

# NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC HÀNH DỰ PHÒNG BIẾN CHỨNG TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

TS. NGUYỄN VĂN TRIỆU

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN MINH NÚI

Chủ nhiệm Khoa Nội tiết, Bệnh viện Quân y 103

**TÓM TẮT:** **Mục tiêu:** Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng biến chứng tăng huyết áp trên bệnh nhân tăng huyết áp. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 263 bệnh nhân tăng huyết áp, điều trị ngoại trú (có đến tái khám) tại Bệnh viện Đa khoa huyện Tân Yên, tỉnh Bắc Giang, từ tháng 11/2014-10/2015. **Kết quả:** Bệnh nhân trung bình 64 tuổi, trong đó có 72,6%  $\geq$  60 tuổi; nữ giới (54,8%) nhiều hơn nam giới (45,2%); chủ yếu có trình độ học vấn trung học cơ sở (51,7%), sống chung với gia đình (93,9%), kinh tế gia đình nhóm trên cận nghèo (89,7%), gia đình không có người mắc bệnh tăng huyết áp (70,0%), phát hiện mắc bệnh khi có các triệu chứng của bệnh (74,9%), thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm (51,7%), độ tăng huyết áp thời điểm phát hiện là độ 3 (43,7%) và thời điểm nghiên cứu là độ 1 (35,0%), chưa có biến chứng tăng huyết áp (77,6%), có nhận được sự quan tâm hỗ trợ của gia đình đến thực hành về phòng biến chứng tăng huyết áp (62,4%). Bệnh nhân có trình độ trung học phổ thông trở lên, có huyết áp thời điểm nghiên cứu không vượt quá độ 1, có kiến thức về phòng biến chứng của tăng huyết áp đạt thì có khả năng thực hành phòng biến chứng tăng huyết áp cao hơn so với bệnh nhân có trình độ dưới trung học phổ thông ( $p < 0,05$ ; OR = 3,29; 95% CI: 1,63-6,64), có huyết áp thời điểm nghiên cứu  $\geq$  độ 2 ( $p < 0,05$ ; OR = 2,97; 95% CI: 1,57-5,62), có kiến thức về phòng biến chứng của tăng huyết áp không đạt ( $p < 0,05$ ; OR = 3,74; 95% CI: 2,02-6,92).

**Từ khóa:** Thực hành phòng tăng huyết áp, tăng huyết áp, biến chứng tăng huyết áp.

**ABSTRACT: Objectives:** Study on some factors related to the practice of prevention of hypertension in patients with hypertension. **Methods:** Cross-sectional descriptive study with analysis of 263 hypertensive outpatients (with re-examination) at the General hospital of Tan Yen district, Bac Giang province, from November 2014 to October 2015. **Results:** The average age of patients was 64 years, in which 72.6% of patients were 60 years and older; female patients (54.8%) were more than male patients (45.2%); most patients with lower secondary education (51.7%), living with the family (93.9%), family economy belonged to the group of near poor (89.7%), family had no member suffering from hypertension (70.0%), detected disease when observed symptoms of hypertension (74.9%), duration of disease from 1-5 years (51.7%), at the time of hypertension detection was degree 3 (43.7%) and at the time of study of hypertension was degree 1 (35.0%), without complications of hypertension (77.6%), receiving support and attention of family's practice to prevent complications of hypertension (62.4%). Patients with secondary education or higher, blood pressure at the time of study did not exceed degree 1, having knowledge about prevention of hypertension complications with the possibility of practicing prevention of hypertension higher than patients with lower secondary education ( $p < 0.05$ ; OR = 3.29; 95% CI: 1.63-6.64), blood pressure at the time of study was  $\geq$  degree 2 ( $p < 0.05$ ; OR = 2.97; 95% CI: 1.57-5.62), with poor knowledge about prevention of complications of hypertension ( $p < 0.05$ ; OR = 3.74; 95% CI: 2.02-6.92).

