

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC HÍT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH HÀ NỘI NĂM 2025

Chu Thị Quý¹, Ngô Thị Hải Yến¹, Lâm Hồng Nhung¹,
Mùa Thị Mỹ¹, Đỗ Thị Hằng¹, Ngô Thị Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng tuân thủ thuốc hít và phân tích một số yếu tố liên quan ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 74 người bệnh COPD từ tháng 03/2025 đến 01/2026. Công cụ thu thập gồm: đặc điểm lâm sàng (mMRC, CAT), đánh giá tuân thủ TAI-10 và niềm tin về thuốc BMQ-COPD. Dữ liệu được phân tích bằng kiểm định Chi-square, Fisher và hồi quy logistic đa biến.

Kết quả: Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu $68,4 \pm 8,0$; nam giới chiếm đa số 81,1%. Tỷ lệ tuân thủ thuốc hít tốt đạt 58,1%. Trong kiểu hình không tuân thủ, kiểu hình vô ý chiếm ưu thế 40,5% với hành vi phổ biến là quên thuốc. Phân tích đa biến xác định các yếu tố dự báo độc lập cho tuân thủ thuốc hít tốt gồm: mức độ khó thở nhẹ ($mMRC < 2$; AOR = 3,94; $p = 0,042$), điểm ‘Sự cần thiết’ cao (AOR = 1,23; $p = 0,047$) và điểm ‘Lo ngại về thuốc’ thấp (AOR = 0,79; $p = 0,023$). Các yếu tố về tuổi, giới tính và triệu chứng CAT không cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết luận: Hơn một nửa người bệnh được khảo sát có mức độ tuân thủ thuốc hít tốt. Niềm tin về thuốc, mức độ khó thở là những rào cản chính ảnh hưởng đến hành vi tuân thủ. Cần tăng cường tư vấn giảm lo âu về tác dụng phụ và củng cố niềm tin về hiệu quả điều trị, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân khó thở nhiều.

Từ khóa: COPD, tuân thủ thuốc hít, TAI-10, niềm tin về thuốc, Bệnh viện Tâm Anh.

SUMMARY

INHALER ADHERENCE AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL HANOI 2025

Objectives: To evaluate the status of inhaler adherence and identify associated factors among patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 74 COPD patients from March 2025 to January 2026. Data collection tools included clinical characteristics (mMRC and CAT scales), the Test of Adherence to Inhalers (TAI-10), and the Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ-COPD). Data were analyzed using Chi-square tests, Fisher’s exact tests, and multivariable logistic regression.

Results: The mean age of the participants was 68.4 ± 8.0 years, with a male predominance of 81.1%. The rate of good inhaler adherence was 58.1%. Among the two non-adherence phenotypes, the non-intentional phenotype was most prevalent 40.5%, primarily characterized by forgetfulness. Multivariable analysis identified three independent predictors of good adherence: mild dyspnea ($mMRC < 2$; AOR = 3.94; $p = 0.042$), higher ‘Necessity’ scores (AOR = 1.23; $p = 0.047$), and lower ‘Concerns’ regarding medication (AOR = 0.79; $p = 0.023$). Age, gender, and CAT scores showed no statistically significant associations ($p > 0.05$).

Conclusion: More than half of the surveyed patients achieved good inhaler adherence. Medication beliefs and dyspnea severity are the primary factors influencing adherence behavior. Intervention strategies should prioritize counseling to alleviate anxiety regarding side effects and strengthening treatment beliefs, particularly in patients with high symptom burden.

