

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC PHÒNG BIẾN CHỨNG TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

TS. NGUYỄN VĂN TRIỆU, BSCKI. NGUYỄN TRUNG THÁI

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

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

Phó chủ nhiệm Bộ môn Tim-thận-khớp-nội tiết,

Học viện Quân y

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng biến chứng tăng huyết áp trên bệnh nhân tăng huyết áp. *Đối tượng và 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 đến tháng 10/2015. *Kết quả:* Bệnh nhân trung bình 64 tuổi, trong đó có 72,6% từ 60 tuổi trở lên; nữ giới (54,8%) nhiều hơn nam giới (45,2%). Chủ yếu bệnh nhân có trình độ học vấn trung học cơ sở, sống chung với gia đình, kinh tế gia đình nhóm trên cận nghèo (51,7%, 93,9% và 89,7%). Bệnh nhân có trình độ học vấn trên trung học phổ thông, kinh tế gia đình trên cận nghèo, tăng huyết áp ≥ 5 năm, đã từng mắc biến chứng tăng huyết áp có kiến thức đạt cao hơn so với bệnh nhân có trình độ dưới trung học phổ thông ($p < 0,05$; OR = 2,49; CI 95%: 1,31-4,72), bệnh nhân có kinh tế gia đình cận nghèo/ngheo ($p < 0,05$; OR = 3,5; 95% CI: 1,22-10,09), bệnh nhân tăng huyết áp dưới 5 năm ($p < 0,05$; OR = 2,03; 95% CI: 1,13-3,63), bệnh nhân chưa mắc biến chứng tăng huyết áp ($p < 0,05$; OR = 2,11; 95% CI: 1,1-4,02).

Từ khóa: Hiểu biết, tăng huyết áp, biến chứng tăng huyết áp, các yếu tố liên quan.

ABSTRACT: *Objects:* This study assessed some factors related to knowledge of prevention of hypertensive complications in hypertensive patients in Tan Yen hospital (Tan Yen district, Bac Giang province). *Methods:* A cross-sectional study was conducted between November, 2014 and September, 2015. The study subjects were hypertensive patients. Doctor interviewed subjects using a structured, pretested, open-ended questionnaire. *Results:* 263 individuals were interviewed during study period (45.2% male, 54.8% female, mean age 64 years). Participants finished secondary school, households with average income, experienced more than 5 years with hypertension, history of hypertensive complications have better knowledge of hypertensive complications than those did not finish secondary school ($p < 0.05$; OR = 2.49; 95% CI: 1.31-4.42, pro - poor households and poor households (OR = 3.5, $p < 0.05$; 95% CI: 1.22-10.09), experienced less than 5 years with hypertension (OR = 2.03, $p < 0.05$; 95% CI: 1.13-3.63) and no history of hypertensive complications (OR = 2.11, $p < 0.05$; 95% CI: 1.1-4.02).

Keywords: Knowledge, hypertension, hypertensive complications, related factors.

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

Ngày nhận bài: 15/9/2018; mời phản biện khoa học: 27/9/2018; chấp nhận đăng: 15/10/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh phổ biến trên thế giới và ở Việt Nam. Bệnh THA ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe con người; là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế và tử vong ở người cao tuổi. Theo Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ, THA ảnh hưởng đến sức khỏe của hơn 1 tỉ người trên thế giới; là yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng nhất liên quan đến các bệnh mạch vành, suy tim, bệnh mạch máu não, bệnh thận mạn tính [10]. Ước tính, mỗi năm trên thế giới có khoảng 9,4 triệu người tử vong do các biến chứng của THA. Cùng với sự gia tăng và già hóa dân số, số người mắc THA không kiểm soát cũng ngày càng nhiều. Năm 1980, có khoảng 600 triệu người THA; đến năm 2008, số mắc THA đã gần 1 tỉ

người. Dự đoán số người mắc THA sẽ tiếp tục tăng và đạt khoảng 1,56 tỉ người năm 2025 [10].