**Keywords:** Practice of prevention of hypertension, hypertension, complications of hypertension.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Nguyễn Văn Triệu, Email: ngvantrieu@yahoo.com

Ngày nhận bài: 05/11/2018, mời phản biện khoa học: 19/11/2018; chấp nhận đăng: 28/01/2019.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Bệnh tăng huyết áp (THA) là một trong những yếu tố nguy cơ tim mạch hàng đầu gây tàn phế, tử vong cho bệnh nhân (BN) do tổn thương cơ quan đích (não, tim, thận, mắt, mạch máu...) [13]; là gánh nặng kinh tế đối với BN và toàn xã hội [8]. Hằng năm, có khoảng 7,1 triệu người tử vong do THA, chiếm 13% tổng số ca tử vong do bệnh lý trên toàn thế giới [14]. Theo số liệu phân tích toàn cầu, năm 2000 có hơn 25% số người trưởng

thành mắc THA; dự báo đến năm 2025, tỉ lệ này sẽ là 29%, đặc biệt ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam [10].

Tần suất THA ở người trưởng thành tại Việt Nam ngày càng gia tăng, tỉ lệ mắc THA trong cộng đồng khoảng 1% những năm 1960, xấp xỉ 11% năm 1992, tăng lên 16% năm 2001 và hơn 18% năm 2005 [4]. Năm 2008, Viện Tim mạch Việt Nam khảo sát ở người trên 24 tuổi, tại 8 tỉnh/thành phố, thấy THA chiếm tới 25,1% (trong

đó, 48% BN không biết mình bị THA, 29,6% BN có điều trị và 10,7% BN điều trị kiểm soát được huyết áp). Theo nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt, tỉ lệ THA ở người Việt Nam trưởng thành chiếm khoảng 40% [5]. Nếu không có các biện pháp dự phòng, quản lý hữu hiệu, đến năm 2025, nước ta sẽ có khoảng 25 triệu người mắc THA [5].

THA và các biến chứng của THA có thể dự phòng được thông qua việc điều trị phù hợp từng giai đoạn bệnh, như phát hiện bệnh sớm, sử dụng thuốc kết hợp thay đổi lối sống tích cực hơn. Tuy nhiên, kiến thức và việc thực hành kiểm soát THA của người dân còn nhiều hạn chế. Kiến thức và thực hành của BN THA có vai trò quan trọng trong việc kiểm soát được huyết áp, phòng ngừa các biến chứng của bệnh. Thực hành kiểm soát bệnh không tốt là nguyên nhân dẫn đến việc người bệnh không tuân thủ dùng thuốc hạ huyết áp và hậu quả là tỉ lệ THA không kiểm soát được sẽ cao [12]. Những BN có thực hành tốt sẽ kiểm soát huyết áp tại nhà tốt hơn, cải thiện đáng kể việc tuân thủ thuốc và kiểm soát huyết áp [12]. Ở nước ngoài, đã có một số nghiên cứu chỉ ra các yếu tố liên quan đến thực hành của người dân về dự phòng biến chứng bệnh THA, như tuổi đời, trình độ văn hóa... [8], [9]. Song, ở Việt Nam, còn rất ít tác giả nghiên cứu về vấn đề này.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến thực hành dự phòng biến chứng bệnh trên BN THA.

## 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

263 BN THA, điều trị ngoại trú (có đến tái khám) tại Bệnh viện Đa khoa huyện Tân Yên, Bắc Giang, từ tháng 11/2014-10/2015. Loại trừ BN THA thứ phát (do các bệnh lý thận, nội tiết, bệnh tim mạch khác); BN không có khả năng trả lời phỏng vấn, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- Quy trình thu thập số liệu:

+ Bước 1 (xây dựng bộ câu hỏi): dựa vào các khái niệm, yếu tố nguy cơ, biến chứng và cách dự phòng biến chứng THA, tuân thủ điều trị và kiểm soát THA; tham khảo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang (2013), Bùi Thanh Hòa (2012), Lạch Chan Thet (2011)... và thử nghiệm, hoàn thiện (điều tra thử trên 10 BN THA để chỉnh sửa cho phù hợp), in sẵn phục vụ nghiên cứu.

