

hơn nhóm DC ( $p < 0.05$ ). Điều này cho thấy sau điều trị bằng hai thuốc đều cải thiện được giấc ngủ nhưng ở nhóm NC thì sự cải thiện được tốt hơn. Cải thiện được rối loạn giấc ngủ thông qua giảm điểm Pittsburgh từ  $0,213 \pm 0,320$  xuống còn  $0,182 \pm 0,024$ , tốt hơn nhóm đối chứng.

## V. KẾT LUẬN

Viên nang Tahana có tác dụng tốt trong điều trị đau đầu do THCS.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chương.** Chẩn đoán và điều trị các chứng đau đầu thường gặp. Nhà xuất bản Y học;

2010: 187-189.

2. **Trần Ngọc Ân.** Bệnh thấp khớp. Nhà xuất bản y học; 1992: 193.
3. **Lê Đức Hình.** Chiến lược điều trị rối loạn tuần hoàn não ở người cao tuổi. Hội thảo chuyên đề liên khoa báo cáo khoa học, Bệnh viện Bạch Mai; 2001:101-106.
4. **Bộ môn Nội thần kinh – Học Viện Quân Y.** Bệnh học Thần Kinh. Nhà xuất bản quân đội nhân dân; 2003: 322-323.
5. **Khoa Y học Cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội.** Bệnh học Nội khoa Y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2016: 203-210.
6. **Bộ Y Tế.** Phương tế học. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2009: 137-138.

# CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI HÀ NỘI

Trần Thị Lý<sup>1,2</sup>, Đinh Thị Yên<sup>2</sup>, Lê Thị Vân<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính làm suy giảm chức năng hô hấp, gây ảnh hưởng tới thể chất và tinh thần của người bệnh, thiệt hại về kinh tế của bản thân và gia đình, cuối cùng làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội, năm 2020-2021. **Phương pháp:** Điều tra cắt ngang. Nghiên cứu thu thập thông tin từ 234 người bệnh COPD điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội bằng bộ câu hỏi đánh giá triệu chứng hô hấp Saint George dành cho người bệnh COPD (SGRQ-C). CLCS của NB được đánh giá qua 3 khía cạnh triệu chứng, hoạt động, tác động. Số liệu được nhập bằng Epidata 3.1 và phân tích bằng SPSS 18.0. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, điểm CLCS chung của NB là  $46,2 \pm 17,8$ , trong đó điểm CLCS của NB theo ba cấu phần triệu chứng, hoạt động, tác động lần lượt là  $50,7 \pm 19,0$ ;  $46,6 \pm 16,8$ ;  $44,0 \pm 22,7$  (điểm tối đa là 100 điểm, điểm càng cao, CLCS càng thấp). **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của người bệnh COPD đạt mức trung bình so với phát hiện của các nghiên cứu trước đây. **Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

## SUMMARY

### QUALITY OF LIFE AMONG OUTPATIENT WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT HANOI LUNG HOSPITAL

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lý

Email: ly13021984@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.3.2024

**Background:** Chronic obstructive pulmonary disease impairs respiratory function, affects the patient's physical and mental health, losses economic for them and their family, and finally reduces the patient's quality of life. **Objective:** Description the quality of life among outpatients with chronic obstructive pulmonary disease at the Ha Noi Lung Hospital in 2020-2021. **Methods:** Cross-sectional study. The study collected information from 234 outpatients with chronic obstructive pulmonary disease at the Ha Noi Lung Hospital through by the Saint George respiratory symptom assessment questionnaire for patients with COPD (SGRQ-C). The outpatient's quality of life was evaluated according to 3 functionals as symptoms, activities, impacts. Data were entered by Epidata 3.1 and analyzed by SPSS 18.0. **Results:** The finding showed that, QoL of outpatients was  $46.2 \pm 17.8$ , in which the QoL score of outpatients according to three components of symptoms, activitis, impacts was respectively  $50.7 \pm 19.0$ ;  $46.6 \pm 16.8$ ;  $44.0 \pm 22.8$  (maximum score was 100 points, the higher the score, the lower the QoL). **Conclusion:** The quality of life of outpatients with COPD was average compared with the findings of previous studies. **Keywords:** Quality of life (QoL), outpatients with COPD.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một bệnh phổ biến, có thể phòng và điều trị được, đặc trưng của bệnh là tình trạng giới hạn lưu thông khí thở ra dai dẳng, tiến triển nặng dần, và không hồi phục hoàn toàn, liên quan đến quá trình viêm bất thường của phổi, phổ biến với khí và các hạt độc hại [1]. Cho tới nay COPD vẫn đang là một thách thức lớn trong phòng ngừa và điều trị [2], với tỷ lệ mắc và tử vong ngày càng gia tăng không chỉ trên thế giới mà còn tại Việt Nam. Trên toàn thế giới từ năm 1990

đến 2010 tăng 126,2 triệu từ 40 tuổi [3].

