidemiology 2nd edition*, WHO 2006.
147. R W Atkinson, IM Carey, et al (2015), "Long-term exposure to outdoor air pollution and the incidence of chronic obstructive pulmonary disease in a national English cohort", *Occup Environ Med* 2015; 72: 42-48.
148. R. Graham Barr, Bartolome R. Celli, et al (2009), "Comorbidities, Patient Knowledge, and Disease Management in a National Sample of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease", *Am J Med* 2009 Apr; 122(4): 348-55.
149. R.J. Halbert, J.L. Natoli, et al (2006), "Global Burden of COPD: systematic review and meta-analysis", *Eur Respir J* 2006; 28: 523-532.
150. Rachel E Jordan, Martin R Miller, et al (2012), "Sex, susceptibility to smoking and chronic obstructive pulmonary disease: the effect of different diagnostic criteria. Analysis of Health Survey for England", *Thorax* 2012; 67: 600-605.
151. Rafael Stelmach, Frederico Leon Arrabal Fernandes, et al (2015), "Comparison between objective measures of smoking and self-reported smoking status in patients with asthma or COPD: are our patients telling us the truth", *J Bras Pneumol* 2015; 41(2): 124-132.
152. Raphaëlle Varraso, R Graham Barr, et al (2015), "Fish intake and risk of chronic obstructive pulmonary disease in 2 large US cohorts", *Am J Clin Nutr* 2015; 101: 354–61.
153. Raphaëlle Varraso, Stephanie E Chiuve, et al (2010), "Alternate Healthy Eating Index 2010 and risk of chronic obstructive pulmonary disease among US women and men: prospective study", *BMJ* 2015; 350:h286.

154. Roy A. Pleasants, Harry Herrick, Winston Liao (2013), "The Prevalence, Characteristics, and Impact of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in North Carolina", *NC Med J* 2013; 74(5): 376-383.
155. Ruohua Yan, Yang Wang, Jian Bo, Wei L (2017), "Healthy lifestyle behaviors among individuals with chronic obstructive pulmonary disease in urban and rural communities in China: a large community-based epidemiological study", *International Journal of COPD* 2017; 12: 3311–3321.
156. Santo Tomas LH (2011), "Emphysema and chronic obstructive pulmonary disease in coal miners", *Curr Opin Pulm Med* 2011 Mar; 17(2): 123-5.
157. Sarah H Landis, et al (2014), "Continuing to Confront COPD International Patient Survey: Methods, COPD prevalence, and disease burden in 2012-2013", *International Journal of COPD* 2014; 9: 597-611.
158. Senjyu H (2016), "Pulmonary rehabilitation", *Nihon Rinsho* 2016 May; 74(5): 789-93.
159. Seok Jeong Lee, Seo Woo Kim, et al (2015), "Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease among never-smokers in Korea", *International Journal of COPD* 2015; 10: 497-506.
160. Shahrzad M Lari, Davood Attaran, Mohammad Tohidi (2014), "Improving communication between the physician and the COPD patient: an evaluation of the utility of the COPD Assessment Test in primary care", *Patient Related Outcome Measures* 2014; 5: 145-152.
161. Shannon L Walker, David L Saltman, et al (2010), "Awareness of risk factors among persons at risk for lung cancer, chronic obstructive

- pulmonary disease and sleep apnea: A Canadian population-based study", *Can Respir J* November/December 2010; 17(6): 287-294.
162. Shih-Lung Cheng, Ming-Cheng Chan, et al (2015), "COPD in Taiwan: a National Epidemiology Survey", *International Journal of COPD* 2015; 10: 2459–2467.
163. Shuo Liu, Yangang Ren, et al (2015) "Prevalence and risk factors for COPD in greenhouse farmers: a large, cross-sectional survey of 5,880 farmers from northeast China", *International Journal of COPD* 2015; 10: 2097–2108.
164. Stalia SL Wong, Nurdiana Abdullah, et al (2014), "Unmet needs of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a qualitative study on patients and doctors", *BMC Family Practice*. 2014; 15:67.
165. Sundeep Salvi (2015), "The silent epidemic of COPD in Africa", *Lancet Global Health* 2015; 3(1): e6-7.
166. Sven L. Klijin, Mickaël Hiligsmann, et al (2017), "Effectiveness and success factors of educational inhaler technique interventions in asthma & COPD patients: a systematic review", *Npj Primary Care Respiratory Medicine* 2017; 27: 24.
167. Tam Dang-Tan, Afisi Ismaila, et al (2015), "Clinical, humanistic, and economic burden of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Canada: a systematic review", *BMC Res Notes* 2015; 8:464.
168. Tazhmoye V Crawford, Donovan A McGrowder, et al (2012), "Tobacco-Related Chronic Illnesses: A Public Health Concern for Jamaica", *Asian Pacific J Cancer Prev* 2012; 13(9): 4733-4738.
169. Thomas L Petty (2006), "The history of COPD", *International Journal of COPD* 2006; 1(1): 3–14.

170. Thomas Reema, et al (2010), "Impact of clinical pharmacist intervention on knowledge, attitude and practice (KAP) of patients with chronic obstructive pulmonary disease", *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences* 2010; 2(4): 54-57.
171. Toni Kiljander, Timo Helin, et al (2015), "Prevalence of asthma-COPD overlap syndrome among primary care asthmatics with a smoking history: a cross-sectional study", *Npj Primary Care Respiratory Medicine* 2015; 25: 15047.
172. Vinay KalagoudaMahishale, Naveen Angadi, et al (2016), "The Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and the Determinants of Underdiagnosis in Women Exposed to Biomass Fuel in India- a Cross Section Study", *Chonnam Med J* 2016; 52: 117-122.
173. WHO (2017), "Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)", *Factsheet* November 2017.
174. Xiaocong Fang, Xiangdong Wang, Chunxue Bai (2011), "COPD in China: The Burden and Importance of Proper Management", *Chest* 2011; 139(4): 920-929.
175. Yıldız F, Bİngöl Karakoç G, et al (2013), "The evaluation of asthma and COPD awareness in Turkey (GARD Turkey Project-National Control Program of Chronic Airway Diseases)", *Tuberk Toraks* 2013; 61(3): 175-82.
176. Yipeng Ding, Junxu Xu, et al (2015), "The analyses of risk factors for COPD in the Li ethnic group in Hainan, People's Republic of China", *International Journal of COPD* 2015; 10: 2593–2600.

177. Yong Liu, Roy A Pleasants, et al (2015), "Smoking duration, respiratory symptoms, and COPD in adults aged \geq 45 years with a smoking history" *International Journal of COPD* 2015; 10: 1409–1416.
178. Yousser Mohammad, Rafea Shaaban, et al (2013) "Impact of active and passive smoking as risk factors for asthma and COP in women presenting to primary care in Syria: first report by the WHO-GARD survey group", *international Journal of COPD* 2013; 8: 473-482.
179. Yumin Zhou, Yimin Zou, et al (2014), "Lung Function and Incidence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease after Improved Cooking Fuels and Kitchen Ventilation: A 9-Year Prospective Cohort Study", *Plos one Medicine* March 2014; 11(3): e10011621.
180. Zhang RB, Tan XY, et al (2012), "Interventional effects of different management programs on the outcomes of stable chronic obstructive pulmonary disease patients", *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2012 Nov 27; 92(44): 3117-21.

Phụ lục 1

NGHIÊN CỨU DỊCH TỄ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Phiếu điều tra hộ gia đình

THÔNG TIN CHUNG

1	Họ tên người được phỏng vấn :	
2	Ngày tháng năm sinh / ... / 19.....
3	Giới tính: 1. Nam 2. Nữ	<input type="checkbox"/>
4	Địa chỉ:	
5	Trình độ học vấn: 1. Mù chữ 2. Tiểu học 3. THCS 4. THPT 5. Trung học, cao đẳng 6. Đại học, sau đại học	<input type="checkbox"/>
6	Điện thoại liên lạc:.....	Mã số: ___ ___ ___
7	Tên người điều tra viên :.....	
8	Ngày phỏng vấn:	___ ___ / ___ ___ /2014

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

A. Đặc điểm của triệu chứng ho		
A1	Ông (Bà) có thường ho lúc ngủ dậy không? (1. Có 2. Không)	<input type="checkbox"/>
A2	Ông (Bà) có thường ho ban ngày hoặc ban đêm không? (Không tính thỉnh thoảng mới ho) (1. Có 2. Không)	<input type="checkbox"/> Nếu "không" ở câu A1 và A2 chuyển sang câu B1
A3	Ông (Bà) có thường ho như vậy ở hầu hết các ngày hoặc đêm trong 3 tháng mỗi năm, 2 năm liên tiếp không? (1.Có, 2.Không)	<input type="checkbox"/>

A4	Triệu chứng ho của Ông (Bà) bắt đầu xuất hiện năm bao nhiêu tuổi?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B. Triệu chứng khạc đờm		
B1	Ông (Bà) có thường ho ra đờm lúc ngủ dậy không? không tính khạc nhày? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
B2	Ông (Bà) có thường ho có đờm ban ngày hoặc ban đêm không? (Không tính khạc nhày từ hầu họng) (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/> Nếu trả lời "không" ở B1 và B2 chuyển câu C1
B3	Ông (Bà) có thường khạc đờm như vậy ở hầu hết các ngày hoặc đêm (≥ 5 ngày/tuần) trong 3 tháng mỗi năm, trong ít nhất hai năm liên tiếp không? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
B4	Ông (Bà) bao nhiêu tuổi khi bắt đầu xuất hiện triệu chứng khạc đờm?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B5	Khoảng 3 năm gần đây, các hoạt động bình thường của Ông (Bà) có bị gián đoạn ít nhất 1 đợt 3 tuần bởi ho và khạc đờm tăng lên không? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
C. Đặc điểm của triệu chứng khó thở		
C1	Ông (bà) có khó khăn khi đi lại vì 1 nguyên nhân khác ngoài nguyên nhân do bệnh tim hoặc bệnh phổi không?(1.Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
C2	Ông (Bà) có thở hổn hển khi lên 1 tầng cầu thang ở tốc độ bình thường không? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
C3	Ông (Bà) có thở hổn hển khi đi bộ cùng với 1 người khác bằng tuổi mình ở cùng khu nhà với tốc	<input type="checkbox"/>

