

TỈ LỆ SỬ DỤNG ĐÚNG CÁCH DỤNG CỤ HÍT VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Nguyễn Tuấn Anh¹✉, Lê Khắc Bảo²

¹Khoa Hô hấp, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bộ môn nội, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một gánh nặng toàn cầu vì tính phổ biến, chi phí điều trị cao và có thể tiến triển dần đến tàn phế. Dụng cụ hít là một trong những yếu tố quan trọng góp phần vào điều trị thành công BPTNMT. Do đó, nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ sử dụng đúng cách dụng cụ hít và các yếu tố liên quan trên nhóm đối tượng này.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang đánh giá kỹ năng sử dụng dụng cụ hít của 101 người bệnh nội trú nhập khoa hô hấp, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 5 năm 2021 bằng các bảng kiểm phù hợp với mỗi loại dụng cụ thông qua phân tích 147 đoạn ghi hình.

Kết quả: Chúng tôi ghi nhận 21,8% người bệnh sử dụng đúng cách các loại dụng cụ hít. Tỉ lệ dùng đúng pMDI, pMDI kèm buồng đệm, Respimat®, Respimat® kèm buồng đệm, Turbuhaler®, Breezhaler®, Accuhaler® lần lượt là 15,2%, 62,5%, 34,8%, 33,3%, 18,2%, 21,7% và 100%. Trong đó, “thở ra hết sức” và “giữ hơi ít nhất 5 giây” là các bước được thực hiện sai phổ biến nhất. Nghiên cứu còn cho thấy các yếu tố có sự tương quan đến sử dụng đúng cách dụng cụ hít là điểm mMRC thấp (OR = 5,04, KTC 95% 1,19 - 21,30), được hướng dẫn trong 3 tháng gần đây (OR = 3,87, KTC 95% 1,13 - 13,22) và từng được nhân viên y tế làm mẫu khi hướng dẫn (OR = 6,3, KTC 95% 1,77 - 22,53).

Kết luận: Tỉ lệ người bệnh nội trú sử dụng đúng cách dụng cụ hít chỉ ở mức độ khiêm tốn, do đó để tối ưu hóa điều trị, cần chú ý hơn trong quá trình hướng dẫn người bệnh ở mỗi lần thăm khám.

Từ khóa: Sử dụng đúng cách dụng cụ hít, Yếu tố liên quan, Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Nội trú.

Ngày nhận bài:

20/04/2022

Ngày chỉnh sửa:

25/4/2022

Chấp thuận đăng:

31/05/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Tuấn Anh

Email: bs.ntanh12@gmail.com

SĐT: 0329278054

ABSTRACT

GOOD INHALER TECHNIQUE AND ASSOCIATED FACTORS IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Nguyen Tuan Anh¹✉, Le Khắc Bảo²

Background: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a global burden because of its prevalence, high treatment costs, and gradual progression to disability. Inhaler is one of the essential factors contributing to the successful treatment of chronic obstructive pulmonary disease. This study was carried out to determine the proportion of good inhaler technique and the associated factors in this group of subjects.

Methods: Among the patients who applied to the respiratory department between October 2020 and May 2021, 101 patients with COPD were recruited who met the criteria of the study. The cross-sectional study evaluated the inhaler technique using a checklist adapted for each device model used by COPD patients by analyzing 147 video - recorded demonstrations.

Results: Overall, 21.8% of patients did not make any critical errors with all device models. In which the correct usage rate of pMDI, pMDI combined chamber, Respimat®, Respimat® combined chamber, Turbuhaler®, Breezhaler®, Accuhaler® was 15.2%, 62.5%, 34.8%, 33.3%, 18.2%, 21.7% and 100%, respectively. When evaluating in detail, “breathe out all the way” and “hold breath within 5 seconds” were steps that were often taken wrong. Low mMRC score (OR = 5.04, CI 95% 1.19 - 21.30), guided within 3 last months (OR = 3.87, CI 95% 1.13 - 13.22) and used to be guided by medical staff (OR = 6.3, CI 95% 1.77 - 22.53) were the factors associated with correct inhaler technique.

