

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH NHÂN
MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI ĐƠN VỊ QUẢN LÝ
BỆNH PHỔI MẠN TÍNH BỆNH VIỆN PHỔI TỈNH PHÚ THỌ**

Lê Hữu Kiên^{1}, Nguyễn Quang Ân², Phạm Kim Liên³*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ngoại trú và một số yếu tố liên quan tới tuân thủ dùng thuốc ở bệnh nhân (BN) mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc, có can thiệp điều trị trên 200 BN COPD điều trị ngoại trú tại Đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính (CMU), Bệnh viện Phổi tỉnh Phú Thọ. Đánh giá cải thiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng sau 3 tháng so với thời điểm bắt đầu nghiên cứu (BĐNC). **Kết quả:** Tuổi trung bình là 66 ± 9 . Tỷ lệ nam/nữ = 5,89/1. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất với 74%. Sau 3 tháng điều trị: Nhóm GOLD 2 đã giảm từ 43% xuống 39% và GOLD 3 giảm từ 30% xuống 28,5% ($p > 0,05$); mMRC 2-4 giảm từ 73,5% xuống còn 64% ($p < 0,05$); CAT ≥ 10 giảm từ 49% xuống còn 45% ($p > 0,05$); BODE 7-10 giảm từ 13% xuống còn 10,5% ($p > 0,05$). Các yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị với thuốc dạng hít là trình độ học vấn thấp hơn, chỉ số BMI thấp hơn, điểm mMRC cao hơn, điểm CAT cao hơn, điểm BODE cao hơn, chỉ số FEV1 thấp hơn và FEV1/FVC thấp hơn tại thời điểm BĐNC. **Kết luận:** Sau 3 tháng điều trị ngoại trú, BN COPD đã giảm được đáng kể mức độ khó thở; tuy nhiên, sự cải thiện mức độ tắc nghẽn đường thở, điểm CAT và điểm BODE là chưa có ý nghĩa.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; CMU; Điều trị ngoại trú.

¹Bệnh viện Phổi tỉnh Phú Thọ

²Trường Cao đẳng Y tế Phú Thọ

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

*Tác giả liên hệ: Lê Hữu Kiên (kienbv1@gmail.com)

Ngày nhận bài: 25/7/2023

Ngày được chấp nhận đăng: 22/9/2023

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v48i8.441>

**ASSESSMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
OUTPATIENT TREATMENT OUTCOME
AT CMU PHU THO PROVINCIAL LUNG HOSPITAL**

Abstract

Objectives: To evaluate some results of outpatient treatment and factors related to medication adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Methods:** A prospective, descriptive, longitudinal, and interventional study on 200 outpatients with COPD at the chronic lung disease management unit (CMU), Phu Tho Provincial Lung Hospital. The improvement of clinical and sub-clinical symptoms was assessed at 3 months compared with the initial time. **Results:** The mean age was 66 ± 9 years old. The male/female ratio was 5.89/1. Smoking was the most common risk factor, with 74%. After 3 months: GOLD 2 group reduced from 43% to 39%, and GOLD 3 reduced from 30% to 28.5% ($p > 0.05$); mMRC 2-4 reduced from 73.5% to 64% ($p < 0.05$); CAT ≥ 10 reduced from 49% to 45% ($p > 0.05$); BODE 7-10 points reduced from 13% to 10.5% ($p > 0.05$). Some factors associated with non-adherence to inhaled medication were lower education, lower BMI, higher mMRC score, higher CAT score, higher BODE score, lower FEV1, and lower FEV1/FVC at the initial time of study. **Conclusion:** After 3-month treatment, patients with COPD significantly reduced the severity of dyspnea; however, airway obstruction, CAT, and BODE scores were not significantly improved.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease; CMU; Outpatient treatment.

ĐẶT VẤN ĐỀ

COPD là bệnh lý phổ biến trên thế giới, đặc trưng bởi hạn chế lưu lượng khí thở ra tiến triển và tổn thương gây phá hủy nhu mô phổi. Bệnh thường biểu hiện bởi các triệu chứng ho, khó thở và tăng tiết đờm, tiến triển từ không triệu chứng đến các biến chứng.

Mặc dù có thể phòng ngừa và điều trị có hiệu quả, tuy nhiên tỷ lệ tử vong còn cao. Theo báo cáo về gánh nặng bệnh tật toàn cầu giai đoạn 1900 - 2015, đã có hơn 3 triệu người tử vong trên toàn thế giới vì căn bệnh này, tăng 12% so với năm 1990 và khoảng 90% xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [1].