	độ bình thường không? (1. Có, 2. Không)	
C4	Ông (Bà) có phải dừng lại để thở trong khi đi lại trong nhà (ở tốc độ bình thường theo thói quen) không? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
C5	Ông (Bà) có thở hổn hển khi mặc hoặc cởi quần áo không? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
C6	Ông (Bà) bao nhiêu tuổi khi nhận thấy mình thở không bình thường?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C7	Ông (Bà) bao nhiêu tuổi khi lần đầu tiên nhận thấy mình thở hụt hơi như đang thở hiện nay?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D. Triệu chứng thở cò cử và bóp nghẹt ở ngực		
D1	Ông (Bà) đã từng có tiếng cò cử hoặc tiếng rít ở ngực mình không? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
D2	Ông (Bà) đã từng bị thức dậy về gần sáng bởi trước nhất là cảm giác bị bóp nghẹt ở ngực không? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
E. Tiền sử bệnh đường hô hấp và bệnh tim		
E1	Ông (Bà) đã từng bị sốt liên quan đến bụi rơm, cỏ, phấn hoa? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
E2	Ông (Bà) đã từng có bệnh về xoang? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
E3	Ông (Bà) đã từng mắc bất kỳ một bệnh tim nào? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
E4	Ông (Bà) đã từng mắc bất kỳ một bệnh phổi nào?	<input type="checkbox"/>

	(1. Có, 2. Không)	
E5	Trong 2 tháng gần đây Ông (Bà) có mắc bất kỳ một bệnh nhiễm trùng hô hấp nào không? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
E6	Ông (Bà) đã từng mắc bất kỳ bệnh nào khác hoặc chấn thương hoặc phẫu thuật ở lồng ngực không? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/>
E7	Ông (bà) có bị hen phế quản không? (1. Có, 2. Không); có từ năm.....	<input type="checkbox"/>
E8	Ông (bà) đã từng chữa bệnh lao không? (1. Có, 2. Không); có từ năm.....	<input type="checkbox"/>
F. Các thuốc khí dung, thuốc đạn, thuốc uống hoặc thuốc tiêm		
F1	Ông (Bà) đang sử dụng bất kỳ một điều trị nào để hỗ trợ hô hấp không? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/> Nếu "2" chuyển G1
F2	Nếu "có" cho biết tên thuốc, phương pháp điều trị. 1) 2)	<input type="checkbox"/>
G. Tiền sử hút thuốc lá - thuốc lào		
G1	Hiện nay, Ông (Bà) có hút thuốc lá không? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/> Nếu "2" chuyển G6
G2	Ông (Bà) hút thuốc lá từ năm bao nhiêu tuổi?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G3	Ông (Bà) hút bao nhiêu điếu thuốc lá mỗi ngày?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G4	Ông (Bà) hút thuốc như vậy đã bao nhiêu năm nay rồi? (Ghi số năm hút thuốc)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G6	Trước kia Ông (Bà) có hút thuốc lá không? (1. Có, 2. Không)	<input type="checkbox"/> Nếu "2" chuyển câu G13

G7	Ông (Bà) đã hút thuốc lá trong bao nhiêu năm?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G8	Trung bình, Ông (Bà) hút bao nhiêu điếu mỗi ngày?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G9	Ông (Bà) đã bỏ hút thuốc lá mấy lần rồi? <i>Ghi rõ số lần bỏ hút thuốc</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nếu "0" <i>chuyển câu G17</i>
G10	Lần cuối ông (Bà) bỏ hút thuốc lá lúc bao nhiêu tuổi? (<i>ghi rõ số tuổi tính theo lịch dương</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G11	Ông (Bà) hút chủ yếu là loại thuốc nào? Ghi rõ từng loại nhãn mác thuốc 1. 2. 3.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G12	Ông (Bà) hiện có hút thuốc (<i>1. Có ; 2. Không</i>) 1. Tẩu 2. Xì gà 3. Thuốc lào	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G13	Trước kia Ông (Bà) có hút thuốc tẩu, xì gà hoặc thuốc lào không? 1. Tẩu 2. Xì gà 3. Thuốc lào Nếu không cho các đáp án chuyển sang G17	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G14	Ông (Bà) bao nhiêu tuổi lúc bắt đầu hút các loại thuốc trên? (<i>Ghi rõ số lần</i>)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G15	Ông (Bà) đã bỏ hút các loại thuốc trên mấy lần rồi? (<i>1. Có; 2. Không</i>)	<input type="checkbox"/> Nếu "2" chuyển G23
G16	Lần cuối ông (Bà) bỏ hút các loại thuốc trên lúc bao nhiêu tuổi?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

G17	Ông (Bà) có cho rằng Ông (Bà) đã và đang thường xuyên tiếp xúc với khói thuốc của những thành viên trong gia đình không? (1. Có; 2. Không)	<input type="checkbox"/> Nếu "2" chuyển G19		
G18	Nếu "có" thì trong bao nhiêu năm? (ghi rõ số năm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
G19	Ông (Bà) có cho rằng Ông (Bà) đã và đang thường xuyên tiếp xúc với khói thuốc của các đồng nghiệp không? (1. Có; 2. Không)	<input type="checkbox"/> Nếu "2" chuyển G21		
G20	Nếu "có" thì trong bao nhiêu năm?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
G21	Thuốc lá:			
	Từ năm (tuổi)	đến năm (tuổi)	Số điếu/ngày	Bao/năm
	__ __	__ __	__ điếu/ngày	__ _ bao/năm
	__ __	__ __	__ điếu/ngày	__ _ bao/năm
G22	Thuốc lào: 1g thuốc lào=1 điếu thuốc lá= 5 lần hút			
	Từ năm (tuổi)	đến năm (tuổi)	điếu/ngày	
	__ __	__ __	__ điếu/ngày	__ _ bao/năm
	__ __	__ __	__ điếu/ngày	__ _ bao/năm
G23	Tổng số bao/năm : __ __ __ bao/năm (Tổng số bao/năm trong các giai đoạn của cả hút thuốc lá và thuốc lào)Số bao/năm= số bao/ngày nhân với số năm hút.			
H. Lịch sử nghề nghiệp và nơi cư trú				
	Hiện nay	Thời gian tính (năm)	Trước kia	Thời gian tính (năm)
H1. Loại chất đốt gia đình thường dùng				
Bếp rom, củi, lá cây	() 1	__ __	() 1	__ __
Bếp than	() 2	__ __	() 2	__ __

Bếp dầu	() 3	___	() 3	___			
Bếp ga	() 4	___	() 4	___			
Bếp điện	() 5	___	() 5	___			
H2. Nơi ở của gia đình có bị ô nhiễm							
Khói bếp than	() 1	___	() 1	___			
Bụi công nghiệp	() 2	___	() 2	___			
Hơi độc	() 3	___	() 3	___			
H3. Nghề nghiệp (đã hoặc đang làm)	Đánh dấu	Thời gian		Nghề nghiệp (đã hoặc đang làm)	Đánh dấu	Thời gian	
		Từ năm	Đến năm			Từ năm	Đến năm
Công nhân mỏ	() 1			Thợ trang điểm thẩm mỹ	() 11		
Thợ mộc	() 2			CN hoá chất	() 12		
Thợ cưa gỗ	() 3			Đầu bếp chuyên nghiệp	() 13		
Thợ cơ khí	() 4			Trồng, chế biến nấm	() 14		
Thổi cát (đánh bóng thủy tinh)	() 5			Nghề chăn nuôi lợn, gia cầm	() 15		
Mài cắt kim loại	() 6			Sản xuất thức ăn gia súc	() 16		
Thợ hàn	() 7			Chế biến len	() 17		
Thợ đá	() 8			Công nhân dệt	() 18		
CN thu hái bông	() 9			Nông dân	() 19		
CN tiếp xúc với amian	() 10			Nghề khác (ghi rõ)			

PHIẾU KẾT QUẢ ĐO CHỨC NĂNG HÔ HẤP VÀ BMI

HÀNH CHÍNH

1. Họ tên:.....	
2. Năm sinh:.....	3. Số điện thoại liên lạc:
4. Địa chỉ:.....	

NỘI DUNG

Chỉ số	Trước test			Sau test	
	Số đo	Số LT	% số LT	Số đo	Tăng %
PEF (lít/% số lý thuyết)					
FVC (lít/% số lý thuyết)					
FEV1 (lít/% số lý thuyết)					
FEV1/FVC (%)					
Chiều cao					
Cân nặng					

Kết luận:.....

Ngày tháng năm 20

Bác sĩ

Phụ lục 2

PHIẾU ĐIỀU TRA KAP VỀ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH CHO NGƯỜI 40 TUỔI TRỞ LÊN

HÀNH CHÍNH

1. Họ tên:.....	
2. Năm sinh:.....	3. Số điện thoại liên lạc:
4. Địa chỉ:.....	

NỘI DUNG

ST T	Câu hỏi	Trả lời	Lựa chọn	
			Có	Không
1	Ông (bà) đã nghe về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) bao giờ chưa	1. Chưa 2. Có 3. Không rõ	<input type="checkbox"/>	
2	Ông (bà) có biết biểu hiện của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là gì không? (chọn 1 hoặc nhiều câu trả lời)	1. Ho		
		2. Khạc đờm		
		3. Khó thở		
		4. Cả 3 dấu hiệu trên		
		5. Không biết		
	Nếu khác ghi rõ:			
3	Ông(bà) có biết nguyên nhân gây bệnh COPD là gì không?	1. Thuốc lá, thuốc lào		
		2. Ô nhiễm môi trường (khói, bụi)		
		3. Khói bụi nghề nghiệp		
		4. Di truyền		
		5. Không biết		

	Nếu khác ghi rõ:		
4	Bệnh COPD có lây không?	1. Có 2. Không 3. Không biết	<input type="checkbox"/>
5	Bệnh COPD có phòng được không	1. Có 2. Không 3. Không biết	<input type="checkbox"/>
6	Ông (bà) cho biết các biện pháp phòng bệnh COPD (chọn 1 hoặc nhiều phương pháp)	1. Không hút thuốc lá, thuốc lào	<input type="checkbox"/>
		2. Cai thuốc lá, thuốc lào	<input type="checkbox"/>
		3. Đi đường mang khẩu trang	<input type="checkbox"/>
		4. Ăn uống điều độ	<input type="checkbox"/>
		5. Không biết	<input type="checkbox"/>
	Nếu khác ghi rõ:		
7	Bệnh COPD có chữa được không?	1. Có 2. Không 3. Không biết	<input type="checkbox"/>
8	Thuốc chữa COPD có dạng xịt, dạng hít không?	1. Có 2. Không 3. Không biết	<input type="checkbox"/>
9	Sau khi điều trị COPD trong bệnh viện, về nhà có cần điều trị tiếp không?	1. Có 2. Không 3. Không biết	<input type="checkbox"/>

