



Kiến thức và thực hành dự phòng đợt cấp giãn phế quản ở người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2022 – 2023

Phạm Thị Thanh Vân¹, Lê Hữu Ý¹, Nguyễn Xuân Dũng¹
¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức và thực hành dự phòng đợt cấp giãn phế quản ở người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, dùng bộ câu hỏi chúng tôi tự phát triển để đánh giá trên 122 người bệnh chẩn đoán xác định đợt cấp giãn phế quản đang điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh biết mình mắc bệnh giãn phế quản chiếm 61,5%, tỷ lệ biết bệnh không thể chữa khỏi là 50%. Có 86,1% người bệnh biết rằng việc sử dụng thuốc dự phòng và hướng dẫn của nhân viên y tế là cần thiết, 95,9% người bệnh biết dự phòng tốt đợt cấp giãn phế quản giúp giảm số lần nhập viện và biến chứng. Kiến thức về các nguyên tắc dự phòng dao động từ 65,6% đến 89,3%. Các biện pháp người bệnh thực hành dự phòng phổ biến là vỗ rung lồng ngực, dẫn lưu tư thế, điều trị nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, tiêm vắc xin phòng cúm, phế cầu và tránh ô nhiễm, khói bụi. **Kết luận:** Kiến thức và thực hành dự phòng đợt cấp giãn phế quản ở người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 khá tốt. Tuy nhiên, một số phương pháp cần thiết vẫn chưa được người bệnh chú trọng, cho thấy sự cần thiết phải tăng cường giáo dục, củng cố kiến thức và thái độ tuân thủ điều trị cho người bệnh.

Từ khóa: Đợt cấp giãn phế quản, kiến thức, thực hành, dự phòng

Knowledge and practice of the prevention of acute exacerbation of bronchiectasis in hospitalized patients at 108 Military central Hospital from 2022 to 2023

Pham Thi Thanh Van¹, Le Huu Y¹, Nguyen Xuan Dung¹
¹108 Military Central Hospital

ABSTRACT

Objective: To assess the knowledge and practices for the prevention of acute exacerbation of bronchiectasis among hospitalized patients at 108 Military Central Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted using an ourselves-developed questionnaire to assess 122 inpatients diagnosed with acute exacerbation of bronchiectasis at 108 Military Central Hospital. **Results:** 61.5% of patients were aware of their bronchiectasis diagnosis, with 50% understanding that the condition is incurable. 86.1% of patients acknowledged the importance of preventive medication and medical guidance, while 95.9% of patients recognized the efficacy of preventive measures in reducing hospitalizations and complications. Rate of patients who had knowledge of prevention principles ranged from 65.6% to 89.3%. Common practiced preventive measures included chest percussion, postural drainage, treatment of upper respiratory tract infections, influenza and pneumococcal vaccination, and avoiding environmental pollutants. **Conclusion:** The knowledge and adherence to preventive practices among inpatients at 108 Military Central Hospital regarding acute exacerbation of bronchiectasis were relatively satisfactory. However, certain essential methods are still overlooked, indicating the necessity for enhanced education and reinforcement of treatment compliance among patients.