Tại Việt Nam, gần đây có nhiều chương trình quốc gia giúp nâng cao nhận thức trong quản lý ngoại trú COPD đã được xây dựng, đặc biệt là hướng dẫn của Bộ Y tế ban hành tiêu chí cho “Đơn vị quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính - CMU giai đoạn 2017 - 2020” [2]; đây là mô hình hết sức thiết thực giúp kết nối giữa điều trị nội trú và ngoại trú, giữ được mối liên hệ giữa BN và cơ sở y tế. Từ đó, đã có nhiều đơn vị CMU ra đời tại các tỉnh thành. CMU - Bệnh viện Phổi tỉnh Phú Thọ được thành lập vào năm 2013 và hiện đang khám, chẩn đoán, điều trị, quản lý rất nhiều BN COPD mỗi năm. Tuy nhiên, vẫn có những BN không tuân thủ điều trị như dùng thuốc không đúng phác đồ, vẫn tiếp xúc yếu tố nguy cơ, tự mua thêm thuốc... dẫn đến số BN nhập viện vì đợt cấp vẫn còn khá nhiều. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Đánh giá kết quả điều trị ngoại trú và một số yếu tố liên quan tới việc tuân thủ dùng thuốc ở BN COPD tại CMU, Bệnh viện Phổi tỉnh Phú Thọ.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

* *Đối tượng nghiên cứu:* 200 BN ngoại trú được chẩn đoán xác định

COPD lần đầu hoặc đã được chẩn đoán trước đó và đang được theo dõi, điều trị tại CMU, Bệnh viện Phổi tỉnh Phú Thọ, từ tháng 10/2022 - 7/2023.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- BN được chẩn đoán COPD theo GOLD (2021) dựa vào tiền sử (hút thuốc lá, phơi nhiễm với các yếu tố môi trường), triệu chứng lâm sàng chính (khó thở, ho, khạc đờm, khò khè) và đo thông khí phổi có $FEV_1/FVC < 70\%$ (sau kiểm tra hồi phục phế quản) [3].

- BN được quản lý, điều trị ngoại trú tại CMU trong thời gian ít nhất 3 tháng kể từ thời điểm BDNC.

- Tuổi ≥ 40 , BN và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Mắc bệnh lý tâm thần, không hợp tác, không trả lời được câu hỏi.

- Mắc các bệnh gây ảnh hưởng việc đo và kết quả đo chức năng thông khí phổi.

- Mắc các bệnh lý hô hấp kèm theo: Lao phổi, hen phế quản, chong lạp hen COPD,...

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc, có can thiệp điều trị.

- Các biện pháp quản lý, điều trị tại CMU thực hiện theo hướng dẫn của Bộ Y tế về chức năng, nhiệm vụ của đơn vị CMU [2]: Thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm, cấp thuốc, tư vấn theo dõi điều trị (về nguyên nhân, biểu hiện và biện pháp dự phòng COPD, tác hại của hút thuốc và biện pháp cai thuốc, chế độ ăn, hoạt động thể lực và phục hồi chức năng hô hấp, cách dùng thuốc uống, kỹ thuật sử dụng bình xịt định liều với thuốc dạng hít; phát hiện và xử trí đợt cấp...) và hẹn tái khám định kỳ hàng tháng.

- Phác đồ điều trị dựa trên phân nhóm BN, theo hướng dẫn của GOLD 2021 [3]: Nhóm A - một thuốc giãn phế quản, nhóm B - một thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài (LAMA hoặc LABA), nhóm C - LAMA và nhóm D - LAMA hoặc LABA+LAMA (ở BN có nhiều triệu chứng) hoặc LABA+ICS (ở những BN có tăng bạch cầu ái toan) [3].

* *Chỉ tiêu nghiên cứu:*

- Thời điểm BDNC: Đặc điểm chung (tuổi, giới tính, học vấn, yếu tố nguy cơ của COPD); triệu chứng lâm sàng (khó thở, ho, khạc đờm); thang điểm khó thở mMRC, chất lượng cuộc sống CAT, mức độ bệnh BODE, mức

độ tắc nghẽn FEV1 và giai đoạn bệnh COPD (A, B, C, D) [3, 4].