10	Việc nào cần làm sau khi đã biết mình bị mắc COPD?	1. Cai thuốc lá, thuốc lào		
		2. Tránh tiếp xúc bụi, hóa chất		
		3. Tập thở, tập vận động		
		4. Tránh lạnh		
		5. Dùng thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ khám định kỳ theo hẹn		
		6. Không biết		
Nếu khác ghi rõ:				
11	COPD là bệnh cấp tính hay mạn tính	1. Cấp tính 2. Mạn tính 3. Mạn tính và có thể có đợt cấp 4. Không biết	<input type="checkbox"/>	
12	Nếu là mạn tính thì giai đoạn ổn định có cần dùng thuốc không	1. Có 2. Không 3. Không biết	<input type="checkbox"/>	
13	Thuốc chữa bệnh COPD trong giai đoạn ổn định là gì?	1. Thuốc kháng sinh		
		2. Thuốc giãn phế quản dạng hít		
		3. Thuốc giãn phế quản dạng uống		
		4. Thuốc corticoide		
		5. Không biết		

	Nếu khác ghi rõ:.....		
14	Ho khạc đờm kéo dài, đôi khi có khó thở có phải là biểu hiện của COPD?	1. Có 2. Không 3. Không biết	<input type="checkbox"/>
15	Khi nghĩ mình bị mắc COPD thì ông (bà) thường sẽ làm gì	1. Đến cơ sở y tế nhà nước	
		2. Đến thầy thuốc tư	
		3. Đến thầy lang	
		4. Đến thầy cúng	
		5. Tự mua thuốc chữa	
		6. Không làm gì	
		7. Không biết	
Nếu khác ghi rõ:			
16	Khi người thân có biểu hiện của bệnh COPD thì Ông (bà) khuyên gì?	1. Đi khám bệnh	
		2. Cai thuốc (nếu hút)	
		3. Kiêng uống rượu	
		4. Không biết	
Nếu khác ghi rõ:			
17	Khi người thân hoặc người xung quanh hút thuốc thì Ông (bà) có khuyên gì không?	1. Khuyên bỏ hút thuốc	
		2. Khuyên hút ít đi	
		3. Không khuyên gì	
		4. Khuyên khích hút thuốc	
18	Ông (bà) có biết hút thuốc lá, thuốc Lào rất có hại cho	1. Có 2. Không	<input type="checkbox"/>

	sức khỏe không	3. Không biết		
19	Người mắc COPD có thể sống, sinh hoạt bình thường cùng mọi người ?	1. Có 2. Không 3. Không biết	<input type="checkbox"/>	
20	Phương tiện tiếp cận thông tin của gia đình là gì?	1. Radio (đài)		
		2. Tivi		
		3. Loa truyền thanh		
		4. Sách báo, tờ rơi		
		5. Không có		
Nếu khác ghi rõ:				
21	Bằng cách nào mà Ông (bà) biết được các thông tin y tế?	1. Radio (đài)		
		2. Tivi		
		3. Loa truyền thanh		
		4. Y tế xã, thôn, bản		
		5. Sách, báo, tờ rơi, tranh cổ động		
		6. Qua họp dân phố, họp thôn		
Nếu khác ghi rõ:				
22	Theo Ông (bà) nên đưa thông tin y tế tới cộng đồng bằng cách nào thì hiệu quả	1. Radio (đài)		
		2. Tivi		
		3. Loa truyền thanh		
		4. Y tế xã, thôn, bản		
		5. Sách, báo, tờ rơi, tranh cổ động		
		6. Qua họp dân phố, họp		

		thôn		
		7. Không biết		
	Nếu khác ghi rõ:.....			
23	Ông (bà) có biết ngày COPD toàn cầu là ngày tháng nào không?	1. Có 2. Không 3. Không biết	<input type="checkbox"/>	

Ngày.....tháng.....năm

Người phỏng vấn

Phụ lục 3

PHIẾU PHÒNG VẤN CHO NGƯỜI MẮC BPTNMT

Thực hiện tại thôn.....xã.....Ngày.....

Mã số người bệnh.....

1. Họ tên..... Năm sinh.....(tuổi.....)

2. Số điện thoại liên lạc:.....Giới [] 1 nam [] 2 nữ

3. Ông (bà) có biết mình bị bệnh phổi gì không ?

Không biết 1 Gọi gần đúng tên bệnh 2 Gọi đúng tên bệnh 3

4. Ông (bà) đã bị bệnh BPTNMT bao nhiêu năm rồi ?

Lần đầu được chẩn đoán 1 Đã biết được: năm 2

5. Năm qua Ông (bà) có đợt ho, khạc đờm, khó thở tăng lên phải vào viện?

Có 1 (mấy lần.....) Không 2

6. Ông (bà) có bao giờ được tư vấn về BPTNMT không? Có 1 Không 2.

7. Hện ông (bà) có hút thuốc không? Có 1 Không 2.

8. Ông (bà) đã biết sử dụng loại thuốc nào? (cho người bệnh xem các loại thuốc) Dạng bình xịt định liều 1 Dạng hít Accuhaler 2

Dạng ống hít Tubuhaler 3

9. Ông (bà) tiến hành các bước để dùng đúng bình xịt định liều?

Đúng 1 Sai 2

10. Ông (bà) tiến hành các bước để dùng đúng bình hít Accuhaler?

Đúng 1 Sai 2

11. Ông (bà) tiến hành các bước để dùng đúng bình Tubuhaler?

Đúng 1 Sai 2

12. Ông (bà) hãy thực hiện biện pháp thở chúm môi Đúng 1 Sai 2

13. Ông (bà) hãy thực hiện biện ho có hiệu quả Đúng 1 Sai 2

14. Ông (bà) có được vỗ rung hàng ngày không?

Thường xuyên 1 Không đều 2 Không 3

15. Thang điểm mMRC cho người mắc COPD (chọn 1 trong các ý sau)

- a. mMRC 0: tôi chỉ khó thở khi hoạt động gắng sức nặng
- b. mMRC 1: tôi khó thở khi đi nhanh hoặc leo dốc
- c. mMRC 2: tôi đi chậm hơn người cùng tuổi do khó thở hoặc đang đi tôi phải dừng lại để thở
- d. mMRC 3: Tôi phải dừng lại để thở sau khi đi bộ 100m hoặc sau vài phút
- e. mMRC 4: Tôi khó thở khi đi lại trong nhà hoặc mặc quần áo

16. Thang điểm CAT dành cho người mắc COPD

Tôi hoàn toàn không ho						Tôi ho thường xuyên
Tôi không khạc đờm, không cảm giác có đờm						Tôi khạc nhiều đờm, cảm thấy đờm trong ngực
Tôi không có cảm giác nặng ngực						Tôi rất nặng ngực
Tôi không khó thở khi leo dốc hoặc cầu thang						Rất khó thở khi leo dốc hoặc cầu thang
Tôi không bị giới hạn khi làm việc nhà						Tôi bị giới hạn khi làm việc nhà
Tôi rất tự tin khi ra khỏi nhà bất chấp bệnh phổi của tôi						Tôi không hề tự tin khi ra khỏi nhà vì đang có bệnh phổi
Tôi ngủ yên giấc						Tôi ngủ không yên giấc vì bệnh phổi của tôi
Tôi cảm thấy rất khỏe						Tôi không còn chút sức lực nào

Ngày tháng Năm.....

Người phỏng vấn

Phụ lục 4

BẢNG KIỂM THỰC HÀNH CHO NGƯỜI MẮC BPTNMT

1. Kỹ thuật ho có kiểm soát

Bước 1: Ngồi trên giường hoặc ghế thư giãn, thoải mái.

Bước 2: Hít vào chậm và thật sâu.

Bước 3: Nín thở trong vài giây.

Bước 4: Ho mạnh 2 lần, lần đầu để long đờm, lần sau để đẩy đờm ra ngoài.

Bước 5: Hít vào chậm và nhẹ nhàng. Thở chúm môi vài lần trước khi lặp lại động tác ho.

2. Kỹ thuật thở chúm môi

Bước 1: Tư thế ngồi thoải mái. Thả lỏng cổ và vai.

Bước 2: Hít vào chậm qua mũi.

Bước 3: Môi chúm lại như đang huýt sáo, thở ra bằng miệng chậm sao cho thời gian thở ra gấp đôi thời gian hít vào.

3. Kỹ thuật thở hoành

Bước 1: Ngồi ở tư thế thoải mái. Thả lỏng cổ và vai.

Bước 2: Đặt 1 bàn tay lên bụng và đặt bàn tay còn lại lên ngực.

Bước 3: Hít vào chậm qua mũi sao cho bàn tay trên bụng có cảm giác bụng phình lên. Lồng ngực không di chuyển.

Bước 4: Hóp bụng lại và thở ra chậm qua miệng với thời gian thở ra gấp đôi thời gian hít vào và bàn tay trên bụng có cảm giác bụng lõm xuống.

4. Kỹ thuật sử dụng bình xịt định liều

Bước 1: mở nắp bình thuốc

Bước 2: Lắc đều bình thuốc

Bước 3: Thở ra chậm thật hết

Bước 4: Ngậm kín miệng ống

Bước 5: Ấn đầu ống thuốc đồng thời hít vào thật sâu

Bước 6: Nín thở tối đa, ít nhất là 10 giây

Lưu ý súc miệng sau khi hít thuốc

5. Kỹ thuật sử dụng bình hít bột khô Accuhaler

Bước 1: Mở nắp dụng cụ

Bước 2: Nạp thuốc bằng cách gạt hết đòn bẩy sang bên phải

Bước 3: Thở ra hết sức trước khi ngậm ống hít

Bước 4: Ngậm kín miệng vào phần núm ngậm và hít thật sâu

Bước 5: Nín thở trong vòng 10 giây

Bước 6: Đậy nắp dụng cụ

Lưu ý súc miệng sau khi hít thuốc

6. Kỹ thuật sử dụng ống hít bột khô Turbuhaler

Bước 1: Vặn và mở nắp đậy ống thuốc

Bước 2: Giữ ống hít thẳng đứng, nạp thuốc bằng cách vặn phần đế qua bên phải hết mức sau đó vặn ngược lại vị trí ban đầu đến khi nghe tiếng “click” là thuốc đã được nạp

Bước 3: Thở ra hết sức trước khi ngậm ống thuốc

Bước 4: Ngậm kín ống thuốc và hít thật sâu đến khi không hít nổi nữa

Bước 5: Nín thở trong vòng 10 giây

Bước 6: Đậy nắp ống thuốc

Lưu ý súc miệng sau khi hít thuốc

Phụ lục 5

PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ TẮC NGHẼN ĐƯỜNG THỞ VÀ GIAI ĐOẠN BỆNH PHỔI TẮC TÍNH

1. Mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn [70] [72]

Mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn	Giá trị FEV1 sau test giãn phế
GOLD I (Mức độ nhẹ)	FEV1 \geq 80% trị số lý thuyết
GOLD II (Mức độ trung bình)	50% \leq FEV1 < 80% trị số lý thuyết
GOLD III (Mức độ nặng)	30% \leq FEV1 < 50% trị số lý thuyết
GOLD IV (Mức độ rất nặng)	FEV1 < 50% trị số lý thuyết

2. Lượng giá triệu chứng

a. Thang điểm khó thở mMRC (Modified British Medical Research Council (mMRC) [70] [72]).