Conclusions: In summary, the proportion of the COPD inpatients with the good inhaler technique was relatively modest. Therefore, it is crucial to pay more attention to the process of using the inhaler, notably at each follow - up visit to optimize treatment.

Keywords: Correct inhaler technique, Associated factors, Chronic obstructive pulmonary disease, Inpatients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là gánh nặng toàn cầu vì tính chất phổ biến, chi phí điều trị cao và có thể tiến triển dần đến tàn phế [1]. Hiện các thuốc sử dụng qua đường hít vẫn là liệu pháp ưu tiên trong điều trị BPTNMT [2]. Bất chấp những nỗ lực của nhân viên y tế và người bệnh, tỉ lệ sử dụng đúng cách dụng cụ hít trên thế giới chỉ dao động từ 17 - 79% tùy vào dân số nghiên cứu, loại dụng cụ và không tốt hơn trong suốt 40 năm qua [3 - 5]. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về tình hình sử dụng dụng cụ hít chủ yếu được thực hiện tại các phòng khám ngoại trú và kết quả cũng không khả quan ở cả miền Bắc và miền Nam Việt Nam với tỉ lệ dùng đúng là 24,3% và 33% [6, 7]. Đối với các dạng dụng cụ khác nhau như bình hít định liều (pMDI), bình hít bột khô (DPI) và bình hít hạt mịn (SMI) tỉ lệ dùng đúng cũng khác nhau, lần lượt là 22,7%, 30,4% và 31,8% [6].

Qua nhiều nghiên cứu, người ta thấy rằng bệnh càng nặng, mức độ tắc nghẽn theo phân độ của Sáng kiến toàn cầu cho BPTNMT (GOLD) càng cao, càng nhiều đợt cấp trong 12 tháng vừa qua có liên quan đến giảm đáng kể tỉ lệ sử dụng đúng cách của các loại dụng cụ [6, 8, 9]. Ở Việt Nam, chúng tôi nhận thấy vẫn còn thiếu những nghiên cứu đánh giá kỹ năng sử dụng bình hít một cách khách quan và đồng kiểm tra bởi nhiều chuyên gia trên đối tượng nội trú. Vì lý do

trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ sử dụng dụng cụ hít đúng cách và các yếu tố liên quan trên người bệnh BPTNMT đang nhập viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên người bệnh nội trú có BPTNMT.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu có chẩn đoán xác định là BPTNMT theo tiêu chuẩn GOLD 2020 đang sử dụng (liên tục hoặc khi cần) ít nhất một loại dụng cụ hít tại nhà từ 1 tháng trở lên để điều trị BPTNMT [1].

Tiêu chuẩn loại ra: người bệnh không đủ minh mẫn để thu thập bệnh sử, tiền căn hoặc đang có các bệnh lý cấp tính như suy hô hấp cấp, nhồi máu cơ tim cấp, đột quỵ cấp hoặc có rối loạn tri giác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thực hiện nghiên cứu cắt ngang mô tả có kết hợp phân tích tại khoa hô hấp, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 5 năm 2021.

Cỡ mẫu: Với tỉ lệ sử dụng đúng cách dụng cụ hít từ nghiên cứu của tác giả Ngô Quý Châu, chúng tôi lựa chọn $p = 24,3\%$ để ước tính cỡ mẫu tối thiểu cần thiết. Từ đó, chúng tôi đã đưa vào 101 đối tượng tham gia nghiên cứu [6].

Biến số nghiên cứu: Chúng tôi thu thập các biến số về đặc điểm nhân trắc học (tuổi, giới, tình trạng hút thuốc lá), đặc điểm bệnh nền BPTNMT (mMRC, CAT, số đợt cấp trong năm qua, số đợt cấp nhập viện trong năm qua, phân nhóm ABCD, thời gian nằm viện ≤ 7 ngày), đặc điểm về dụng cụ hít đang dùng (được hướng dẫn trong vòng 3 tháng, được hướng dẫn hơn 3 lần trong năm, được nhân viên y tế làm mẫu khi hướng dẫn).