- Sau 3 tháng: Đánh giá hiệu quả điều trị ngoại trú bằng cách so sánh sự cải thiện về các thang điểm lâm sàng mMRC, CAT, BODE và mức độ tắc nghẽn so với thời điểm BDNC; một số yếu tố liên quan đến tuân thủ dùng thuốc hít theo thang điểm TAI-10 [5].

* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 22.0: Tính tần số, tỷ lệ phần trăm (%) (biến định tính); số trung bình cộng, độ lệch chuẩn (biến định lượng). So sánh 2 tỷ lệ bằng Chi-square test, so sánh 2 giá trị trung bình bằng Student's T-test. Có ý nghĩa thống kê được công nhận với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên và Bệnh viện Phổi tỉnh Phú Thọ. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao sức khỏe cho BN, không nhằm mục đích nào khác. Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Tất cả các thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật. BN có quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ khi nào.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

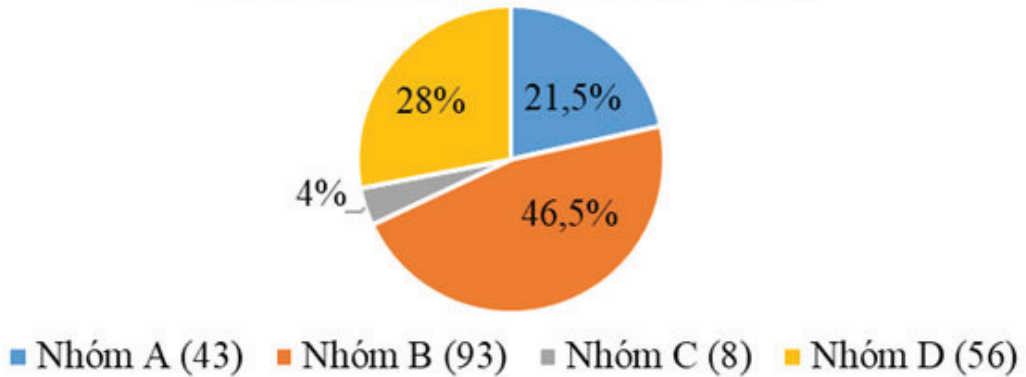
1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

	Đặc điểm	Số BN (n = 200)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	40 - 49	9	4,5
	50 - 59	31	15,5
	60 - 69	88	44
	≥ 70	72	36
	$\bar{X} \pm SD$	66 ± 9 (40 - 86)	
Giới tính	Nam	171	85,5
	Nữ	29	14,5
Học vấn	Mù chữ	23	11,5
	Tiểu học	71	35,5
	THCS	55	27,5
	THPT trở lên	51	25,5
Yếu tố nguy cơ	Hút thuốc lá	148	74
	Bụi nghề nghiệp	10	5
	Khói bếp	15	7,5
Triệu chứng hô hấp	Khó thở	147	73,5
	Ho	133	66,5
	Khạc đờm	129	64,5

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 66 ± 9 . Tỷ lệ nam/nữ = 5,89/1. Trình độ học vấn ở mức tiểu học là 35,5% và mù chữ là 11,5%. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất với 74,0%. Tỷ lệ triệu chứng khó thở là 73,5%; ho là 66,5% và khạc đờm là 64,5%.

Phân nhóm COPD ban đầu (n = 200)



Biểu đồ 1. Phân nhóm COPD theo GOLD thời điểm BDNC.

Tại thời điểm BDNC, theo phân loại COPD của GOLD 2021, nhóm B chiếm tỷ lệ cao nhất với 46,5%, tiếp theo là nhóm D 28%, nhóm A 21,5% và nhóm C là thấp nhất 4%.

2. Kết quả điều trị sau 3 tháng

Bảng 2. Biến đổi mức độ tắc nghẽn đường thở.

Mức độ tắc nghẽn		BDNC (n = 200)		Sau 3 tháng (n = 200)	
GOLD	FEV1	n	%	n	%
1	$\geq 80\%$	39	19,5	49	24,5
2	50 - < 80%	86	43	78	39
3	30 - < 50%	60	30	57	28,5
4	< 30%	15	7,5	16	8
p				0,194	

Đánh giá cải thiện mức độ tắc nghẽn theo thang điểm GOLD, chúng tôi thấy sau 3 tháng nhóm tắc nghẽn mức độ trung bình và nặng (GOLD 2 - 3) đã giảm

lần lượt từ 43% xuống 39% và từ 30% xuống 28,5%; nhóm GOLD 4 tăng nhẹ (7,5% lên 8%); tuy nhiên, khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Biến đổi các thang điểm lâm sàng.

