

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 NGHỀN MẠN TÍNH TẠI XÃ KIẾN THIẾT VÀ
KIỀN BÁI, THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG NĂM 2014 - 2016**

Chuyên ngành: Y TẾ CÔNG CỘNG

Mã số: 62 72 03 01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

HẢI PHÒNG-NĂM 2018

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG**

Người hướng dẫn khoa học:

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

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

**Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp
trường Đại học Y Dược Hải Phòng
vào hồi: giờ ngày tháng năm**

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- 1. Thư viện Quốc Gia**
- 2. Thư viện Trường Đại học Y Dược Hải Phòng**
- 3.**

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Đặt vấn đề

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là bệnh thường gặp và có xu hướng gia tăng. Bệnh thường xuất hiện sau 40 tuổi, các yếu tố nguy cơ chủ yếu của bệnh là do hút thuốc, ô nhiễm môi trường. Triệu chứng thường gặp là khó thở, ho, khạc đờm mạn tính. Đo chức năng thông khí (CNTK) để xác định chẩn đoán BPTNMT [70] [71]. Tỷ lệ mắc BPTNMT chưa được chẩn đoán khá cao [40] [41] [100] [122] [135]. Kiến thức, thái độ, thực hành (KAP) về BPTNMT của người dân còn rất hạn chế [18]. TTGDSK tại cộng đồng giúp người dân và BN nâng cao KAP về BPTNMT. Việc phát hiện và nâng cao KAP cho họ về BPTNMT rất cần thiết. Hút thuốc là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất dẫn đến BPTNMT. Bởi vậy chúng tôi chọn xã trồng cây thuốc lào là địa điểm triển khai nghiên cứu can thiệp TTGDSK nhằm 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 Kiên 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 Kiên Bái từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 4 năm 2015.

3. Đánh giá hiệu quả của truyền thông giáo dục sức khỏe với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại xã Kiến Thiết sau một năm can thiệp.

2. Những đóng góp của đề tài

- + Đưa ra tỷ lệ mắc và các yếu tố liên quan đến BPTNMT của 2 xã.
- + Hút thuốc lào ảnh hưởng đến BPTNMT mạnh hơn hút thuốc lá.
- + Trong 310 BN mắc BPTNMT có 91,3% BN mới được chẩn đoán.

+ 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 giúp nâng cao đáng kể KAP cho người dân về BPTNMT. Mô hình sinh hoạt CLB BPTNMT dễ triển khai, đầu tư ít nhưng có hiệu quả tích cực, giúp cho BN 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, trung bình mMRC và CAT đều giảm). Phân loại mức độ tắc nghẽn đường thở và giai đoạn GOLD ABCD của bệnh nhân ít thay đổi.

3. Cấu trúc luận án

Luận án gồm 124 trang trong đó đặt vấn đề 02 trang; tổng quan tài liệu 30 trang; đối tượng và phương pháp nghiên cứu 18 trang; sơ đồ nghiên cứu 1 trang; kết quả nghiên cứu 35 trang; bàn luận 35 trang; kết luận 02 trang; kiến nghị 01 trang. Có 37 bảng, 22 hình, 180 tài liệu tham khảo (25 tài liệu tiếng Việt và 155 tài liệu tiếng Anh).

Chương 1

TỔNG QUAN

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

Khí phế thũng được miêu tả từ thập niên 60 của thế kỉ trước, năm 2001 GOLD lần đầu tiên đưa ra định nghĩa BPTNMT. 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

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]. 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]. Sử dụng CNTT để chẩn đoán BPTNMT có thể phát hiện được gấp đôi số BN so với cách phát hiện bệnh chỉ dựa vào bộ câu hỏi phỏng vấn [86]. Tỷ lệ mắc BPTNMT ở người ≥ 40 tuổi tại Việt Nam dao động từ đến 3% đến 8,1% [5] [10] [13] [15] [16] [17] [25] [127].

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. Thiếu hụt men antitrypsin, giới tính, yếu tố nhiễm trùng, khí hậu, tiền sử HPQ... cũng liên quan đến BPTNMT [39] [42] [46] [44] [51] [67] [68] [70] [72] [108] [126].

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

Các triệu chứng chính của BPTNMT là ho, khạc đờm mạn tính, khó thở tăng dần. Để giúp phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm cần đo CNTT cho tất cả người có triệu chứng trên hoặc có tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ. Chẩn đoán xác định BPTNMT khi chỉ số Gaensler (FEV_1/FVC) $< 70\%$ sau test HPPQ. Đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở dựa vào chỉ số FEV1% so với trị số lý thuyết [70] [72]. Phân loại giai đoạn BPTNMT theo ABCD hiện nay chú trọng đến tần suất đợt cấp trong năm [72].

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

Nhiều công trình nghiên cứu nhận thấy người dân thường chưa biết đến tên bệnh, nguyên nhân, phòng bệnh, tác hại của hút thuốc và hay nhầm lẫn với các bệnh phổi khác. BN thường sử dụng chưa đúng dụng cụ hít hoặc chưa được hướng dẫn PHCN hô hấp [18] [29] [82] [105] [129] [140] [164].