Sử dụng đúng cách một dụng cụ được định nghĩa là thực hiện đúng toàn bộ các bước quan trọng của loại dụng cụ đó. Trong đó, “bước quan trọng” là một bước mà khi không thực hiện hoặc thực hiện không đúng có thể ảnh hưởng phân bố thuốc đến phổi [10]. Người bệnh được xem là sử dụng đúng dụng cụ hít khi thực hiện đúng toàn bộ các loại dụng cụ đang có.

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Chúng tôi tiến hành ghi nhận thông tin hành chính, bệnh sử, tiền căn và khám lâm sàng trên hồ sơ bệnh án của từng người bệnh để ghi vào bảng thu thập số liệu được xây dựng sẵn. Sau khi đồng ý tham gia nghiên cứu, người bệnh thực hiện kỹ thuật hít và được ghi hình bằng các thiết bị kỹ thuật số có độ phân giải từ 720 điểm ảnh trở lên tại môi trường đủ sáng, góc quay chếch 45 độ phía trước người bệnh so với mặt phẳng đứng dọc, đảm bảo thấy rõ vùng mũi, miệng và bụng người bệnh. Thời gian quay từ lúc người bệnh bắt đầu dùng dụng cụ đến khi kết thúc hoàn toàn các bước. Các đoạn ghi hình sau khi được làm mờ từ vùng mắt trở lên sẽ được gửi đến hai chuyên gia hô hấp để cùng đánh bằng các bảng kiểm sẵn có dựa trên khuyến cáo của Hội đồng Hen Quốc gia Australia năm 2018 [11].

2.3. Xử lý số liệu

Các số liệu trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm Stata MP 16.0. Chúng tôi trình bày các biến định tính dưới dạng n (%), biến định lượng có phân phối chuẩn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Đánh giá mối tương quan giữa các yếu tố với tỉ lệ sử dụng đúng cách dụng cụ hít bằng hồi quy logistic.

2.4. Vấn đề y đức

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng Đạo đức Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 567/HĐĐĐ - ĐHYD và được sự đồng ý của ban lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung dân số nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Giới tính, nam	95	94,06
Tình trạng hút thuốc lá		
Đã và đang hút thuốc lá	99	98,0
mMRC		
1	15	14,9
2	50	49,5
3	31	30,7
4	5	4,9
CAT		
<10	61	60,4
≥ 10	40	39,6
Số đợt cấp trong năm qua Số đợt cấp nhập viện trong năm qua		
0	45 53	44,5 52,5
1	21 22	20,8 21,7
2	10 13	9,9 12,9
≥ 3	25 13	24,8 12,9
Phân nhóm		
A	6	6,0
B	42	41,6
C	7	6,9
D	46	45,5
Thời gian nằm viện ≤ 7 ngày	54	53,5
Được hướng dẫn trong vòng 3 tháng	39	38,6
Được hướng dẫn hơn 3 lần trong năm	6	5,9
Được nhân viên y tế làm mẫu	45	44,6
	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Tuổi (năm)	75,3	10,3
Số gói năm (gói.năm)	38,8	18,8

Bệnh viện Trung ương Huế

101 đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 75,3±10,3 tuổi, đa phần là nam giới. Hầu hết người bệnh trong nghiên cứu từng hút thuốc lá với lượng trung bình khoảng 38,8±18,8 gói.năm.

Theo GOLD 2020, người bệnh chủ yếu được xếp vào nhóm B và D với 85,1% có mMRC từ 2 điểm trở lên và 47,5% có ít nhất 1 đợt cấp phải nhập viện trong năm vừa qua.

3.2. Tỷ lệ sử dụng đúng cách và bước quan trọng khi thực hiện các loại dụng cụ

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 21,8% người bệnh sử dụng đúng tất cả các loại bình hít đang có.