+ Bước 2 (tập huấn cho điều tra viên là 2 y tá làm việc tại phòng khám của bệnh viện): nội dung tập huấn gồm mục đích, kế hoạch điều tra; kỹ năng phỏng vấn, thu thập số liệu; kỹ năng tiếp xúc và làm việc tại cộng đồng; cách xác định và thống nhất các chỉ số chiều cao, cân nặng, vòng bụng.

+ Bước 3 (thu thập số liệu): mỗi buổi sáng/chiều ngày làm việc, điều tra viên (ĐTV)

mời ngẫu nhiên 6 đối tượng nghiên cứu vào phỏng vấn (sau khi BN đo huyết áp và chờ cán bộ y tế kê đơn, cấp thuốc). Kết thúc phỏng vấn, ĐTV ghi nhận cân nặng, chiều cao, vòng bụng BN; nộp phiếu cho giám sát viên tổng hợp, kiểm tra; nếu có phiếu không đạt yêu cầu thì điều tra lại.

+ Bước 4 (xử lý số liệu và kết luận): xây dựng mô hình hồi quy logistic phù hợp, nhằm phân tích mối liên quan giữa các biến số phụ thuộc và biến số độc lập (biến số phụ thuộc gồm kiến thức, thực hành dự phòng biến chứng THA; biến số độc lập dựa trên kết quả phân tích đơn biến). Các biến số có mối liên quan ( $p < 0,05$ ) với kiến thức dự phòng biến chứng THA qua phân tích đơn biến đưa vào mô hình hồi quy logistic kiểm soát các yếu tố nhiễu. Làm sạch số liệu trong quá trình nhập liệu và kiểm tra phiếu bằng các phần mềm thống kê. Quá trình nhập liệu được tiến hành bởi 2 nghiên cứu viên để so sánh kết quả. Sau khi nhập liệu xong, lấy ngẫu nhiên 10% phiếu nhập lại để kiểm tra, đánh giá tính chính xác của thông tin. Đánh giá kiến thức, thực hành dự phòng biến chứng THA (mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm): đạt yêu cầu (trả lời đúng  $\geq 2/3$  số câu hỏi); không đạt yêu cầu (trả lời đúng  $< 2/3$  số câu hỏi).

- Một số khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá:

+ THA (theo WHO và Hội THA quốc tế): khi huyết áp tâm thu (HATTh)  $\geq 140$  mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr)  $\geq 90$  mmHg.

+ Phân độ THA (theo ESH/ESC): huyết áp tối ưu khi HATTh  $< 120$  mmHg và HATTr  $< 80$  mmHg; huyết áp bình thường khi HATTh từ 120-129 mmHg và/hoặc HATTr từ 80-84 mmHg; tiền THA khi HATTh từ 130-139 mmHg và/hoặc HATTr từ 85-89; THA độ 1 khi HATTh từ 140-159 mmHg và/hoặc HATTr từ 90-99 mmHg; THA độ 2 khi HATTh từ 160-179 mmHg và/hoặc HATTr từ 100-109 mmHg; THA độ 3 khi HATTh  $\geq 180$  mmHg và/hoặc HATTr  $\geq 110$  mmHg; THA tâm thu đơn độc khi HATTh  $\geq 140$  mmHg và HATTr  $< 90$  mmHg. Nếu HATTh và HATTr ở 2 phân độ khác nhau thì lấy trị số huyết áp lớn hơn để xếp loại.

+ Đánh giá biến chứng THA: trên tim mạch (cơn đau thắt ngực, dày thất trái, nhồi máu cơ tim, suy tim...); não (xuất huyết não, nhồi máu não, cơn đột quỵ thoáng qua, bệnh não do THA...); thận (đái ra protein, suy thận...); mắt (xuất huyết, xuất tiết và phù gai thị...); mạch máu (phình hoặc phình tách thành động mạch, các bệnh động mạch ngoại vi...).