Thang điểm (n = 200)		ĐNC n (%)	Sau 3 tháng n (%)
mMRC	0 - 1	53 (26,5)	72 (36)
	2 - 4	147 (73,5)	128 (64)
	p	0,001	
CAT	< 10	102 (51)	110 (55)
	≥ 10	98 (49)	90 (45)
	p	0,152	
BODE	0 - 2	82 (41)	86 (43)
	3 - 4	57 (28,5)	57 (28,5)
	5 - 6	35 (17,5)	36 (18)
	7 - 10	26 (13)	21 (10,5)
	p	0,448	

Sau 3 tháng, tỷ lệ BN khó thở mức độ nặng (mMRC 2 - 4 điểm) giảm từ 73,5% xuống còn 64%; khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tỷ lệ ảnh hưởng chất lượng cuộc sống nhiều (CAT ≥ 10) giảm từ 49% xuống còn 45% và nhóm điểm BODE cao (7 - 10 điểm) giảm từ 13% xuống còn 10,5% nhưng khác biệt đều không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

Bảng 4. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ dùng thuốc hít.

Các yếu tố ảnh hưởng		TAI-10 (n = 200)		p
		Có tuân thủ (128)	Không tuân thủ (72)	
Tuổi (SD)		65,7 (9)	66,8 (9)	0,405
Giới tính (n, %)	Nam	106 (62)	65 (38)	0,150
	Nữ	22 (75,9)	7 (24,1)	
Học vấn (n, %)	Mù chữ	6 (26,1)	17 (73,9)	< 0,001
	Tiểu học	39 (54,9)	32 (45,1)	
	THCS	42 (76,4)	13 (23,6)	
	THPT	41 (80,4)	10 (19,6)	
Tiền sử hút thuốc	Có (n, %)	91 (61,5)	57 (38,5)	0,212
	Không (n, %)	37 (71,2)	15 (28,8)	
BMI (SD)		20,5 (2)	19,9 (1,4)	0,018
Số năm bị COPD (SD)		2,9 (3,2)	3,1 (1,5)	0,685
Số đợt cấp/năm (SD)		1,3 (0,5)	1,4 (0,4)	0,148
mMRC (SD)		1,9 (0,8)	2,2 (0,8)	0,004
CAT (SD)		9,3 (4)	10,7 (3,9)	0,019
BODE (SD)		3,3 (2)	3,9 (2,1)	0,047
FEV1 (SD)		62,3 (23,3)	55,0 (24,6)	0,038
FEV1/FVC (SD)		57,7 (9,7)	53,6 (9,4)	0,005

Khi đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ dùng thuốc hít theo thang điểm TAI-10, chúng tôi nhận thấy trình độ học vấn thấp hơn, chỉ số BMI thấp hơn, điểm mMRC cao hơn, điểm CAT cao hơn, điểm BODE cao hơn, chỉ số FEV1 thấp hơn và FEV1/FVC thấp hơn tại thời điểm BĐNC liên quan có ý nghĩa với không tuân thủ điều trị với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 66 ± 9 , khá tương đồng với nghiên cứu của Phan Thanh Thủy [6] là $66,16 \pm 8,1$ tuổi. Đặc điểm này phù hợp cơ chế bệnh sinh của COPD, khởi phát muộn, thường khởi phát ở lứa tuổi trung niên. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 85,5%, của Phan Thanh Thủy [6] là 85,8%. Trước đây, hầu hết các nghiên cứu đã báo cáo tỷ lệ hiện mắc và tỷ lệ tử vong do COPD ở nam giới nhiều hơn nữ giới, chủ yếu liên quan tới tình trạng hút thuốc lá cao hơn ở nam giới. Tuy nhiên, ngày nay phụ nữ hút thuốc lá đang gia tăng, đặc biệt ở các nước phát triển và các khu vực thành thị; do đó, trong thời gian tới tỷ lệ COPD ở nữ giới của các nước phát triển có thể tiếp tục tăng lên [3, 7]. Ngoài ra, tỷ lệ nam giới mắc bệnh COPD cao hơn cũng liên quan đến yếu tố di truyền do thiếu hụt men α_1 -antitrypsin, là yếu tố nguy cơ gây bệnh khí phế thũng.