Bảng 2: Tỷ lệ sử dụng đúng cách và bước quan trọng khi thực hiện các loại dụng cụ

Các loại dụng cụ		I (%)	II (%)	III (%)	IV (%)	V (%)	VI (%)	VII (%)
n		46	8	46	12	21	11	1
Sử dụng đúng cách		7 (15,2)	5 (62,5)	16 (34,8)	4 (33,3)	5 (21,7)	2 (18,2)	1 (100)
Các bước thực hiện								
1	Mở nắp	0 (0)	0 (0)	7 (15,2)	6 (50,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
2	Nạp thuốc	-	-	3 (6,5)	2 (16,7)	1 (4,3)	3 (27,3)	-
3	Đặt dụng cụ đúng vị trí/lắc đều	7 (15,2)	3* (37,5)	25 (54,3)	11* (91,7)	9 (39,1)	3 (27,3)	0 (0)
4	Gắn buồng đệm	-	0 (0)	-	0 (0)	-	-	-
5	Thở ra hết sức	34 (73,9)	6* (75,0)	29 (63,0)	11* (91,7)	16 (69,6)	8 (72,7)	0 (0)
6	Ấn dụng cụ, hít vào đúng cách	31 (67,4)	1 (12,5)	16 (34,8)	1 (8,3)	8 (34,8)	2 (27,3)	0 (0)
7	Tiếp tục hít vào	-	-	19 (41,3)	-	-	-	-
8	Giữ hơi ít nhất 5 giây/ đủ 3-4 nhịp với buồng đệm	36 (78,3)	0 (0)	22 (47,8)	0 (0)	15 (65,3)	8 (72,7)	0 (0)
9	Lặp lại các bước	21 (45,6)	0 (0)	0 (0)	1 (8,3)	1 (4,3)	4 (36,4)	0 (0)

I: pMDI; II: pMDI kèm buồng đệm; III: Respimat®; IV: Respimat® kèm buồng đệm; V: Breezhaler®; VI: Turbuhaler®; VII: Accuhaler®

* Không là bước quan trọng với lại dụng cụ tương ứng

Nhìn chung, “thở ra hết sức” là bước được thực hiện sai nhiều nhất ở các dụng cụ như Respimat®, Breezhaler® và Turbuhaler®. Ngoài ra cũng có đến 73,9% đối tượng dùng pMDI làm sai bước này. “Giữ hơi ít nhất 5 giây” cũng là một bước quan trọng hay thực hiện sai và là bước sai nhiều nhất khi dùng pMDI và Turbuhaler® với tỉ lệ lần lượt 78,3% và 72,7%.

3.3. Các yếu tố liên quan đến sử dụng đúng cách dụng cụ hít

Bảng 3: Các yếu tố liên quan đến sử dụng đúng cách dụng cụ hít

Biến	Đơn biến		Đa biến		
	OR	Giá trị p	OR hiệu chỉnh	Giá trị p	KTC 95%
mMRC					
2 - 4 điểm	1		1		
0 - 1 điểm	4,14	0,016	5,04	0,028	1,19 - 21,30

Tỉ lệ sử dụng đúng cách dụng cụ hít và các yếu tố liên quan trên người bệnh...

Biến	Đơn biến		Đa biến		
	OR	Giá trị p	OR hiệu chỉnh	Giá trị p	KTC 95%
GOLD					
Nhóm 3 và 4	1		1		
Nhóm 1 và 2	2,60	0,153	2,18	0,31	0,48 - 9,92
Thời gian nằm viện					
>7 ngày	1		1		
≤7 ngày	2,88	0,046	1,94	0,317	0,53 - 7,15
Được hướng dẫn trong vòng 3 tháng gần đây					
Có	5,52	0,001	3,87	0,031	1,13 - 13,22
Được hướng dẫn hơn 3 lần trong năm qua					
Có	4,00	0,105	4,23	0,180	0,51 - 34,77
Được nhân viên y tế làm mẫu					
Có	4,60	0,004	6,31	0,005	1,77 - 22,53

Bảng 3 cho ta thấy các yếu tố liên quan đến việc sử dụng đúng cách các dụng cụ. Chúng tôi ghi nhận các yếu tố giúp làm tăng tỉ lệ sử dụng đúng cách các dụng cụ là người bệnh ít triệu chứng với mMRC từ 0 đến 1 điểm (OR = 5,01; KTC 95% 1,19 - 21,30), được hướng dẫn trong vòng 3 tháng gần đây (OR = 3,87, KTC 95% 1,13 - 13,22) và từng được nhân viên y tế làm mẫu (OR = 6,31, KTC 95% 1,77 - 22,53).