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

TTGDSK về BPTNMT nhằm trang bị cho người dân có kiến thức, thái độ, thực hành đúng về bệnh. Mục tiêu làm giảm tỷ lệ mắc và gánh nặng bệnh tật. Giáo dục về kiến thức BPTNMT như nguyên nhân, biểu hiện của bệnh, biện pháp phòng tránh, nơi khám bệnh và điều trị, tác hại của hút thuốc. Thái độ khi mình mắc bệnh hoặc người thân mắc bệnh. Những khoảng trống chăm sóc giữa BN và các chuyên gia hô hấp là nguyên nhân chính do sự nhận thức khác nhau về bệnh [138]. Các chương trình giáo dục sức khỏe có thể giúp BN dễ dàng tiếp cận với việc dùng thuốc, đo CNTK và tiết kiệm chi phí [123]. Can thiệp giảm đáng kể tần suất đợt cấp và nâng cao tình trạng sức khỏe so với nhóm đối chứng [180]; khắc phục việc sử dụng sai các dụng cụ hít [63]. Những lợi ích của PHCN phổi bao gồm giảm khó thở và cải thiện lực [158]. PHCN phổi tại nhà có thể áp dụng cho những người mắc BPTNMT mà không có điều kiện đến trung tâm PHCN [33].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu tỷ lệ mắc và KAP về BPTNMT là 5.220 người từ 40 tuổi trở lên sống tại hai xã trong đó có 310 bệnh nhân.
- Nghiên cứu can thiệp trên cùng đối tượng tại xã Kiến Thiết bao gồm 2206 người dân trong đó có 139 BN.
- Tiêu chuẩn lựa chọn: người dân từ 40 tuổi trở lên sống trên 5 năm tại hai xã có đủ sức khỏe tinh thần trả lời bộ câu hỏi điều tra và tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Chẩn đoán xác định BPTNMT bằng đo CNTK khi FEV1/FVC < 0,7 sau test phục hồi phế quản âm tính [12] [70] [71] [72]. Test hồi phục phế quản (HPPQ) áp dụng cho tất cả những đối tượng có rối loạn thông khí tắc nghẽn. Những đối tượng này được hít thở Salbutamol liều 400 μ g trong 6 phút. Đo lại FEV1 sau 20 phút chỉ số FEV1 tăng < 200ml và/hoặc tăng < 12% và chỉ số Gaensler < 70%.
- Chẩn đoán viêm phế quản mạn tính: BN 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 (HPQ): BN có tiền sử mắc HPQ. Đo CNTK sau test HPPQ FEV1 tăng > 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, bứơc cổ độ III... Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 12 năm 2016.

2.3. Địa điểm nghiên cứu: xã Kiến Thiết, huyện Tiên Lãng và xã Kiền Bái, huyện Thủy Nguyên, Hải Phòng.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang: nghiên cứu dịch tễ và KAP của người dân và người bệnh về BPTNMT.

- Nghiên cứu can thiệp: TTGDSK 1 năm nhằm nâng cao KAP cho người dân, đặc biệt chú trọng vào việc giáo dục tại CLB BPTNMT với mục đích cải thiện thực hành, tình trạng sức khỏe và CNHH cho người mắc BPTNMT.

2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và kỹ thuật chọn mẫu

- Cỡ mẫu nghiên cứu tỷ lệ hiện mắc [22]: $n = Z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-p) / (p.\epsilon)^2$
 $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $p = 0,057$ [5] [25] ; $\epsilon = 0,2$.

Nghiên cứu tại 2 xã nên chúng tôi lấy hệ số thiết kế (DE) là 2. Cỡ mẫu tính được: $n = 5.196$. Thực tế chúng tôi chọn toàn bộ các đối tượng 40 tuổi trở lên tại 2 xã và thu nhận được 5.220 người.

- Cỡ mẫu can thiệp [22]:

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

p_1 : tỷ lệ kiến thức tốt về BPTNMT trước can thiệp ước lượng 5%.

p_2 : tỷ lệ kiến thức tốt về BPTNMT mong đợi sau can thiệp đạt 20%.

$Z^2_{(\alpha,\beta)} = 10,5$ (bảng Z với $\alpha=0,05$, $\beta=0,10$). Tính được $n = 97$.

- Toàn bộ các đối tượng nghiên cứu trước can thiệp đều được lựa chọn. Chúng tôi thu được 2206 người, trong đó có 139 người bệnh.

2.4.3. Biến số và chỉ số và nội dung nghiên cứu

- Bộ câu hỏi điều tra dịch tễ dựa trên bộ câu hỏi điều tra dịch tễ về BPTNMT của quốc tế áp dụng tại Việt Nam [26]. Chúng tôi sử dụng

bộ câu hỏi điều tra KAP của Đinh Ngọc Sỹ [18]. Bộ câu hỏi thực hành được xây dựng dựa trên chương trình quốc gia PCBPTNMT [12] [18] [24].

- 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: 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, lao động tự do.