+ Đánh giá kinh tế gia đình BN (chuẩn hộ nghèo, hộ cận nghèo áp dụng cho giai đoạn 2011-2015): hộ nghèo nông thôn thu nhập bình quân  $\leq 400.000$  đồng/người/tháng (tương đương 4,8 triệu đồng/người/năm); hộ nghèo thành thị mức thu nhập bình quân  $\leq 500.000$  đồng/người/tháng (tương đương 6 triệu đồng/người/năm); hộ cận nghèo nông thôn thu nhập bình quân 401.000-520.000

đồng/người/tháng; hộ cận nghèo thành thị thu nhập bình quân 501.000-650.000 đồng/người/tháng.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm Epidata 3.1 và SPSS 18.0.

- Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu không làm tổn hại đến sức khỏe, kinh tế của đối tượng nghiên cứu. Mọi số liệu, thông tin cá nhân BN được bảo mật, chỉ nhằm mục đích nghiên cứu và được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y tế công cộng thông qua trước khi thực hiện.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

#### 3.1. Thông tin chung về BN nghiên cứu:

Bảng 1. Thông tin về nhân khẩu học BN nghiên cứu (n = 263).

| Thông tin về nhân khẩu |                                       | Số BN | Tỉ lệ % |
|------------------------|---------------------------------------|-------|---------|
| Giới tính              | Nam                                   | 119   | 45,2    |
|                        | Nữ                                    | 144   | 54,8    |
| Tuổi đời               | < 60                                  | 72    | 27,4    |
|                        | ≥ 60                                  | 191   | 72,6    |
| Trình độ học vấn       | Không biết chữ                        | 17    | 6,5     |
|                        | Tiểu học                              | 54    | 20,5    |
|                        | Trung học cơ sở                       | 136   | 51,7    |
|                        | Trung học phổ thông                   | 43    | 16,3    |
|                        | Trung cấp đến sau đại học             | 13    | 4,9     |
| Kinh tế gia đình       | Nghèo                                 | 11    | 4,2     |
|                        | Cận nghèo                             | 16    | 6,1     |
|                        | Trên cận nghèo                        | 236   | 89,7    |
| Cơ cấu gia đình        | Sống cùng gia đình (vợ/chồng, con...) | 247   | 93,9    |
|                        | Sống một mình                         | 16    | 6,1     |

BN nữ (54,8%) nhiều hơn BN nam (45,2%). BN từ 43-90 tuổi, trung bình 64 tuổi, trong đó 72,6% BN ≥ 60 tuổi. Tỉ lệ cao nhất là BN có trình độ trung học cơ sở (51,7%), tiếp theo là tiểu học (20,5%), ít nhất là trung cấp đến sau đại học (4,9%). 89,7% BN có kinh tế gia đình trên cận nghèo, tỉ lệ có kinh tế gia đình cận nghèo và nghèo lần lượt là 6,1% và 4,2%. 93,9% BN sống chung với gia đình, 6,1% BN sống một mình.

Bảng 2. Tiếp cận thông tin y tế của đối tượng nghiên cứu (n = 263).

| Tiếp cận thông tin     |              | Số BN | Tỉ lệ % |
|------------------------|--------------|-------|---------|
| Tư vấn của cán bộ y tế | Có           | 152   | 57,8    |
|                        | Không        | 111   | 42,2    |
| Nguồn thông tin        | Truyền thông | 54    | 20,5    |
|                        | Cán bộ y tế  | 132   | 50,2    |
|                        | Sổ khám bệnh | 77    | 29,3    |

57,8% BN có tư vấn về bệnh THA của cán bộ y tế, 50,2% BN tiếp cận thông tin về bệnh THA qua cán bộ y tế.