Tại Việt Nam, tần suất THA ở người lớn ngày càng gia tăng. Trong những năm 1960, tỉ lệ THA khoảng 1%, năm 1992 là 11,2%, năm 2001 là 16,3% và năm 2005 là 18,3% [4]. Theo một điều tra năm 2008 của Viện Tim mạch Việt Nam tiến hành ở người trên 24 tuổi, tại 8 tỉnh/thành phố cho thấy, THA chiếm 25,1% (trong đó có 48% bệnh nhân không biết mình bị THA; 29,6% được điều trị và chỉ 10,7% điều trị kiểm soát được huyết áp). Gần đây, theo nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt, tỉ lệ THA ở người lớn khoảng 40%. Nếu không có các biện pháp dự phòng và quản lý hữu hiệu thì đến năm 2025, sẽ có khoảng 25 triệu người Việt Nam bị THA [5], [8].

THA và các biến chứng của THA có thể phòng ngừa được thông qua việc điều trị phù hợp đối với từng giai đoạn của bệnh, như phát hiện bệnh sớm, sử dụng thuốc kết hợp thay đổi lối sống tích cực... Tuy nhiên, kiến thức và thực hành kiểm soát THA của người dân còn nhiều hạn chế. Kiến thức của bệnh nhân (BN) THA có vai trò quan trọng trong kiểm soát, phòng ngừa biến chứng của bệnh. Kiến thức về bệnh không đầy đủ làm BN không tuân thủ dùng thuốc, dẫn tới tỉ lệ không kiểm soát được huyết áp lớn [10]. BN có kiến thức tốt về bệnh sẽ thực hành theo dõi huyết áp tại nhà tốt hơn, cải thiện đáng kể việc tuân thủ dùng thuốc và kiểm soát huyết áp [7]. Một số nghiên cứu ở các nước trên thế giới đã chỉ ra những yếu tố liên quan đến kiến thức của người dân về dự phòng biến chứng bệnh THA như tuổi, trình độ văn hóa... [6], [7]. Tuy nhiên, 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 kiến thức dự phòng biến chứng THA 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, tỉnh Bắc Giang, từ tháng 11/2014 đến tháng 10/2015.

Loại trừ các BN THA thứ phát (do các bệnh lý thận, bệnh nội tiết, bệnh tim mạch khác), BN không có khả năng trả lời phỏng vấn, BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế 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 bệnh THA, biến chứng, cách phòng biến chứng THA) 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 (ĐTV) 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 cân, đo các chỉ số chiều cao, cân nặng, vòng bụng và thống nhất các chỉ số đo.

+ Bước 3: thu thập số liệu. Mỗi buổi sáng/chiều ngày làm việc, ĐTV lựa chọn ngẫu nhiên 6 BN THA, mời tham gia vào nghiên cứu và tiến hành phỏng vấn (sau khi BN đo huyết áp và chờ cán bộ y tế kê đơn, cấp thuốc). Kết thúc phỏng vấn, ĐTV đo cân nặng, chiều cao và 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 phụ thuộc và các biến độc lập. Biến số phụ thuộc đưa vào mô hình hồi quy logistic gồm kiến thức, thực hành phòng biến chứng THA. Biến số độc lập đưa vào mô hình hồi quy logistic dựa trên kết quả phân tích đơn biến. Các biến có mối liên quan ($p < 0,05$) với kiến thức 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. Đánh giá kiến thức, thực hành 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).

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

- Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu được chính quyền địa phương, Bệnh viện Đa khoa huyện Tân Yên, Trung tâm Y tế dự phòng huyện Tân Yên, Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế công cộng thông qua và người dân ủng hộ trước khi tiến hành triển khai tại thực địa.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Thông tin về nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n = 263):

Thông tin về nhân khẩu học		Số BN	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	119	45,2
	Nữ	144	54,8
Tuổi	< 60 tuổi	72	27,4
	≥ 60 tuổi	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, cao đẳng, đại học và 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, cháu)	247	93,9
	Sống một mình	16	6,1

BN nữ (54,8%) mắc bệnh nhiều hơn BN nam (45,2%). Tuổi BN từ 43-90 tuổi, trung bình là 64 tuổi, trong đó 72,6% BN ≥ 60 tuổi. Chiếm tỉ lệ cao nhất là BN có trình độ học vấn trung học cơ sở (51,7%), tiếp theo là tiểu học (20,5%), thấp nhất là BN có trình độ học vấn trung cấp, cao đẳng, đại học và sau đại học (4,9%). 89,7% BN có kinh tế gia