- Triệu chứng hô hấp: ho mạn tính, khó thở, khạc đờm mạn tính.

- Tiền sử viêm phế quản mạn tính, hen phế quản, điều trị lao phổi.

- Tình trạng hút thuốc: chúng tôi tính và quy đổi ra số bao-năm (B-N). B-N là số bao thuốc (một bao gồm 20 điếu thuốc) hút một ngày nhân với số năm hút [10] [53]. Quy đổi từ thuốc lào sang số bao-năm: 1 điếu thuốc lá = 1g thuốc lào sợi = 5 lần hút tương đương với 1/20 bao.

- Chất đốt thường xuyên sử dụng trong gia đình: gas, than, rơm củi,... thời gian phơi nhiễm tính theo năm sử dụng.

- Tỷ lệ hiện mắc BPTNMT, tỷ lệ mắc mới được chẩn đoán.

- Tỷ lệ mắc BPTNMT và liên quan theo các nhóm tuổi, giới tính, học vấn, tình trạng hút thuốc.

- Tỷ lệ mắc theo triệu chứng lâm sàng và tiền sử mắc bệnh hô hấp.

- Đặc điểm của bệnh nhân: hút thuốc, mức độ tắc nghẽn đường thở, giai đoạn BPTMT.

- Kiến thức về BPTNMT có 15 câu hỏi, bao gồm 25 ý trả lời đúng, đánh giá kiến thức tốt khi trả lời đúng từ 18 ý trở lên. Bao gồm kiến thức về tên bệnh, nguyên nhân, triệu chứng, đặc điểm, thuốc điều trị và phòng BPTNMT.

- Thái độ đối với BPTNMT có 5 câu hỏi, bao gồm 11 ý trả lời đúng đánh giá thái độ tốt khi trả lời đúng 8 ý trở lên: thái độ bản thân hoặc người xung quanh mắc bệnh, khi người khác hút thuốc, thái độ có sống và sinh hoạt với người mắc BPTNMT.
- Có 6 câu thực hành về BPTNMT, thực hành đúng 4 câu trở lên được đánh giá là thực hành tốt: bao gồm các kĩ thuật sử dụng thuốc dạng hít, cai thuốc lá, ho có kiểm soát, thờ chúm môi [18] [24].
- Đợt cấp của BPTNMT: là sự nặng lên của các triệu chứng hô hấp mà cần phải thay đổi hoặc thêm liệu trình điều trị.
- Đánh giá mức độ khó thở theo thang điểm mMRC và tình trạng sức khỏe theo thang điểm CAT.
- Phân loại mức độ tắc nghẽn đường thở dựa vào chỉ số FEV1% so với trị số lý thuyết [70] [72]: GOLD 1 (nhẹ) khi $FEV1 \geq 80\%$; GOLD 2 (trung bình): $50\% \leq FEV1 < 80\%$; GOLD 3 (nặng): $30\% \leq FEV1 < 50\%$; GOLD 4 (rất nặng): $FEV1 < 30\%$.
- Phân chia giai đoạn BPTNMT theo GOLD ABCD (GOLD-2017) dựa vào đợt cấp, điểm mMRC và điểm CAT [72].

2.4.4. Các bước triển khai nghiên cứu

- Điều tra dịch tễ và KAP về BPTNMT, khám và đo CNTK cho các đối tượng có triệu chứng lâm sàng hoặc có các yếu tố nguy cơ.
- Tổ chức mạng lưới can thiệp: tác giả và CBYT địa phương trực tiếp tham gia cùng với sự phối hợp của chính quyền xã Kiến Thiết.
- Đào tạo kỹ năng TTGDSK, KAP, chẩn đoán, điều trị về BPTNMT cho các CBYT và sản xuất tài liệu truyền thông giáo dục sức khỏe.
- Truyền thông gián tiếp bằng loa phóng thanh của thôn, xã. Phát tờ rơi đến từng hộ gia đình. Truyền thông trực tiếp tại CLB BPTNMT mỗi tháng một lần. Đối tượng tham gia được giáo dục về KAP và các

vấn đề liên quan đến BPTNMT. Hướng dẫn cai thuốc và thực hành tập thở, ho có kiểm soát, sử dụng các dụng cụ hít.

- Đánh giá sau can thiệp về KAP, đo lại CNTT cho bệnh nhân.
- Tính chỉ số hiệu quả can thiệp: $CSHQ = (|p2 - p1| / p1)100\%$
p1: tỷ lệ giá trị trước can thiệp. p2: tỷ lệ giá trị sau can thiệp.

Đánh giá thực hành bằng bảng kiểm.

2.5. Xử lý số liệu:

Nhập số liệu trên phần mềm Epi-data 3.1. Làm sạch số liệu và xử lý trên phần mềm spss 21.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu:

Luận án được Trường Đại học Y Dược Hải Phòng phê duyệt. Nghiên cứu được sự đồng ý của chính quyền và y tế địa phương. Đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu và được bảo mật thông tin. Tất cả BN đều được tư vấn về bệnh của họ. Trung thực trong nghiên cứu.