Bảng 3. Thông tin về bệnh THA của BN nghiên cứu (n = 263).

| Thông tin                    |                                             | Số BN | Tỉ lệ % |
|------------------------------|---------------------------------------------|-------|---------|
| Gia đình có người THA        | Có                                          | 76    | 28,9    |
|                              | Không                                       | 184   | 70,0    |
|                              | Không biết                                  | 3     | 1,1     |
| Hoàn cảnh phát hiện bệnh THA | Khám sức khỏe định kì                       | 31    | 11,8    |
|                              | Có biểu hiện của bệnh (đau đầu, hoa mắt...) | 197   | 74,9    |
|                              | Qua khám sàng lọc                           | 17    | 6,5     |
|                              | Vì bệnh khác                                | 11    | 4,2     |
|                              | Khác (tự đo)                                | 7     | 2,7     |
| Thời gian điều trị THA       | Dưới 1 năm                                  | 52    | 19,8    |
|                              | Từ 1-5 năm                                  | 136   | 51,7    |
|                              | Trên 5 năm                                  | 75    | 28,5    |
| Độ THA khi phát hiện         | THA độ 1                                    | 45    | 17,1    |
|                              | THA độ 2                                    | 103   | 39,2    |
|                              | THA độ 3                                    | 115   | 43,7    |
| Độ THA thời điểm nghiên cứu  | HA tối ưu                                   | 40    | 15,2    |
|                              | HA bình thường                              | 35    | 13,3    |
|                              | Tiền THA                                    | 74    | 28,1    |
|                              | THA độ 1                                    | 92    | 35,0    |
|                              | THA độ 2                                    | 16    | 6,1     |
|                              | THA độ 3                                    | 6     | 2,3     |
| Biến chứng THA               | Có                                          | 59    | 22,4    |
|                              | Chưa có                                     | 204   | 77,6    |

70,0% BN trong gia đình không có người mắc THA; 74,9% BN phát hiện mắc THA khi có các triệu chứng của bệnh (đau đầu, chóng mặt...); 51,7% BN có thời gian mắc THA từ 1-5 năm; 43,7% BN khi phát hiện THA đã ở độ 3; 35,0% BN được xác định THA tại thời điểm nghiên cứu là độ 1; 77,6% BN chưa có các biến chứng THA.

- Thông tin về sự quan tâm và hỗ trợ của gia đình đến thực hành về phòng biến chứng THA:

+ BN có nhận được sự quan tâm và hỗ trợ của gia đình đến thực hành về phòng biến chứng THA: 165 BN (62,7%).

+ BN không nhận được sự quan tâm và hỗ trợ của gia đình đến thực hành về phòng biến chứng THA: 98 BN (37,3%).

Đa số BN có nhận được sự quan tâm và hỗ trợ của gia đình đến việc thực hành phòng biến chứng THA.

**3.3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành của người THA về dự phòng biến chứng của bệnh:**

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan tới thực hành phòng biến chứng THA.