Hút thuốc lá được biết đến là yếu tố nguy cơ chính của COPD, gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi với 74,0%. Tỷ lệ này theo Phan Thanh Thủy cũng rất cao (82,7%) [6]. Người hút thuốc lá mắc các triệu chứng hô hấp có tỷ lệ cao hơn, tốc độ giảm FEV1 hằng năm cao hơn và tỷ lệ tử

vong cao hơn so với không hút thuốc. Ngoài ra, phơi nhiễm với khói thuốc lá (hút thuốc lá thụ động) cũng có thể dẫn tới COPD [3]. Ba triệu chứng cơ năng đặc trưng nhất của COPD là khó thở, ho và khạc đờm. Kết quả của chúng tôi có tỷ lệ các triệu chứng này lần lượt là 73,5%; 66,5%; 64,5% và tương tự với Molen T. là 72,5%; 58,7%; 63,6% [10]. Các triệu chứng này thường thay đổi theo thời gian phụ thuộc vào mức độ bệnh. Trong khi khó thở được coi là triệu chứng đặc trưng, ho thường là triệu chứng đầu tiên của bệnh COPD. Lúc đầu có thể chỉ có ho ngắt quãng, sau đó ho dai dẳng, ho khan hoặc ho có đờm, thường khạc đờm về buổi sáng.

2. Kết quả điều trị sau 3 tháng

Sau 3 tháng, nhóm tắc nghẽn đường thở mức độ trung bình và nặng (GOLD 2 - 3) đều giảm nhưng GOLD 4 lại tăng nhẹ, mặc dù khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê. Theo Tottenborg S.S ở Đan Mạch giai đoạn 2008 - 2011, tỷ lệ tắc nghẽn đường thở mức độ nặng (GOLD 3) và rất nặng (GOLD 4) có xu hướng giảm dần qua các năm, trong khi tỷ lệ tắc nghẽn mức độ nhẹ và trung bình lại tăng dần: GOLD 3 năm 2008 (24%), 2009 (23,4%), 2010 (22,6%), 2011 (22,7%); GOLD 4 năm 2008 (42,7%), 2009 (41,6%), 2010 (39,8%), 2011 (38,3%) [8]. Giải thích về sự khác biệt này có 2 lý do. Thứ nhất, thực tế theo dõi tại

CMU, chúng tôi nhận thấy những BN có tắc nghẽn nhiều ngay tại thời điểm BĐNC (GOLD 4) thường là những BN tuổi cao, thời gian mắc COPD kéo dài, có bệnh đồng mắc và thể lực kém, do đó khả năng dung nạp thuốc kém dẫn tới khó đạt được sự cải thiện về mức độ tắc nghẽn. Thứ hai, thời gian theo dõi của chúng tôi khá ngắn (3 tháng), sự tuân thủ điều trị của BN có thể chưa cao và cỡ mẫu còn nhỏ trong khi nghiên cứu của tác giả người Đan Mạch đánh giá trên cỡ mẫu lớn 32.018 BN và thời gian đánh giá dài hơn.

Các BN của chúng tôi đã cải thiện đáng kể về mức độ khó thở (mMRC); tuy nhiên cải thiện điểm CAT và điểm BODE là chưa có ý nghĩa. Nghiên cứu của Nguyễn Trung Anh sử dụng tin nhắn nhắc BN tuân thủ dùng thuốc cũng thấy hiệu quả cải thiện đáng kể sau 6 tháng, với điểm mMRC giảm từ $1,7 \pm 1,1$ điểm xuống $1,5 \pm 0,9$ điểm; $p = 0,002$ và điểm CAT giảm từ $17,8 \pm 7,9$ điểm xuống còn $14,8 \pm 5,4$ điểm; $p < 0,001$. Trong khi nhóm không được nhắc bằng tin nhắn với điểm mMRC ban đầu là $1,9 \pm 1,1$, sau 6 tháng là $1,9 \pm 1,1$; $p = 0,45$ và điểm CAT trước can thiệp là $18,1 \pm 7,0$, sau 6 tháng là $18,6 \pm 6,1$; $p = 0,21$ [9]. Điều này cho thấy nhân viên y tế có vai trò rất quan trọng trong vấn đề tuân thủ điều trị của BN. Khi có nhân viên y tế đồng hành thường xuyên, BN sẽ biết dùng thuốc

đúng cách, đều đặn theo đơn, có niềm tin, do đó nâng cao hiệu quả điều trị.

