

Nhóm đã tập huấn và thiết lập hệ thống giám sát - phản hồi các qui trình, góp phần hình thành cơ sở dữ liệu ban đầu cho những cải tiến trong tương lai. Bước đầu có sự phối hợp giữa bác sĩ và điều dưỡng nhằm phòng ngừa VAP trong chăm sóc và điều trị.

Tuy nhiên, cải tiến còn một số hạn chế như thiếu nhân lực trong giám sát nhắc nhở, chưa xây dựng được bảng nhắc tích hợp cho gói qui trình, áp lực làm việc đưa đến kết quả các chỉ số tuân thủ chưa đạt ngưỡng như mong muốn.

2. Kết luận

Việc xây dựng gói phòng ngừa VAP là một yêu cầu cấp thiết cho cải thiện chất lượng chăm sóc bệnh nhân có thở máy tại khoa hồi sức. Tuy nhiên cần có thời gian dài hơn, duy trì thường xuyên và sự tham gia tích cực từ lãnh đạo khoa trong giám sát – phản hồi để tăng hiệu quả điều trị cho người bệnh và nhân rộng ra các khoa hồi sức để giảm tỷ lệ VAP trong toàn viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **CDC** (2019). National Healthcare Safety Network (NHSN). Patient Safety Component Manual, 6:6.1-6.2
2. **Infectious Diseases Society of America** (2005). Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. American

Thoracic Society. Am J Respir Crit Care Med; 171 (4):388-416

3. **Chastre J, Fagon JY** (2002). Ventilator-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med, 165 (7):867-903

4. **Skrupky LP, McConnell K, Dallas J, Kollef MH** (2012). A comparison of ventilator-associated pneumonia rates as identified according to the National Healthcare Safety Network and American College of Chest Physicians criteria. Crit Care Med, 40 (1):281-4.

5. **Hunter JD BMJ** (2012), Ventilator associated pneumonia, 344:3325. DOI: [10.1136/bmj.e3325](https://doi.org/10.1136/bmj.e3325)

6. **Lê Xuân Ngọc** (2018). Viêm phổi thở máy tại Khoa Hồi sức Nhi: Tỷ lệ, yếu tố liên quan và căn nguyên, **Hội nghị khoa học Nhi khoa toàn quốc 2018, Thành phố Hồ Chí Minh.**

7. **Lê Thị Uyên Ly, Lê Phước Truyền** (2017). Xác định áp lực bóng chèn của trẻ được đặt nội khí quản có bóng chèn thở máy tại Khoa Hồi sức Tích cực Chống độc, Bệnh viện Nhi Đồng 1, Hội nghị Khoa học Thường niên của Hội Hồi sức Cấp cứu Thành phố Hồ Chí Minh.

8. **Yoshihiro Takeyasu** (2012). Ventilation-mechanical pneumonia risk decreased by use of oral moisture gel in oral healthcare. Bull Tokyo Dent Coll, 55 (2):95-102

ĐẶC ĐIỂM ĐIỆN TIM, SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC KẠN

HOÀNG THỊ HÀ¹, PHẠM KIM LIÊN²

¹Sở Y tế Bắc Kạn

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm điện tim, siêu âm tim ở bệnh nhân BPTNMT quản lý điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn năm 2019- 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả thiết kế cắt ngang trên 106

bệnh nhân được chẩn đoán mắc BPTNMT theo tiêu chuẩn của GOLD 2018, đăng kí điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn, tự nguyện tham gia nghiên cứu. Không bao gồm các trường hợp có bệnh lý về van tim thực tổn.

Kết quả: Trong 106 trường hợp bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nhịp xoang nhanh quan sát được là 41,5%. P “phế” xuất hiện ở 29,2% đối tượng nghiên cứu (ĐTNC). Tỷ lệ block nhánh thấp, khoảng 4,8%. Có 71,7% số trường hợp có dày thất phải và 56,6% bệnh nhân có giảm chức năng thất phải.

