

## BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GÓC

# Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại bệnh viện Phổi Hà Nội năm 2020

Lê Thị Vân<sup>1\*</sup>, Nguyễn Văn Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Kim Ngân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu thực hiện nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội năm 2020.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thu thập số liệu trên 234 người bệnh, sử dụng bộ công cụ SGRQ-C gồm 40 câu hỏi chia làm 3 khía cạnh là triệu chứng, hoạt động và tác động.

**Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy điểm SGRQ-C chung là  $46,2 \pm 17,8$ , điểm SGRQ-C cho triệu chứng, hoạt động và tác động lần lượt là  $50,7 \pm 19,0$ ;  $46,6 \pm 16,8$  và  $44,0 \pm 22,8$ . Một số yếu tố liên quan thuận với chất lượng cuộc sống gồm chỉ số BMI, tập thể dục, mức độ tắc nghẽn, số năm mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tiền sử nhập viện điều trị, sử dụng liệu pháp oxy tại nhà, có các triệu chứng của mũi, và được hỗ trợ tâm lý của nhân viên y tế. Còn yếu tố chăm sóc thể chất từ gia đình có mối liên quan nghịch với chất lượng cuộc sống.

**Kết luận:** Nghiên cứu đề xuất một số khuyến nghị đến người bệnh, người nhà người bệnh, bác sĩ điều trị và bệnh viện Phổi Hà Nội cần có các giải pháp để người bệnh duy trì chế độ tập thể dục phù hợp, có chế độ dinh dưỡng tốt để có BMI từ  $18,5 \text{ kg/m}^2$  trở lên, phòng đợt cấp theo chỉ dẫn của thầy thuốc để hạn chế tối đa xuất hiện đợt cấp và phải nhập viện điều trị.

**Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, chất lượng cuộc sống, SGRQ-C, COPD.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) vẫn đang là một thách thức lớn của ngành y tế, trong cả phòng ngừa và điều trị (1), với tỷ lệ mắc và tử vong ngày càng gia tăng. Trên thế giới, từ năm 1990 đến 2010 tăng 126,2 triệu người từ 40 tuổi mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (2). Tại Việt Nam, điều tra dịch tễ toàn quốc năm 2010 đưa ra tỷ lệ mắc BPTNMT từ 40 tuổi là 4,2% (3), một nghiên cứu khác năm 2014 đưa ra tỷ lệ mắc BPTNMT của người trưởng thành ở Hà Nội là 7,1% (4). Tỷ lệ mắc và tử vong do BPTNMT vẫn có xu hướng gia tăng (5). Từ năm 1990 đến 2015 tỷ lệ tử vong

tăng 1,6% (6), ước tính năm 2030 là 4,5 triệu người tử vong (5), được dự đoán là nguyên nhân đứng thứ tư gây tử vong trên toàn thế giới (7).

BPTNMT 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 (CLCS) của người bệnh. CLCS phản ánh sự nhận thức của người bệnh về cuộc sống hiện tại, cũng như sức khỏe của họ. Mặc dù là bệnh phổ biến, nhưng chưa có phương pháp điều trị khỏi hoàn toàn BPTNMT, do vậy đánh giá CLCS cho người bệnh BPTNMT rất có ý nghĩa, giúp cho



\*Địa chỉ liên hệ: Lê Thị Vân  
Email: [levan.hsph@gmail.com](mailto:levan.hsph@gmail.com)

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Trung Ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế công cộng

Ngày nhận bài: 22/6/2021

Ngày phản biện: 10/7/2021

Ngày đăng bài: 30/12/2021

Mã DOI: <https://doi.org/10.38148/JHDS.0506SKPT21-034>

thầy thuốc lựa chọn các biện pháp điều trị phù hợp, hiệu quả hơn. Trên thế giới có nhiều nghiên cứu cũng đã tìm hiểu về mối liên quan của các đặc điểm cá nhân, đặc điểm lâm sàng và các yếu tố hỗ trợ từ gia đình, y tế xã hội. Một số nghiên cứu tìm thấy mối liên quan của các yếu tố trên với chất lượng cuộc sống, một số nghiên cứu thì không tìm thấy mối liên quan. Ở Việt Nam có ít nghiên cứu và CLCS của người bệnh BPTNMT. Bài báo này được thực hiện nhằm mục tiêu 1) Mô tả CLCS của người bệnh BPTNMT điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội năm 2020; 2) Xác định một số yếu tố liên quan đến CLCS của người BPTNMT điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội năm 2020.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang phân tích.