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Tác giả liên hệ: Chu Thị Quý

Email: quycyct@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 12/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 13/7/2026

Ngày duyệt bài: 7/8/2026

Keywords: COPD, inhaler adherence, TAI-10, beliefs about medicines, Tam Anh Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là nguyên nhân tử vong đứng thứ ba toàn cầu và tạo gánh nặng bệnh tật lớn tại Việt Nam với tỷ lệ mắc khoảng 6,7%^{1, 2}. Mặc dù liệu pháp thuốc hít là nền tảng kiểm soát bệnh theo GOLD 2024, hiệu quả lâm sàng thường bị hạn chế do tỷ lệ không tuân thủ cao (trên 50%) và rào cản về kỹ thuật sử dụng thuốc hít³⁻⁵. Tuân thủ thuốc hít chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố, trong đó niềm tin của người bệnh về thuốc được xem là một yếu tố quan trọng nhưng còn ít được khảo sát. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về tuân thủ thuốc hít ở người bệnh COPD hiện chủ yếu được thực hiện tại các bệnh viện công, chưa đánh giá đồng thời mức độ tuân thủ và niềm tin về thuốc theo thang đo BMQ, trong khi dữ liệu tại khối bệnh viện ngoài công lập còn rất hạn chế. Tại các bệnh viện tư nhân chuyên sâu như Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, nơi có đặc thù riêng về nguồn lực tư vấn và đặc điểm người bệnh, vấn đề này vẫn là khoảng trống chưa được đánh giá một cách hệ thống. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu: (1) *Mô tả mức độ tuân thủ điều trị thuốc hít ở người bệnh COPD tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội năm 2025.* (2) *Phân tích một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc hít ở nhóm đối tượng trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian

Người bệnh được chẩn đoán COPD, điều trị thuốc hít duy trì ≥ 3 tháng tại Khoa Hô hấp,

Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội từ tháng 03/2025 đến 01/2026. NB nội trú được phỏng vấn trong vòng 24 giờ đầu sau nhập viện để ghi nhận hành vi tuân thủ tại nhà. Loại trừ: Người bệnh mắc bệnh cấp tính nặng, đang trong đợt cấp cần cấp cứu hoặc có hạn chế về nhận thức/giao tiếp.

2.2. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể với ($p=0,789$)⁶, $\alpha=0,05$ ($Z=1,96$) và sai số cho phép $d=0,1$. Cỡ mẫu tối thiểu là 64, thực tế tuyển chọn được 74 người bệnh theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện.

2.3. Công cụ và chỉ số nghiên cứu

Thu thập qua phỏng vấn và hồ sơ bệnh án các thông tin: Đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng, mức độ khó thở (mMRC), mức độ triệu chứng (CAT); mức độ tuân thủ thuốc hít sử dụng thang đo Test of the Adherence to Inhalers (TAI) gồm 10 câu hỏi, tổng điểm từ 10–50. Tuân thủ kém (≤ 45 điểm), Tuân thủ trung bình (46–49 điểm) và Tuân thủ tốt (50 điểm)⁷, ba mức này được gộp thành tuân thủ tốt (50 điểm) và tuân thủ chưa tốt <50 điểm) dùng trong phân tích các yếu tố liên quan; Niềm tin về thuốc (BMQ-COPD) gồm hai khía cạnh: sự cần thiết (5 mục) và mối lo ngại (8 mục), cả hai khía cạnh đều được trả lời trên thang đo likert 5 điểm từ 1 “Hoàn toàn không đồng ý” đến 5 “Hoàn toàn đồng ý”⁸.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu quản lý bằng Epidata 3.1; phân tích qua SPSS 27.0. Biến số được mô tả bằng tần số, tỷ lệ % hoặc trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Mối liên quan được xác định bằng phép kiểm Chi-square, Fisher và hồi quy logistic đa biến

để tính tỷ suất chênh hiệu chỉnh (AOR) với khoảng tin cậy 95%. Ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt theo Quyết định số 209/QĐ-BVTA ngày 29/03/2025. Đối tượng tham gia tự nguyện ký đồng thuận; thông tin được mã hóa bảo mật.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và hút thuốc (n=74)