III. BÀN LUẬN

Trên thế giới cũng như Việt Nam, nhiều nghiên cứu đã được thực hiện để đánh giá kỹ năng sử dụng dụng cụ hít của người bệnh. Tỉ lệ sử dụng đúng cách bình hít trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,8%, tương đương nghiên cứu của tác giả Ngô Quý Châu (24,3%) và Pothirat Chaicharn ở Thái Lan (25,2%) [6, 12]. Năm 2021, Sulku Johanna và cộng sự đã tiến hành một nghiên cứu tương tự ở Thụy Điển bằng cách ghi hình khi người bệnh sử dụng bình hít, ghi nhận có 34% đối tượng không mắc lỗi sai nghiêm trọng nào, cao hơn kết quả của chúng tôi [13]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của Sulku, chỉ 4,5% người bệnh dùng pMDI mà đây lại là dụng cụ được dùng nhiều nhất và thực hiện sai nhiều nhất trong dân số của chúng tôi.

“Giữ hơi ít nhất 5 giây” là bước được thực hiện sai nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, với tỉ lệ 78,3% cao hơn đáng kể các nghiên cứu khác [6, 12]. Dù là bước đánh giá mang tính chủ quan, nhưng chúng tôi đã lượng hóa bằng cách đếm số giây nín thở thông qua các đoạn ghi hình có sẵn nên xác định

chính xác khả năng thực hiện bước này của người bệnh. Đây có thể là lý do dẫn đến sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và các công trình trước đó. Ngoài ra, pMDI là loại dụng cụ rất phổ biến trên thị trường Việt Nam do chứa thuốc dẫn phế quản tác dụng ngắn, người bệnh dùng để cắt cơn khó thở nên thường thao tác nhanh nhằm lấy thuốc càng sớm càng tốt với mục tiêu giảm triệu chứng. Việc này có thể trở thành thói quen mà không chú ý đến vấn đề giữ hơi khi sử dụng. Chứng minh là có 15,2% người dùng pMDI thực hiện sai kỹ thuật nhưng lại dùng đúng các loại dụng cụ còn lại. Đối với những đối tượng có sử dụng kèm với buồng đệm, tỷ lệ dùng đúng đạt đến 62,5% nhưng vì số mẫu còn ít, chỉ 8 người bệnh, nên kết quả này chỉ mang tính chất tham khảo.

Respimat® là dụng cụ được sử dụng đúng với tỉ lệ 34,8%, cao nhất so với các nhóm còn lại. Trong các nghiên cứu khác, Respimat® cũng là dụng cụ được sử dụng đúng cao hơn cả. Mặc dù tương đương với dân số khác của Việt Nam nhưng khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ đúng Respimat®

vẫn còn khá khiêm tốn [6, 13]. Người bệnh sử dụng RespiMat® kèm buồng đệm có tỉ lệ dùng đúng tương đương (33,3%). Với RespiMat® kèm với buồng đệm, tỉ lệ này lại không cải thiện, nguyên nhân là do người khởi động dụng cụ thường xuyên mở nắp trước khi xoay bình, dẫn đến thuốc phun ra trước khi đưa mặt nạ của buồng đệm áp sát vào mặt người bệnh, làm giảm đáng kể nồng độ thuốc hít vào. “Thở ra hết sức” là bước được thực hiện sai phổ biến nhất của RespiMat® trong cả nghiên cứu của chúng tôi lẫn các tác giả khác [6, 14]. Ở đối tượng nội trú, triệu chứng khó thở khá nặng nề với 85,1% có mMRC trên 1 điểm, đây có thể là lý do làm đa phần người bệnh không thể thở ra hết sức đến mức khí cạn, dẫn đến yêu cầu “thở ra hoàn toàn” bị làm sai nhiều hơn khi so với nhóm dân số BPTNMT nói chung.