Chương 3

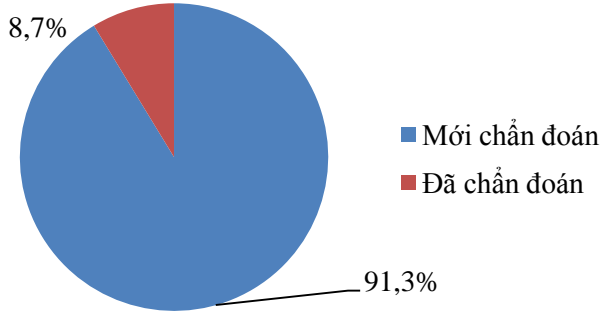
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. 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

Xã \ ĐTNC	Tổng (n = 5220)	BPTNMT (n = 310)	%	p
Kiến Thiết	2540	177	7,0	< 0,01
Kiên Bái	2680	133	5,0	
Tổng	5220	310	5,9	

Nhận xét: tỷ lệ mắc BPTNMT là 5,9% (Kiến Thiết 7,0% vs Kiên Bái 5,0%; p < 0.01).



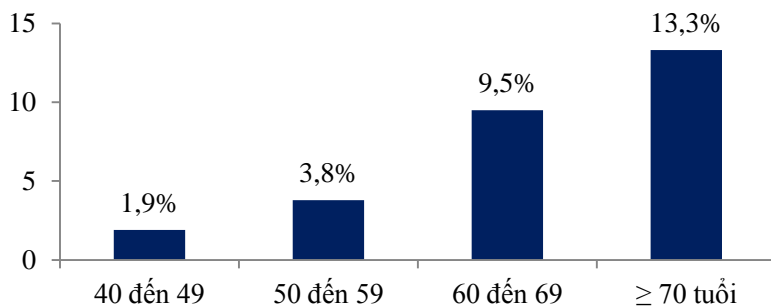
Hình 3.4. Tình hình chẩn đoán của bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (n = 310)

Nhận xét: Trong số 310 bệnh nhân mắc BPTNMT có 283 (91,3%) bệnh nhân mới được phát hiện qua đợt khám bệnh. Do vậy cần phải đo CNTK cho các đối tượng ≥ 40 tuổi có các yếu tố nguy cơ.

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

ĐTNC Giới	Tổng (n = 5220)	BPTNMT (n = 310)	%	OR (95%CI)	p
Nam	2326	202	8,7	2.45 (1.9-3.1)	< 0,01
Nữ	2894	108	3,7		
Tổng	5220	310	5,9		

Nhận xét: tỷ lệ mắc BPTNMT ở nam là 8,7% và nữ là 3,7%. Nam giới nguy cơ mắc BPTNMT tăng gấp 2.45 (1.9-3.1) lần so với nữ; $p < 0,01$.



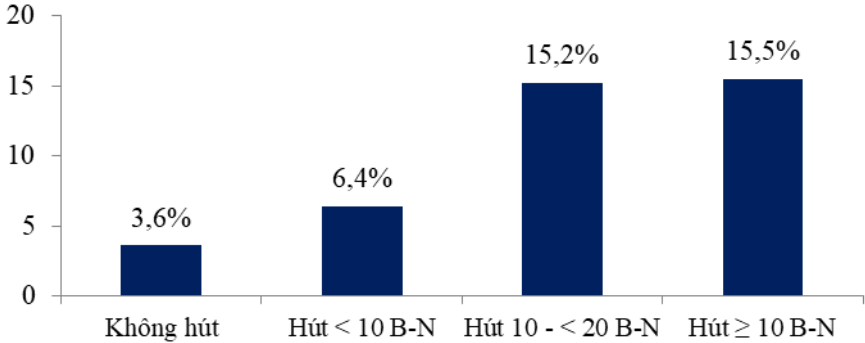
Hình 3.6. Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với tuổi của đối tượng nghiên cứu (n = 5220)

Nhận xét: tỷ lệ mắc BPTNMT có xu hướng tăng lên theo tuổi, thấp nhất ở nhóm 40-49 tuổi (1,9%) và cao nhất ở nhóm 70 tuổi trở lên (13,3%); $\chi^2 = 158,8$; $p < 0,001$.