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Phổi Hà Nội, từ tháng 11/2019 đến 09/2020.

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân BPTNMT điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội.

**Cỡ mẫu và cách chọn mẫu**

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

$m = 48,6$ ;  $\sigma = 21,1$  và  $e = 0,06$  (8), thêm 10% dự phòng nên cỡ mẫu thực tế của nghiên cứu là 221 người BPTNMT. Thực tế số người bệnh tham gia nghiên cứu là 234.

## Công cụ và biến số nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi đánh giá triệu chứng hô hấp Saint George dành cho người bệnh BPTNMT (SGRQ-C). 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) (9).

**Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phép thống kê mô tả tỷ lệ, trung bình được sử dụng để mô tả. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến với phương pháp Enter được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa điểm CLCS và các biến độc lập.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành sau khi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y tế công cộng thông qua (Số 46/2020/YTCC-HD3, Mã số 020-046/DD-YTCC) và được sự cho phép của Giám đốc Bệnh viện Phổi Hà Nội.

## KẾT QUẢ

**Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu**

| Đặc điểm         | Tần số (%) | Đặc điểm                   | Tần số (%) |
|------------------|------------|----------------------------|------------|
| <b>Tuổi</b>      | <b>234</b> | <b>Hút thuốc lá</b>        | <b>234</b> |
| 40-54            | 15 (6,4)   | Chưa từng                  | 43 (18,4)  |
| 55-59            | 32 (13,7)  | Đã, đang hút               | 191 (81,6) |
| 60-64            | 56 (23,9)  | <b>Số năm hút thuốc lá</b> | <b>191</b> |
| 65+              | 131 (56,0) | 1-9 năm                    | 8 (4,2)    |
| <b>Giới tính</b> | <b>234</b> | 10-19 năm                  | 27 (14,1)  |
| Nam              | 197 (84,2) | 20-29 năm                  | 48 (25,1)  |
| Nữ               | 37 (15,8)  | ≥ 30 năm                   | 108 (56,5) |

| Đặc điểm                                | Tần số (%) | Đặc điểm                            | Tần số (%) |
|-----------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|
| <b>Nơi cư trú</b>                       | <b>234</b> | <b>Số điều thuốc lá hút/ ngày</b>   | <b>191</b> |
| Nông thôn                               | 126 (53,8) | ≤20 điều/ngày                       | 170 (89,0) |
| Thành thị                               | 108 (46,2) | > 20 điều/ngày                      | 21 (11,0)  |
| <b>Trình độ học vấn</b>                 | <b>234</b> | <b>Uống rượu/bia</b>                | <b>234</b> |
| Không đi học, tiểu học, trung học cơ sở | 128 (54,7) | Đã và đang uống                     | 167 (67,1) |
| Phổ thông trung học                     | 82 (35,0)  | Chưa từng uống                      | 77 (32,9)  |
| Trung cấp trở lên                       | 24 (10,3)  | <b>Tiền sử gia đình mắc BPT-NMT</b> | <b>234</b> |
| <b>Nghề nghiệp</b>                      | <b>234</b> | Không                               | 189 (80,8) |
| Công nhân                               | 17 (7,3)   | Có                                  | 45 (19,2)  |
| Kinh doanh                              | 40 (17,1)  | <b>Ăn chay</b>                      | <b>234</b> |
| Làm ruộng                               | 52 (22,2)  | Không                               | 214 (91,5) |
| Hưu trí                                 | 87 (37,2)  | Có                                  | 20 (8,5)   |
| Thất nghiệp                             | 23 (9,8)   | <b>Tập thể dục</b>                  | <b>234</b> |
| Khác                                    | 15 (6,4)   | Không                               | 42 (17,9)  |
| <b>Tình trạng làm việc</b>              | <b>234</b> | Có                                  | 192 (82,1) |
| Không đi làm                            | 197 (84,2) | <b>Thu nhập hộ gia đình</b>         | <b>234</b> |
| Đang đi làm                             | 37 (15,8)  | > 2.500.000 đồng                    | 178 (76,1) |
| <b>Tình trạng hôn nhân</b>              | <b>234</b> | Không có thu nhập                   | 11 (4,7)   |
| Chưa kết hôn, ly hôn, góa               | 22 (9,4)   | ≤2.500.000 đồng                     | 29 (12,4)  |
| Đang sống cùng vợ/chồng                 | 212 (90,6) | Không biết                          | 16 (6,8)   |
| <b>Chỉ số BMI</b>                       | <b>234</b> | <b>Mức chi trả của BHYT</b>         | <b>234</b> |
| < 18,5                                  | 49 (20,9)  | 80%                                 | 91 (38,9)  |
| 18,5 – 24,9                             | 167 (71,4) | 95%                                 | 28 (12,0)  |
| ≥ 25,0                                  | 18 (7,7)   | 100%                                | 115 (49,1) |