1. mMRC0: tôi chỉ khó thở khi hoạt động gắng sức nặng
2. mMRC1: tôi khó thở khi đi nhanh hoặc leo dốc
3. mMRC2: tôi đi chậm hơn người cùng tuổi do khó thở hoặc đang đi tôi phải dừng lại để thở
4. mMRC3: Tôi phải dừng lại để thở sau khi đi bộ 100m hoặc sau vài phút
5. mMRC4: Tôi khó thở khi đi lại trong nhà hoặc mặc quần áo

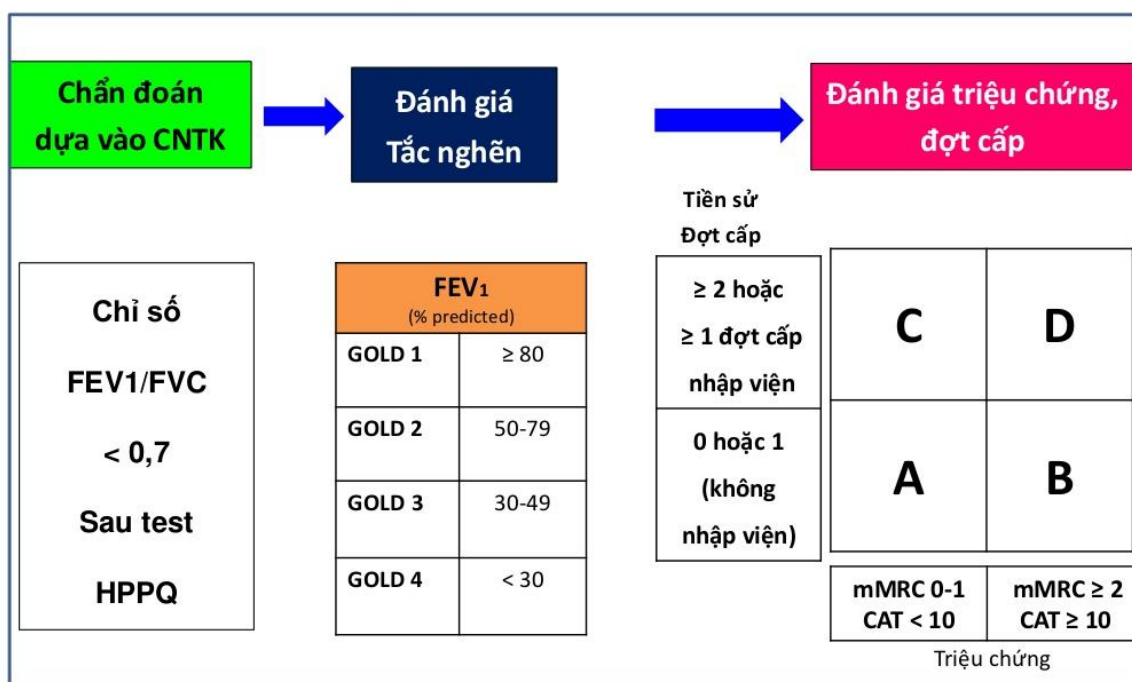
b. Thang điểm CAT cho người bệnh mắc BPTNMT [70] [72].

Tôi hoàn toàn không ho	1	2	3	4	5	Tôi ho thường xuyên
Tôi không khạc đờm, không cảm giác có đờm	1	2	3	4	5	Tôi khạc nhiều đờm, cảm thấy đờm trong ngực
Tôi không có cảm giác nặng ngực	1	2	3	4	5	Tôi rất nặng ngực

Tôi không khó thở khi leo dốc hoặc cầu thang	1	2	3	4	5	Rất khó thở khi leo dốc hoặc cầu thang
Tôi không bị giới hạn khi làm việc nhà	1	2	3	4	5	Tôi bị giới hạn khi làm việc nhà
Tôi rất tự tin khi ra khỏi nhà bất chấp bệnh phổi của tôi	1	2	3	4	5	Tôi không hề tự tin khi ra khỏi nhà vì đang có bệnh phổi
Tôi ngủ yên giấc	1	2	3	4	5	Tôi ngủ không yên giấc vì bệnh phổi của tôi
Tôi cảm thấy rất khỏe	1	2	3	4	5	Tôi không còn chút sức lực nào

3. Phân loại giai đoạn ABCD trong BPTNMT [72]

Đánh giá COPD- GOLD 2017



Phụ lục 6

BIÊN SỐ VÀ CHỈ SỐ NGHIÊN CỨU

Mục tiêu	Biến/chỉ số	Định nghĩa	Đo lường
Thông tin chung	<ul style="list-style-type: none"> - Tuổi - Giới - Địa chỉ - Học vấn - Nghề nghiệp 	<ul style="list-style-type: none"> - Tuổi tính theo dương lịch. - Giới tính: nam hay nữ - Địa chỉ: thôn, xã, huyện, TP - Học vấn: mù chữ, tiểu học, THCS và THPT trở lên. - Nghề nghiệp: nông dân, công nhân, viên chức, hưu trí, buôn bán tự do. 	Phỏng vấn theo phiếu điều tra
1. Xác định tỷ lệ mắc BPTNMT	- Tỷ lệ mắc bệnh chung	- Số người mắc BPTNMT/ tổng số ĐTNC.	Hỏi, khám, đo CNTK.
	- Tỷ lệ người bệnh đã được chẩn đoán trước đó	Người mắc BPTNMT đã được chẩn đoán và quản lý điều trị trước khi khám bệnh	Hỏi, khám, đo CNTK, phân loại.
	- Tỷ lệ mới phát hiện	Người bệnh được mới được phát hiện BPTNMT trong đợt khám sàng lọc BPTNMT	Khám, đo CNTK, phân loại.
	- Tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi	Tỷ lệ mắc BPTNMT theo từng nhóm tuổi: 40 - 49; 50 - 59; 60 - 69 và từ 70 tuổi trở lên	Khám, đo CNTK, phân loại
	- Tỷ lệ mắc bệnh theo triệu chứng	Tỷ lệ mắc BPTNMT ở người có triệu chứng cơ năng hô hấp: ho, khạc đờm, khó thở. Tỷ lệ mắc ở	Hỏi, khám, đo CNTK, phân loại.

	và tiền sử mắc bệnh hô hấp	người hen phế quản, đã có tiền sử điều trị lao phổi.	
	- Tỷ lệ mắc theo hút thuốc.	Tỷ lệ mắc BPTNMT trong những người có hút thuốc, mức độ hút thuốc và không hút thuốc.	Hỏi, khám, đo CNTK, phân loại.
	- Tỷ lệ mắc theo sử dụng chất đốt.	Tỷ lệ mắc trong theo sử dụng các chất đốt hàng ngày trong gia đình: rơm rạ, than, điện, gas.	Hỏi, khám, đo CNTK, phân loại.
	- Tỷ lệ mắc theo giới	Tỷ lệ mắc BPTNMT ở nam và nữ	Bộ câu hỏi, kết quả khám
	- Tỷ lệ mắc theo học vấn	Mắc BPTNMT theo các trình độ học vấn khác nhau	Bộ câu hỏi, kết quả khám
	- Yếu tố liên quan đến BPTNMT	- Đánh giá từng yếu tố xem mối liên quan tới mắc BPTNMT và phân tích đa biến để xác định.	- Bộ câu hỏi, kết quả khám, phân tích

2. Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành (KAP)

Kiến thức (K)	Tên bệnh	Đã từng nghe thấy BPTNMT hoặc COPD bao giờ chưa	Bộ câu hỏi
	Diễn biến	Diễn biến của bệnh: cấp tính, mạn tính hay mạn có đợt cấp	Bộ câu hỏi
	Triệu chứng bệnh	Các triệu hô hấp như: ho, khạc đờm, khó thở.	Bộ câu hỏi
	Nguyên nhân gây bệnh	Các nguyên nhân như: khói thuốc, ô nhiễm môi trường, khói bụi nghề nghiệp, yếu tố	Bộ câu hỏi

		di truyền.	
	Đặc điểm	Các đặc điểm của BPTNMT: có lây không? có phòng được không? có chữa được không? có cần điều trị khi bệnh ổn định không?.	Bộ câu hỏi
	Các biện pháp phòng bệnh	Các biện pháp phòng bệnh chính như: không hút thuốc, cai thuốc, tránh bụi hay có chế độ ăn phù hợp.	Bộ câu hỏi
	Thuốc chữa	Có biết thuốc sử dụng trong giai đoạn BPTNMT ổn định (GPQ uống, hít, corticoide).	Bộ câu hỏi
Thái độ (A)	Khi biết mình mắc bệnh	Bản thân mắc BPTNMT sẽ: cai hút thuốc, tránh bụi, tránh lạnh, tập thở, vận động và theo chỉ định của bác sĩ.	Bộ câu hỏi
	Khi có người thân mắc bệnh	Cho lời khuyên và thái độ sống chung và sinh hoạt bình thường?	Bộ câu hỏi
	Nơi khám, chữa bệnh	Nơi khám, điều trị, quản lý: y tế công, tư, tự mua...	Bộ câu hỏi
	Khi người xung quanh hút thuốc	- Lời khuyên: cai thuốc, giảm hút hay không khuyên gì.	Bộ câu hỏi
Thực hành (P)	Sử dụng bình xịt định liều	Sử dụng bình xịt định liều đúng theo các bước	Bảng kiểm
	Sử dụng dụng cụ	Sử dụng đúng dụng cụ hít	Bảng kiểm

	hít Turbuhaler	Turbuhaler theo các bước	
	Sử dụng dụng cụ hít Accuhaler	Sử dụng đúng dụng cụ hít Accuhaler theo các bước	Bảng kiểm
	Ho có kiểm soát	Ho chủ động để thoát đờm và khí cặn.	Bảng kiểm
	Thở chúm môi và thở hoành	Thở chúm môi và thở hoành để rèn luyện cơ hô hấp và thoát khí cặn	Bảng kiểm
	Cai hút thuốc	Sau 1 năm có bao nhiêu người bệnh cai thuốc, giảm hút thuốc.	Phỏng vấn

3. Đánh giá hiệu quả TTGDSK

K, A, P	Theo tiêu chí trên	Theo tiêu chí trên	Bộ câu hỏi
	Thực hành cai thuốc	Chứng nhận cai hoặc giảm hút thuốc của người bệnh và gia đình	Phỏng vấn người bệnh và gia đình theo bộ câu hỏi
Cải thiện lâm sàng	Giảm tần xuất đợt cấp	Đợt cấp xuất hiện trong năm qua so với năm trước đó	Phỏng vấn người bệnh theo bộ câu hỏi
	Các triệu chứng lâm sàng	Ho, khó thở, đau ngực, tình trạng sức khỏe, tự tin khi ra khỏi nhà, làm việc nhà...	Lượng giá theo bộ câu hỏi CAT và mMRC
Đánh giá CNTT	Chỉ số Gaensler và Tiffeneau	Chỉ số FEV1/FVC và FEV1/VC	Đo chức CNTT

	Mức độ tắc nghẽn đường thở	Chỉ số FEV1% so với giá trị ước tính	
	Phân loại giai đoạn BPTNMT	Phân loại BPTNMT theo GOLD ABCD dựa vào tần xuất đợt cấp trong năm, điểm CAT và điểm mMRC	Máy hô hấp ký, bộ câu hỏi.