Keywords: Acute exacerbation of bronchiectasis, knowledge, practice, prevention.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn phế quản (GPQ) là tình trạng giãn không hồi phục một phần của cây phế quản, có thể giãn ở phế quản lớn trong khi phế quản nhỏ vẫn bình thường, hoặc giãn ở phế quản nhỏ trong khi phế quản lớn bình thường¹. Dù các dấu hiệu của GPQ đã được mô tả từ lâu, nhưng một cái nhìn tổng quan về bệnh học chỉ được thúc đẩy vào cuối thế kỷ 18 và đầu thế kỷ 19². Sự định nghĩa của GPQ thường dựa trên sự thay đổi bệnh lý của phế quản, thường kết hợp với nhiễm trùng mạn tính hoặc tái phát, tạo ra các triệu chứng như ho, viêm phổi, và tiết dịch³. Bệnh GPQ xếp thứ ba trong số các bệnh lý mạn tính đường hô hấp phổ biến, sau hen suyễn và COPD⁴, ảnh hưởng đến mọi đối tượng dân số và tầng lớp kinh tế xã hội, với gánh nặng lớn nhất thường đè nặng lên các cộng đồng có hoàn cảnh khó khăn. Trước đây, GPQ ít được chú ý do số lượng NB không nhiều, hiểu biết về bệnh vì thế cũng ít được quan tâm. Nghiên cứu của Chalmers và CS. (2016) cho thấy GPQ là bệnh bị bỏ quên nhiều nhất trong các bệnh hô hấp. Gần đây, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật và y tế, số lượng người bệnh (NB) GPQ đã được chẩn đoán và điều trị gia tăng đáng kể, đặc biệt ở các nước đang phát triển⁵. Mặc dù thường được chẩn đoán ở người lớn tuổi, hơn một nửa số trường hợp xuất hiện các triệu chứng từ thời thơ ấu. Đáng chú ý, những NB có triệu chứng từ lúc còn trẻ lại thường tiến triển nặng hơn so với những người chỉ khởi phát rõ ràng trong độ tuổi trưởng thành⁶. Trong thời gian gần đây đã có nhiều nỗ lực nhưng vẫn chưa có nghiên cứu về phổ biến về GPQ tại Việt Nam, chỉ có dữ liệu thống kê từ một số bệnh viện^{7,8}. Điều này đặt ra câu hỏi về sự hiểu biết và quản lý của bệnh này trong cộng đồng y tế, và cần sự tập trung hơn vào nghiên cứu và chăm sóc sức khỏe công cộng để cải thiện đời sống của những người bị ảnh hưởng.

Không thể phủ nhận vai trò của chăm sóc, dự phòng trong quá trình điều trị và quản lý GPQ. Sự cần thiết của việc ngăn ngừa đợt cấp, kiểm soát triệu chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống của NB đã được khẳng định rõ trong các y văn. Trong đó, vai trò của nhân viên y tế trong giáo dục, tư vấn cho NB và gia đình kiến thức về bệnh, cách quản lý, đến việc thực hiện các kỹ thuật làm sạch phế quản cũng như hỗ trợ tinh thần trở nên vô cùng quan trọng, đóng vai trò chủ chốt trong việc cung cấp chăm sóc toàn diện đa mô thức. Nắm bắt được thực trạng của NB về kiến thức cùng với những biện pháp thực hành phòng ngừa phù hợp có thể giúp cải thiện kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống của NB GPQ⁹. Trong các bệnh lý hô hấp mạn tính, đã có nhiều nghiên cứu về vấn đề này ở bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và hen phế quản nhưng với bệnh lý GPQ còn ít được đề cập. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả kiến thức, thực hành dự phòng đợt cấp GPQ ở NB điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân giãn phế quản nhập viện điều trị nội trú trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: NB đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định GPQ³: Dựa vào hình ảnh chụp HRCT với các dấu hiệu thường gặp sau đây: (1) Đường kính trong của GPQ lớn hơn 1,5 lần động mạch đi kèm, thành phế quản dày, hình ảnh đường ray hoặc hình nhẫn; (2) Các phế quản không nhỏ dần (không vót nhọn) khi một phế quản trên một đoạn dài 2 cm có đường kính tương tự phế quản đã phân chia ra nó; (3) Thấy phế quản ở cách thành ngực dưới 1 cm; (4) Thấy phế quản đi sát màng phổi trung thất và (5) Có

thể thất dấu hiệu nụ trên cánh do nút nhày ở các đường thở nhỏ.