đình trên cận nghèo, BN có kinh tế gia đình cận nghèo và nghèo chiếm lần lượt là 6,1% và 4,2%. 93,9% BN sống chung với gia đình, 6,1% BN sống một mình.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng biến chứng THA trên BN mắc THA:

Các biến độc lập gồm trình độ học vấn, kinh tế gia đình, thời gian mắc bệnh THA, có biến chứng

Bảng 2. Mô hình hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan kiến thức phòng biến chứng THA (n = 263).

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	Trên trung học phổ thông	0,9	0,33	3,03 (1,65-5,56)	2,49 (1,31-4,72)	0,005
	Dưới trung học phổ thông*					
Kinh tế gia đình	Trên cận nghèo	1,27	0,54	3,18 (1,16-8,69)	3,5 (1,22-10,09)	0,02
	Nghèo/cận nghèo*					
Thời gian mắc THA	≥ 5 năm	0,66	0,3	2,39 (1,39-4,13)	2,03 (1,13-3,63)	0,02
	< 5 năm*					
Biến chứng THA	Đã từng mắc	0,76	0,33	1,99 (1,11-3,57)	2,11 (1,1-4,02)	0,02
	Chưa từng mắc*					
Nguồn thông tin	Cơ sở y tế	0,53	0,28	1,76 (1,07-2,9)	1,7 (1,0-2,89)	0,051
	Các nguồn khác*					

(*): nhóm tham chiếu; kiểm định tính phù hợp của mô hình ($\chi^2 = 2,28$; $df = 6$; $p = 0,89 > 0,05$).

BN trình độ học vấn trên trung học phổ thông có kiến thức đạt cao gấp 2,49 lần so với BN trình độ dưới trung học phổ thông ($p < 0,05$; OR = 2,49; CI 95%: 1,31-4,72). BN kinh tế gia đình trên cận nghèo có kiến thức đạt cao gấp 3,5 lần so với BN gia đình cận nghèo/nghèo ($p < 0,05$; OR = 3,5; 95% CI: 1,22-10,09). BN THA từ 5 năm trở lên có kiến thức đạt cao gấp 2,03 lần so với BN THA dưới 5 năm ($p < 0,05$; OR = 2,03; 95% CI: 1,13-3,63). BN đã từng mắc biến chứng THA có kiến thức đạt cao gấp 2,11 lần so với BN chưa từng mắc biến chứng THA ($p < 0,05$; OR = 2,11; 95% CI: 1,1-4,02).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu:

- Nghiên cứu 263 BN THA, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Tân Yên, tỉnh Bắc Giang cho thấy, BN từ 43-90 tuổi, độ tuổi ≥ 60 chiếm 72,6%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hà Thị Liên năm 2013 (81% đối tượng nghiên cứu ≥ 60 tuổi và 19% dưới 60 tuổi); Lixing Chen và cộng sự năm 2012 (70,2% đối tượng nghiên cứu trên 60 tuổi, 29,8% đối tượng nghiên cứu dưới 60 tuổi) [6]. Nghiên cứu ở Mozambique cho thấy, tuổi càng lớn thì nguy cơ THA càng nhiều. Do đó, tuổi cao là một trong những yếu tố nguy cơ gây bệnh THA.

- 78,7% BN có trình độ từ trung học phổ thông trở xuống, 21,2% BN có trình độ trên trung học cơ sở. Có thể do nghiên cứu được tiến hành tại một huyện miền núi của tỉnh Bắc Giang, điều kiện kinh

THA, nguồn thông tin là những biến có mối liên quan ($p < 0,05$) trong phân tích đơn biến với kiến thức phòng biến chứng THA được chọn đưa vào phân tích hồi quy logistic đa biến; các biến, như tiền sử gia đình có THA, sự quan tâm của gia đình không có mối liên quan với kiến thức phòng biến chứng THA ($p > 0,05$), không đưa vào phân tích hồi quy logistic đa biến.