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

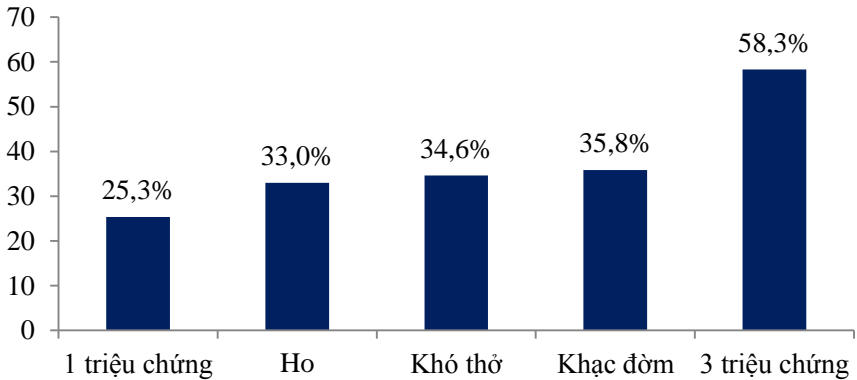
Hút thuốc	ĐTNC (n=5220)	BPTNMT (n=310)		OR (95%CI)	p
		n	%		
Không hút	3051	110	3,6	ref	
Có hút thuốc	2169	200	9,2	2,72 (2,14-3,45)	< 0,001
Hút thuốc lào	1221	122	10	2,97 (2,27-3,88)	< 0,001
Hút thuốc lá	472	36	7,6	2,21 (1,50-3,26)	< 0,001
Hút cả 2 loại	476	42	8,8	2,59 (1,79-3,74)	< 0,001

Nhận xét: hút thuốc có ảnh hưởng đến BPTNMT gấp 2,72 lần so với không hút thuốc. Nhìn chung hút thuốc lào hay thuốc lá đều ảnh hưởng đến BPTNMT.



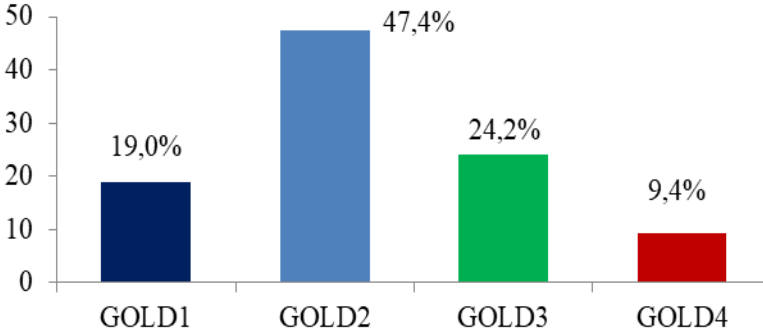
Hình 3.7. Liên quan giữa tỷ lệ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với mức độ hút thuốc chung của đối tượng nghiên cứu (n = 5220)

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



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

Nhận xét: Tỷ lệ mắc BPTNMT cao ở các đối tượng có các triệu chứng ho, khạc đờm, khó thở. Những đối tượng có các triệu chứng mạn tính trên nên đo CNTK để phát hiện BPTNMT.



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

Nhận xét: BN có mức độ tắc nghẽn nhẹ và trung bình chiếm 66,4%.

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

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

ĐTNC \ Kiến thức	Tổng chung (n = 5220)		BPTNMT ¹ (n = 310)		Không mắc ² (n = 4910)		P (1&2)
	n	%	n	%	n	%	
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

(viết tắt TC: triệu chứng)

Nhận xét: kiến thức của người dân về các triệu chứng của BPTNMT còn hạn chế. Không biết triệu chứng của bệnh sẽ rất khó khăn trong việc chủ động đi khám bệnh.

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

ĐTNCC Kiến thức	Tổng chung (n=2206)		BPTNMT ¹ (n=139)		Không mắc ² (n=2067)		p(1&2)
	n	%	n	%	n	%	
Hút thuốc	2280	43,7	136	43,9	2144	43,7	> 0,05
Ô nhiễm MT	1861	35,7	115	37,1	1746	35,6	> 0,05
Khói bụi NN	787	15,1	41	13,2	746	15,2	> 0,05
Yếu tố DT	608	11,6	23	7,4	585	11,9	< 0,05
Không biết	2471	47,3	137	44,2	2334	47,5	> 0,05

(viết tắt MT: môi trường; NN: nghề nghiệp; DT: di truyền)

Nhận xét: 43,7% số người biết nguyên nhân gây bệnh là do hút thuốc. Không biết nguyên nhân sẽ khó khăn trong việc phòng bệnh.

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

ĐTNCC Thái độ	Tổng chung (n=2206)		BPTNMT ¹ (n=139)		Không mắc ² (n=2067)		P (1&2)
	n	%	n	%	n	%	
Cai thuốc	2052	39,3	125	40,3	1927	39,2	> 0,05
Tránh bụi, HC	1241	23,8	54	17,4	1187	24,4	< 0,01
Tập thở, VD	785	15,0	45	14,5	740	15,1	> 0,05
Tránh lạnh	1190	22,8	65	21,0	1125	22,9	> 0,05

(Viết tắt HC: hóa chất; VD: vận động)

Nhận xét: nhìn chung thái độ của ĐTNCC khi biết mình mắc BPTNMT chưa tốt, chỉ có 39,3% số người sẽ cai hút thuốc nếu hút.