Kết luận: Trong COPD, các biến đổi ECG nên được tầm soát nhằm bổ sung cho các dấu

Chịu trách nhiệm: Hoàng Thị Hà

Email: hattybt@gmail.com

Ngày nhận: 22/10/2020

Ngày phản biện: 24/11/2020

Ngày duyệt bài: 08/12/2020

hiệu lâm sàng khác trong chẩn đoán và tiên lượng điều trị.

Từ khóa: Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, điện tâm đồ, Bắc Kạn

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF ELECTROCARDIOGRAM AND ECHOCARDIOGRAM IN PATIENTSWITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT BAC KAN GENERAL HOSPITAL.

Objective: to describe changes of ECG in in – patients COPD at Bac Kan General Hospital from 2019 to 2020.

Subject and methods: a cross – sectional study was conducted. Total 106 in-patients COPD were collected. Participations were voluntary, and were not in any heart valves condition.

Result: We analyzed 106 electrocardiogram findings in the patients with COPD. Chest radiographs as well as electrocardiogram changes such as the observed incidence of tachycardia was 41.5%, p wave height (29.2%), bundle branch block (4.8%), right ventricular hypertrophy (71.7%), 56.6% of patients had decreased RV function.

Conclusion: The changes of ECG in COPD patients should be screened to complement other clinical signs in diagnosis and treatment prognosis.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, electrocardiogram.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là bệnh thường gặp và có xu hướng gia tăng do sự già đi của dân số và sự gia tăng của các yếu tố nguy cơ như hút thuốc, ô nhiễm môi trường, nhiễm khuẩn. Bệnh thường xuất hiện sau 40 tuổi, tiến triển kéo dài, chi phí khám và chữa bệnh cao, hậu quả của bệnh nặng nề vì thể BPTNMT thực sự là một vấn đề sức khỏe.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khẳng định, BPTNMT nằm trong nhóm nguyên nhân gây ra tử vong hàng đầu trên thế giới. Năm 2015, cả thế giới có 3,17 triệu người chết vì BPTNMT. Dự đoán đến năm 2030, BPTNMT sẽ đứng thứ 3 trong các nguyên nhân gây ra tử vong cho dân số thế giới.

Từ năm 2011 đến nay, BPTNMT không chỉ được biết đến những tổn thương tại cơ quan hô hấp mà BPTNMT đã được coi như bệnh lý toàn thân, sự xuất hiện gia tăng các bệnh lý ở cơ quan khác đã được các nhà khoa học cho rằng chúng góp phần làm nặng thêm tình trạng bệnh,

từ đó thuật ngữ “Bệnh đồng mắc” trong BPTNMT ra đời. Những bệnh đồng mắc đó là: bệnh lý tim mạch, loãng xương, suy mòn, rối loạn tâm thần, rối loạn chuyển hóa... Trong đó, bệnh tim mạch vừa có thể là biến chứng vừa có thể là bệnh đồng mắc chiếm tỷ lệ cao nhất và là nguyên nhân gây tử vong chính của BPTNMT

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn trong những năm gần đây có lưu lượng bệnh nhân mắc BPTNMT tương đối lớn. Các bệnh nhân cũng đã được chẩn đoán bệnh đồng mắc về tim mạch như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, rung nhĩ. Thậm chí có cả bệnh nhân BPTNMT tử vong do nhồi máu cơ tim. Điện tim và siêu âm tim là kỹ thuật thường qui đã được triển khai. Tuy nhiên chúng tôi chưa có thống kê khoa học về bệnh lý tim mạch cũng như biểu hiện điện tim, siêu âm tim ở bệnh nhân BPTNMT và mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với một số biến đổi điện tim, siêu âm tim. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm điện tim, siêu âm tim ở bệnh nhân BPTNMT quản lý điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn năm 2019- 2020.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán mắc BPTNMT theo tiêu chuẩn của GOLD 2020, đăng ký điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu không bao gồm các trường hợp có bệnh lý về van tim thực tổn, tim bẩm sinh.