Đối với các dụng cụ DPI, tỉ lệ dùng đúng cũng còn khá thấp (22,9%). Khi xét riêng trên từng loại dụng cụ, dùng đúng Breezhaler® đạt 21,7%, Turbuhaler® đạt 18,2%. Tương tự như các loại dụng cụ khác, “thở ra hết sức” vẫn là bước được thực hiện sai phổ biến nhất đối với DPI và phù hợp với một số khác tác giả ở Brazil, Thái Lan và Việt Nam [6, 12, 14].

Trong khi chúng tôi ghi nhận nhóm khó thở trung bình đến nặng có khả năng sử dụng đúng cách bình hít cao hơn nhóm khó thở nhẹ 5,04 lần thì nghiên cứu của Ngô Quý Châu lại có kết quả ngược lại với mMRC càng cao khả năng sử dụng đúng cách bình hít càng tốt, OR = 3,52 (KTC 95% 1,22 - 10,12; $p < 0,05$) [6]. mMRC là thang điểm chủ quan và cần đánh giá tại thời điểm người bệnh ổn định. Cả nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Ngô Quý Châu đều thực hiện trên đối tượng nội trú, đây là nhóm kém ổn định về mặt triệu chứng. Đồng thời, việc hỏi về tình trạng khó thở tại thời điểm nhập viện có thể gây sai lệch hồi tưởng. Bên cạnh đó, dân số chúng tôi tương đối già, trung bình 75,3 tuổi, nguy cơ mắc phải nhiều bệnh nền ảnh hưởng đến quá trình sử dụng bình hít nhưng chưa được đánh giá cụ thể trong nghiên cứu này. Mặc dù không có ý nghĩa thống kê, mMRC trong các nghiên cứu của Johanna Sulku và Pothirat Chaicharn cũng cho thấy xu hướng liên quan tương tự nghiên cứu của chúng tôi [12, 13].

Những đối tượng được hướng dẫn cách sử dụng bình hít trong vòng 3 tháng gần đây có khả năng sử

dụng đúng cách dụng cụ cao hơn 3,87 lần so với nhóm được hướng dẫn lâu hơn (KTC 1,13 - 13,22; $p = 0,031$). Các nghiên cứu tiến cứu đã cho ta thấy, sau 3 tháng liên tục được hướng dẫn (mỗi tháng một lần), nhân viên y tế có thể kéo dài khoảng cách mỗi lần hướng dẫn lên 3 tháng mà không làm thay đổi kết cục sử dụng dụng cụ của người bệnh [15]. Do đó, sàng lọc những đối tượng đã được hướng dẫn trên 3 tháng giúp bác sĩ chú ý hơn trong quá trình hướng dẫn, nhằm giảm gánh nặng cho lực lượng nhân viên y tế mà vẫn đảm bảo chất lượng điều trị.

Bên cạnh đó, chất lượng trong mỗi lần hướng dẫn cũng rất quan trọng. Chúng tôi ghi nhận chỉ cần người bệnh được nhân viên y tế làm mẫu ít nhất một lần đối với loại dụng cụ được kiểm tra cũng làm gia tăng khả năng sử dụng đúng bình hít lên 6,3 lần (KTC 95% 1,77 - 22,53; $p = 0,005$). Việc làm mẫu với từng dụng cụ vừa giúp chính nhân viên y tế hiểu được những khó khăn khi vận hành bình hít, vừa trở thành một hình mẫu cụ thể để người bệnh có thể nhìn thấy và làm theo. Nghiên cứu của Rootmensen và cộng sự cũng tìm ra kết quả tương tự với OR = 2,2 (KTC 95% 1,02 - 4,80; $p < 0,05$) [16]. Dù có ý nghĩa tích cực và giữ vai trò quan trọng nhưng hiện chưa nhiều người bệnh được hưởng sự chăm sóc cần thiết này. Đây có thể trở thành lỗ hổng lớn, nhất là ở y tế địa phương, làm khó khăn thêm quá trình điều trị.