tế, đi lại ở đây còn nhiều khó khăn, nên người dân chưa có điều kiện học tập tốt. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Malik A năm 2012 (70,3% đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn trung học và 29,7% có trình độ trên trung học), nhưng thấp hơn nghiên cứu của Bùi Thị Thanh Hòa (88,2% đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn trên trung học phổ thông, 11,8% đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông) [2]. Sự khác nhau này có thể do nghiên cứu của Bùi Thị Thanh Hòa tiến hành ở Hà Nội, một trung tâm chính trị, kinh tế, văn hóa hàng đầu của cả nước.

- 93,9% BN đang sống cùng gia đình (vợ, chồng, con, cháu...), 6,1% BN sống một mình. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Văn Sơn năm 2012 (95,6% đối tượng nghiên cứu sống cùng gia đình và 4,4% sống một mình [3]). Điều này phù hợp với phong tục tập quán, văn hóa của người Việt Nam (con cháu thường sống cùng ông bà, cha mẹ và có trách nhiệm chăm sóc ông bà, cha mẹ khi tuổi già và bệnh tật).

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức phòng biến chứng THA trên BN mắc THA:

Phân tích hồi quy đa biến cho thấy, có mối liên quan giữa kiến thức phòng biến chứng THA với các yếu tố, như trình độ học vấn, kinh tế gia đình, thời gian mắc bệnh THA, tiền sử mắc biến chứng THA ($p < 0,05$).

- BN trình độ học vấn trên trung học phổ thông (cấp 3) có kiến thức đạt cao gấp 2,49 lần so với những người thuộc nhóm trình độ dưới trung học phổ thông ($p < 0,05$; OR = 2,49; CI 95%: 1,31-4,72). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Bùi Thị Thanh Hòa (2012) (những người có trình độ học vấn trên cấp 3 có kiến thức đạt cao hơn gấp 2,8 lần so với những người có trình độ dưới cấp 3) [2], nhưng khác với kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Hương Giang (2013) (chưa tìm thấy mối liên quan giữa trình độ học vấn với kiến thức về phòng bệnh chứng THA) [1]. Theo Lixing Chen (2012), nghiên cứu trên đối tượng từ 50 tuổi trở lên cho thấy, trình độ học vấn có liên quan chặt chẽ với nhận thức về THA [6]; nghiên cứu của Piwonsaka và cộng sự tại Ba Lan (2003-2005) cho thấy, trình độ học vấn cao, người cao tuổi, người mắc THA có kiến thức tốt hơn về THA, nữ có kiến thức về THA tốt hơn nam [9]. Có thể, những người có trình độ học vấn khi biết mình mắc bệnh THA đã chủ động tìm hiểu những thông tin liên quan đến bệnh và biết cách làm thế nào để kiểm soát bệnh tốt hơn.

- BN kinh tế gia đình trên cận nghèo có kiến thức đạt cao gấp 3,5 lần so với những người thuộc nhóm gia đình cận nghèo/ngheo. Kết quả này khác với nghiên cứu của Đinh Văn Sơn (2012) (chưa tìm thấy mối liên quan giữa điều kiện kinh tế gia đình với kiến thức phòng bệnh chứng THA [3]), nhưng tương đương nghiên cứu của Ngô Thị Hương Giang (2013) (có mối liên quan giữa kiến thức phòng bệnh chứng của THA với điều kiện kinh tế gia đình [1]). Điều này phù hợp với thực tế, những gia đình kinh tế khá hơn sẽ có điều kiện tìm hiểu thông tin và tiếp cận với các dịch vụ y tế tốt hơn.

- BN THA từ 5 năm trở lên có kiến thức đạt cao gấp 2,03 lần so với BN THA dưới 5 năm. Theo nghiên cứu của Ngô Thị Hương Giang (2013), thời gian mắc bệnh THA của đối tượng nghiên cứu có liên quan đến kiến thức phòng bệnh chứng của THA [1]. Thực tế cho thấy, người bệnh thường có xu hướng quan tâm và tìm hiểu những thông tin liên quan đến bệnh của mình. Vì vậy, thời gian mắc bệnh càng lâu thì kiến thức tích lũy về bệnh càng nhiều.