Tại Việt Nam, điều tra dịch tễ toàn quốc (2010) công bố tỷ lệ mắc COPD từ 40 tuổi là 4,2% [4], đến năm 2014 một nghiên cứu đưa ra tỷ lệ mắc COPD của người trưởng thành ở phía bắc (Hà Nội) là 7,1% [5]. Tỷ lệ mắc COPD có xu hướng gia tăng do sự tăng tỷ lệ hút thuốc lá ở các nước đang phát triển và sự già hóa dân số ở các nước phát triển [6]. Tử vong do COPD trên thế giới từ năm 1990 đến 2015 tăng 1,6% [7], năm 2016 là khoảng 3,1 triệu người, ước tính năm 2030 là 4,5 triệu người (6). COPD được dự đoán sẽ là nguyên nhân đứng thứ tư gây tử vong trên toàn thế giới [8].

COPD làm suy giảm chức năng hô hấp, gây ảnh hưởng tới thể chất và tinh thần của người bệnh, thiệt hại về kinh tế của bản thân và gia đình, cuối cùng làm giảm CLCS của người bệnh. Hơn nữa, COPD là bệnh phổ biến, chưa có phương pháp điều trị khỏi hoàn toàn nên ảnh hưởng của bệnh COPD là vô cùng lớn. Do vậy một trong những mục tiêu thiết yếu trong chăm sóc và điều trị cho người bệnh mắc COPD là giữ gìn và nâng cao CLCS. Từ những phân tích nêu trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "*Chất lượng cuộc sống của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội*" với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội, năm 2020-2021.*

2. *Mô tả chất lượng cuộc sống của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội, năm 2020-2021.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 2-5/2020 tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Phổi Hà Nội.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** NB được chẩn đoán mắc COPD theo hướng dẫn của Bộ Y tế

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** NB COPD đang điều trị ngoại trú tại địa bàn nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ NB không đủ khả năng tham gia nghiên cứu (dưới 18 tuổi, không tinh táo/ minh mẫn).

+ HSBA thiếu thông tin nghiên cứu.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu**

- Áp dụng cỡ mẫu nghiên cứu ước lượng giá trị trung bình của quần thể:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{\sigma^2}{\epsilon^2 \mu^2}$$

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

$Z^2_{1-\alpha/2}$ : Hệ số tin cậy = 1,96 với  $\alpha=0,05$ .

$\sigma$ : Giá trị ước lượng của độ lệch chuẩn của đặc tính nghiên cứu của quần thể

$\epsilon$ : Độ chính xác tương đối

$\mu$ : Giá trị trung bình của đặc tính nghiên cứu của quần thể

- Sử dụng số liệu về giá trị trung bình và độ lệch chuẩn của điểm CLCS được tính toán từ nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà và cộng sự về CLCS của NB COPD với giá trị  $\mu= 48.6$  và  $\sigma=21.1$ ,  $\epsilon = 0.06$  [46].

- Cỡ mẫu tính theo công thức là 201, cộng thêm 10% dự phòng NB từ chối tham gia nghiên cứu. Cỡ mẫu thực tế nghiên cứu là 234.

- Cách chọn mẫu: Chọn thuận tiện, có chủ đích đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

### 2.5. Phương tiện nghiên cứu

- Bộ câu hỏi phỏng vấn người bệnh: Thu thập các thông tin về đặc điểm NB.

- Bộ bộ câu hỏi SGRQ-C:

+ Thu thập thông tin theo 3 khía cạnh triệu chứng, hoạt động và tác động của COPD đối với cuộc sống NB.

+ Bộ câu hỏi SGRQ-C gồm 36 câu hỏi chia làm 3 phần triệu chứng (7 câu), hoạt động (9 câu), tác động (20 câu).