Phụ lục 7

BÀI TRUYỀN THÔNG VỀ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có tên quốc tế là COPD (gọi đơn giản là bệnh CỐP), đó là tình trạng tắc nghẽn đường thở, gây nên bởi các phần tử và khí độc hại, nếu không được phát hiện, phòng và chữa trị kịp thời thì diễn biến của bệnh ngày càng nặng và không còn khả năng hồi phục. Đây là bệnh rất phổ biến, hàng năm khoảng 3 triệu người chết vì bệnh này. Qua điều tra khám bệnh tại xã Kiến Thiết chúng tôi đã phát hiện được 177 người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, chiếm tỷ lệ 7,0%, tức là cứ 100 người từ 40 tuổi trở lên thì có khoảng 7 người mắc bệnh. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính không những gây ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe, giảm sức lao động và chất lượng cuộc sống mà chi phí khám và chữa bệnh lại cực kỳ tốn kém. Tuy nhiên đây bệnh có thể phòng và chữa có hiệu quả nhưng đòi hỏi phải được phát hiện ở giai đoạn sớm để có biện pháp phòng bệnh kịp thời và có phương pháp điều trị đúng nhằm ngăn chặn tiến triển nặng lên của bệnh.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thường gặp ở những người trên 40 tuổi, nguyên nhân thường gặp nhất là hút thuốc lá, thuốc lào. Hút thuốc không những gây ra rất nhiều bệnh về tim mạch, bệnh đường hô hấp mà còn là yếu tố quan trọng nhất gây nên bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tuy nhiên không phải ai hút thuốc cũng bị mắc bệnh này. Các yếu tố khác cũng gây nên bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đó là: Ô nhiễm môi trường, hít phải khí độc, đặc biệt là ô nhiễm môi trường không khí trong và ngoài nhà, ví dụ như đun bếp than, củi, ga, rơm rạ..., ngoài ra còn gây nên bởi tình trạng nhiễm trùng đường hô hấp, hen phế quản, tuổi cao, di truyền, điều kiện sống khó khăn, chật chội...

Đây là bệnh mạn tính, thỉnh thoảng xuất hiện đợt cấp tính, hoàn toàn không lây, có thể sống chung với mọi người bình thường. Bệnh có đặc điểm

là diễn biến âm thầm, người mắc bệnh thường không biết mình bị từ bao giờ, các triệu chứng chính của bệnh là ho kéo dài, khạc đờm và khó thở. Đôi khi người hút thuốc bị ho khạc, cứ tưởng mình bị ho là do hút thuốc chứ không nghĩ mình đã bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Giai đoạn muộn của bệnh có thể khó thở liên tục, lồng ngực căng giãn hình thùng, phù, suy tim... người mắc bệnh có thể liên tục phải nằm viện điều trị rất tốn kém, gây tổn thất lớn về kinh tế và sức lao động của bản thân, gia đình và xã hội.

Biện pháp tốt nhất để phát hiện bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là đo chức năng hô hấp bằng máy hô hấp ký, do vậy những người có hút thuốc, có ho khạc hay khó thở cần phải đến các cơ sở y tế có máy đo chức năng thông khí phổi để phát hiện bệnh sớm và có biện pháp dự phòng phù hợp. Ở Hải Phòng, những nơi có máy đo là Bệnh viện trường đại học Y dược, Bệnh viện Đa khoa quốc tế, Bệnh viện Việt Tiệp, đặc biệt là ở Bệnh viện Lao và Bệnh phổi.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hoàn toàn có thể phòng tránh được bằng cách không hút thuốc hoặc cai thuốc nếu đang hút, tránh các khí độc hại, thường xuyên rèn luyện nâng cao sức khỏe. Khi bản thân hoặc người thân bị mắc bệnh, nếu có hút thuốc thì phải khuyên bỏ thuốc ngay, đồng thời phải giữ cho môi trường trong sạch, nhà dùng than củi, rơm rạ hay bếp ga thì phải đảm bảo thông thoát khí thật tốt. Nên kiến nghị với chính quyền về tình trạng ô nhiễm không khí tại địa phương để tìm giải pháp khắc phục. Đối với người mắc bệnh cần phải tập thở, tập thể dục, ăn uống điều độ để nâng cao sức khỏe, tránh lạnh, nên tiêm phòng cúm và phế cầu. Đây là bệnh chữa được, tuy nhiên không khỏi hoàn toàn, cho nên phải luôn luôn giữ gìn, bảo vệ sức khỏe để hạn chế tình trạng xấu đi của bệnh, ít phải nằm viện đồng thời giảm rất nhiều chi phí khám chữa bệnh. Người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nên thường xuyên đến các cơ sở y tế nhà nước để được hướng dẫn cách tự phòng

và chữa bệnh tại nhà. Giai đoạn bệnh ổn định vẫn phải dùng thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ, thuốc hay được sử dụng giai đoạn này là thuốc giãn phế quản dạng xịt, dạng hít, dạng uống... một số trường hợp phải dùng kháng sinh và corticoide. Khi thấy ho khạc đờm, khó thở tăng lên, phù, tăng nhịp tim... đây là đợt cấp của bệnh, cần phải được điều trị tích cực trong bệnh viện.

Hàng năm cứ vào ngày thứ tư của tuần thứ hai hoặc tuần thứ ba tháng 11, toàn thế giới tổ chức họp để đánh giá lại tình hình dịch tễ của bệnh và được gọi là ngày Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính toàn cầu.

Xác nhận của thầy hướng dẫn

Tác giả

PGS.TS. Trần Quang Phục

Nguyễn Đức Thọ

**DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN
TỈNH XÃ KIẾN THIẾT – TIỀN LÃNG – HẢI PHÒNG**

STT	Họ và tên	Mã số	Năm sinh	Giới	Thôn	Đánh giá can thiệp
1	Vũ Hồng V.	8	1950	Nam	Tuần Tiến	Có
2	Vũ Mạnh S.	11	1965	Nam	Bắc Phong	Có
3	Phạm Thị M.	15	1953	Nữ	Nam Tử	Không
4	Vũ Đức Th.	30	1955	Nam	Bắc Phong	Có
5	Nguyễn Văn Tr.	31	1958	Nam	Bắc Phong	Có
6	Vũ Thị Đ.	32	1929	Nữ	Bắc Phong	Có
7	Nguyễn Đức Tr.	37	1952	Nam	Tuần Tiến	Có
8	Ngô Văn Ngh.	80	1934	Nam	Nam Tử	Có
9	Nguyễn Văn V.	89	1949	Nam	An Thạc	Có
10	Lê Văn B.	95	1966	Nam	An Thạc	Có
11	Nguyễn Thị M.	96	1953	Nữ	Tuần Tiến	Có
12	Vũ Thị D.	102	1949	Nữ	An Thạc	Không
13	Nguyễn Xuân H.	106	1944	Nam	Thạch Hào	Có
14	Nguyễn Văn Kh.	111	1929	Nam	Nam Tử	Có
15	Nguyễn Thế S.	116	1968	Nam	Tuần Tiến	Có
16	Vũ Xuân Đ.	126	1944	Nam	Nam Tử	Có
17	Vũ Văn Ch.	127	1957	Nam	Tuần Tiến	Có
18	Nguyễn Tiến V.	130	1949	Nam	Tuần Tiến	Có
19	Nguyễn Hữu Ph.	145	1928	Nam	Trì Hào	Không
20	Lê Văn Kh.	149	1956	Nam	An Thạc	Có
21	Ngô Văn Đ.	151	1966	Nam	Bắc Phong	Có
22	Phạm Thị D.	158	1958	Nữ	Nam Tử	Có

23	Bùi Văn S.	160	1927	Nam	Thạch Hào	Không
24	Bùi Đăng Ngh.	163	1937	Nam	Trì Hào	Không
25	Trần Thị Đ.	166	1941	Nữ	Tuần Tiến	Có
26	Vũ Đức Th.	172	1950	Nam	Nam Phong	Có
27	Lê Thị H.	178	1957	Nữ	Tuần Tiến	Có
28	Bùi Đăng K.	189	1933	Nam	Thanh Trì	Không
29	Lê Văn V.	191	1942	Nam	An Thạch	Có
30	Lê Xuân Ch.	192	1945	Nam	An Thạch	Có
31	Nhữ Văn T.	204	1933	Nam	Nam Tử	Có
32	Nguyễn Thị T.	210	1943	Nữ	An Thạch	Có
33	Nguyễn Văn Th.	213	1971	Nam	Thanh Trì	Có
34	Cao Văn Đ.	215	1927	Nam	An Thạch	Có
35	Nguyễn Văn Đ.	217	1968	Nam	Thanh Trì	Có
36	Vũ Xuân Ư.	219	1948	Nam	Nam Tử	Có
37	Vũ Thị H.	223	1952	Nữ	Tuần Tiến	Có
38	Phạm Thị H.	229	1968	Nữ	Nam Tử	Có
39	Ngô Văn M.	232	1934	Nam	Nam Tử	Có
40	Ngô Văn V.	238	1937	Nam	Trì Hào	Có
41	Lê Văn T.	241	1930	Nam	An Thạch	Không
42	Phạm Thị C.	244	1938	Nữ	Thanh Trì	Có
43	Nguyễn Hữu S.	245	1940	Nam	Trì Hào	Có
44	Bùi Đăng Đ.	251	1950	Nam	Thanh Trì	Có
45	Nguyễn Văn Ch.	253	1962	Nam	Thanh Trì	Có
46	Vũ Văn D.	263	1960	Nam	Tuần Tiến	Có
47	Bùi Đình B.	265	1947	Nam	Tuần Tiến	Có
48	Phạm Văn Tr.	289	1946	Nam	An Thạch	Có