2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn trong 2019 - 2020.

3. Phương pháp và thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang

4. Chỉ tiêu nghiên cứu

* *Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu*

Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi, giới
Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh

Phân bố đối tượng nghiên cứu theo mức độ tắc nghẽn

* *Đặc điểm điện tim*

- Các biến đổi nhịp tim của đối tượng nghiên cứu

- Các biến đổi sóng P của đối tượng nghiên cứu

- Các biến đổi trục điện tim, phức bộ QRS, sóng T của đối tượng nghiên cứu

* Các biến đổi siêu âm tim của đối tượng nghiên cứu

* Hình thái tim phải: Đường kính thất phải

* Chức năng thất phải

5. Kỹ thuật thu thập số liệu

* Thông tin chung: Ghi đầy đủ các triệu chứng theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

* Các chỉ số cận lâm sàng: tiến hành đo chức năng thông khí phổi bằng máy SPIROLAB III (MIR – Ý), ECG bằng máy Điện tim 12 kênh-FX-8322 (Fukuda- Nhật Bản) và siêu âm tim bằng máy EKO 7. Bệnh nhân được đánh giá mức độ tắc nghẽn và phân loại dựa theo tiêu chuẩn của GOLD 2018. Các chỉ số nghiên cứu gồm, P *phế*, trục và vận thế của sóng P và QRS, kiểu qR ở aVR, kiểu rS ở V5, V6, phì đại thất phải, và thay đổi ST-T được đánh giá theo hướng dẫn đọc điện tim của Trần Đỗ Trinh năm 2018.

6. Phương pháp xử lý số liệu

- Theo thuật toán thống kê y học cơ bản, phần mềm SPSS 22.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi, giới

Nhóm tuổi	Nam (n,%)	Nữ (n,%)	Chung (n,%)
Mean ± SD			66,08±10,26
<40	0(0,0%)	1(100,0%)	1(0,9%)
40 – 49	3(75,0%)	1(25,0%)	4(3,8%)
50- 59	15(68,2%)	7(31,8%)	22(20,8%)
60 – 69	26(66,7%)	13(33,3%)	39(36,8%)
70 – 79	19(63,3%)	11(36,7%)	30(28,3%)
≥ 80	6(60,0%)	4(40,0%)	10(9,4%)
Tổng	69(65,1%)	37(34,9%)	106(100,0%)

Nhận xét: Phần lớn các ĐTNC có độ tuổi từ 50 đến 79. Trong đó, chiếm tỷ lệ cao nhất là độ tuổi 60-69 với 36,8%. Chỉ có gần 4% ĐTNC dưới 49 tuổi. Tỷ lệ nam giới mắc BPTNMT tham gia nghiên cứu cao gấp 1.9 lần so với nữ giới.

Bảng 2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	n	(%)
< 5 năm	66	62,3
5 – 10 năm	35	33,0
> 10 năm	5	4,7
Tổng	106	100,0

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh dưới 5 năm (62,3%), thời gian mắc bệnh từ 5-10 năm chiếm 33,0% và có 4,7% mắc bệnh trên 10 năm.

Bảng 3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo mức độ tắc nghẽn

Mức độ	n	Tỷ lệ (%)
GOLD 1	8	7,5
GOLD 2	50	47,2
GOLD 3	37	34,9
GOLD 4	11	10,4
Tổng	106	100,0

Nhận xét: Chủ yếu gặp mức độ tắc nghẽn từ trung bình (47,2 %) đến nặng (34,9%). Có 10,4% trường hợp biểu hiện tắc nghẽn rất nặng.