- Hồ sơ bệnh án của NB: Thu thập các thông tin về đặc điểm lâm sàng của NB.

### 2.6. Các biến số nghiên cứu

- Nhóm 1: Đặc điểm cá nhân của NB: tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, có BHYT.

- Nhóm 2: Đặc điểm lâm sàng của NB: giai đoạn bệnh, số lần nhập viện,....

- Nhóm 3: Đánh giá CLCS của NB sử dụng bộ câu hỏi SGRQ-C theo 3 khía cạnh, triệu chứng, hoạt động và tá động.

### 2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Mã hoá và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Thống kê mô tả (tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn) được sử dụng để mô tả chất lượng cuộc sống của NB COPD.

**2.8. Tiêu chí đánh giá sử dụng trong nghiên cứu**

- Mỗi câu, mỗi khía cạnh trong bộ câu hỏi SGRQ-C: Được cho điểm cụ thể

- Điểm tối đa của triệu chứng, hoạt động, tác động và CLCS chung tương ứng là 566,2, 982,9, 1652,8 và 3201,9 (điểm số tối đa tương ứng với tình trạng xấu nhất của NB).

- Điểm số thực tế của mỗi bệnh nhân trong mỗi phần triệu chứng, hoạt động, tác động và tổng số biểu thị dưới dạng phần trăm và được

tính theo công thức:

$$x = \frac{\text{Tổng cộng điểm từ các câu trả lời}}{\text{Tổng điểm tối đa}}$$

- Vì SGRQ-C là bộ câu hỏi rút gọn của SGRQ nên tác giả của bộ câu hỏi Paul W.Jones đã thiết kế công thức chuyển đổi điểm giữa 02 bộ câu hỏi này, cụ thể:

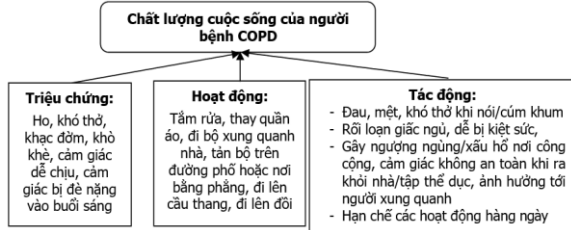
$$\text{Điểm SGRQ triệu chứng} = (\text{SGRQ-C} \times 0,99) + 0,94 \text{ đơn vị}$$

$$\text{Điểm SGRQ hoạt động} = (\text{SGRQ-C} \times 0,87) + 7,01 \text{ đơn vị}$$

$$\text{Điểm SGRQ tác động} = (\text{SGRQ-C} \times 0,88) + 2,18 \text{ đơn vị}$$

$$\text{Điểm SGRQ chung} = (\text{SGRQ-C} \times 0,90) + 3,10 \text{ đơn vị}$$

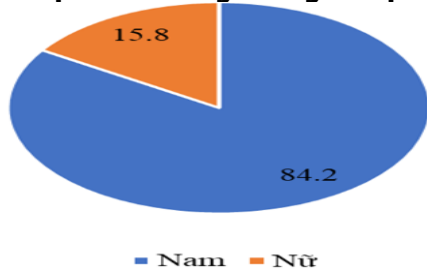
### 2.9. Khung lý thuyết nghiên cứu



Sơ đồ 1. Khung lý thuyết nghiên cứu

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của người bệnh COPD



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới tính của NB COPD (n=234)

**Nhận xét:** Trong tổng số 234 NB tham gia nghiên cứu, 15,8% NB là nữ giới, 84,2% NB là nam giới.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của NB COPD (n=234)

Đặc điểm cá nhân	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Chỉ số BMI	< 18,5	49	20,9
	18,5 – 24,9	167	71,4
	≥ 25,0	18	7,7
Hút thuốc lá	Chưa từng	43	18,4
	Đã và đang hút	191	81,6
Số năm hút thuốc lá	1-9 năm	8	4,2
	10-19 năm	27	14,1
	20-29 năm	48	25,1
	≥ 30 năm	108	56,5

Số điều thuốc hút/ngày	≤20 điều/ngày	170	89,0
	>20 điều/ngày	21	11,0
Có tiền sử gia đình mắc COPD		45	19,2
Có tập thể dục thường xuyên		192	82,1
Có tham gia BHYT		234	100,0