Đặc điểm	Số lượng (%) hoặc Trung bình $\pm$ SD
Nhóm tuổi	
< 70 tuổi	43 (58,1)
≥ 70 tuổi	31 (41,9)
Tuổi trung bình (năm)	68,4 $\pm$ 8,0
Giới tính	
Nam	60 (81,1)
Nữ	14 (18,9)
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	
Thiếu cân (<18,5)	17 (23,0)
Bình thường (18,5 – 22,9)	32 (43,2)
Thừa cân (≥ 23)	25 (33,8)
Trình độ học vấn	
Dưới THPT	36 (48,6)
Từ THPT trở lên	38 (51,4)
Hút thuốc lá/ thuốc lào	
Đã từng hút	56 (75,7)
Hiện đang hút	8 (10,8)
Hút thụ động	19 (25,7)

Ghi chú: THPT: Trung học phổ thông.

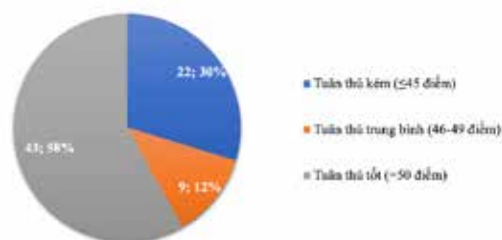
Kết quả tại Bảng 1 cho thấy đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới (81,1%) với độ tuổi trung bình là 68,4 $\pm$ 8,0 năm. Chỉ số khối cơ thể thiếu cân và thừa cân chiếm (56,8%). Trình độ học vấn phân bố khá đồng đều giữa 2 nhóm dưới THPT và từ THPT trở lên. Về tiền sử phơi nhiễm khói thuốc, đa số người bệnh có tiền sử hút thuốc lá/thuốc lào 75,7% và 25,7% hiện vẫn đang tiếp xúc thụ động với khói thuốc từ người thân.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý và điều trị thuốc hít (n=74)

Đặc điểm	Số lượng (%)
Số lượng bệnh kèm theo	
0	29 (39,2)
1	37 (50,0)
≥ 2	8 (10,8)
Mức độ khó thở (mMRC)	
mMRC < 2	44 (59,5)
mMRC ≥ 2	30 (40,5)
Mức độ triệu chứng (CAT)	
CAT <10	20 (27,0)
CAT ≥ 10	54 (73,0)
Đợt cấp trong 12 tháng	
Không	16 (21,6)
Có	58 (78,4)
Loại dụng cụ phân phối thuốc	
Bình xịt (pMDI/SMI)	24 (32,4)
Bình hít Ellipta	44 (59,5)
Bình hít Breezhaler	2 (2,7)
Bình hít Turbuhaler	4 (5,4)
Nhóm thuốc	
LAMA đơn thuần	2 (2,7)
LABA + LAMA	42 (56,8)
ICS + LABA	10 (13,5)
ICS + LABA + LAMA	20 (27,0)

Kết quả Bảng 2 cho thấy gánh nặng bệnh tật lớn với 60,8% người bệnh có bệnh đồng mắc. Triệu chứng nặng chiếm ưu thế với 40,5% người bệnh có mức độ khó thở mMRC ≥ 2 và 73,0% có điểm CAT ≥ 10 . Về tình trạng đợt cấp có tới 78,4% có tiền sử ≥ 1 lần đợt cấp trong 12 tháng qua. Về dụng cụ hít có Ellipta được dùng phổ biến nhất 59,5%. Phác đồ (LABA+LAMA) chiếm đa số 56,8%, tiếp sau là liệu pháp bộ ba 27,0%.

Mức độ tuân thủ điều trị thuốc hít



(A) Thực trạng tuân thủ thuốc hít



(B) Các hành vi không tuân thủ thuốc hít

Hình 1. (A) Thực trạng tuân thủ; (B) Các hành vi không tuân thủ thuốc hít ở người bệnh COPD (n=74)

Kết quả Hình 1 ghi nhận 58,1% người bệnh tuân thủ tốt. Về kiểu hình không tuân thủ cho thấy kiểu hình vô ý chiếm ưu thế (40,5%) so với cố ý (29,7%). Các hành vi phổ biến nhất là quên liều (35,1%) và tự ý ngừng thuốc khi triệu chứng cải thiện (23,0%).

Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị thuốc hít

Bảng 3. Mối liên quan giữa niềm tin về thuốc và tuân thủ điều trị thuốc hít (n=74)

Yếu tố	Tuân thủ tốt Trung bình (SD)	Tuân thủ chưa tốt Trung bình (SD)	t	p
Sự cần thiết	18,9 (3,1)	18,2 (2,7)	1,02	0,310
Lo ngại về thuốc	17,6 (2,4)	19,8 (3,5)	-3,16	0,002
Niềm tin	36,5 (4,5)	38 (4,1)	-1,44	0,155

SD: Standard Deviation (Độ lệch chuẩn); t: Giá trị kiểm định Independent Samples T-test.

Kết quả bảng 3 cho thấy không có sự khác biệt về điểm ‘Sự cần thiết’ và tổng điểm ‘Niềm tin’ giữa hai nhóm tuân thủ $p > 0,05$. Điểm ‘Lo ngại về thuốc’ ở nhóm tuân thủ chưa tốt cao hơn có ý nghĩa so với nhóm tuân thủ tốt ($19,8 \pm 3,5$ so với $17,6 \pm 2,4$; $p = 0,002$).

Bảng 4. Phân tích đơn biến một số yếu tố liên quan đến tuân thủ thuốc hít (n=74)

Yếu tố	Tuân thủ tốt n (%)	Tuân thủ chưa tốt n (%)	p	OR (KTC95%)
Nhóm tuổi				
< 70 tuổi	27 (62,8)	16 (37,2)	0,34	1,58 (0,62 – 4,04)
≥ 70 tuổi	16 (51,6)	15 (48,4)		

Yếu tố	Tuân thủ tốt n (%)	Tuân thủ chưa tốt n (%)	p	OR (KTC95%)
Giới tính				
Nam	35 (58,3)	25 (41,7)	0,94	1,05 (0,32 – 3,41)
Nữ	8 (57,1)	6 (42,9)		
Trình độ học vấn				
Dưới THPT	21 (58,3)	15 (41,7)	0,97	1,02 (0,40 – 2,57)
≥ THPT	22 (57,9)	16 (42,1)		
Bệnh kèm theo				
Không	15 (51,7)	14 (48,3)	0,37	1,54 (0,59 – 3,95)
Có	28 (62,2)	17 (37,8)		
Tiền sử hút thuốc				
Không hút	12 (66,7)	6 (33,3)	0,40	1,61 (0,53 – 4,91)
Đã từng hút	31 (55,4)	25 (44,6)		
Mức độ khó thở (mMRC)				
mMRC < 2	31 (70,5)	13 (29,5)	0,009	3,58 (1,35 – 9,49)
mMRC ≥ 2	12 (40,0)	18 (60,0)		
Mức độ triệu chứng (CAT)				
CAT < 10	14 (70,0)	6 (30,0)	0,21	2,01 (0,67 – 6,02)
CAT ≥ 10	29 (53,7)	25 (46,3)		
Tiền sử đợt cấp				
Không	12 (75,0)	4 (25,0)	0,16*	2,61 (0,75 – 9,06)
Có	31 (53,4)	27 (46,6)		
Sử dụng ICS				
Không ICS	25 (56,8)	19 (43,2)	0,79	0,88 (0,34 – 2,25)
Có ICS	18 (60,0)	12 (40,0)		
Loại dụng cụ phân phối thuốc				
Bình xịt (pMDI/SMI)	15 (62,5)	9 (37,5)	0,59	1,31 (0,48 – 3,55)
Bình hít bột khô (DPI)	28 (56,0)	22 (44,0)		

(*) Kiểm định chính xác Fisher; OR: Tỷ suất chênh; KTC: Khoảng tin cậy; ICS: Corticosteroid dạng hít