- NB đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp GPQ: Dựa theo đồng thuận chuyên gia của Hội Hô hấp Châu Âu năm 2017¹⁰. Chẩn đoán GPQ khi NB có ít nhất 3/6 triệu chứng chính kéo dài trên 48 giờ và cần thiết phải thay đổi liệu pháp điều trị, gồm (1) Ho; (2) Lượng đờm tăng và hoặc đờm đặc; (3) Đờm mủ; (4) Khó thở và hoặc gắng sức chịu đựng; (5) Mệt mỏi và hoặc tình trạng khó chịu và (6) Ho ra máu.

- NB có khả năng đọc hiểu được tiếng việt và trả lời được phỏng vấn.

- NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB mắc các rối loạn tâm thần.

- NB không có khả năng hợp tác để trả lời phỏng vấn.

- NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023 tại Khoa Nội Hô hấp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, có phân tích.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Tất cả NB đủ tiêu chuẩn lựa chọn, điều trị nội trú tại Khoa Nội Hô hấp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian thực hiện đề tài đều được lấy vào nghiên cứu. Kết quả, có 122 NB đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Công cụ thu thập số liệu trong nghiên cứu này do chúng tôi tự phát triển để đáp ứng mục tiêu của nghiên cứu, dựa trên tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh

hô hấp” theo quyết định 4235/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 31 tháng 10 năm 2012¹¹. Trước khi sử dụng, công cụ thu thập số liệu đã được thử nghiệm bằng một nghiên cứu thí điểm trên 15 người bệnh GPQ đang điều trị tại Khoa Nội Hô hấp. Nó cho thấy độ tin cậy tốt với hệ số Cronbach’s Alpha là 0,73.

Bộ câu hỏi gồm các câu hỏi định tính (có/không) được chia thành hai phần chính: phần đặc điểm chung và phần kiến thức chuyên môn. Phần đặc điểm chung bao gồm các câu hỏi về tuổi, giới tính, tiền sử lao phổi, bệnh kết hợp, thời gian mắc bệnh, số đợt cấp phải nhập viện trong năm. Phần kiến thức chuyên môn bao gồm thông tin về kiến thức và thực hành điều trị GPQ trong giai đoạn ổn định, các biện pháp dự phòng và yếu tố dẫn đến bùng phát đợt cấp GPQ. Nếu trả lời đúng theo các tiêu chí của tài liệu chuyên môn đề cập ở trên thì được đánh giá là tốt.

Quá trình thu thập số liệu được tiến hành khi NB đến điều trị tại khoa, với việc thông báo rõ mục đích của nghiên cứu và chỉ tiến hành phát vấn khi NB đồng ý. Người điều tra sử dụng phương pháp phát vấn và đọc câu hỏi cho NB trả lời. Sau đó, kết quả được ghi lại một cách chi tiết và chính xác.

Xử lý số liệu: Sau khi thu thập số liệu, các thông tin được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 25.0, sử dụng các phương pháp mô tả tần số, tỷ lệ, trung bình và độ lệch chuẩn để phân tích kết quả của nghiên cứu.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo biên bản nghiệm thu của Hội đồng Khoa học Bệnh viện ngày 09 tháng 11 năm 2021 theo Quyết định giao đề tài số 2592/2016/QĐ-BV của Giám đốc Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 122)

Đặc điểm		n (%)
Tuổi	Dưới 70 tuổi	22 (18,0)
	≥ 70 tuổi	100 (82,0)
	Trung bình	68,08 ± 10,86
Giới tính	Nam	63 (51,6)
	Nữ	59 (48,4)
Tiền sử lao phổi	Có	31 (25,4)
	Không	91 (74,6)
Bệnh lý mạn tính kết hợp	Có	43 (35,2)
	Không	79 (64,8)
Thời gian mắc bệnh (năm)	< 10	36 (29,5)
	10-19	32 (26,2)
	20-30	18 (14,8)
	> 30	36 (29,5)
Số đợt cấp phải nhập viện trong 1 năm	< 2	35 (28,7)
	≥ 2	87 (71,3)
	Trung bình	1,88 ± 1,43

Trong 122 NB, phân tích theo giới tính và độ tuổi cho thấy tỷ lệ phân bố tuổi và tuổi khởi phát bệnh không có sự khác biệt đáng kể giữa nam và nữ. NB chủ yếu thuộc độ tuổi từ 70 (82%) trở lên, trong khi tỷ lệ những người dưới 70 tuổi chỉ chiếm 18%. Số NB nam (51,6%) cao hơn ở nữ (48,4%). Thời gian mắc bệnh không có sự chênh lệch quá nhiều. Số lần nhập viện lớn hơn 2 lần trong 1 năm chiếm đa số với tỷ lệ 71,3%.