2. Các biến đổi điện tâm đồ trong BPTNMT

Bảng 4. Các biến đổi nhịp tim của đối tượng nghiên cứu

Các loại nhịp tim	n	Tỷ lệ (%)
Nhịp xoang bình thường	53	50,0
Nhịp nhanh xoang	44	41,5
Nhịp chậm xoang	5	4,7
Ngoại tâm thu thất	2	1,9
Rung nhĩ/cuồng nhĩ	1	0,9
Nhịp nhanh thất	1	0,9

Nhận xét: Trong 106 bệnh nhân được ghi điện tim có 41,5% nhịp nhanh xoang, 4,7% nhịp chậm xoang. Các biến đổi khác xuất hiện với tỷ lệ rất nhỏ.

Bảng 5. Các biến đổi sóng P của đối tượng nghiên cứu

Thông số	Trạng thái	n	Tỷ lệ (%)
Thời gian	Bình thường	99	93,4
	Kéo dài	7	6,6
Biên độ	Bình thường	75	70,8
	P “phế”	31	29,2

Nhận xét: Số đối tượng nghiên cứu có P “phế” là 31 trường hợp chiếm 29,2%. Có 6,6 % trường hợp có P kéo dài.

Bảng 6. Các biến đổi trục điện tim, phức bộ QRS, sóng T của đối tượng nghiên cứu

Thông số	Trạng thái	n	%
Trục	Trung gian	67	63,2
	Phải- xu hướng phải	35	33,0
	Trái - Xu hướng trái	4	3,8
Phức bộ QRS	Bình thường	101	95,3
	Block nhánh	5	4,7
	QS	0	0,0
Biến đổi ST	Bình thường	58	54,7
	Chênh lên	29	27,4
	Chênh xuống	19	17,9

Nhận xét: Các trường hợp có trục điện tim trung gian chiếm 63,2%, có 35 trường hợp xu hướng phải (33,0%). Block nhánh chiếm 4,7%. Biến đổi ST chênh lên là 27,4%; chênh xuống là 17,9%.

Bảng 7. Các biến đổi siêu âm tim của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số siêu âm tim		n	%
Đường kính thất phải	Bình thường	30	28,3
	Tăng	76	71,7
Chức năng thất phải	Bình thường	46	43,4
	Giảm	60	56,6

Nhận xét: Tỷ lệ tăng đường kính thất phải là 71,7%. Chức năng thất phải giảm xuất hiện ở 56,6% bệnh nhân.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên 106 bệnh nhân BPTNMT điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn năm 2019 - 2020. Độ tuổi trung bình của ĐTNC là $66,08 \pm 10,26$. Trong đó, chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi 60- 69 với 36,8%, tiếp theo là nhóm tuổi 70 - 79 và > 80 với tỷ lệ là 9,4%. Theo Gold 2020, BPTNMT là kết quả của sự tác động qua lại phức tạp, có tính tích lũy lâu dài theo thời gian khi tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ như khói thuốc lá, các khí độc hại kết hợp với các yếu tố nội tại của người bệnh như bệnh lý ở phổi, yếu tố gen [5]. BPTNMT có thể tiến triển âm thầm theo thời gian. Điều này giải thích tại sao, phần lớn (gần 80%) ĐTNC nằm trong nhóm người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên). Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nam giới mắc BPTNMT là 65,1% cao hơn so với nữ giới (34,9%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hoàng Thị Lâm và cộng sự về tỷ lệ mắc BPTNMT ở hai giới năm 2014 [6]. Điều này được cho là có liên quan đến sự khác biệt về thói quen hút thuốc lá ở nam giới và nữ giới. Hút thuốc lá được xem là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất gây ra BPTNMT [5]. Hơn 68% bệnh nhân trong nghiên cứu có thời gian mắc BPTNMT < 5 năm. Điều này hoàn toàn phù hợp với sự phân bố nhóm tuổi ở đối tượng nghiên cứu và tính tích lũy theo thời gian của bệnh như đã nói ở trên.