Kết quả Bảng 4 trình bày phân tích đơn biến về một số yếu tố liên quan đến tuân thủ thuốc hít. Các yếu tố gồm nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tiền sử hút thuốc, bệnh đồng mắc và loại dụng cụ hít không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hành vi tuân thủ của người bệnh ($p > 0,05$). Ngược lại, mức độ khó thở theo thang điểm mMRC có mối liên quan với tình

trạng tuân thủ ($p = 0,009$); nhóm người bệnh ít khó thở ($mMRC < 2$) có khả năng tuân thủ tốt cao hơn so với nhóm có mức độ khó thở nặng ($mMRC \geq 2$) ($OR = 3,58$; 95%CI: 1,35 - 9,49).

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đa biến một số yếu tố liên quan đến tuân thủ thuốc hít ($n=74$)

Yếu tố	B	SE	p	AOR	KTC 95% CI
Nhóm tuổi (<70 so với ≥ 70)	0,65	0,58	0,258	1,926	0,62 – 6,00
Khó thở ($mMRC < 2$ so với ≥ 2)	1,37	0,68	0,042	3,94	1,05 – 14,81
Triệu chứng CAT (≥ 10 so với <10)	0,11	0,76	0,886	1,11	0,25 – 4,89
Tiền sử đợt cấp (Không so với Có)	0,25	0,78	0,751	1,28	0,28 – 5,92
Sự cần thiết	0,21	0,10	0,047	1,23	1,00 – 1,51
Lo ngại về thuốc	- 0,24	0,11	0,023	0,787	0,64 – 0,97
Hằng số	- 0,37	2,82	0,894	-	-

Ghi chú: AOR (Adjusted Odds Ratio): Tỷ suất chênh hiệu chỉnh; SE: Sai số chuẩn; KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%.

Kết quả bảng 5 cho thấy phân tích hồi quy logistic đa biến xác định được 3 yếu tố dự báo độc lập đối với tuân thủ tốt ($p < 0,05$). Nhóm ít khó thở ($mMRC < 2$) có khả năng tuân thủ cao hơn so với nhóm khó thở nhiều ($AOR = 3,94$; $p = 0,042$). Về niềm tin, điểm “Sự cần thiết” tỉ lệ thuận với tuân thủ tốt ($AOR = 1,23$; $p = 0,047$), điểm “Lo ngại về thuốc” là rào cản làm giảm khả năng tuân thủ ($AOR = 0,79$; $p = 0,023$). Các yếu tố về tuổi và triệu chứng CAT không cho thấy mối liên quan độc lập ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình của mẫu là ($68,4 \pm 8,0$) phản ánh đặc thù dịch tễ học của COPD là một bệnh lý tiến triển chậm, thường khởi phát triệu chứng rõ rệt ở người cao tuổi do sự tích lũy tổn thương phổi và phơi nhiễm các yếu tố nguy cơ dài hạn. Chỉ số này tương đồng với các báo cáo tại Bệnh viện Bạch Mai ($69,0 \pm 9,5$)⁹ và Trung

Quốc ($70,89 \pm 9,63$)¹⁰ đồng thời khẳng định xu hướng nam giới chiếm đa số áp đảo (81,1%) trong mô hình bệnh tật COPD tại Việt Nam, hệ quả của thói quen hút thuốc lá phổ biến ở giới này. Gánh nặng bệnh tật trong mẫu nghiên cứu thể hiện qua tỷ lệ (73,0%) người bệnh chịu ảnh hưởng sức khỏe mức độ trung bình đến nặng ($CAT \geq 10$), và (78,4%) ghi nhận ít nhất một đợt cấp trong năm qua. Đặc biệt, có tới 60,8% người bệnh có ít nhất một bệnh kèm theo trở lên, không chỉ làm tăng độ phức tạp trong chăm sóc mà còn dẫn đến tình trạng «quá tải điều trị», tạo rào cản cho sự tuân thủ không chủ ý do sự nhầm lẫn giữa các phác đồ.