Bảng 1 cho thấy người bệnh tham gia nghiên cứu 100% có tuổi từ 40 trở lên (trung bình  $66,1 \pm 8,0$  tuổi), nam giới chiếm 84,2%, cư trú ở nông thôn là 53,8%, có trình độ trung cấp trở lên chỉ chiếm 10,3%, nông dân chiếm 22,2%, đang phải đi làm trong ba tháng tính từ thời điểm nghiên cứu về trước là 15,8% và 90,6% đang sống chung cùng vợ hoặc chồng. 20,9% người bệnh có BMI <18,5 kg/

m<sup>2</sup> (trung bình là  $20,6 \pm 2,77$  kg/m<sup>2</sup>). 81,6 % đã và đang hút thuốc lá/lào, số năm hút trung bình là  $27,6 \pm 11,5$  năm. 67,1% số người bệnh đã và đang uống rượu và 19,2% có tiền sử gia đình mắc bệnh BPTNMT, số người ăn chay chỉ chiếm 8,5%. 82,1% người bệnh tập thể dục, 76,1% có thu nhập hộ gia đình trên 2.500.000 đồng, và chỉ có 49,1% có mức bảo hiểm y tế chi trả 100%.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và sự hỗ trợ từ bên ngoài cho người BPTNMT (n=234)**

| Đặc điểm                                 | Tần số (%) | Đặc điểm                               | Tần số (%) |
|------------------------------------------|------------|----------------------------------------|------------|
| <b>Mức độ tắc nghẽn GOLD</b>             |            | <b>Sử dụng liệu pháp oxy</b>           |            |
| Giai đoạn 1                              | 10 (4,3)   | Không                                  | 172 (73,5) |
| Giai đoạn 2                              | 74 (31,6)  | Có                                     | 62 (26,5)  |
| Giai đoạn 3                              | 107 (45,7) | <b>Có các triệu chứng của mũi</b>      |            |
| Giai đoạn 4                              | 43 (18,4)  | Không                                  | 120 (51,3) |
| <b>Số năm bị bệnh BPTNMT</b>             |            | Có                                     | 114 (48,7) |
| < 3 năm                                  | 31 (13,2)  | <b>Hỗ trợ tinh thần từ gia đình</b>    |            |
| 3-5 năm                                  | 87 (37,2)  | Không                                  | 9 (3,8)    |
| > 5 năm                                  | 116 (49,6) | Có                                     | 225 (96,2) |
| <b>Số đợt cấp trong năm</b>              |            | <b>Hỗ trợ vật chất từ gia đình</b>     |            |
| 0 đợt                                    | 112 (47,9) | Không                                  | 94 (40,2)  |
| 1-2 đợt                                  | 98 (41,9)  | Có                                     | 140 (59,8) |
| ≥3 đợt                                   | 24 (10,2)  | <b>Chăm sóc thể chất từ gia đình</b>   |            |
| <b>Tiền sử nhập viện điều trị BPTNMT</b> |            | Không                                  | 171 (73,1) |
| Không                                    | 116 (49,6) | Có                                     | 63 (26,9)  |
| Có                                       | 118 (50,4) | <b>Hỗ trợ vật chất từ xã hội</b>       |            |
| <b>Bệnh đồng mắc</b>                     |            | Không                                  | 222 (94,9) |
| Không có bệnh đồng mắc                   | 88 (37,6)  | Có                                     | 12 (5,1)   |
| Có bệnh đồng mắc                         | 146 (62,4) | <b>Hỗ trợ tâm lý từ nhân viên y tế</b> |            |
|                                          |            | Không                                  | 8 (3,4)    |
|                                          |            | Có                                     | 226 (96,6) |