Về việc tuân thủ điều trị, nghiên cứu của Montes de Oca M. [5] cho kết quả khá tương đồng với chúng tôi: Các yếu tố ảnh hưởng đến kém tuân thủ dùng thuốc hít theo thang điểm TAI-10 ở khu vực Mỹ La-tinh, đó là trình độ học vấn thấp ($p < 0,001$) và tiền sử hút thuốc lá (số bao năm) ($p = 0,018$), đồng thời chính việc tuân thủ điều trị kém dẫn tới chất lượng cuộc sống kém - điểm CAT cao hơn ($p < 0,001$), tắc nghẽn đường thở nặng theo FEV1 ($p = 0,002$) và FEV1/FVC ($p < 0,001$). Tuân thủ điều trị kém hay gặp ở các đối tượng có lối sống không lành mạnh; ngoài ra có liên quan đến một số yếu tố khác như loại thuốc được kê đơn (số lượng thuốc cần dùng nhiều, đường dùng, tuân thủ phức tạp, tác dụng phụ, chi phí ...) hoặc do các nguyên nhân khác (tuổi già, suy giảm thể chất và nhận thức, không được hướng dẫn sử dụng rõ ràng, kém tin tưởng vào các điều trị và/hoặc bác sỹ, ý chí không quyết tâm và đánh giá thấp mức độ nghiêm trọng của bệnh)... [10]. Trình độ học vấn ảnh hưởng đáng kể đến tuân thủ dùng thuốc; do vậy, cần không ngừng nâng cao trình độ cho người dân, tích cực giáo dục để góp phần cải thiện kết quả điều trị.

KẾT LUẬN

Sau 3 tháng quản lý, điều trị ngoại trú tại CMU, Bệnh viện Phổi tỉnh Phú Thọ, các BN COPD đã giảm được đáng kể về mức độ khó thở; tuy nhiên, sự cải thiện mức độ tắc nghẽn đường thở, điểm CAT và điểm BODE là chưa có ý nghĩa. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa đến không tuân thủ điều trị với thuốc dạng hít là trình độ học vấn thấp hơn, chỉ số BMI thấp hơn, điểm mMRC cao hơn, điểm CAT cao hơn, điểm BODE cao hơn, chỉ số FEV1 thấp hơn và FEV1/FVC thấp hơn tại thời điểm BĐNC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ruvuna L. and Sood A. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Clinics in Chest Medicine*. 2020; 41(3):315-327.
2. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành tiêu chí “Đơn vị quản lý hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính” áp dụng thí điểm trong Chương trình “Vì Lá Phổi Khỏe tại Việt Nam giai đoạn 2017 - 2020”. 2018.
3. Agustí A., Richard B., Bartolome R., et al. Pocket guide to COPD diagnosis, management, and prevention - A Guide for Health Care Professionals. *Goldcopd*. 2021.
4. Ko F.W., Tam W., Tung A.H., et al. A longitudinal study of serial BODE indices in predicting mortality and readmissions for COPD. *Respiratory Medicine*. 2011; 105(2):266-273.
5. Montes de Oca M., Menezes A., Wehrmeister F.C., et al. Adherence to inhaled therapies of COPD patients from seven Latin American countries: The LASSYC study. *PloS one*. 2017; 12(11):e0186777.
6. Phan Thanh Thủy, Vũ Văn Giáp, Lê Thị Tuyết Lan và CS. Đặc điểm lâm sàng và tỷ lệ đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người bệnh tại một số đơn vị quản lý ngoại trú. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022; 160(12V1):228-236.
7. Sanduzzi A., Balbo P., Candoli P., et al. COPD: Adherence to therapy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. 2014; 9:1-9.
8. Tøttenborg S.S., Thomsen R.W., Nielsen H., et al. Improving quality of care among COPD outpatients in Denmark 2008 - 2011. *The Clinical Respiratory Journal*. 2013; 7(4):319-327.
9. Nguyễn Trung Anh, Nguyễn Ngọc Tâm, Tạ Hữu Ánh và CS. Bước đầu đánh giá hiệu quả sử dụng tin nhắn điện thoại trong hỗ trợ tuân thủ và cải thiện hiệu quả điều trị ở BN bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022; 153(5):121-126.
10. van der Molen T., Marc M., and Janwillem K. COPD management: Role of symptom assessment in routine clinical practice. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2013:461-471.