Về thực trạng tuân thủ thuốc hít, tỷ lệ người bệnh tuân thủ tốt đạt (58,1%) tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đình Phương tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch (58,8%)⁶; cao hơn rõ rệt so với kết quả nghiên cứu của Duy Thị Hiền tại Bệnh viện Bạch Mai (13,5%)⁹ hay nghiên cứu của Wu tại Trung Quốc (17,6%)¹⁰. Sự chênh lệch tích cực này có thể phản ánh hiệu quả từ

công tác tư vấn chuyên khoa tại Bệnh viện Tâm Anh, kết hợp với nền tảng học vấn tương đối cao của mẫu nghiên cứu (51,4% từ THPT trở lên). Tuy nhiên, các rào cản hành vi vẫn hiện hữu rõ nét. Kiểu hình vô ý chiếm ưu thế (40,5%) với các hành vi phổ biến nhất là quên liều và quên mang thuốc khi ra ngoài (cùng chiếm 35,1%). Bên cạnh đó, kiểu hình cố ý (29,7%) nổi bật với tình trạng tự ý ngừng thuốc khi triệu chứng cải thiện (23,0%). Những thách thức mang tính hệ thống này tương đồng với nghiên cứu tại Bulgaria¹¹ và Ecuador¹², cho thấy sự không tuân thủ thất thường và chủ ý vẫn là nút thắt cần tháo gỡ trong quản lý bệnh mạn tính dài hạn.

Phân tích các yếu tố liên quan cho thấy các đặc điểm nhân khẩu học như tuổi, giới tính và học vấn không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hành vi tuân thủ thuốc hít ($p > 0,05$). Tuy nhiên, mô hình hồi quy đa biến đã xác định mức độ khó thở và niềm tin về thuốc là các yếu tố dự báo độc lập quan trọng. Cụ thể, nhóm người bệnh ít khó thở mMRC < 2 có khả năng tuân thủ tốt hơn nhóm khó thở nhiều mMRC ≥ 2 (AOR = 3,94; $p = 0,042$). Kết quả này gợi ý rằng triệu chứng cơ năng nặng nề không chỉ tạo ra rào cản thể lực trong thao tác hít mà còn ảnh hưởng tiêu cực đến sự kiên trì điều trị. Bên cạnh đó, niềm tin về thuốc thể hiện mối liên quan rõ rệt với hành vi tuân thủ. Trong khi điểm «Sự cần thiết» có mối liên quan thuận (AOR = 1,23; $p = 0,047$), thì điểm «Lo ngại» lại là yếu tố làm giảm khả năng tuân thủ (AOR = 0,79; $p = 0,023$). Điều này phản ánh dù người bệnh nhận thức được vai trò của thuốc, nhưng nỗi sợ về tác dụng phụ và sự lệ thuộc thuốc vẫn là rào cản tâm lý đáng chú ý. Do đó, chiến lược can thiệp tại đơn vị cần phối hợp song song giữa hướng dẫn kỹ thuật hít và tư vấn giải tỏa lo ngại

về thuốc, góp phần củng cố niềm tin nâng cao tuân thủ thuốc hít cho người bệnh.