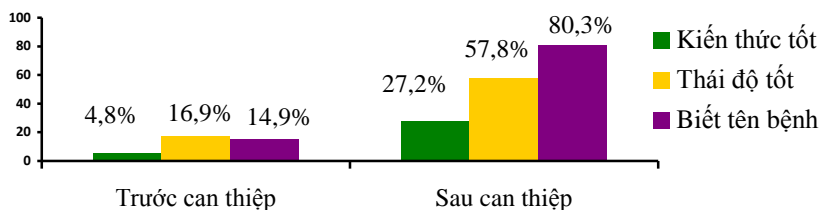
3.3. Hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sau 1 năm can thiệp

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 (2206)		Sau (2206)		P	CSHQ (%)
	n	%	n	%		
Do hút thuốc	956	43,3	1960	88,8	< 0,001	105,1
Ô nhiễm MT	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 DT	268	12,1	460	20,9	< 0,001	72,7
Triệu chứng ho	862	39,1	1609	72,9	< 0,001	86,4
TC khạc đờm	459	20,8	774	35,1	< 0,001	68,8
TC khó thở	836	37,9	1758	79,7	< 0,001	110,3
Cả 3 TC	312	14,1	634	28,7	< 0,001	103,5

(MT: môi trường; NN: nghề nghiệp; DT: di truyền; TC: triệu chứng)

Nhận xét: sau can thiệp đa số người dân đã biết nguyên nhân BPTNMT do hút thuốc, ô nhiễm MT. TC BPTNMT có ho, khó thở.



Hình 3.18. Kiến thức, thái độ và hiểu biết tên bệnh của đối tượng nghiên cứu về BPTNMT trước và sau can thiệp.

Nhận xét: sau can thiệp kiến thức và thái độ tốt của người dân tăng lên đáng kể, đa số người dân đã biết tên bệnh.

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

Thái độ \ Can thiệp	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
Không biết	614	27,8	48	2,2	<0,001	92,1

Nhận xét: khi mắc BPTNMT đa số người dân sẽ cai thuốc, tránh bụi, hóa chất. Các đối tượng vẫn còn chú quan với việc tập thở và tránh lạnh, do vậy cần tư vấn trực tiếp nếu họ mắc bệnh.

Bảng 3.33. Thực hành của bệnh nhân 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		
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	0,0	68	48,9	<0,001	
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 can thiệp hầu hết BN thực hành đúng về ho có kiểm soát, tập thở và dùng bình xịt định liều. Tỷ lệ hút thuốc giảm; 61,9% BN thực hành tốt về BPTNMT.

Bảng 3.34. Tình trạng sức khỏe theo thang 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 \leq 1	74	53,2	93	66,9	< 0,05
CAT < 10	26	18,7	26	18,7	> 0,05
Đợt cấp 0	75	54,0	89	64,0	> 0,05
Trung bình mMRC	1,47 \pm 1,07		1,17 \pm 0,97		< 0,05
Trung bình CAT	17,69 \pm 5,87		16,14 \pm 4,88		< 0,05
Trung bình đợt cấp	0,76 \pm 0,96		0,52 \pm 0,81		< 0,05
Trung bình FEV1%	59,96 \pm 22,13		58,33 \pm 22,12		> 0,05

Nhận xét: Sau can thiệp trung bình điểm CAT, mMRC, đợt cấp giảm đáng kể và trung bình FEV1% giảm không đáng kể.

Chương 4

BÀN LUẬN

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

Đối tượng tham gia nghiên cứu gồm 5.220 người, trong đó nữ chiếm 55,4%; nam chiếm 44,6%; $p < 0,05$. Trung bình tuổi của ĐTNC xã Kiến Thiết 56,91 \pm 11,65; Kiên Bái 58,04 \pm 12,52; $p < 0,05$. Tỷ lệ hút thuốc của ĐTNC là 41,6% (Kiến Thiết 47,1% vs Kiên Bái 36,7%; $p < 0,001$). Triệu chứng hô hấp của ĐTNC: ho 14,9%; khó thở 14,4%; khạc đờm 10,6%. Tỷ lệ VPQMT chiếm 3,1%; HPQ chiếm 2,0% và đã có tiền sử điều trị lao là 1,2%. Các công trình nghiên cứu về BPTNMT thường lựa chọn ĐTNC \geq 40 tuổi, tỷ lệ tham gia nghiên cứu nữ thường cao hơn nam. Điều tra tập trung khai

thác tình trạng hút thuốc, nghề nghiệp, triệu chứng và tiền sử mắc bệnh hô hấp [5] [41] [100] [120].