Bảng 2. Kiến thức về bệnh của đối tượng nghiên cứu (n = 122)

Nội dung		n	%
Biết mình bị bệnh	Có	75	61,5
	Không	47	38,5
Cho rằng GPQ có thể chữa khỏi hoàn toàn	Có thể	9	7,4
	Không thể	61	50,0
	Không xác định	52	42,6

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết mình bị bệnh là 61,5%. Tỷ lệ NB cho rằng GPQ có thể chữa khỏi là 7,4%, không thể chữa khỏi là 50%, không biết là 42,6%.

Bảng 3. Kiến thức về tầm quan trọng của dự phòng đợt cấp giãn phế quản (n = 122)

Nội dung		n	%
Dùng thuốc dự phòng	Cần thiết	105	86,1
	Không cần thiết	17	13,9
Cần NVYT hướng dẫn dự phòng	Cần thiết	105	86,1
	Không cần thiết	17	13,9
Giúp giảm số lần nhập viện và biến chứng	Có	117	95,9
	Không	5	4,1

Kết quả bảng 3 cho thấy rằng 86,1% NB cho rằng việc sử dụng thuốc dự phòng và sự hướng dẫn của nhân viên y tế là cần thiết. Ngoài ra, 95,9% NB hiểu rằng dự phòng tốt đợt cấp GPQ giúp giảm số lần nhập viện và biến chứng.

Bảng 4. Kiến thức về các nguyên tắc chung dự phòng đợt cấp giãn phế quản (n = 122)

Nội dung		n	%
Dự phòng các nhiễm trùng đường hô hấp	Cần thiết	80	65,6
	Không cần thiết	37	30,3
	Không biết	5	4,1
Tập phục hồi chức năng hô hấp	Cần thiết	109	89,3
	Không cần thiết	10	8,2
	Không biết	3	2,5
Dinh dưỡng, tăng sức đề kháng	Cần thiết	91	74,6
	Không cần thiết	25	20,5
	Không biết	6	4,9

Về kiến thức dự phòng đợt cấp GPQ, 65,6% NB có sự nhận thức rõ ràng về các nhiễm trùng đường hô hấp, coi đó là biện pháp cần thiết. Tuy nhiên, có một số NB không xem biện pháp dự phòng này là cần thiết (30,3%) và một tỷ lệ nhỏ không biết hoặc không chắc chắn (4,1%). Với tập phục hồi chức năng hô hấp, có một sự nhận thức rất cao với tỷ lệ 89,3% NB coi đó là cần thiết. Tỷ lệ NB cho rằng không cần thiết hoặc không biết về biện pháp này lần lượt là 8,2% và 2,5%. Với vấn đề dinh dưỡng và tăng cường sức đề kháng, có một sự nhận thức khá cao với tỷ lệ 74,6% coi đó là cần thiết. Tuy nhiên, 20,5% NB cho rằng không cần thiết và 4,9% NB không biết.