IV. KẾT LUẬN

Tỉ lệ sử dụng đúng cách dụng cụ hít trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp (21,8%) đã giống lên hồi chuông báo động trong quản lý người bệnh BPTNMT, nhất là đối tượng nội trú. Với các đặc điểm liên quan đến sử dụng đúng dụng cụ như được hướng dẫn trong 3 tháng gần đây, hay được nhân viên y tế làm mẫu khi hướng dẫn đã cho thấy vai trò quan trọng của đội ngũ y tế và cần thêm những nỗ lực trong công cuộc phối hợp điều trị cùng người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GOLD. The Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention. 2020 24th September 2021]; Available from: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/03/GOLD-2020-POCKET-GUIDE-ver1.0_FINAL-WMV.pdf.
2. Molimard M, Colthorpe P. Inhaler devices for chronic obstructive pulmonary disease: insights from patients and

Tỉ lệ sử dụng đúng cách dụng cụ hít và các yếu tố liên quan trên người bệnh...

- healthcare practitioners. Journal of aerosol medicine and pulmonary drug delivery. 2015; 28(3): 219-228.
3. Gregoriano C, Dieterle T, Breitenstein A-L, et al. Use and inhalation technique of inhaled medication in patients with asthma and COPD: data from a randomized controlled trial. Respiratory research. 2018; 19(1): 1-15.
 4. Sriram KB, Percival M. Suboptimal inhaler medication adherence and incorrect technique are common among chronic obstructive pulmonary disease patients. Chronic respiratory disease. 2016; 13(1): 13-22.
 5. Sanchis J, Gich I, Pedersen S, et al. Systematic review of errors in inhaler use: has patient technique improved over time? Chest. 2016; 150(2): 394-406.
 6. Ngo CQ, Phan DM, Vu GV, et al. Inhaler technique and adherence to inhaled medications among patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in Vietnam. International journal of environmental research and public health. 2019; 16(2): 185.
 7. Phúc NH, Đánh giá kỹ thuật dùng thuốc hít trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. 2020, Đại học Y Dược TPHCM.
 8. Hải LH, Thọ NV. Các yếu tố quan đến việc sử dụng không đạt bình hít turbuhaler ở bệnh nhân hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2020; 9(24): 25-29.
 9. Harb HS, Ibrahim Laz N, Rabea H, et al. Determinants of incorrect inhaler technique in chronic obstructive pulmonary disease patients. International Journal of Clinical Practice. 2021; 75(6): e14073.
 10. Usmani OS, Lavorini F, Marshall J, et al. Critical inhaler errors in asthma and COPD: a systematic review of impact on health outcomes. Respiratory research. 2018; 19(1): 1-20.
 11. ANAC. Inhaler technique in people with asthma or COPD. National Asthma Council Australia. 2018: 1-16.
 12. Pothirat C, Chaiwong W, Phetsuk N, et al. Evaluating inhaler use technique in COPD patients. International journal of chronic obstructive pulmonary disease. 2015; 10: 1291.
 13. Sulku J, Bröms K, Högman M, et al. Critical inhaler technique errors in Swedish patients with COPD: a cross-sectional study analysing video-recorded demonstrations. NPJ primary care respiratory medicine. 2021; 31(1): 1-8.
 14. de Oliveira MVC, Pizzichini E, da Costa CH, et al. Evaluation of the preference, satisfaction and correct use of Breezhaler® and Respimat® inhalers in patients with chronic obstructive pulmonary disease–INHALATOR study. Respiratory Medicine. 2018; 144: 61-67.
 15. Nguyen T-S, Nguyen TLH, Van Pham TT, et al. Pharmacists' training to improve inhaler technique of patients with COPD in Vietnam. International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2018; 13: 1863.
 16. Rootmensen GN, Van Keimpema AR, Jansen HM, et al. Predictors of incorrect inhalation technique in patients with asthma or COPD: a study using a validated videotaped scoring method. Journal of aerosol medicine and pulmonary drug delivery. 2010; 23(5): 323-328.