49	Phạm Thị Th.	292	1939	Nữ	An Thạch	Có
50	Bùi Đăng O.	293	1963	Nam	Thanh Trì	Có
51	Cao Thị D.	302	1949	Nữ	Nam Tử	Có
52	Bùi Thị C.	306	1953	Nữ	An Thạch	Có
53	Vũ Hồng Kh.	322	1948	Nam	Tuần Tiến	Có
54	Nhữ Văn X.	335	1952	Nam	Nam Tử	Có
55	Bùi Thị O.	343	1957	Nữ	Tuần Tiến	Có
56	Trần Công Th.	353	1940	Nam	Tuần Tiến	Có
57	Lê Thị Ch.	373	1964	Nữ	An Thạch	Có
58	Vũ Thị M.	379	1951	Nữ	Tuần Tiến	Có
59	Nguyễn Thị H.	384	1953	Nữ	Tuần Tiến	Không
60	Phạm Văn M.	401	1948	Nam	An Thạch	Có
61	Nguyễn Văn L.	403	1956	Nam	Thạch Hào	Có
62	Phạm Thị V.	438	1970	Nữ	An Thạch	Có
63	Vũ Thị Ng.	451	1967	Nữ	Trì Hào	Không
64	Lê Thị D.	484	1934	Nữ	An Thạch	Có
65	Phan Thị Nh.	491	1964	Nữ	Tuần Tiến	Có
66	Trần Văn T.	493	1954	Nam	Tuần Tiến	Có
67	Vũ B.	497	1957	Nam	Tuần Tiến	Có
68	Nguyễn Thị H.	499	1927	Nữ	Tuần Tiến	Có
69	Vũ Thị T.	511	1953	Nữ	Tuần Tiến	Có
70	Nguyễn Thị Nh.	536	1944	Nữ	Nam Tử	Không
71	Vũ Văn T.	542	1953	Nam	Nam Tử	Không
72	Vũ Đức V.	546	1929	Nam	Nam Tử	Không
73	Phạm Thị V.	547	1959	Nữ	Nam Tử	Có
74	Bùi Đăng Á.	566	1959	Nam	Thanh Trì	Có

75	Nguyễn Thị D.	570	1928	Nữ	Thanh Trì	Có
76	Vũ Hồng D.	602	1950	Nam	Tuần Tiến	Có
77	Đặng Ngọc T.	606	1940	Nam	Thanh Trì	Có
78	Bùi Đăng Q.	608	1954	Nam	Trì Hào	Có
79	Bùi Đăng Q.	615	1954	Nam	Tuần Tiến	Có
80	Nguyễn Văn Kh.	625	1942	Nam	An Thạch	Không
81	Phạm Văn Th.	634	1936	Nam	Nam Tử	Có
82	Bùi Thị S.	671	1951	Nữ	Thanh Trì	Có
83	Cao Thị Ch.	677	1961	Nữ	Nam Phong	Không
84	Nguyễn Thị Th.	684	1929	Nữ	Nam Tử	Không
85	Lương Thị D.	708	1967	Nữ	Thạch Hào	Có
86	Vũ Xuân D.	802	1955	Nam	An Thạch	Có
87	Vũ Văn D.	824	1973	Nam	Tuần Tiến	Có
88	Vũ Mạnh Kh.	828	1952	Nam	Tuần Tiến	Có
89	Vũ Phúc K.	865	1931	Nam	An Thạch	Không
90	Đào Thị K.	887	1967	Nữ	Nam Tử	Không
91	Phạm Văn Ch.	909	1953	Nam	An Thạch	Có
92	Vũ Thị T.	919	1947	Nữ	Thanh Trì	Có
93	Vũ Đức H.	921	1940	Nam	Tuần Tiến	Có
94	Bùi Thị T.	922	1935	Nữ	Trì Hào	Có
95	Ngô Thị L.	926	1969	Nữ	An Thạch	Không
96	Bùi Thị E.	960	1959	Nữ	Thanh Trì	Có
97	Bùi Thị Q.	1044	1939	Nữ	Trì Hào	Có
98	Trần Văn Ch.	1207	1950	Nam	Tuần Tiến	Có
99	Nguyễn Văn S.	1208	1958	Nam	Nam Tử	Có
100	Ngô Văn Nh.	1216	1959	Nam	Nam Tử	Có

101	Ngô Văn Ph.	1287	1931	Nam	Nam Tử	Có
102	Bùi Đăng Đ.	1307	1964	Nam	Thanh Trì	Có
103	Nguyễn Thị L.	1344	1930	Nữ	Nam Tử	Không
104	Nguyễn Thị X.	1373	1954	Nữ	Trì Hào	Có
105	Nguyễn Thị Th.	1545	1946	Nữ	Trì Hào	Có
106	Vũ Mạnh K.	1604	1938	Nam	Tuần Tiến	Có
107	Đặng Ngọc B.	1606	1966	Nam	Thanh Trì	Có
108	Phạm Thị Th.	1629	1940	Nữ	Nam Tử	Có
109	Nguyễn Văn Ch.	1816	1963	Nam	Tuần Tiến	Có
110	Nguyễn Văn M.	1877	1931	Nam	Nam Tử	Có
111	Vũ Thị L.	2591	1944	Nữ	Nam Phong	Không
112	Vũ Thị Ch.	2741	1958	Nữ	Bắc Phong	Không
113	Vũ Thị Ng.	2744	1950	Nữ	Bắc Phong	Không
114	Đặng Văn Q.	2754	1940	Nam	Nam Phong	Có
115	Vũ Văn S.	2766	1950	Nam	Bắc Phong	Có
116	Vũ Văn H.	2768	1955	Nam	Bắc Phong	Có
117	Vũ Thị G.	2772	1953	Nữ	Bắc Phong	Có
118	Vũ Xuân D.	2778	1949	Nam	Nam Phong	Có
119	Nguyễn Văn Đ.	3024	1962	Nam	Nam Phong	Có
120	Vũ Xuân D.	3055	1947	Nam	Bắc Phong	Có
121	Nguyễn Văn H.	3070	1942	Nam	Nam Phong	Có
122	Phạm Thị M.	3088	1947	Nữ	Bắc Phong	Có
123	Nguyễn Trung T.	3092	1960	Nam	Bắc Phong	Có
124	Vũ Thị V.	3094	1947	Nữ	Bắc Phong	Có
125	Vũ Thị Ph.	3100	1951	Nữ	Bắc Phong	Có
126	Nguyễn Thị T.	3102	1932	Nữ	Bắc Phong	Không

127	Vũ Văn T.	3151	1960	Nam	Nam Phong	Có
128	Vũ Văn C.	3193	1926	Nam	Bắc Phong	Không
129	Vũ Văn Ng.	3200	1949	Nam	Bắc Phong	Có
130	Nguyễn Văn K.	3850	1955	Nam	Nam Phong	Có
131	Vũ Văn Kh.	4004	1969	Nam	Bắc Phong	Có
132	Vũ Anh Đ.	4037	1953	Nam	Bắc Phong	Có
133	Vũ Văn Th.	4039	1955	Nam	Bắc Phong	Có
134	Nguyễn Văn Nh.	4042	1949	Nam	Bắc Phong	Có
135	Vũ Hồng Ph.	4044	1945	Nam	Bắc Phong	Có
136	Vũ Xuân V.	4045	1964	Nam	Bắc Phong	Có
137	Trương Xuân H.	4054	1946	Nam	Nam Phong	Có
138	Vũ Văn L.	4072	1962	Nam	Nam Phong	Có
139	Vũ Thị D.	4076	1951	Nữ	Nam Phong	Có
140	Vũ Ngọc X.	4078	1963	Nam	Nam Phong	Không
141	Bùi Đình H.	4082	1936	Nam	Nam Phong	Có
142	Vũ Văn T.	4092	1939	Nam	Nam Phong	Có
143	Bùi Đình X.	4116	1960	Nam	Bắc Phong	Không
144	Vũ Văn Đ.	4117	1949	Nam	Bắc Phong	Có
145	Vũ Văn Nh.	4121	1966	Nam	Bắc Phong	Có
146	Bùi Văn Nh.	4125	1960	Nam	Bắc Phong	Không
147	Vũ Văn T.	4131	1952	Nam	Bắc Phong	Có
148	Vũ Thị Đ.	4136	1963	Nữ	Bắc Phong	Không
149	Vũ Văn Ph.	4140	1927	Nam	Bắc Phong	Có
150	Vũ Xuân H.	4143	1948	Nam	Bắc Phong	Có
151	Vũ Văn G.	4144	1926	Nam	Bắc Phong	Có
152	Vũ Thị L.	4151	1959	Nữ	Nam Phong	Có
153	Vũ Văn Ch.	4155	1937	Nam	Bắc Phong	Có

154	Hoàng Thị H.	4599	1965	Nữ	Bắc Phong	Có
155	Vũ Thị C.	4652	1936	Nữ	An Thạch	Có
156	Đỗ Thị Th.	4668	1964	Nữ	Tuần Tiến	Không
157	Nguyễn Thị Th.	4694	1956	Nữ	Thanh Trì	Không
158	Lê Văn Ng.	4748	1957	Nam	An Thạch	Không
159	Vũ Văn B.	4832	1974	Nam	Trì Hào	Có
160	Nguyễn Văn G.	4833	1945	Nam	Thanh Trì	Có
161	Vũ Văn V.	4898	1972	Nam	Tuần Tiến	Không
162	Phạm Thị H.	4900	1946	Nữ	Tuần Tiến	Không
163	Vũ Thị Th.	4981	1961	Nữ	Thanh Trì	Có
164	Vũ Thị R.	5040	1949	Nữ	Nam Phong	Có
165	Vũ Ngọc V.	5095	1943	Nam	Bắc Phong	Không
166	Vũ Văn Ng.	5099	1950	Nam	Bắc Phong	Có
167	Vũ Ngọc Ch.	5100	1932	Nam	Bắc Phong	Có
168	Đỗ Văn Tr.	5103	1927	Nam	Nam Phong	Có
169	Nguyễn Thị B.	5108	1946	Nữ	Nam Phong	Không
170	Vũ Văn M.	5195	1955	Nam	Nam Tử	Có
171	Nguyễn Văn K.	5196	1938	Nam	Nam Tử	Không
172	Đào Thị D.	5197	1945	Nữ	An Thạch	Có
173	Vũ Hồng Nh.	5198	1935	Nam	Nam Phong	Không
174	Phạm Thị V.	5199	1949	Nữ	Thanh Trì	Có
175	Phạm Thị C.	5200	1950	Nữ	Thanh Trì	Có
176	Vũ Văn S.	5201	1969	Nam	Bắc Phong	Không
177	Vũ Đức Ch.	5202	1953	Nam	Nam Tử	Có