- BN đã từng mắc biến chứng THA có kiến thức đạt cao gấp 2,11 lần so với những người chưa từng mắc biến chứng THA. Nghiên cứu của Bùi Thị Thanh Hòa (2012) và Ngô Thị Hương Giang (2013) đều cho thấy có mối liên quan giữa tiền sử mắc biến chứng THA với kiến thức phòng bệnh chứng của THA [1], [2].

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%) mắc bệnh nhiều hơn BN nam (45,2%). Tuổi trung bình của BN là 64 tuổi, trong đó 72,6% BN ≥ 60 tuổi. Chiếm tỉ lệ nhiều nhất là BN có trình độ học vấn trung học cơ sở (51,7%), tiếp theo là tiểu học (20,5%), ít nhất là BN có trình độ học vấn trung cấp, cao đẳng, đại học và sau đại học (4,9%). Chủ yếu BN kinh tế gia đình thuộc nhóm trên cận nghèo (89,7%), nhóm cận nghèo và nghèo chiếm lần lượt là 6,1% và 4,2%. Có 93,9% BN sống chung với gia đình, 6,1% BN sống một mình.

- BN trình độ học vấn trên trung học phổ thông có kiến thức đạt cao gấp 2,49 lần so với những người thuộc nhóm có trình độ dưới trung học phổ thông ($p < 0,05$; OR = 2,49; CI 95%: 1,31-4,72). BN kinh tế gia đình trên cận nghèo có kiến thức đạt cao gấp 3,5 lần so với những người thuộc nhóm gia đình cận nghèo/ngheo ($p < 0,05$; OR = 3,5; 95% CI: 1,22-10,09). BN THA từ 5 năm trở lên có kiến thức đạt cao gấp 2,03 lần so với BN THA dưới 5 năm ($p < 0,05$; OR = 2,03; 95% CI: 1,13-3,63). BN đã từng mắc biến chứng THA có kiến thức đạt cao gấp 2,11 lần so với những người chưa từng mắc biến chứng THA ($p < 0,05$; OR = 2,11; 95% CI: 1,1-4,02).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Ngô Thị Hương Giang (2013), *Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng bệnh chứng ở người bị THA tại huyện Thanh Trì, thành phố Hà Nội, năm 2013*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.
2. Bùi Thị Thanh Hòa (2012), *Khảo sát kiến thức và thực hành dự phòng bệnh chứng của THA ở BN THA được quản lý ngoại trú tại Bệnh viện E Hà Nội, năm 2012*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.
3. Đinh Văn Sơn (2012), *Kiến thức, thực hành phòng tránh biến chứng của bệnh THA ở người bị THA đến khám tại các trạm y tế xã trên huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc, năm 2012*, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, 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 Lân 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. Lixing Chen, Yuan Zong (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", *BMC Public Health*, 15(1), pp. 383-386.

7. Ogedegbe G, Schoenthaler A (2006), "A systematic review of the effects of home blood pressure monitoring on medication adherence", *Journal of Clinical Hypertension*, 8 (3), pp. 174-180.

8. Son P.T (2012), "Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey", *J Hum Hypertens*, 26 (4): 268-80.

9. Piwonska A, Piotrowski W (2012), "Knowledge about arterial hypertension in the Polish population: the WOBASZ study", *Kardiologia Pol*, 70 (2): 140-6.

10. J, Whelton P.K, Carey R.M, Aronow W.S 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).□

NGHIÊN CỨU CƯỜNG ĐỘ TIẾNG ÒN VÀ NHỮNG ẢNH HƯỞNG...

(Tiếp theo trang 18)

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu cường độ tiếng ồn và 426 NLD làm việc tiếp xúc trực tiếp với tiếng ồn, tại sân bay quân sự của đơn vị không quân X., từ tháng 12/2016 đến 6/2017, chúng tôi rút ra kết luận:

- Mức áp âm chung trung bình là $89,4 \pm 6,1$ dBA. Mức tiếng ồn tối đa (119 dBA) và tối thiểu (86 dBA) đều cao hơn TCCP. 82,8% mẫu đo tiếng ồn vượt TCCP theo mức áp âm chung, 89,1% mẫu đo tiếng ồn vượt TCCP tính theo dải tần số. Tiếng ồn vượt TCCP tập trung ở các dải ốc tạco (tần số 2.000 Hz là 77,6%, tần số 1.000 Hz là 74,1%, tần số 4.000 Hz là 64,9%).