Từ bảng 2 thấy 64,1% người bệnh mắc BPTNMT ở giai đoạn 3 và 4; 50,4% mắc bệnh BPTNMT từ 5 năm trở xuống; 52,1% xuất hiện đợt cấp trong vòng 1 năm kể từ thời điểm TGNC về trước và trung bình  $1,06 \pm 1,63$  đợt cấp/năm; 50,4% người bệnh phải nhập viện

điều trị bệnh BPTNMT. Trên 3/5 số người bệnh BPTNMT có bệnh đồng mắc, trong đó 54,7% có từ 1-2 bệnh đồng mắc, 40,6% là tăng huyết áp, 7,3% tiểu đường. Tỷ lệ người bệnh phải sử dụng liệu pháp oxy tại nhà chỉ chiếm 26,5% và có các triệu chứng của mũi là 48,7%.

**Bảng 3. Điểm CLCS của người bệnh BPTNMT (n=234)**

| Cấu phần     | Điểm SGRQ-C      |
|--------------|------------------|
| Triệu chứng  | 50,9±19,0        |
| Hoạt động    | 46,8±16,8        |
| Tác động     | 44,3±22,7        |
| <b>Chung</b> | <b>46,2±17,8</b> |

Bảng 3 đưa ra CLCS chung và điểm chứng, hoạt động, tác động lần lượt là SGRQ-C trung bình của câu phần triệu 46,2±17,8, 50,9±19,0, 46,8±16,8, 44,3±22,7.

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan với CLCS chung**

| Yếu tố liên quan                                                                                | Hệ số hồi quy | p                | Khoảng tin cậy 95% |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------|--------------------|
| Chỉ số BMI (<18,5 kg/m <sup>2</sup> so với ≥18,5 kg/m <sup>2</sup> )                            | 4,5           | <b>0,012</b>     | 1,01 ; 8,0         |
| Số năm mắc BPTNMT (< 3 năm so với ≥ 3 năm)                                                      | -6,7          | <b>0,013</b>     | -11,9 ; -1,4       |
| Mức độ tắc nghẽn GOLD (Giai đoạn 1 so với 2, 3, 4)                                              | -11,3         | <b>0,010</b>     | -19,8 ; -2,7       |
| Tiền sử nhập viện điều trị BPTNMT (Có nhập viện so với không nhập viện)                         | 17,5          | <b>0,002</b>     | 6,7 ; 28,3         |
| Sử dụng liệu pháp oxy tại nhà (Có sử dụng so với không sử dụng)                                 | 6,0           | <b>0,005</b>     | 1,8 ; 10,2         |
| Có các triệu chứng của mũi (Có các triệu chứng so với không có các triệu chứng)                 | 7,1           | <b>&lt;0,000</b> | 3,6 ; 10,5         |
| Chăm sóc thể chất, hỗ trợ trong sinh hoạt từ gia đình (không được hỗ trợ so với có được hỗ trợ) | -16,4         | <b>&lt;0,000</b> | -20,4 ; -12,4      |
| Hỗ trợ tâm lý từ nhân viên y tế (không hỗ trợ so với có hỗ trợ)                                 | 15,5          | <b>0,002</b>     | 5,7 ; 25,3         |