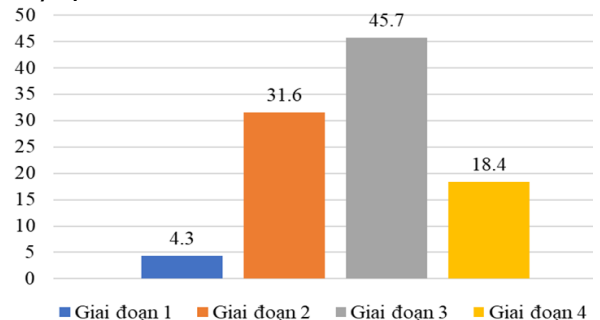
**Nhận xét:** Bảng 3.1 cho thấy, 20,9% NB có BMI < 18,5. 81,6% NB đã và đang hút thuốc lá, trong đó 56,5% có thời gian h ≥ 30 năm, 11% NB hút > 20 điều/ngày. 19,2% NB có tiền sử gia đình mắc COPD. 82,1% NB có tập thể dục thường xuyên và 100% NB có thẻ BHYT.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh COPD

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của NB COPD (n=234)

Đặc điểm lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Thực trạng bệnh	Ổn định	225	96,2
	Đợt cấp	9	3,8
Số năm mắc COPD	<3 năm	31	13,2
	3-5 năm	87	37,2
	>5 năm	116	49,6
Số đợt cấp trong năm	0 đợt	112	47,9
	1-2 đợt	98	41,9
	≥3 đợt	24	10,2
Có mắc bệnh đồng mắc	146	62,4	
Có sử dụng liệu pháp oxy tại nhà	62	26,5	

**Nhận xét:** Bảng 3.2 cho thấy, 96,2% NB có tình trạng bệnh ổn định. Thời gian mắc COPD trên 5 năm (49,6%). 10,2% NB có số đợt cấp trong năm ≥ 3 đợt. 62,4% NB COPD có bệnh đồng mắc và 26,5% NB có sử dụng liệu pháp oxy tại nhà.



Biểu đồ 3.2. Mức độ tắc nghẽn đường thở của NB COPD (n=234)

**Nhận xét:** Theo Biểu đồ 3.2, đánh giá mức độ tắc nghẽn đường thở của NB cho thấy, giai đoạn 1 (4,3%), giai đoạn 2 (31,6%), giai đoạn 3 (45,7%) và giai đoạn 4 (18,4%).

**3.3. Chất lượng cuộc sống của người bệnh COPD**

**Bảng 3.3. Tác động của các triệu chứng đối với NB COPD (n=234)**

Tác động của các triệu chứng của COPD	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau khi ho	102	43,6
Mệt khi ho	166	70,9
Mệt và hụt hơi khi nói chuyện	156	66,2
Khó thở khi cúi hoặc khum người	156	66,2
Khó thở, ho gây ảnh hưởng tới giấc ngủ	193	82,5
Đễ bị kiệt sức	161	68,8
Ngượng ngùng/xấu hổ nơi công cộng khi ho, khó thở	68	29,1
Bệnh phổi làm phiền tới gia đình, bạn bè, hàng xóm	74	31,6
Lo lắng, sợ hãi mỗi khi khó thở	63	26,9
Không thể kiểm soát bệnh phổi	43	18,4
Cảm thấy yếu đuối và vô dụng vì mắc COPD	79	33,8

Cảm thấy tập thể dục không an toàn	38	16,2
Cảm thấy quá sức với mọi hoạt động hàng ngày	58	24,8
Không thể chơi thể thao hoặc các trò chơi khác	181	77,4
Không thể ra ngoài đi chơi cùng mọi người	113	48,3
Không thể ra ngoài mua sắm	35	15,0
Không thể làm việc nhà	38	16,2
Không đi xa khỏi giường hay ghế của người bệnh	14	6,0

**Nhận xét:** Bảng 3.3 cho thấy, hầu hết các triệu chứng gây ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày của người bệnh, đặc biệt là một số triệu chứng như như khó thở, ho gây ảnh hưởng tới giấc ngủ (82,5%), không thể chơi thể thao hoặc các trò chơi khác (77,4%), mệt khi ho (70,9%), dễ bị kiệt sức (68,8%), bị khó thở khi cúi khum hoặc khum người và hụt hơi khi nói chuyện (66,2%).