Tỷ lệ mắc BPTNMT của 2 xã là 5,9% (nam 8,7% vs nữ 3,7%; $p < 0,001$). Tỷ lệ mắc ở Kiến Thiết là 7,0%; ở Kiên Bái là 5,0%; $p < 0,01$. Trong số 310 BN thì có 283 người (91,3%) mới được chẩn đoán. Tỷ lệ hút thuốc và giới nữ của người dân ở Kiến Thiết cao hơn Kiên Bái, $p < 0,05$. Tuổi của của người dân Kiến Thiết thấp hơn Kiên Bái. Như vậy tình trạng hút thuốc nhiều hơn có thể là lý do chính khiến tỷ lệ mắc bệnh ở Kiến Thiết cao hơn Kiên Bái. Tỷ lệ mắc BPTNMT có xu hướng tăng lên theo tuổi, $\chi^2 = 158,8$; $p < 0,001$. Người ≥ 70 tuổi nguy cơ mắc bệnh tăng gấp 5,31 (3,3-8,6) lần đối tượng 40 đến 49 tuổi. Tỷ lệ mắc BPTNMT ở nam giới là 8,7%, nữ là 3,7%, OR = 2.45 (1.9-3.1) sau hiệu chỉnh, OR = 1,82 (1,3-2,6), $p < 0,01$. Nhiều nghiên cứu dịch tễ BPTNMT trên thế giới cho các kết quả khác nhau, tùy theo địa dư, phương pháp chẩn đoán. Tỷ lệ mắc BPTNMT tăng theo tuổi, nam cao hơn nữ, hầu hết các trường hợp mới được chẩn đoán [1] [4] [5] [16] [25] [41] [76] [78] [86] [100][120] [150] [159]. Học vấn càng cao thì tỷ lệ mắc BPTNMT càng thấp, $\chi^2 = 33,7$; $p < 0,001$. Người có học vấn dưới THCS nguy cơ mắc bệnh tăng gấp 1,50 (1,1-2,0) người có học vấn cao hơn, điều này có thể do đối tượng có học vấn cao có ý thức bảo vệ sức khỏe tốt hơn. Nanshan Zhong [120]; Seok Jeong Lee [159]; Danielsson [135] cho thấy tỷ lệ mắc BPTNMT tăng cao ở người có học vấn thấp.

Tỷ lệ mắc BPTNMT ở nông dân và viên chức đều là 5,9%; tỷ lệ mắc bệnh ở người nghỉ hưu là 15,8%; OR = 1,27 (0,9-1,9). Hưu trí thường tuổi cao, nên tỷ lệ mắc bệnh cao hơn các đối tượng khác.

Tỷ lệ mắc BPTNMT ở người không hút thuốc chiếm 3,6%; ở người có hút thuốc chiếm 9,2%; Tỷ lệ mắc BPTNMT có xu hướng tăng lên

theo mức độ hút thuốc, $\chi^2 = 125,9$; $p < 0,001$. Hút thuốc lào nguy cơ mắc bệnh tăng gấp 4,88 (2,8-8,5) lần nếu hút ≥ 10 B-N và tăng gấp 5,96 (1,9-18,7) lần nếu hút ≥ 20 B-N so với hút thuốc lá. Như vậy hút thuốc lào là yếu tố nguy cơ đến BPTNMT. Hút thuốc lào có ảnh hưởng đến BPTNMT mạnh hơn hút thuốc lá do người hút thuốc lào thường hút rất sâu khiến khói thuốc ảnh hưởng nhiều hơn đến bộ máy hô hấp. Khí phế thũng gặp ở đối tượng hút thuốc lào phổ biến hơn các đối tượng hút thuốc lá [19]. Các công trình nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy hút thuốc có liên quan chặt chẽ đến BPTNMT [5] [16] [31] [37] [115] [178]. Đối tượng phơi nhiễm khói bếp trên 30 năm nguy cơ mắc BPTNMT cao hơn đối tượng phơi nhiễm ít hơn hoặc không phơi nhiễm, $OR = 7,35(1,0-53,4)$; $p < 0,05$. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy phơi nhiễm khói bếp ảnh hưởng đến BPTNMT [120] [145] [179]. Để tránh tối đa sự ảnh hưởng khói bếp tới BPTNMT thì nơi đun nấu nên thông thoáng hoặc dùng năng lượng sạch. Kết quả nghiên cứu cho thấy 66,4% BN mắc BPTNMT ở giai đoạn giới hạn lưu lượng thở giai đoạn nhẹ và vừa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu về dịch tễ BPTNMT của Ngô Quý Châu; Douglas W Mapel, bệnh nhân mắc BPTNMT thường ở giai đoạn GOLD 2 [4] [56]. Trong số 310 BN thì có 17 BN (5,5%) chưa có triệu chứng lâm sàng mà chỉ được phát hiện bằng đo CNTK.

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

Trước can thiệp chỉ có 15,1% đối tượng đã từng nghe thấy tên BPTNMT. Kiến thức tốt của người dân về BPTNMT là 4,7%; thái độ tốt với bệnh đạt 16,4%. Hiểu biết về triệu chứng và nguyên nhân của ĐTNC về BPTNMT rất nghèo nàn. Về triệu chứng 39,8% cho là BPTNMT có ho; 20,9% có khạc đờm và 36,1% có khó thở. Số người

cho rằng nguyên nhân gây nên BPTNMT do hút thuốc chiếm 43,7%; ô nhiễm môi trường chiếm 35,7%. Nghiên cứu của Đinh Ngọc Sỹ cho thấy, chỉ 4,3% số người được phỏng vấn biết đến tên bệnh, kiến thức về triệu chứng và nguyên nhân gây bệnh rất hạn chế [18]. Một số tác giả nghiên cứu cho thấy hiểu biết về BPTNMT của người dân và BN rất kém [103] [140] [164] [175]. Qua phỏng vấn, số người cho rằng phòng bệnh bằng cách không hút thuốc chiếm 42,9%. Khi bản thân mắc BPTNMT có 39,3% số đối tượng sẽ cai thuốc; 23,8% số người sẽ tránh tiếp xúc với bụi hoặc hóa chất. Kiến thức về nguyên nhân và triệu chứng của BPTNMT còn kém nên người dân chưa biết cách phòng bệnh và có thái độ chưa đúng. Trước can thiệp không có BN nào thực hành đúng về BPTNMT. Hầu như bệnh nhân không biết tập thở, họ có kiểm soát và sử dụng không đúng dụng cụ hít. Nhiều nghiên cứu cũng thấy BN thường thực hành chưa đúng về BPTNMT [63] [105].