Hải Phòng, ngày 08 tháng 5 năm 2017

Xác nhận của thầy hướng dẫn

Xác nhận của TTYT Tiên Lãng

**DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN
TỈNH XÃ KIỀM BÁI – THỦY NGUYÊN – HẢI PHÒNG**

STT	Họ và tên	Mã số	Năm sinh	Giới	Thôn	Đánh giá can thiệp
1	Hoàng Tiến A.	1431	1953	Nam	Thôn 2	Có
2	Nguyễn Trọng Đ.	1434	1957	Nam	Thôn 2	Không
3	Đỗ Xuân B.	1436	1961	Nam	Thôn 2	Có
4	Hoàng Đắc T.	1438	1936	Nam	Thôn 2	Có
5	Nguyễn Trần L.	1440	1958	Nam	Thôn 2	Có
6	Bùi Thị T.	1447	1943	Nữ	Thôn 6	Không
7	Nguyễn Thị T.	1450	1951	Nữ	Thôn 2	Không
8	Nguyễn Trần Th.	1461	1957	Nam	Thôn 2	Có
9	Hoàng Phú T.	1475	1933	Nam	Thôn 1	Không
10	Nguyễn Thị Ch.	1480	1958	Nữ	Thôn 1	Có
11	Bùi Quang S.	1498	1955	Nam	Thôn 1	Không
12	Phạm Hải M.	1586	1930	Nam	Thôn 5	Có
13	Hoàng Thị S.	1654	1949	Nữ	Thôn 4	Có
14	Bùi Thị X.	1863	1926	Nữ	Thôn 6	Có
15	Phạm Nho H.	1906	1940	Nam	Thôn 4	Không
16	Nguyễn Thị Th.	1955	1941	Nữ	Thôn 3	Có
17	Nguyễn Thế Ch.	2120	1947	Nam	Thôn 5	Có
18	Nguyễn Thế Th.	2172	1950	Nam	Thôn 4	Có
19	Hoàng Thị D.	2385	1961	Nữ	Thôn 6	Có
20	Phạm Khắc T.	2686	1951	Nam	Thôn 3	Có
21	Lê Minh Ngh.	2800	1937	Nam	Thôn 3	Không
22	Trần Thị D.	2805	1923	Nữ	Thôn 1	Không

23	Nguyễn Văn Tr.	2812	1942	Nam	Thôn 1	Có
24	Nguyễn Thế B.	2814	1952	Nam	Thôn 1	Có
25	Hoàng Phú Ph.	2815	1954	Nam	Thôn 1	Có
26	Nguyễn Doãn Th.	2816	1954	Nam	Thôn 1	Có
27	Phạm Thị L.	2821	1942	Nữ	Thôn 6	Có
28	Hoàng Đắc Đ.	2822	1937	Nam	Thôn 1	Không
29	Nguyễn Thị Ng.	2824	1967	Nữ	Thôn 1	Có
30	Nguyễn Thế Nh.	2826	1960	Nam	Thôn 1	Không
31	Nguyễn Thị T.	2829	1930	Nữ	Thôn 2	Có
32	Bùi Thị T.	2830	1963	Nữ	Thôn 5	Không
33	Bùi Thị N.	2831	1931	Nữ	Thôn 3	Có
34	Nguyễn Thị Ng.	2834	1933	Nữ	Thôn 1	Có
35	Hoàng Phú Ph.	2835	1942	Nam	Thôn 1	Không
36	Nguyễn Đăng T.	2836	1943	Nam	Thôn 1	Có
37	Nguyễn Đăng Ch.	2837	1922	Nam	Thôn 1	Không
38	Đặng Thị B.	2838	1925	Nữ	Thôn 1	Không
39	Hoàng Thị T.	2839	1928	Nữ	Thôn 1	Không
40	Nguyễn Thị Ngh.	2840	1952	Nữ	Thôn 1	Có
41	Nguyễn Chí T.	2841	1965	Nam	Thôn 7	Có
42	Nguyễn Đăng B.	2842	1924	Nam	Thôn 1	Có
43	Nguyễn Thị A.	3146	1953	Nữ	Thôn 5	Có
44	Nguyễn Thị M.	3188	1963	Nữ	Thôn 7	Có
45	Hoàng Đình S.	3212	1958	Nam	Thôn 7	Có
46	Nguyễn Thị M.	3219	1931	Nữ	Thôn 6	Không
47	Hoàng Thị H.	3223	1925	Nữ	Thôn 6	Không
48	Nguyễn Chí C.	3245	1929	Nam	Thôn 7	Không

49	Phạm Khắc Tr.	3251	1953	Nam	Thôn 7	Có
50	Phạm Khắc L.	3262	1939	Nam	Thôn 7	Có
51	Nguyễn Trí L.	3266	1953	Nam	Thôn 7	Có
52	Nguyễn Văn H.	3296	1956	Nam	Thôn 3	Có
53	Nguyễn Văn Đ.	3298	1968	Nam	Thôn 3	Không
54	Lương Thị B.	3303	1947	Nữ	Thôn 5	Có
55	Lã Thị N.	3316	1937	Nữ	Thôn 5	Có
56	Phạm Hải S.	3327	1952	Nam	Thôn 5	Có
57	Phạm Hải Y.	3329	1932	Nam	Thôn 5	Có
58	Nguyễn Bá T.	3332	1937	Nam	Thôn 5	Có
59	Hoàng Phú H.	3342	1955	Nam	Thôn 5	Có
60	Nguyễn Trọng T.	3425	1934	Nam	Thôn 5	Có
61	Lê Ngọc V.	3428	1931	Nam	Thôn 5	Không
62	Bùi Thị Ng.	3606	1954	Nữ	Thôn 4	Có
63	Hoàng Đức T.	3763	1943	Nam	Thôn 3	Có
64	Nguyễn Văn Ch.	3768	1935	Nam	Thôn 3	Có
65	Nguyễn Trung Ch.	3769	1940	Nam	Thôn 3	Có
66	Nguyễn Thế Th.	3770	1938	Nam	Thôn 3	Không
67	Bùi Quang B.	3772	1936	Nam	Thôn 3	Không
68	Bùi Quang L.	3785	1944	Nam	Thôn 3	Có
69	Nguyễn Bá L.	3791	1960	Nam	Thôn 3	Có
70	Nguyễn Văn H.	3796	1952	Nam	Thôn 3	Có
71	Đào Trọng Y.	3821	1934	Nam	Thôn 3	Có
72	Nguyễn Thị V.	3824	1940	Nam	Thôn 3	Có
73	Bùi Mạnh Q.	3833	1941	Nam	Thôn 4	Có
74	Đỗ Thị Nh.	3851	1932	Nữ	Thôn 4	Có

75	Hoàng Thị M.	3865	1951	Nữ	Thôn 4	Có
76	Vũ Thị C.	3879	1974	Nữ	Thôn 4	Có
77	Nguyễn Chí H.	3891	1954	Nam	Thôn 4	Có
78	Nguyễn Nhật M.	3894	1938	Nam	Thôn 4	Không
79	Nguyễn Văn T.	3902	1939	Nam	Thôn 4	Không
80	Hoàng Đức N.	3908	1948	Nam	Thôn 4	Có
81	Lương Thị Ng.	3931	1937	Nữ	Thôn 4	Có
82	Hoàng Thị S.	3933	1949	Nữ	Thôn 4	Có
83	Bùi Mẫn Ch.	3946	1930	Nam	Thôn 6	Có
84	Nguyễn Thế C.	3948	1930	Nam	Thôn 6	Có
85	Phạm Khắc N.	3949	1953	Nam	Thôn 6	Có
86	Nguyễn Văn L.	3962	1932	Nam	Thôn 6	Có
87	Nguyễn Hữu Ch.	3968	1955	Nam	Thôn 6	Không
88	Nguyễn Chí N.	3976	1960	Nam	Thôn 6	Có
89	Nguyễn Đăng B.	3985	1948	Nam	Thôn 6	Có
90	Nguyễn Thế D.	4165	1969	Nam	Thôn 5	Không
91	Nguyễn Thế Đ.	4169	1956	Nam	Thôn 5	Không
92	Nguyễn Thị L.	4191	1925	Nữ	Thôn 5	Có
93	Đào Trọng Kh.	4202	1960	Nam	Thôn 5	Có
94	Hoàng Phú D.	4204	1949	Nam	Thôn 3	Có
95	Nguyễn Thế Th.	4210	1946	Nam	Thôn 3	Có
96	Phạm Khắc Nh.	4212	1950	Nam	Thôn 3	Có
97	Hoàng Phú Ph.	4213	1964	Nam	Thôn 3	Có
98	Hoàng Đạo S.	4218	1930	Nam	Thôn 3	Không
99	Nguyễn Trung Tr.	4220	1955	Nam	Thôn 3	Có
100	Hoàng Đức L.	4226	1939	Nam	Thôn 3	Có

101	Nguyễn Văn H.	4230	1940	Nam	Thôn 3	Không
102	Đỗ Xuân T.	4341	1969	Nam	Thôn 2	Có
103	Đỗ Xuân Ch.	4399	1951	Nam	Thôn 2	Có
104	Đào Thị B.	4402	1931	Nữ	Thôn 2	Có
105	Nguyễn Văn Kh.	4412	1940	Nam	Thôn 2	Có
106	Hoàng Nhật C.	4415	1949	Nam	Thôn 2	Có
107	Phạm Khắc H.	4432	1961	Nam	Thôn 6	Có
108	Hà Kỳ Ch.	4446	1959	Nam	Thôn 2	Có
109	Nguyễn Văn H.	4448	1958	Nam	Thôn 2	Có
110	Nguyễn Thế H.	4453	1946	Nam	Thôn 2	Có
111	Phạm Thị Ng.	4463	1945	Nữ	Thôn 2	Có
112	Nguyễn Thị Ê.	4483	1934	Nữ	Thôn 2	Có
113	Nguyễn Thị B.	4492	1928	Nữ	Thôn 2	Có
114	Hà Kỳ N.	4494	1962	Nam	Thôn 2	Có
115	Nguyễn Thị C.	4495	1954	Nữ	Thôn 2	Không
116	Lương Thị Ch.	4496	1966	Nữ	Thôn 2	Không
117	Phương Thị Th.	4516	1930	Nữ	Thôn 3	Có
118	Nguyễn Thị B.	4530	1956	Nữ	Thôn 4	Có
119	Hoàng Thị Ph.	4543	1936	Nữ	Thôn 1	Có
120	Nguyễn Thị T.	4572	1933	Nữ	Thôn 3	Có
121	Vũ Thị Ch.	4714	1941	Nữ	Thôn 2	Không
122	Hoàng Thị G.	4735	1960	Nữ	Thôn 7	Có
123	Phạm Thị X.	4768	1967	Nữ	Thôn 5	Có
124	Nguyễn Đăng T.	4807	1957	Nam	Thôn 3	Không
125	Nguyễn Văn D.	4853	1948	Nam	Thôn 6	Có
126	Bùi Mẫn Ch.	4863	1957	Nam	Thôn 6	Không

127	Phạm Khắc N.	4869	1960	Nam	Thôn 6	Có
128	Bùi Hoàng H.	4870	1936	Nam	Thôn 6	Không
129	Trần Quang V.	4878	1949	Nam	Thôn 6	Có
130	Nguyễn Thế Ph.	5156	1957	Nam	Thôn 7	Không
131	Hoàng Phú Ch.	5161	1954	Nam	Thôn 7	Có
132	Hoàng Thị T.	5203	1930	Nữ	Thôn 6	Có
133	Phạm Thị Nh.	5204	1941	Nữ	Thôn 6	Có

Hải Phòng ngày 08 tháng 5 năm 2017

Xác nhận của thầy hướng dẫn

Xác nhận của TTYT Thủy Nguyên

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY XÁC NHẬN

Trung tâm y tế huyện Thủy Nguyên – Hải Phòng xác nhận

Ông **Nguyễn Đức Thọ**, Cán bộ Trường Đại Học Y - Dược Hải Phòng.