- NLD có tuổi nghề trung bình là $13,5 \pm 4,8$ năm, trong đó 43,9% có tuổi nghề từ 11-20 năm. 57,7% NLD thuộc nhóm nghề kỹ thuật hàng không, 16,2% NLD là phi công, 26,1% NLD thuộc lực lượng bảo đảm khác.

- 67,8% NLD có triệu chứng ù tai, 28,9% NLD có triệu chứng nghe kém. Tuổi nghề càng cao thì tỉ lệ có triệu chứng ù tai, nghe kém càng lớn, khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi nghề ($p < 0,05$). Tỉ lệ điếc nghề nghiệp ở nhóm kỹ thuật hàng không cao hơn 2 nhóm còn lại, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. 15,0% NLD mắc bệnh điếc nghề nghiệp, trong đó 37,9% có tuổi nghề

trên 20 năm, 16,6% từ 11-20 năm, 4,6% từ 5-10 năm. 45/64 NLD (70,3%) tổn thương cơ thể mức độ nhẹ, 19/64 NLD (29,7%) tổn thương cơ thể mức độ trung bình.

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng chúng tôi có một số kiến nghị sau:

- Trang bị đầy đủ các phương tiện bảo hộ lao động, như nút tai và bịt tai chống ồn cho tất cả các đối tượng NLD làm việc tiếp xúc trực tiếp với tiếng ồn, đặc biệt là nhóm kỹ thuật hàng không. Cần có biện pháp tổ chức lao động và kỹ thuật để giảm thiểu tác hại của tiếng ồn đến thính lực người lao động.

- Đo thính lực định kỳ, phát hiện sớm các trường hợp giảm thính lực ở tần số cao và có biện pháp phòng bệnh cho các đối tượng này.

- Tổ chức khám sức khỏe nghề nghiệp định kỳ, phát hiện sớm những trường hợp mắc bệnh điếc nghề nghiệp để có những biện pháp can thiệp kịp thời, hạn chế mức độ tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hồ Xuân An (2003), *Nghiên cứu ảnh hưởng tiếng ồn do xe tăng-thiết giáp tới thính lực của bộ đội vận hành và đề xuất các biện pháp phòng hộ*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 17-61.

2. Lương Sĩ Cần (1992), "Đo thính lực bằng đơn âm", *Những vấn đề điếc và nghễnh ngãng*, VTN/PBD-002, tr. 82-95.

3. Vũ Thị Hương Giang (2005), *Đánh giá ảnh hưởng của tiếng ồn tới sức nghe của công nhân trong các ngành nghề*, Báo cáo toàn văn hội nghị khoa học quốc tế y học lao động và vệ sinh môi trường lần thứ 3.

4. Vũ Trường Phong (1997), *Ảnh hưởng tiếng ồn công nghiệp tới thính lực công nhân nhà máy đóng tàu Sông Cấm và Công ty Vận tải thủy III*, Luận văn thạc sĩ y khoa.

5. Hoàng Minh Thúy (2010), *Nghiên cứu đặc điểm sức khỏe người lao động tiếp xúc với tiếng ồn công nghiệp và hiệu quả của giải pháp can thiệp*, Luận án tiến sĩ y học, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

6. Ahmed H.O, Dennis J.H, Badran O, Ismail M, Ballal S.G, Ashoor A, Jerwod D (2001) "High-frequency (10-18 Hz) hearing thresholds; reliability and effects of age and occupational noise exposure", *Occup Med*, (lond), 51 (4), pp. 128-134, 245-258.

7. Avenue Ledru-Rollin (2005), "Noise-induced hearing loss: news in the regulation", *Except*, 155, 75011 Paris, France, 21 (12), pp. 1089-1095.□