| Yếu tố liên quan               |                 | Hệ số hồi quy (B) | Sai số chuẩn (SE) | OR thô CI (95%)     | OR hiệu chỉnh CI 95% | p      |
|--------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|---------------------|----------------------|--------|
| Trình độ học vấn               | THPT(1) trở lên | 1,19              | 0,36              | 4,08<br>(2,2-7,56)  | 3,29<br>(1,63-6,64)  | 0,001  |
|                                | Dưới THPT*      |                   |                   |                     |                      |        |
| Thời gian bị THA               | ≥ 5 năm         | 0,42              | 0,34              | 2<br>(1,14-3,5)     | 1,56<br>(0,81-3,01)  | 0,18   |
|                                | < 5 năm*        |                   |                   |                     |                      |        |
| Độ THA thời điểm nghiên cứu    | THA ≤ độ 1      | 1,14              | 0,33              | 2,27<br>(1,31-3,94) | 2,97<br>(1,57-5,62)  | 0,001  |
|                                | THA ≥ độ 2*     |                   |                   |                     |                      |        |
| Quan tâm của gia đình          | Có              | 0,26              | 0,33              | 1,9<br>(1,08-3,35)  | 1,33<br>(0,69-2,54)  | 0,4    |
|                                | Không*          |                   |                   |                     |                      |        |
| Tư vấn của cán bộ y tế         | Có tư vấn       | 0,63              | 0,38              | 1,82<br>(1,05-3,13) | 1,83<br>(0,87-3,83)  | 0,11   |
|                                | Không tư vấn*   |                   |                   |                     |                      |        |
| Nguồn thông tin tiếp cận       | Cơ sở y tế      | 0,33              | 0,37              | 2,1<br>(1,23-3,57)  | 1,4<br>(0,68-2,86)   | 0,36   |
|                                | Các nguồn khác* |                   |                   |                     |                      |        |
| Kiến thức phòng biến chứng THA | Đạt             | 1,29              | 0,32              | 4,47<br>(2,57-7,77) | 3,74<br>(2,02-6,92)  | < 0,05 |
|                                | Không đạt*      |                   |                   |                     |                      |        |

(1): Trung học phổ thông; (\*): nhóm tham chiếu; kiểm định tính phù hợp của mô hình (Hosmer and Lemeshow test):  $\chi^2 = 4,36$ ;  $df = 8$ ;  $p = 0,82 > 0,05$ .

Các biến độc lập (gồm: trình độ học vấn, thời gian mắc THA, độ THA thời điểm nghiên cứu, sự quan tâm của gia đình, tư vấn của cán bộ y tế, nguồn thông tin, kiến thức phòng biến chứng THA) là những biến có mối liên quan ( $p < 0,05$ ) với thực hành phòng biến chứng THA trong phân tích đơn biến được chọn đưa vào phân tích hồi quy logistic đa biến.

Thời gian mắc bệnh THA, quan tâm của gia đình, tư vấn của cán bộ y tế, nguồn thông tin tiếp cận không có mối liên quan với thực hành phòng biến chứng THA ( $p > 0,05$ ). Các biến còn lại (gồm trình độ học vấn, độ THA thời điểm nghiên cứu, kiến thức phòng biến chứng THA) liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành phòng biến chứng THA ( $p < 0,05$ ). BN có trình độ trung học phổ thông trở lên có khả năng thực hành phòng biến chứng THA đạt cao gấp 3,29 lần so với BN có trình độ dưới trung học phổ thông ( $p < 0,05$ ; OR = 3,29; 95% CI: 1,63-6,64). BN có huyết áp thời điểm nghiên cứu ≤ độ 1 có khả năng thực hành phòng biến chứng THA đạt cao gấp 2,97 lần so với những BN có huyết áp thời điểm nghiên cứu ≥ độ 2 ( $p < 0,05$ ; OR = 2,97; 95% CI: 1,57-5,62). BN có kiến thức về phòng biến chứng THA đạt có khả năng thực hành phòng biến chứng THA cao gấp 3,74 lần so với BN có kiến thức về phòng biến chứng của THA không đạt ( $p < 0,05$ ; OR = 3,74; 95% CI: 2,02-6,92).

#### 4. BÀN LUẬN.

Nghiên cứu cho thấy, các yếu tố trình độ học vấn, mức độ THA thời điểm nghiên cứu, kiến thức phòng biến chứng THA là những yếu tố có liên quan đến thực hành phòng biến chứng THA ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu cũng cho thấy, có mối liên quan giữa thực hành phòng biến chứng THA với trình độ học vấn, độ THA thời điểm nghiên cứu,

kiến thức phòng biến chứng THA.