$n = 234$ ,  $R^2 = 0,502$ ,  $p < 0,01$

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy điểm CLCS chung bị tác động bởi các yếu tố chỉ số BMI, số năm mắc BPTNMT, mức độ tắc nghẽn GOLD, tiền sử nhập viện điều trị bệnh BPTNMT, sử dụng liệu pháp oxy tại nhà, có các triệu chứng của mũi, chăm sóc thể chất từ gia đình và hỗ trợ tâm lý của nhân viên y tế. Cụ thể, điểm CLCS chung tăng 4,5 điểm ở nhóm người bệnh có chỉ số BMI dưới 18,5 kg/m<sup>2</sup> khi các yếu tố còn lại trong bảng 4 không thay đổi. Tương tự điểm CLCS giảm 6,7 điểm nếu người bệnh mắc dưới 3 năm so với nhóm người bệnh mắc trên 3 năm; giảm 11,3 điểm ở nhóm người bệnh có mức độ tắc nghẽn độ 1 so với nhóm người bệnh có mức độ tắc nghẽn từ độ 2 trở lên; giảm 16,4 điểm nếu người bệnh không được chăm sóc thể chất từ gia đình so với nhóm người bệnh nhận được chăm sóc từ gia đình. Đặc biệt điểm CLCS sẽ tăng 17,5 điểm ở

nhóm người bệnh có tiền sử nhập viện điều trị so với nhóm người bệnh không có tiền sử điều trị, và nếu không nhận được sự hỗ trợ tâm lý của nhân viên y tế thì sẽ tăng 15,5 điểm so với nhóm người bệnh nhận được hỗ trợ từ nhân viên y tế.

## BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ đưa ra CLCS của người bệnh BPTNMT điều trị ngoại trú tại BV Phổi Hà Nội là 46,2±17,8, gần tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hà là 48,6±21,1 (8), có thể do sự tương đồng về quần thể, phương pháp nghiên cứu, và cùng thực hiện ở thủ đô Hà Nội. CLCS của người bệnh BPTNMT trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu trong nước của Võ Thị Tuyết Nhung vì chỉ đánh giá ở nhóm người



bệnh nặng ở mức độ 3 và 4 (11) và một số nghiên cứu trên thế giới khác (12-13), Seema Aziyakath Shavro (2012) (21), Abolhassan (2006) (14), Nívia L.Nonato (2015) (15), Taghreed và cộng sự (2019) (16). Một số nghiên cứu nước ngoài Eva Balcells (2010) là 37,1 P.W. Jones (2010) là 44,7 (17), thì có CLCS cao hơn nghiên cứu này.

Phân tích hồi quy đơn biến, khi tăng 1 tuổi thì điểm SGRQ-C tăng 0,49 điểm đồng nghĩa với CLCS giảm. Phát hiện này cũng tìm thấy trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hà (2019), khi tăng 1 tuổi điểm SGRQ-C tăng 0,42 điểm (8), và nghiên cứu của Võ Thị Tuyết Nhung (2018) khi phân tích chỉ số trung vị cũng tìm thấy mối liên quan (11). Một số nghiên cứu nước ngoài khi phân tích hệ số tương quan, hay chỉ tìm sự khác biệt về CLCS giữa các nhóm tuổi cũng tìm thấy mối liên quan với tuổi (18-20), và không đồng thuận với kết quả của một số nghiên cứu khác (14, 21-23). Người bệnh sống ở nông thôn tăng 6,5 điểm SGRQ-C so với người bệnh sống ở thành thị, CLCS của người bệnh sống ở thành thị cao hơn người sống ở nông thôn đã tìm thấy trong nghiên cứu của Võ Thị Tuyết (11), đối lập với kết quả đã tìm thấy trong nghiên cứu của Joanna (2018) (19). Yếu tố tình trạng làm việc thì có mối liên quan mạnh với CLCS chung, người bệnh đang đi làm có CLCS tốt hơn người bệnh không đi làm, có thể do những người đang đi làm thì vẫn còn có sức khỏe tốt và chưa bị bệnh BPTNMT tác động nhiều tới sức khỏe của họ, yếu tố này có rất ít nghiên cứu tìm hiểu. Chỉ số BMI có mối liên quan với CLCS chung, người bệnh có BMI từ 18,5 kg/m<sup>2</sup> có CLCS tốt hơn. Một số nghiên cứu trước đó phân loại theo các mức khác nhau hay phân tích định lượng cũng tìm thấy mối liên quan này (8, 11, 15-16, 19-20, 22, 24). Yếu tố tập thể dục có mối liên quan với CLCS chung, người bệnh tập thể dục có CLCS tốt hơn nhiều so với người bệnh không tập thể dục