Với cách phân loại giai đoạn bệnh dựa theo GOLD 2018, kết quả nghiên cứu tại bảng 3 cho thấy bệnh nhân BPTNMT chủ yếu ở giai GOLD 2 (57,5%) và GOLD 3 (27,4%). Có rất ít bệnh nhân giai đoạn IV (1,9%). Trong kết quả nghiên cứu của Vũ Văn Giáp và cộng sự (2014), tỷ lệ bệnh nhân ở GOLD 4 chiếm tỷ lệ cao nhất (39%) [1]. Sở dĩ có sự khác biệt này là vì GOLD 4 gồm những bệnh nhân có chức năng thông phổi < 30% nên thường là bệnh nhân rất nặng, phải thở

Oxy và theo dõi sát. Mà nghiên cứu của chúng tôi có tiến hành đo chức năng thông khí phổi, nên nhóm đối tượng này không thực hiện được các yêu cầu của nghiên cứu. Bởi vậy, nhóm GOLD 4 trong nghiên cứu này có tỷ lệ rất ít.

2. Các biến đổi điện tâm đồ trong BPTNMT

Bệnh tim mạch được xem là nhóm bệnh đồng mắc thường gặp nhất ở bệnh nhân BPTNMT, trong đó phổ biến là suy tim mạn và bệnh mạch vành [5]. Bởi vậy, kết quả điện tim và siêu âm tim đóng vai trò quan trọng trong quá trình chẩn đoán và tiên lượng BPTNMT.

Kết quả từ bảng 4 cho thấy, trong 106 bệnh nhân được ghi điện tim nhóm đối tượng có nhịp tim bất thường chỉ chiếm khoảng 25%, còn lại là nhịp bình thường. Kết quả này từ nghiên cứu của Trần Quốc Hoàn và cộng sự (2014) [2] lại cho thấy, nhóm đối tượng có nhịp tim bất thường chiếm tỷ lệ rất cao (gần 62%). Sự khác biệt ở đây có thể được giải thích bởi 3 nguyên nhân gây ảnh hưởng đến rối loạn nhịp tim 1) thời gian mắc bệnh và giai đoạn bệnh ảnh hưởng đến quá trình thiếu oxy trường diễn. 2) Hút thuốc lá và COPD. 3) Sử dụng nhóm đồng vận β_2 trong điều trị BPTNMT.

Mặc dù phần lớn các ĐTNC không có biến đổi điện tim nhưng nghiên cứu này vẫn chỉ ra khoảng 18% bệnh nhân có P “phế”. P “phế” là một kiểu biến đổi điện tim tương đối chuyên biệt của BPTNMT. Kết quả từ nghiên cứu của Phạm Kim Liên (2012) [3] tỷ lệ p “phế” chiếm là 24,5%. Trong nghiên cứu của Trần Quốc Hoàn và cộng sự [2] là 42%. Trục sóng P chuyển sang phải chiếm 21,7%. Đây là một trong hai thông số của sóng P có giá trị đánh giá tim mạch trong COPD, chúng gián tiếp đánh giá tình trạng dày giãn tim phải và tăng áp phổi và như vậy cũng đánh giá được tình trạng tắc nghẽn đường dẫn khí.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 3,8% bệnh nhân làm điện tim có block nhánh. Các trường hợp COPD có kèm block nhánh thường là các bệnh nhân có tiến triển bệnh nặng, có nguy cơ tim mạch kèm theo. Trong trường hợp này, cần thiết phải sử dụng ngay các phương tiện kỹ thuật cao như ECHO, MRI để xác định phương án điều trị kịp thời. Kết quả block nhánh ở nghiên cứu của Trần Quốc Hoàn và cộng sự [2] là 29%.