BN trình độ học vấn trung học phổ thông trở lên có khả năng thực hành phòng biến chứng THA đạt cao gấp 3,29 lần so với BN trình độ dưới trung học phổ thông. Kết quả này khác so với nghiên cứu của Ngô Thị Hương Giang; Đinh Văn Sơn; Bùi Thị Thanh Hòa (đều chưa tìm thấy mối liên quan giữa trình độ học vấn với khả năng thực hành phòng biến chứng THA) [1], [2], [3]. Như vậy, trình độ học vấn không chỉ có mối liên quan đến kiến thức mà còn liên quan đến thực hành của người bệnh, những người có trình độ học vấn cao sẽ có kiến thức tốt và dẫn tới thực hành tốt.

BN có huyết áp thời điểm nghiên cứu ≤ độ 1 có khả năng thực hành phòng biến chứng THA đạt cao gấp 2,97 lần so với BN THA từ độ 2 trở lên. Kết quả này khác so với nghiên cứu của Ngô Thị Hương Giang (2013); Bùi Thị Thanh Hòa (2012) (đều chưa tìm thấy mối liên giữa huyết áp thời điểm nghiên cứu với khả năng thực hành phòng biến chứng THA) [1], [2]. Đây là một trong những điểm khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác.

BN có kiến thức đạt về phòng biến chứng THA thì có khả năng thực hành phòng biến chứng THA đạt cao gấp 3,74 lần so với BN có kiến thức không đạt về phòng biến chứng THA; tương đương nghiên cứu của Ngô Thị Hương Giang (BN có kiến thức đạt thì có khả năng thực hành đạt cao gấp 3 lần so với những người có kiến thức không đạt) [1]; Đinh Văn Sơn năm 2012 (BN có kiến thức đạt có khả năng thực hành đạt cao gấp 7 lần so với BN có kiến thức không đạt) [3]; Bùi Thị Thanh Hòa năm 2012 (BN có kiến thức đạt có khả năng thực hành đạt cao gấp 4,8 lần những người có kiến thức không đạt) [2]. Theo nghiên cứu của Fakhri Sabouh, có mối liên hệ

giữa các yếu tố cảnh báo và nhận thức về THA, tuy nhiên không thấy mối liên quan đáng kể giữa hiểu biết và thực hành phòng biến chứng THA [9]; nghiên cứu của Hala H chỉ ra mối liên quan giữa hiểu biết phòng biến chứng THA với giới nam, chỉ số BMI bình thường và thực hành phòng biến chứng THA [11]; nghiên cứu của Chen L cho thấy vai trò giáo dục, nâng cao dân trí và thực hành dự phòng biến chứng THA [7]; nghiên cứu của Cai L thấy, có mối liên quan giữa thực hành THA và trình độ học vấn, trang thiết bị y tế [6].

## 5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 263 BN THA, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Tân Yên, tỉnh Bắc Giang, từ tháng 11/2014-10/2015, rút ra kết luận:

- BN nữ (54,8%) nhiều hơn BN nam (45,2%). Tuổi trung bình của BN là 64 tuổi (72,6% BN  $\geq$  60 tuổi). Đa số BN có trình độ học vấn trung học cơ sở (51,7%), tiểu học (20,5%) và trung học phổ thông (16,3%); có kinh tế gia đình nhóm trên cận nghèo (89,7%), nhóm cận nghèo và nghèo (lần lượt là 6,1% và 4,2%). Có 93,9% BN sống chung với gia đình, 6,1% BN sống một mình.

- Đa số BN trong gia đình không có người mắc THA (70,0%), phát hiện bệnh khi có các triệu chứng bệnh THA (74,9%), thời gian mắc bệnh từ 1-5 năm (51,7%), độ THA thời điểm phát hiện bệnh là độ 3 (43,7%) và thời điểm nghiên cứu là độ 1 (35,0%), chưa có biến chứng THA (77,6%), có nhận được sự quan tâm hỗ trợ của gia đình đến thực hành phòng biến chứng THA (62,4%).