Dù đạt được những kết quả quan trọng, nghiên cứu của chúng tôi vẫn tồn tại một số hạn chế: thiết kế cắt ngang và chọn mẫu thuận tiện tại một bệnh viện chưa cho phép suy luận nhân quả và khái quát hóa kết quả; cỡ mẫu nhỏ ($n=74$, 31 ca chưa tốt, EPV $\approx 5,2$) khiến kết quả hồi quy đa biến chỉ mang tính thăm dò; thang TAI tự báo cáo tiềm ẩn sai số nhớ lại và thiên lệch mong muốn xã hội, đồng thời nghiên cứu cũng chưa đánh giá kỹ thuật sử dụng dụng cụ hít. Nghiên cứu tiếp theo cần cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm, kết hợp thước đo khách quan.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ tốt thuốc hít ở người bệnh COPD đạt (58,1%). Mức độ khó thở nhẹ, nhận thức cao về sự cần thiết của thuốc và ít lo ngại về tác dụng phụ là những yếu tố dự báo độc lập cho tình trạng tuân thủ thuốc hít tốt. Do đó, các can thiệp can thiệp tập trung giáo dục nâng cao niềm tin vào điều trị và giải tỏa lo ngại về thuốc, đặc biệt ưu tiên nhóm bệnh nhân có triệu chứng khó thở nhiều.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siu DCH, Gafni-Lachter L. Addressing Barriers to Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Care: Three Innovative Evidence-Based Approaches: A Review. International journal of chronic obstructive pulmonary disease. 2024;19:331-41. doi: 10.2147/copd.S426050.
2. Ni A. Approach to: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). McGill Journal of Medicine. 2020;18(1). doi: 10.26443/mjmm.v18i1.197.
3. Hội hô hấp Việt Nam. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được ban hành theo Quyết định Số: 62/QĐ-HHHV Ngày 28 tháng 06 năm 2024.

4. **Soler-Cataluña JJ, Huerta A, Almagro P, González-Segura D, Cosío BG.** Lack of Clinical Control in COPD Patients Depending on the Target and the Therapeutic Option. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease.* 2023;18:1367-76. doi: 10.2147/copd.S414910.
5. **Bhattarai B, Walpola R, Mey A, Anoopkumar-Dukie S, Khan S.** Barriers and Strategies for Improving Medication Adherence Among People Living With COPD: A Systematic Review. *Respiratory care.* 2020;65(11):1738-50. doi: 10.4187/respcare.07355.
6. **Nguyễn Đình Phương NNHT, Trịnh Thị Hoàng Oanh.** Tuân thủ điều trị thuốc hít và thực hành sử dụng dụng cụ hít ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh. . *Tạp Chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh* 2021;25(2-CD4):15-21.
7. **Plaza V, Fernández-Rodríguez C, Melero C, Cosío BG, Entrenas LM, De Llano LP, et al.** Validation of the ‘Test of the Adherence to Inhalers’(TAI) for asthma and COPD patients. *Journal of aerosol medicine pulmonary drug delivery.* 2016;29(2):142-52. doi. 10.1089/jamp.2015.1212
8. **Topp M, Vestbo J, Mortensen EL.** Psychometric properties of the COPD-specific beliefs about medicine questionnaire in an outpatient population: a Rasch-analysis. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases.* 2016;3(4):748. doi:10.15326/jcopdf.3.4.2016.0134
9. **Duy Thi Hien, Pham Ngoc Ha, Vu Van Giap.** The satisfaction and adherence to inhaler devices among patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma at a tertiary hospital in Viet Nam. *Journal of functional ventilation and pulmonology.* 2021;38:1-78. doi: 10.12699/jfvpulm.12.38.2021.1.
10. **Wu J, Meng W, Ma Y, Zhao Z, Xiong R, Wang J, et al.** Errors and adherence to inhaled medications in Chinese adults with COPD. *Journal of general internal medicine.* 2024;39(1):69-76. doi: 10.1007/s11606-023-08378-y
11. **Pencheva V, Genov K, Todorov T, Kacheshmarov S.** Assessment of nonadherence to inhalation therapy in asthma and chronic obstructive pulmonary disease in Bulgaria. *Folia Medica.* 2024;66(3):312-22. doi:10.3897/folmed.66.e126047
12. **Izquierdo-Condoy JS, Gualpa Alvarez F, Morales-Lapo E, Arias Calvache WD, Bermudez Moreira J, Quinga-Chiguano KM, et al.** Adherence to Inhalation Therapy Among COPD Patients: A Cross-Sectional Study in a Tertiary Hospital in Quito, Ecuador. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease.* 2025:399-410. doi: 10.2147/COPD.S493992.