Bảng 5. Thực hành dự phòng đợt cấp giãn phế quản (n = 122)

Nội dung	Số NB Có thực hành	%
Dự phòng các nhiễm trùng đường hô hấp		
Điều trị các nhiễm khuẩn đường hô hấp trên	89	73,0
Tiêm vắc xin phòng cúm, phế cầu	79	64,8
Tránh tiếp xúc khói bụi, ô nhiễm	84	68,9
Giữ ấm cơ thể tránh bội nhiễm	64	52,5
Tập phục hồi chức năng hô hấp		
Tập thở chúm môi	40	32,8
Tập thở ra mạnh	65	53,3
Vỗ rung lồng ngực	95	77,9
Dẫn lưu tư thế	97	79,5
Các bài tập sức bền toàn thân	79	64,8
Dinh dưỡng, tăng sức đề kháng		
Uống đủ nước	64	52,5
Ăn đủ chất	35	28,7
Bổ sung vitamin	29	23,8

Về thực hành dự phòng đợt cấp GPQ, ở nhóm dự phòng nhiễm trùng đường hô hấp, điều trị các nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, tránh tiếp xúc với khói bụi, ô nhiễm và tiêm vắc xin phòng cúm, phế cầu là các phương pháp được thực hiện phổ biến nhất với tỷ lệ lần lượt là 73,0%, 68,9% và 64,8% NB. Về phục hồi chức năng hô hấp, các bài tập như dẫn lưu tư thế và vỗ rung lồng ngực được NB thực hiện với tỷ lệ cao, lần lượt là 79,5% và 77,9%. Về phương pháp dinh dưỡng và tăng sức đề kháng, tỷ lệ NB uống đủ nước chiếm 52,5%. Số NB ăn đủ chất và bổ sung đủ vitamin chiếm tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 28,7% và 23,8%.

Bảng 6. Thực hành nhận biết thời điểm người bệnh cần phải đi khám (n = 122)

Nội dung	n	%
Khó thở tăng lên	95	77,7
Ho, khạc đờm tăng lên	81	66,0
Sốt	46	37,9
Đau ngực	39	32,0
Ho ra máu	109	89,3

Kết quả bảng 6 cho thấy đối với thời điểm cần đi khám, hầu hết NB đi khám khi thấy ho ra máu (89,3%), khó thở tăng lên (77,7%) hoặc ho, khạc đờm tăng lên (66,0%). Trong khi đó, triệu chứng sốt và đau ngực có tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 37,9% và 32%.

BÀN LUẬN

Về một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân GPQ nhập viện chủ yếu là tuổi cao (≥ 70) và nam giới. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó¹². Do đó, vẫn cần thêm nghiên cứu về tác động của các chương trình tự quản lý đối với trẻ em, đặc biệt là về nguyên nhân gây ra GPQ ở trẻ em. Cùng với đó, chúng tôi cũng phát hiện một số bệnh liên quan đến GPQ, như bệnh lý mạn tính kết hợp (35,2%) và tiền sử lao phổi (25,4%), với tỷ lệ này có thể khác so với các nghiên cứu trước đó do sự khác biệt về môi trường bệnh tật giữa các khu vực^{13, 14, 15}. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy chủ yếu NB mắc bệnh chủ yếu là dưới 10 năm và trên 30 năm, Thông tin về số đợt cấp nhập viện trong năm cũng là điểm đáng chú ý. Trung bình, mỗi NB nhập viện 1,88 lần trong năm, với 71,3% NB cần nhập viện ít nhất 2 lần và 28,7% chỉ cần nhập viện 1 lần trong năm. Điều này phản ánh mức độ nghiêm trọng của bệnh và tần suất cần thiết phải nhập viện để điều trị và quản lý. Tuy nhiên có thể đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi cao tuổi hơn và có nhiều bệnh lý kết hợp kèm theo nên tỷ lệ nhập viện của chúng tôi cao hơn một số tác giả khác^{15, 16}.