**Bảng 3.4. Điểm CLCS của người bệnh COPD theo tuổi, giới, nơi cư trú (n=234)**

Yếu tố	Tần số	Điểm CLCS			
		Triệu chứng	Hoạt động	Tác động	CLCS chung
<b>Tuổi</b>					
40-54	15	45,5±24,6	37,5±21,9	34,6±27,3	37,4±23,5
55-59	32	49,1±18,2	43,5±12,4	37,7±23,3	41,5±17,1
60-64	56	49,3±19,4	45,8±16,7	43,9±20,9	45,5±16,6
65+	131	52,6±18,3	49,0±16,7	47,2±22,4	48,7±17,3
<b>Giới</b>					
Nữ	37	53,9±15,1	48,3±16,2	50,7±23,6	50,5±17,9
Nam	197	50,4±19,6	46,5±16,9	43,1±22,4	45,4±17,7
<b>Nơi cư trú</b>					
Nông thôn	126	53,4±17,1	48,4±17,6	48,2±22,3	49,2±17,8
Thành thị	108	48,0±20,6	44,8±15,6	39,6±22,4	42,7±17,2

**Nhận xét:** Bảng 3.4 cho thấy, điểm CLCS chung và cấu phần triệu chứng, hoạt động, tác động của nhóm người từ 40-54 lần lượt là 37,4±23,5; 45,5±24,6; 37,5±21,9 và 34,6±27,3. Với NB là nam giới điểm CLCS lần lượt là 45,4±17,7; 50,4±19,6; 46,5±16,9 và 43,1±22,4. Nơi cư trú ở nông thôn, điểm CLCS lần lượt là 49,2±17,8; 53,4±17,1; 48,4±17,6 và 48,2±22,3.

**Bảng 3.5: Điểm CLCS của người bệnh COPD (n=234)**

Điểm CLCS	Trung bình	Độ lệch chuẩn (SD)
Triệu chứng	50,9	19,0
Hoạt động	46,8	16,8
Tác động	44,3	22,7
CLCS chung	46,2	17,8

**Nhận xét:** Theo kết quả tại bảng 3.5, điểm CLCS chung và cấu phần triệu chứng, hoạt động,

tác động lần lượt là 46,2±17,8; 50,9±19,0; 46,8±16,8 và 44,3±22,7.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu thực hiện trên 234 người bệnh COPD điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội đã đưa ra điểm SGRQ-C trung bình của CLCS chung và trong từng cấu phần triệu chứng, hoạt động, tác động lần lượt là 46,2±17,8, 50,9±19,0, 46,8±16,8, 44,3±22,7.

Điểm SGRQ-C triệu chứng của nghiên cứu này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Seema Aziyakath Shavro (2012) là 41,1, và Jung Yeon Lee là 44,2 (2012) vì đối tượng nghiên cứu của 02 nghiên cứu này tương ứng là người mới đến khám lần đầu, và những người không bị đợt cấp/không bị các bệnh về ngực/ tim mạch; gần tương đương với nghiên cứu của Eva Balcells

(2010) là 48,0, Nívia L.Nonato (2015) là 49,3, Nguyễn Thanh Hà (2019) là 54,9, Võ Thị Tuyết Nhung (2018) là 55,0 và thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu của Abolhassan (2006) là 62,8, Chantal (2014) là 63,6, Taghreed (2019) là 65,1. Nghiên cứu có điểm SGRQ-C cao hơn rất nhiều hay CLCS của người bệnh rất thấp vì đối tượng nghiên cứu xuất hiện đợt cấp vào thời điểm tham gia nghiên cứu như Osman (1997) hoặc người bệnh nặng phải duy trì liệu pháp oxy tại nhà như Bosley (1996). Từ những phân tích trên cho thấy CLCS của NB xét theo khía cạnh triệu chứng đạt mức trung bình.