tương tự kết quả đã tìm thấy trong nghiên cứu của Võ Thị Tuyết Nhung (2018) (11). Mức độ tắc nghẽn ở giai đoạn càng lớn thì người bệnh có CLCS càng thấp, đồng thuận với một số nghiên cứu trước đây (8, 10-11, 16, 20, 24) và khác với các nghiên cứu nước ngoài (10, 16, 20). Về yếu tố số năm mắc BPTNMT, người bệnh càng mắc bệnh nhiều năm thì CLCS càng giảm, mối liên quan này lại được tìm thấy ở một số nghiên cứu trước đây như Joan (2018) (19), Võ Thị Tuyết Nhung (2018) (11) và Amit (2019) (20), không đồng thuận với Shavro (2012) (21). Nhập viện điều trị cũng có mối liên quan mạnh với CLCS chung, nhóm người bệnh có tiền sử nhập viện điều trị có CLCS thấp hơn nhóm người bệnh không có tiền sử nhập viện điều trị, tương tự kết quả của Osman (1997) (25) và Aydanur Ekici (2015) (22), tương quan thuận đó hiển nhiên vì người bệnh càng có sức khỏe yếu hay CLCS không tốt thì càng hay phải nhập viện điều trị. Sử dụng liệu pháp oxy tại nhà cũng có mối liên quan rất mạnh với CLCS giống phát hiện của Joan (2018) (19), người bệnh đã phải sử dụng liệu pháp oxy tại nhà là những người có CLCS kém hơn rất nhiều so với người bệnh chưa phải sử dụng. Còn nghiên cứu của Liang Lirong thì thấy kết quả ngược lại (26). Người bệnh BPTNMT xuất hiện các triệu chứng của mũi trong 3 tháng gần thời điểm TGNC có CLCS thấp hơn người bệnh không có các triệu chứng này đồng thuận với Denis (2014) (27). Về sự hỗ trợ vật chất và chăm sóc thể chất từ gia đình có mối liên quan nghịch với CLCS, những người bệnh có CLCS kém mới cần sự hỗ trợ từ phía gia đình, khác với kết quả từ nghiên cứu của Joan (2018) (19). Đặc biệt hơn, người bệnh BPTNMT nhận được hỗ trợ tâm lý của nhân viên y tế có CLCS tốt hơn, đây là mối liên quan thuận do vậy cần khuyến cáo thầy thuốc luôn duy trì việc tư vấn, hỗ trợ tâm lý cho người bệnh trong suốt quá trình điều trị cho người bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi còn có một số hạn chế là chưa chỉ sử dụng một bộ công cụ SGRQ-C để đánh giá CLCS của người bệnh BPTNMT, do vậy không thể tìm hiểu được tất cả các khía cạnh về tình trạng sức khỏe của người bệnh BPTNMT.

## KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy CLCS của người bệnh BPTNMT điều trị ngoại trú tại BV Phổi Hà Nội ở mức trung bình. Điểm CLCS thấp hơn ở những người bệnh tuổi cao, chỉ số BMI <18,5 kg/m<sup>2</sup>, không tập thể dục, mức độ tắc nghẽn cao, mắc bệnh phổi tắc nghẽn lâu năm, có tiền sử nhập viện điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, sử dụng liệu pháp oxy tại nhà, có xuất hiện các triệu chứng của mũi. Với những người bệnh nhận được hỗ trợ vật chất/chăm sóc thể chất từ gia đình và không nhận được hỗ trợ tâm lý của nhân viên y tế thì CLCS thấp hơn.

Nghiên cứu đề xuất một số khuyến nghị đến người bệnh, người nhà người bệnh, bác sĩ điều trị và bệnh viện Phổi Hà Nội cần có các giải pháp để người bệnh duy trì chế độ tập thể dục phù hợp, có chế độ dinh dưỡng tốt để có BMI trên 18,5 kg/m<sup>2</sup> trở lên, phòng đợt cấp theo chỉ dẫn của thầy thuốc để hạn chế tối đa xuất hiện đợt cấp và phải nhập viện điều trị. Phòng và tránh các tác nhân gây ra các triệu chứng của mũi, quan tâm nhiều hơn đến những người bệnh mắc bệnh BPTNMT nhiều năm. Tuân thủ điều trị tốt để mức độ tắc nghẽn của BPTNMT không nặng lên nhằm phòng tránh việc phải sử dụng liệu pháp oxy tại nhà.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Organization WH. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*. 1998;28(3):551-8.
2. Davies Adeloye, Stephen Chua, Chinwei Lee, Catriona Basquill, Angeliki Papan, Evropi Theodoratou, et al. Global and regional estimates of COPD prevalence: Systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2015.
3. 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.
4. 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.
5. World Health Organization. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2018. pg.6 p.
6. 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).
7. 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.
8. Nguyen Thanh Ha, Collins Peter F, Pavey Toby G, Nguyen Viet Nhung, Pham Tuong Duy, Gallegos Danielle L. Nutritional status, dietary intake, and health-related quality of life in outpatients with COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2019;14:pg.215.
9. Jones P. St George's Respiratory Questionnaire for COPD Patients (SGRQ-C), ver 1.3. Structure. 2016;44:1-7.
10. Jung Yeon Lee, Gyu Rak Chon, Chin Kook Rhee, Deog Kyeom Kim, Hyoung Kyu Yoon, Jin Hwa Lee, et al. Characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease at the first visit to a pulmonary medical center in Korea: the Korea COPD subgroup study team cohort. *Journal of Korean medical science*. 2016;31(4):pg.553-60.
11. Vo Thi Tuyet Nhung, Vo Quang Trung, Huynh Phuong Thao, Nguyen Dang Thoai. Health-Related Quality of Life of Vietnamese Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