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

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%; biết đến tên bệnh tăng từ 14,9% lên 80,3%; hiệu quả đạt 438,9%. Masaharu Asai nghiên cứu can thiệp giáo dục về BPTNMT cho người dân ở Nhật Bản thấy nhận thức tốt về BPTNMT sau can thiệp chỉ đạt 24,5% [109]. Do vậy truyền thông cần phải tiến hành lâu dài và liên tục.

Kiến thức về triệu chứng 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%; CSHQ theo thứ tự lần lượt là 86,4%; 68,8% và 110,3%. Kiến thức về triệu chứng bệnh của người dân được cải thiện nhiều nhưng chưa được đồng đều.

Người dân 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%. Không hút thuốc là biện pháp phòng bệnh tăng từ 44,5% lên 88,2%; cai thuốc tăng từ 28,2% lên 85,5%. Khi biết mình mắc bệnh số người sẽ cai thuốc tăng từ 38,3% lên 90,9%; tránh bụi và hóa chất độc hại tăng từ 24,6% lên 72,8%. Kết quả nghiên cứu cho thấy TTGDSK đã cải thiện kiến thức cho người dân về nguyên nhân, triệu chứng và các biện pháp phòng tránh BPTNMT.

Chúng tôi đã thành lập CLB BPTNMT tại Kiên Thiết, giáo dục cho BN về cách tập thở, tập ho có kiểm soát, cách sử dụng một số dụng cụ hít, cai hút thuốc, cách phát hiện đợt cấp...

Kết quả BN thực hành tốt sau can thiệp tăng từ 0% lên 61,9%. Tỷ lệ BN thực hành ho có kiểm soát đúng chiếm 74,5%; thở chúm môi đúng chiếm 73,4%; dùng bình xịt định liều đúng chiếm 74,8%. Một số BN chưa làm đúng hoặc đủ các thao tác trên thường gặp ở BN cao tuổi hoặc sức khỏe yếu nên cần phải có sự hỗ trợ từ người thân hoặc nhân viên y tế. Tỷ lệ BN hút thuốc giảm từ 45,3% xuống còn 25,9%. Trong số BN hút thuốc có 42,9% đã cai; 46% giảm hút. Do địa bàn trồng thuốc lào, hút thuốc là thói quen khó bỏ nên cần truyền thông liên tục để bệnh nhân cai thuốc.

Các nghiên cứu trên thế giới về hiệu quả can thiệp GDSK cho người bệnh đạt được hiệu quả khác nhau tùy theo hình thức can thiệp [62] [104] [155] [170]. PHCN hô hấp nhằm cải thiện sức khỏe và chức năng hô hấp của BN mắc BPTNMT [91] [106] [110] [144]. Kết quả sau can thiệp điểm trung bình mMRC giảm ($1,47 \pm 1,07$ vs $1,18 \pm 0,97$); đợt cấp trung bình giảm ($0,76 \pm 0,96$ vs $0,52 \pm 0,81$); trung bình CAT giảm ($17,69 \pm 5,87$ vs $16,14 \pm 4,88$) khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Mức độ tắc nghẽn đường thở và giai đoạn BPTNMT ít

thay đổi. Nghiên cứu cho thấy việc tổ chức và sinh hoạt CLB BPTNMT tại xã giúp BN dễ dàng tham gia và sinh hoạt, mang lại hiệu quả tích cực trong việc cải thiện tình trạng sức khỏe, hạn chế tối đa sự suy giảm CNHH và nâng cao chất lượng sống cho người mắc BPTNMT.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

- Chọn mẫu nghiên cứu dịch tễ không đại diện cho quần thể. Nghiên cứu tập trung vào xác định tỷ lệ, can thiệp KAP về BPTNMT cho nên không đề cập sâu đến các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khác như: các triệu chứng thực thể, bệnh đồng mắc, Xquang, ...
- 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 hoặc sử dụng nên khó đánh giá. Chúng tôi không can thiệp được việc chuyển đổi không trồng cây thuốc Lào tại Kiến Thiết sang hình thức kinh tế khác.
- Chưa đánh giá được tình trạng hút thuốc của người dân sau can thiệp.

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 lào 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%.

- Chi 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 ho 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 ho 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 bệnh nhân dễ dàng tham gia.

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA
TÁC GIẢ ĐÃ CÔNG BỐ 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.