Điểm SGRQ-C hoạt động thấp hơn so với đa số các nghiên cứu đã công bố trước đây, như 02 nghiên cứu tại Việt Nam là Nguyễn Thanh Hà (2019) là 63,3, Võ Thị Tuyết Nhung (2018) là 65,5, sự khác biệt này có thể giải thích do đặc điểm của quần thể nghiên cứu. Nghiên cứu của Thanh Hà thực hiện tại Bệnh viện Phổi Trung Ương là tuyến trung ương tuyến cuối cùng điều trị, do vậy thường là những người bệnh có triệu chứng nặng hơn so với quần thể người bệnh điều trị tại tuyến tỉnh mặc dù phương pháp chọn mẫu là tương tự. Còn nghiên cứu của Võ Thị Tuyết Nhung thì đối tượng tham gia nghiên cứu ở giai đoạn 3-4. Các nghiên cứu trên thế giới đưa ra điểm SGRQ-C cao hơn nhiều hay CLCS trong cấu phần hoạt động thấp hơn như Chantal (2014), Seema Aziyakath Shavro (2012), Abolhassan (2006), Nívia L.Nonato (2015), Taghreed (2019), Amit (2019). Điều này cho thấy nghiên cứu này phát hiện CLCS của người bệnh COPD điều trị ngoại trú tại BV Phổi Hà Nội tốt hơn so với các quần thể người bệnh trong các nghiên cứu đề cập trên.

Điểm SGRQ-C tác động của nghiên cứu là 44,3 cao hơn một số nghiên cứu đã công bố như Nguyễn Thanh Hà (2019) là 38,2, Chantal (2014) là 36,5, Eva Balcells (2010) là 27,6, và Jung Yeon Lee là 25,7 (2012) và thấp hơn so với Võ Thị Tuyết Nhung (2018) là 49,5 và Abolhassan và cộng sự (2006), Nívia L.Nonato (2015), Taghreed và cộng sự (2019), Amit (2019), Osman (1997), Bosley (1996). Vậy ta cũng có thể thấy rằng, CLCS của người bệnh COPD trong nghiên cứu này ở mức trung bình so với các nghiên cứu trước đây.

Điểm SGRQ-C chung gần tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hà là 48,6, nguyên nhân có thể do tương đồng về phương pháp chọn mẫu, về địa bàn nghiên cứu, cao hơn

so với các nghiên cứu của Jung Yeon Lee là 34,8 (2012), Eva Balcells (2010) là 37,1 P.W. Jones (2010) là 44,7, và thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Thị Tuyết Nhung (2018), Lucia (2015), Chantal (2014), Seema Aziyakath Shavro (2012) Abolhassan (2006), Nívia L.Nonato (2015), Taghreed và cộng sự (2019). Từ tất cả các phân tích trên cho chúng ta thấy, người bệnh COPD điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội có CLCS mức trung bình.

## V. KẾT LUẬN

Điểm CLCS chung của NB là  $46,2 \pm 17,8$ , trong đó điểm CLCS của NB theo ba cấu phần triệu chứng, hoạt động, tác động lần lượt là  $50,7 \pm 19,0$ ;  $46,6 \pm 16,8$ ;  $44,0 \pm 22,7$ .

CLCS của người bệnh COPD điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội ở mức trung bình so với các nghiên cứu trước đó.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: Nhà xuất bản Y học; 2018. 51 p.
- Organization WH.** Development of the World Health Organization WHOQOL- BREF quality of life assessment. *Psychological medicine.* 1998;28(3):551-8.
- Davies Adeloje, Stephen Chua, Chinwei Lee, Catriona Basquill, Angeliki Papana, Evropi Theodoratou, et al.** Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis. *Global Health.* 2015.
- Nguyễn Thị Xuyên, Đinh Ngọc Sỹ NVN, cộng sự.** Dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam và các biện pháp dự phòng, điều trị. *Tạp chí y học thực hành.* 2010;pg.8-11.
- Hoàng Thị Lâm, Linda Ekerljung, Nguyễn Văn Tường, Eva Rönmark, Kjell Larsson, Bo Lundbäck.** Prevalence of COPD by disease severity in men and women in northern Vietnam. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* 2014;11(5):575-81.
- WHO.** Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2018. 6 p.
- Hay SI.** Global, regional, and national deaths, prevalence, disability-adjusted life years, and years lived with disability for chronic obstructive pulmonary disease and asthma, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Respiratory Medicine.* 2017;5(9).
- Kyle J Foreman, Neal Marquez, Andrew Dolgert, Kai Fukutaki, Nancy Fullman, Madeline McGaughey, et al.** Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories *Lancet Respiratory Medicine.* 2018;Vol 392.