- Journal of Clinical and Diagnostic Research 2018;12(6):pg.85-91.
12. Lucia Kendrova, Wioletta Mikulakova, Pavol Nachvatal, Petra Homzova, Miloslav Gajdoš, Jakub Čuj. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Slovakia. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 2015;51(2):pg.57-63.
  13. Chantal Raheison, Isabelle Tillie-Leblond, Anne Prudhomme, Camille Taillé, Elisabeth Biron, Cecilia Nocent-Ejnaini, et al. Clinical characteristics and quality of life in women with COPD: an observational study. *BMC women's health*. 2014;14(1):pg.31.
  14. Abolhassan Halvani, Nilofar Pourfarokh, Khadijeh Nasiriani. Quality of life and related factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Tanaffos*. 2006;5(3):pg.51-6.
  15. Nívia L Nonato, Orlando Díaz, Oliver A Nascimento, Jorge Dreyse, José R Jardim, Carmen Lisboa. Behavior of quality of life (SGRQ) in COPD patients according to BODE scores. *Archivos de Bronconeumología (English Edition)*. 2015;51(7):315-21.
  16. Taghreed S. Faraga, Eman S.M. Sobha, Sawsan B. Elsaywa, Bardees M. Fahmy. Evaluation of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Egyptian Journal of Bronchology*. 2018;12(3):pg.288.
  17. PW Jones, Guy Brusselle, RW Dal Negro, F Merrer, P Kardos, MLet Levy, et al. Health-related quality of life in patients by COPD severity within primary care in Europe. *Respiratory medicine*. 2011;105(1):pg.57-66.
  18. Kalpana Sharma, Sarala Joshi. Quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease in Chitwan, Nepal: a pilot study report. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 2015;4(9):pg.1235-41.
  19. Joanna Rosińczuk, Maria Przyszlak, Izabella Uchmanowicz. Sociodemographic and clinical factors affecting the quality of life of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2018;13:pg.2869.
  20. Amit M. Shah, Rima B. Shah, Shruti Kachoria. Health-related quality of life and associated factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Drugs & Therapy Perspectives*. 2019;35(5):pg.241-9.
  21. Seema Aziyakath Shavro, Punitha Ezhilarasu, Jebamani Augustine, Joel J Bechtel, Devasahayam Christopher. Correlation of health-related quality of life with other disease severity indices in Indian chronic obstructive pulmonary disease patients. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2012;7:pg.291.
  22. Aydanur Ekici, Emel Bulcun, Tulay Karakoc, Erol Senturk, Mehmet Ekici. Factors associated with quality of life in subjects with stable COPD. *Respiratory care*. 2015;60(11):pg.1585-91.
  23. Mariko Morishita-Katsu, Koichi nishimura, Hiroyuki Taniguchi, Tomoki Kimura, Yasuhiro Kondoh, Kensuke Kataoka, et al. The COPD assessment test and St George's Respiratory Questionnaire: are they equivalent in subjects with COPD? *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 2016;11:pg.1543-51.
  24. Eva Balcells, Joaquim Gea, Jaume Ferrer, Ignasi Serra, Mauricio Orozco-Levi, Jordi de Batlle, et al. Factors affecting the relationship between psychological status and quality of life in COPD patients. *Health and quality of life outcomes*. 2010;8(1):pg.108.
  25. Osman LM, Godden DJ, Friend J, Legge JS, Douglas JG. Quality of life and hospital re-admission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 1997;52(1):67-71.
  26. Lirong L, Yingxiang L, Ting Y, Hong Z, Jie L, Chen W. Determinants of health-related quality of life worsening in patients with chronic obstructive pulmonary disease at one year. *Chinese medical journal*. 2014;127(1):4-10.
  27. Caillaud D, Chanez P, Escamilla R, Burgel PR, Court-Fortune I, Nesme-Meyer P, et al. Association of chronic nasal symptoms with dyspnoea and quality-of-life impairment in chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology*. 2014;19(3):346-52.



## Quality of life in copd outpatients and related factors at Hanoi Lung hospital in 2020

*Le Thi Van<sup>1</sup>, Nguyen Van Hung<sup>1</sup>, Nguyen Thi Kim Ngan<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>National Lung Hospital*

*<sup>2</sup>Hanoi University of Public Health*

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a common chronic lung disease which is still a challenging problem in prevention and treatment in Vietnam. This cross-sectional study was conducted to measure quality of life in outpatients and some related factors at Hanoi Lung Hospital in 2020. Data from 234 COPD patients were obtained by using the SGRQ-C toolkit version 2016. Results show that the total SGRQ-C score is  $46.2 \pm 17.8$ ; three component scores for symptoms, activity and impact activity are  $50.7 \pm 19.0$ ;  $46.6 \pm 16.8$ ;  $44.0 \pm 22.8$ , respectively. This study found factors associated with quality of life including BMI, doing exercise, level of obstruction, number of years suffering from COPD, history of hospitalization for COPD, use oxygen therapy at home, nasal symptoms, having physical care, and receiving psychological support by health care workers.

**Keywords:** *Chronic obstructive pulmonary disease, COPD, quality of life, SGR-C*