Đã thực hiện nghiên cứu: Thực trạng và hiệu quả của truyền thông đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Hải Phòng 2014 – 2016.

Ông **Nguyễn Đức Thọ** đã tiến hành

- Điều tra dịch tễ, phỏng vấn kiến thức, thái độ, thực hành và khám phát hiện bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cho người dân từ 40 tuổi trở lên tại xã Kiền Bái, huyện Thủy Nguyên, Thành phố Hải Phòng từ 10/2014 đến 4/2015.
- Điều tra lại kiến thức, thái độ, cho người dân, khám và đánh giá thực hành cho người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại xã Kiền Bái từ tháng 11/2016 đến 1/2017.

Hải Phòng, ngày 08 tháng 5 năm 2017

GIÁM ĐỐC

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

GIẤY XÁC NHẬN

Trung tâm y tế huyện Tiên Lãng – Hải Phòng xác nhận

Ông Nguyễn Đức Thọ, cán bộ Trường Đại Học Y Dược Hải Phòng.

Thực hiện nghiên cứu: Thực trạng và hiệu quả của truyền thông đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Hải Phòng 2014 – 2016.

Ông Nguyễn Đức Thọ đã tiến hành

- Điều tra dịch tễ, kiến thức, thái độ thực hành và khám phát hiện bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cho người dân từ 40 tuổi trở lên tại xã Kiến Thiết, huyện Tiên Lãng, Thành phố Hải Phòng từ 10/2014 đến 4/2015.
- Truyền thông về Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cho toàn dân, thành lập và sinh hoạt Câu lạc bộ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cho người mắc bệnh tại xã Kiến Thiết từ 11/2015 đến 11/2016.
- Điều tra lại kiến thức, thái độ cho người dân, khám và đánh giá thực hành cho người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại xã Kiến Thiết từ tháng 11/2016 đến 1/2017.

Hải Phòng, ngày 08 tháng 5 năm 2017

GIÁM ĐỐC

BỘ Y TẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC

HẢI PHÒNG

Số: 815/QĐ-YDHP

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hải Phòng, ngày 04 tháng 12 năm 2015

QUYẾT ĐỊNH

Thành lập câu lạc bộ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

HIỆU TRƯỞNG TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG

- Căn cứ quyết định số 06/1999/QĐ-TTg ngày 25-01-1999 của Thủ tướng Chính phủ về việc thành lập trường Đại học Y Hải Phòng.
- Căn cứ quyết định số 2153/2013/QĐ-TTg ngày 11 tháng 11 năm 2013 của Thủ tướng Chính phủ về việc đổi tên Trường đại học Y Hải Phòng thành Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
- Căn cứ chỉ thị số 08/CT-BYT ngày 01 tháng 9 năm 2008 của Bộ Y tế về việc tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe;
- Căn cứ theo đề nghị của Khoa Y tế công cộng, Phòng Đào tạo sau đại học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người dân.

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1: Thành lập Câu lạc bộ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại xã Kiến Thiết, Tiên Lãng, Hải Phòng. Thành viên Câu lạc bộ là người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại địa phương, tự nguyện tham gia sinh hoạt câu lạc bộ.

Điều 2: Nội dung sinh hoạt câu lạc bộ sẽ do các cán bộ y tế, bác sĩ chuyên ngành của Đại học Y Dược Hải Phòng phối hợp Trung tâm TT- GDSK thực hiện tuyên truyền, phổ biến kiến thức, khám tư vấn miễn phí (có danh sách, kế hoạch kèm theo). Cùng với sự tham gia hỗ trợ của Phòng Y tế, Trung tâm y tế, Bệnh viện đa khoa Tiên Lãng, Trạm y tế xã Kiến Thiết.

Điều 3: Quyết định có hiệu lực kể từ ngày ký; Các phòng chức năng, Trường đại học Y Dược Hải Phòng, Trung tâm truyền thông GDSK, và các ông, bà có tên tại điều 1 căn cứ quyết định thi hành./.

Nơi nhận:

- Như điều 3;
- Lưu VT./

KT HIỆU TRƯỞNG

PGS.TS. TRẦN QUANG PHỤC

ẢNH NGHIÊN CỨU



Khám phát hiện bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính



Truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính



Thực hành phục hồi chức năng hô hấp cho bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính



Máy đo Spirometry Chest HI 801 xuất xứ Nhật Bản



Dụng cụ thực hành sử dụng thuốc dạng hít



Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Hút thuốc lá, thuốc lào, hoặc hít phải khói thuốc.
- Tiếp xúc với khói (bếp than, củi, rơm, ...).
- Tiếp xúc với bụi, hóa chất nghề nghiệp.
- Nhiễm trùng hô hấp tái đi tái lại.
- Thiếu hụt alpha 1 antitrypsin.



CÁC YẾU TỐ GÂY ĐỢT CẤP

- Nhiễm trùng hô hấp do vi khuẩn hoặc virus: ho, đờm tăng, đờm mù, sốt...
- Không tuân thủ điều trị: bỏ thuốc, dùng thuốc không đủ, không đúng...
- Sử dụng các thuốc có thể gây đợt cấp: thuốc an thần, gây ngủ, thuốc chẹn beta giao cảm.
- Các bệnh lý kèm theo không được điều trị: suy tim, nhồi máu phổi, tràn khí màng phổi,...
- Hút thuốc, tiếp xúc với khói thuốc, bụi, hóa chất, nhiễm lạnh...

CÁC DẤU HIỆU CỦA ĐỢT CẤP

- Khó thở nhiều hơn.
- Ho khạc nhiều đờm.
- Thay đổi màu sắc của đờm.
- Các dấu hiệu khác: sốt, đau ngực, nhịp tim nhanh, phù chân...



BỆNH NHÂN CÓ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH CẦN:

- Không hút thuốc lá, thuốc lào. Tránh tiếp xúc với khói thuốc.
- Đeo khẩu trang khi tiếp xúc với bụi, giữ ấm cổ ngực khi lạnh.
- Tuân thủ phác đồ điều trị: dùng đúng thuốc, đủ liều, đúng thời gian.
- Khi muốn dùng các thuốc khác cần phải có ý kiến bác sỹ.
- Kịp thời phát hiện các biểu hiện đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Tuân thủ chế độ ăn uống, tập ho, tập thở sâu.
- Khám định kỳ để được theo dõi và quản lý bệnh.





Bạn & Gia đình

Có thể làm gì khi biết mình mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính



1. Dừng hút thuốc

- Bạn phải bỏ thuốc lá, thuốc lào.
- Yêu cầu sự trợ giúp từ bác sĩ hoặc y tá. Hỏi về các thuốc viên, kẹo nhai hoặc những miếng dán da để giúp bạn dừng hút thuốc.
- Đặt ra ngày cai thuốc. Thông báo với gia đình và bạn bè rằng bạn đang cai thuốc. Yêu cầu họ không mang thuốc lá vào nhà, phòng làm việc.
- Yêu cầu mọi người không hút thuốc trong nhà.
- Cố gắng tránh xa những nơi, những người làm bạn muốn hút thuốc. Vứt bỏ gạt tàn ra khỏi nhà.
- Luôn tìm kiếm công việc để làm. Thử cố cầm bút chì thay cho thuốc lá.
- Khi quá thèm thuốc hãy nhai kẹo cao su hoặc ngậm que tăm, ăn hoa quả, uống nước.
- Nếu bạn hút thuốc trở lại, hãy cố gắng bỏ thuốc lần nữa. Một số người phải bỏ thuốc nhiều lần mới bỏ được vĩnh viễn.



2. Tuân thủ điều trị theo hướng dẫn của Bác sĩ.

3. Đến khám bác sĩ hàng tháng để được đánh giá lại tình trạng bệnh, kê đơn thuốc và tư vấn bệnh

- Yêu cầu được đo chức năng hô hấp.
- Yêu cầu được hướng dẫn cách phòng cúm hàng năm.
- Yêu cầu được hướng dẫn chi tiết cách dùng từng loại thuốc.
- Dùng các thuốc dạng hít, xịt ngay trước mặt bác sĩ để biết chắc mình đã dùng đúng cách.
- Cho gia đình xem đơn thuốc của bạn. cất đơn thuốc ở nơi dễ tìm.

4. Gọi cấp cứu y tế nếu bạn thấy bất cứ dấu hiệu nguy hiểm sau

- Khó thở nhiều hoặc tái khám cấp cứu (tại phòng khám chuyên khoa hô hấp hoặc khoa cấp cứu)
- Đi lại thấy nhanh mệt hơn trước.
- Tím môi hoặc móng tay, phù chân.
- Nhịp tim (mạch) rất nhanh hoặc bất thường.
- Thuốc bạn dùng trở nên không có tác dụng hoặc tác dụng không kéo dài. Tiếp tục khó thở và thở nhanh.

5. Giữ cho môi trường trong nhà luôn sạch. Tránh xa những thứ như khói thuốc, đó là những thứ làm bạn khó thở hơn.

6. Luôn giữ cho cơ thể khỏe mạnh, tập luyện thể dục đều đặn và có chế độ ăn phù hợp.

7. Nếu bệnh của bạn nặng, lập kế hoạch hoạt động phù hợp với tình trạng khó thở.