Về kiến thức dự phòng đợt cấp GPQ của NB: Tầm quan trọng của việc cung cấp thông tin cho NB bị bệnh mạn tính và người chăm sóc của họ đã được công nhận rộng rãi. Tự quản lý bệnh ngày càng được coi là một phần không thể thiếu trong điều trị và dự phòng bệnh mạn tính được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến nghị¹⁷. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra vai trò của dự phòng đợt cấp bệnh lý hô hấp mạn tính, tuy nhiên đa số tập trung bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và hen phế quản, không có nhiều nghiên cứu về GPQ. Nghiên cứu của chúng

tôi đã phát hiện rằng hầu hết NB (86,1%) cho rằng cần nhân viên y tế hướng dẫn dự phòng và dự phòng tốt làm giảm số lần nhập viện và biến chứng (95,9%). Điều này là một dấu hiệu tích cực về vai trò quan trọng của giáo dục và hướng dẫn từ chuyên gia y tế trong việc nâng cao nhận thức và thực hiện các biện pháp dự phòng. Trong phần dự phòng các nhiễm trùng đường hô hấp và tập phục hồi chức năng hô hấp, mặc dù có sự nhận thức rõ ràng từ một phần của cộng đồng, vẫn còn một tỷ lệ không nhỏ không coi trọng hoặc không biết về tầm quan trọng của các biện pháp này. Điều này làm nổi bật sự cần thiết của việc tăng cường giáo dục và thông tin về lợi ích của việc duy trì và phục hồi sức khỏe hô hấp. Với vấn đề dinh dưỡng và tăng cường sức đề kháng, có một sự nhận thức khá cao với tỷ lệ 74,6% coi đó là cần thiết. Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ nhỏ không coi trọng hoặc không biết về tầm quan trọng của việc này (lần lượt là 20,5% và 4,1%). Điều này có thể chỉ ra cần phải tăng cường giáo dục kiến thức và thông tin về việc duy trì một chế độ dinh dưỡng lành mạnh để tăng cường sức đề kháng và phòng tránh các bệnh hô hấp.

Về phân tích thực hành dự phòng GPQ đợt cấp: Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, NB thực hiện chăm sóc dự phòng bằng điều trị nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, tiêm vắc xin phòng cúm, phế cầu và tránh tiếp xúc với khói bụi, ô nhiễm với tỷ lệ cao. Điều này cho thấy sự nhận thức về vai trò quan trọng của chúng trong ngăn chặn các bệnh truyền nhiễm đường hô hấp. Đối với NB GPQ, không thể thông thạo làm sạch đường thở bằng kỹ thuật ho khạc thông thường được vì khó thở và sức rạn yếu, mà NB cần được hướng dẫn tập phục hồi chức năng hô hấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bài tập như vỗ rung lồng ngực và dẫn lưu tư thế được thực hiện ở đa số NB,

nhưng việc thực hiện các kỹ thuật khác như tập thở chúm môi và tập thở ra mạnh cần được tăng cường thông qua giáo dục và hỗ trợ từ chuyên gia y tế. Điều này phản ánh mối quan hệ chặt chẽ giữa cơ chế quản lý và việc cung cấp thông tin cho NB. Mục tiêu của việc hỗ trợ tự quản lý là cung cấp cho NB không chỉ kiến thức mà còn kỹ năng và nguồn lực để tự quản lý tình trạng sức khỏe của mình, từ đó giúp họ ra quyết định và thực hiện các biện pháp cần thiết hàng ngày¹⁸. NB sử dụng kiến thức có được để ra quyết định trong quản lý bệnh của họ, trong khi đó, người chăm sóc cũng cần phải tham gia và hỗ trợ NB trong quá trình thực hiện¹⁹. Kết quả cho thấy đối với thời điểm cần đi khám, hầu hết NB cho biết họ sẽ đi khám khi gặp khó thở nhiều (77,7%) và khi có triệu chứng ho, khạc đờm (66,0%) hoặc khi ho ra máu (89,3%). Đây là những triệu chứng phổ biến và chỉ dấu việc bệnh nặng lên và nguy cơ bùng phát đợt cấp mà NB cần phải được điều trị và chăm sóc đặc biệt. Kết quả này cho thấy khả năng thực hành về tự quản lý bệnh của NB, qua đó có thể giúp đề ra phương hướng giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và quản lý bệnh hiệu quả cho NB mắc GPQ, bao gồm việc tư vấn, giáo dục tâm quan trọng và hướng dẫn cách thức dự phòng đợt cấp tại nhà, dấu hiệu cần phải đi tái khám ngay. Những điểm này cần được xem xét để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe toàn diện, góp phần thúc đẩy hiệu quả điều trị, chất lượng cuộc sống cũng như giảm chi phí điều trị cho NB. Ngoài ra, các biện pháp hướng dẫn NB tự quản lý có thể khác nhau tùy từng cơ sở y tế, và điều này cần được xem xét khi đánh giá hiệu quả.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi còn một số hạn chế như chưa tiến hành theo dõi dọc để đánh giá hiệu quả cụ thể của việc nắm vững kiến thức và thực hành dự phòng bệnh GPQ. Đồng thời, nghiên cứu này mới