Trên hình ảnh siêu âm tim, hơn 60% ĐTNC có đường kính thất phải tăng. Trong đó, chủ yếu là các trường hợp tăng nhẹ, tăng vừa chỉ có 15 trường hợp chiếm 14,2%. Chức năng thất phải

giảm xuất hiện ở 49/106 bệnh nhân (Bảng 7). Theo nghiên cứu của Nguyễn Cửu Long, chức năng thất phải thay đổi sớm ngay ở nhóm COPD chưa có tăng áp phổi (đối với CSSAD, $p < 0,0005$), suy chức năng thất phải rõ rệt đối với nhóm COPD có tăng áp phổi ($p = 0,009 - < 0,001$) [4]. Dày và suy giảm chức năng thất phải có lẽ là hậu quả của BPTNMT. Tuy nhiên, cũng không loại trừ nguyên nhân do tắc động mạch phổi gây nên.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Độ tuổi trung bình của ĐTNC là $65,75 \pm 10,46$

- Tỷ lệ nam giới mắc BPTNMT là 65,1% cao hơn so với nữ giới (34,9%)

- BPTNMT chủ yếu ở giai GOLD 2 (57,5%) và GOLD 3 (27,4%)

2. Các biến đổi điện tâm đồ trong BPTNMT

- Điện tim: nhịp nhanh xoang chiếm 17%, nhịp chập xoang chiếm 4,7%, P “phế” chiếm 19,8%, block nhánh chiếm 3,8% tổng số bệnh nhân BPTNMT tham gia nghiên cứu này.

- Siêu âm tim: 63,3% ĐTNC có dẫn thất phải, 42% bệnh nhân mắc BPTNMT giảm chức năng thất phải

Các biểu hiện này vừa là dấu hiệu BPTNMT có biến chứng suy tim vừa có giá trị giúp tiên lượng tắc nghẽn trong điều trị.

KHUYẾN NGHỊ

Nên sử dụng các kỹ thuật siêu âm tim, điện tim để đánh giá biến chứng của COPD để sớm đưa ra các biện pháp dự phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Giáp, Chu Thị Hạnh, Dương Thị Hoài (2014). Một số rối loạn chuyển hóa đồng mắc với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở giai

đoạn ổn định. *Tạp chí Lao và bệnh phổi*, 17, 23-28.

2. Trần Quốc Hoàn, Hồ Thượng Dũng (2014). Nghiên cứu những biến đổi điện tâm đồ trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 3 (18), 135-140.

3. Phạm Kim Liên (2012). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến đổi một số Cytokine ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, Học viện Quân Y.

4. Nguyễn Cửu Long (2009). Nghiên cứu áp lực động mạch phổi bằng siêu âm doppler tim ở những bệnh nhân bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, Bộ môn Nội Trường Đại Học Y Khoa Huế,

5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2020). *Global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD*,

6. Hoàng Thị Lâm, Linda Ekerljung, Nguyễn Văn Tường Văn et al (2014). Prevalence of COPD by disease severity in men and women in northern Vietnam. *Copd*, 11 (5), 575-581.

7. Linda Ekerljung Hoàng Thị Lâm, Nguyễn Văn Tường Văn, Eva Rönmark, Kjell Larsson và cộng sự (2014). Prevalence of COPD by disease severity in men and women in northern Vietnam. *Copd*, 11 (5), 575-581.

8. WHO (2017). Key facts of COPD, <[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))>.

9. WHO (2020). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Viet Nam, <<https://www.who.int/vietnam/health-topics/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd>>.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở NGƯỜI TĂNG HUYẾT ÁP TẠI HAI PHƯỜNG THÀNH PHỐ TUYẾN QUANG

ĐÀM KHẢI HOÀN, ĐÀM THU TRANG, LỤC HOÀI THU
Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm: Đàm Khải Hoàn

Email: hoanytcc@gmail.com

Ngày nhận: 26/10/2020

Ngày phản biện: 24/11/2020

Ngày duyệt bài: 13/12/2020

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết (THA) là bệnh mạn tính phổ biến và có nhiều biến chứng nguy hiểm. Bệnh hiện đang được triển khai hoạt động quản lý điều trị tại cộng đồng. Mục tiêu là đánh giá