- BN có trình độ trung học phổ thông trở lên có khả năng thực hành phòng biến chứng THA đạt cao gấp 3,29 lần so với BN có trình độ dưới trung học phổ thông ( $p < 0,05$ ; OR = 3,29; 95% CI: 1,63-6,64). BN huyết áp thời điểm nghiên cứu không quá độ 1 có khả năng thực hành phòng biến chứng THA đạt cao gấp 2,97 lần so với những BN huyết áp thời điểm nghiên cứu từ độ 2 trở lên ( $p < 0,05$ ; OR = 2,97; 95% CI: 1,57-5,62). BN có kiến thức về phòng biến chứng THA đạt có khả năng thực hành phòng biến chứng THA cao gấp 3,74 lần so với BN có kiến thức về phòng biến chứng của THA không đạt ( $p < 0,05$ ; OR = 3,74; 95% CI: 2,02-6,92).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Ngô Thị Hương Giang (2013), *Kiến thức, thực hành và yếu tố liên quan đến phòng biến chứng ở người THA tại huyện Thanh Trì, TP.Hà Nội năm 2013*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y tế công cộng.
2. Bùi Thị Thanh Hòa (2012), *Khảo sát kiến thức, thực hành phòng biến chứng THA ở BN THA quản lý ngoại trú tại Bệnh viện E Hà Nội, năm 2012*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y tế công cộng.
3. Đinh Văn Sơn (2012), *Kiến thức, thực hành phòng tránh biến chứng THA ở BN THA đến khám tại các trạm y tế xã, huyện Bình Xuyên, Vĩnh Phúc,*

*năm 2012*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y tế công cộng.

4. Nguyễn Văn Triệu (2008), “Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ đột quỵ tại tỉnh Hải Dương”, *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, tr. 205-207.

5. Nguyễn Lâm Việt và cộng sự (2008), *Tăng huyết áp: Bài giảng bệnh học nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 31-52.

6. Cai L, Dong J, Cui W.L, You D.Y, Golden A.R (2017), “Socioeconomic differences in prevalence, awareness, control and self-management of hypertension among four minority ethnic groups, in rural southwest China”, *J Hum Hypertens*, 31 (6): 388-94.

7. Chen L, Zong Y, Wei T, Sheng X, Shen W, Li J, Niu Z, Zhou H, Zhang Y (2015), “Prevalence, awareness, medication, control, and risk factors associated with hypertension in Yi ethnic group aged 50 years and over in rural China: the Yunnan minority eye study”, 15, 15:383.

8. Esayas K, Yadani M, Sahilu A (2013), “Prevalence of hypertension and its risk factors in southwest Ethiopia: a hospital-based cross-sectional survey”, *Integr Blood Press Control*, 6: 111-17.

9. Fakhri Sabouhi, Sima Babae, Homayoon Naji (2011), “Knowledge, awareness, attitudes and practice about hypertension in hypertensive patients referring to public health care centers in Khor & Biabanak”, *Iran J Nurs Midwifery Res*, 16(1): 34-40.

10. Habtamu A, Mesfin A, Tadesse A (2013), “Assessments of adherence to hypertension managements and its influencing factors among hypertensive patients attending black lion hospital chronic follow up unit”, *Addis Ababa, Ethiopia, IJPSR* 4: 1086-1095.

11. Hala H Sa'adeh, Razan N Darwazeh, Amani A Khalil, Sa'ed H Zyoud (2018), “Knowledge, attitudes and practices of hypertensive patients towards prevention and early detection of chronic kidney disease: a cross sectional study from Palestine”, *Clin Hypertens*, 24: 6.

12. J.Whelton P.K, Carey R.M et al (2018), “2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines”, *J Am Coll Cardiol*, 71 (19).

13. Khan M.U, Shah S, Hameed T (2014), “Barriers to and determinants of medication adherence among hypertensive patients attended National Health Service Hospital, Sunderland”, *J Pharm Bioallied Sci*, 6: 104-108.

14. Lawes C.M, Vander Hoorn S, Rodgers A (2008), “International Society of Hypertension - Global burden of blood-pressure-related disease, 2001”, *Lancet*, 371: 1513-1518. □