dừng lại ở việc mô tả, chưa kiểm định mối liên quan với các yếu tố khác. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi đã cập nhật hiện trạng kiến thức và thực hành của NB hiện nay, góp phần định hướng cho nhân viên y tế chiến lược điều trị cũng như tư vấn cho NB tại thời điểm ra viện.

KẾT LUẬN

Về kiến thức dự phòng đợt cấp GPQ, tỷ lệ NB biết mình mắc bệnh chiếm 61,5%, tỷ lệ biết bệnh không thể chữa khỏi là 50%. Có 86,1% NB biết rằng việc sử dụng thuốc dự phòng và hướng dẫn của nhân viên y tế là cần thiết, 95,9% NB biết dự phòng tốt đợt cấp GPQ giúp giảm số lần nhập viện và biến chứng. Kiến thức về các nguyên tắc dự phòng dao động từ 65,6% đến 89,3%. Các biện pháp NB thực hành dự phòng phổ biến là vỗ rung lồng ngực (77,9%), dẫn lưu tư thế (79,5%), điều trị nhiễm khuẩn đường hô hấp trên (73,0%), tiêm vắc xin phòng cúm, phế cầu (64,8%) và tránh ô nhiễm, khói bụi (68,9%). Các triệu chứng phổ biến để NB đi khám là ho ra máu (89,3%), khó thở tăng lên (77,7%) và ho khạc đờm tăng lên (66,0%).

Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kiến thức và thực hành dự phòng đợt cấp GPQ ở NB điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 tương đối ổn. Tuy nhiên, một số yếu tố cần thiết, như kiến thức về bệnh hay thực hành liệu pháp dinh dưỡng vẫn chưa được NB chú trọng, do đó nhân viên y tế cần tăng cường vấn đề giáo dục, tư vấn, hướng dẫn NB các biện pháp dự phòng cơ bản tại nhà. Đồng thời, cần phải xây dựng những chương trình nâng cao, toàn diện, phù hợp cho các nhóm NB cụ thể, để áp dụng và duy trì được lâu dài nhằm hạn chế số đợt cấp và các biến chứng của bệnh, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cho NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu. Giãn phế quản. Trong: Bệnh Hô Hấp. Hà Nội: Nhà xuất Bản Giáo dục Việt Nam; 2011. tr.199-208.
2. Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser S, Longo D, Jameson JL. Bronchiectasis and broncholithiasis. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st Ed. New York: Mc Graw-Hill; 2022. pp.2173-76.
3. Nguyễn Đình Tiến và Nguyễn Minh Hải. Giãn phế quản. Trong: Bệnh Hô hấp. Hà Nội: NXB Y học; 2020. tr.117-125.
4. Martinez-Garcia MA, Garcia-Ortega A, Oscullo G. Practical tips in bronchiectasis for Primary Care. NPJ Prim Care Respir Med 2022 Sep 8;32(1):33.. doi: 10.1038/s41533-022-00297-5.
5. Chalmers JD, Goeminne P, Aliberti S, McDonnell MJ, Lonni S, Davidson J, et al. The bronchiectasis severity index. An international derivation and validation study. Am J Respir Crit Care Med 2014;189:576-85. doi: 10.1164/rccm.201309-1575OC.
6. King PT, Holdsworth SR, Farmer M, Freezer N, Villanueva E, Holmes PW. Phenotypes of adult bronchiectasis: Onset of productive cough in childhood and adulthood. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2009;6:130-6. doi: 10.1080/15412550902766934.
7. Nguyễn Văn Giang, Ngô Quý Châu và Vũ Văn Giáp. Đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học ở người bệnh đợt cấp giãn phế quản tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam 2022;521:45-9. DOI: <https://doi.org/10.51298/vmj.v521i1.3941>
8. Phùng Anh Tuấn và Nguyễn Văn Ngọc. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh giãn phế quản trên cắt lớp vi tính. Tạp chí Y dược lâm sàng 108 2018;13:145-50.
9. Fletcher MJ, Dahl BH. Expanding nurse practice in COPD: Is it key to providing high quality, effective and safe patient care? Primary Care Respiratory Journal 2013;22:230-3. doi: 10.4104/pcrj.2013.00044.
10. Hill AT, Haworth CS, Aliberti S, Barker A, Blasi F, Boersma W, et al. Pulmonary exacerbation in adults with bronchiectasis: A consensus definition for clinical research. European Respiratory Journal 2017;49. doi: 10.1183/13993003.00051-2017.
11. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh hô hấp. Ban hành kèm theo Quyết định số 4235/QĐ-BYT ngày 30 tháng 10 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội. 2012.
12. Le HY, Le VN, Pham NH, Phung AT, Nguyen TT, Do Q. Value of multidetector computed tomography angiography before bronchial artery embolization in hemoptysis management and early recurrence prediction: A prospective study. BMC Pulm Med 2020;20. <https://doi.org/10.1186/s12890-020-01271-y>.
13. Huang HY, Chung FT, Lo CY, Lin HC, Huang YT, Yeh CH, et al. Etiology and characteristics of patients with bronchiectasis in Taiwan: A cohort study from 2002 to 2016. BMC Pulm Med 2020;20. doi: 10.1186/s12890-020-1080-7.
14. Lê Hữu Ý, Nguyễn Đình Tiến, Nguyễn Xuân Dũng, Nguyễn Văn Sơn, Trần Văn Đại và Nguyễn Thanh Tùng. Kết quả gây tắc động mạch phế quản sau khi chụp mạch MDCT ở bệnh nhân ho ra máu. Tạp chí Y dược lâm sàng 108 2021;16. DOI: <https://doi.org/10.52389/ydls.v16i6.837>.

15. Dhar R, Sharma S, Dhar R, Singh S, Talwar D, Mohan M, et al. Bronchiectasis in India: results from the European Multicentre Bronchiectasis Audit and Research Collaboration (EMBARC) and Respiratory Research Network of India Registry. *Lancet Glob Health* 2019;7(9):e1269-e1279. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30327-4.
16. Chu Thị Thu Lan. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao và vi khuẩn học qua dịch rửa phế quản tại Bệnh viện Trung ương Thái nguyên [Luận văn Thạc sĩ Y Học]. Trường Đại Học Y Hà Nội, 2016.
17. Tran V, Diard E, Ravaud P. Priorities to improve the care for chronic conditions and multimorbidity: a survey of patients and stakeholders nested within the ComPaRe e-cohort. *BMJ Quality & Safety* 2021;30:577-87. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011219>.
18. Hessler DM, Fisher L, Bowyer V, Dickinson LM, Jortberg BT, Kwan B, et al. Self-management support for chronic disease in primary care: frequency of patient self-management problems and patient reported priorities, and alignment with ultimate behavior goal selection. *BMC Fam Pract* 2019;20:120. doi: 10.1186/s12875-019-1012-x.
19. Eaton S, Roberts S, Turner B. Delivering person centred care in long term conditions. *BMJ (Online)* 2015;350. doi: 10.7861/futurehosp.3-2-128.