

bảo mạnh mẽ cho chất lượng cuộc sống và sự ổn định sau xạ phẫu Gamma Knife [5]. Trong nghiên cứu của Nông Văn Dương đánh giá tình trạng đau và chất lượng cuộc sống người bệnh ung thư giai đoạn muộn cũng cho thấy mức độ đau ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số toàn trạng ≥ 90 và mức độ đau < 5 có chất lượng cuộc sống tốt hơn đáng kể với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống người bệnh ung thư phổi di căn não cải thiện đáng kể sau điều trị xạ phẫu Gamma Knife. Chỉ số toàn trạng Karnofski và mức độ đau là các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. S. Barnholtz-Sloan, A. E. Sloan, F. G. Davis et al, (2004), Incidence proportions of brain metastases in patients diagnosed (1973 to 2001) in the Metropolitan Detroit Cancer Surveillance System, *J Clin Oncol*, **22(14)**, 2865-72.
2. L. J. Schouten, J. Rutten, H. A. Huvneers et al, (2002), Incidence of brain metastases in a

cohort of patients with carcinoma of the breast, colon, kidney, and lung and melanoma, *Cancer*, **94(10)**, 2698-705.

3. J. P. Sheehan, M. H. Sun, D. Kondziolka et al, (2002), Radiosurgery for non-small cell lung carcinoma metastatic to the brain: long-term outcomes and prognostic factors influencing patient survival time and local tumor control, *J Neurosurg*, **97(6)**, tr. 1276-81.
4. M. Gerosa, A. Nicolato, R. Foroni et al, (2005), Analysis of long-term outcomes and prognostic factors in patients with non-small cell lung cancer brain metastases treated by gamma knife radiosurgery, *J Neurosurg*, **102 Suppl**, tr. 75-80.
5. S. Bragstad, M. Flatebo, G. K. Natvig et al, (2017), Predictors of quality of life and survival following Gamma Knife surgery for lung cancer brain metastases: a prospective study, *J Neurosurg*, **129(1)**, 71-83.
6. Chen, E., Nguyen, J., Zhang, L. et al, (2012), Quality of life in patients with brain metastases using the EORTC QLQ-BN20 and QLQ-C30, *J Radiat Oncol*, **1**, 179-186 <https://doi.org/10.1007/s13566-012-0016-0>.
7. Nông Văn Dương, Bùi Thị Huyền, Trương Thái Sơn và cộng sự, (2018), Đánh giá tình trạng đau và chất lượng cuộc sống người bệnh ung thư giai đoạn muộn được chăm sóc giảm nhẹ tại trung tâm ung bướu Thái Nguyên, *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*, **01(04)**, 7 - 13.

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC TƯ VẤN CHO NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG

Nguyễn Như Phượng¹, Lê Thị Bình²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phân tích thực hiện trên 385 bệnh nhân tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa khu vực An Giang từ tháng 09/2020 đến tháng 12/2020 trên bệnh nhân THA của BVĐK khu vực An Giang. Mục tiêu (1) là Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh THA tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa khu vực An Giang và một số yếu tố liên quan. (2) Phân tích thực trạng chăm sóc tư vấn cho NB tại BVĐK khu vực An Giang. Số liệu thu thập được là bệnh án nghiên cứu về tuân thủ điều trị của người bệnh như nữ chiếm cao hơn nam giới (50,6% so với 49,4%), Tuổi trung bình: $66,1 \pm 12,2$; thời gian bị bệnh trung bình $7,8 \pm 5,6$ năm. Có kiến thức tuân thủ điều trị chiếm 78,7% và chưa có kiến

tuân thủ điều trị chiếm 21,3%. Có tuân thủ TH trong điều trị chiếm 62,9% và chưa tuân thủ TH chiếm 37,1%; về CS chung cho NB: ở mức tốt chiếm 74,3% và mức chưa tốt chiếm 25,7%; tư vấn mức tốt cho NB chiếm 70,4% và mức chưa tốt còn 29,6%. Có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa tuổi > 60 tuổi và < 60 tuổi với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$), giữa trình độ học vấn dưới Trung học phổ thông và đại học ($p < 0,05$); giữa NB không ăn mặn và có ăn mặn ít; giữa không ăn chất béo và ăn ít chất béo; có hút thuốc lá và không hút thuốc lá với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$); giữa mắc bệnh trên 10 năm và dưới 5 năm với tuân thủ điều trị ($p < 0,000$). Giữa kiến thức chưa tốt và NB có kiến thức tốt với tuân thủ điều trị ($p < 0,000$); giữa NB chăm sóc chưa tốt và NB được chăm sóc tốt với tuân thủ điều trị ($p < 0,000$); giữa chưa được tư vấn tốt và được tư vấn tốt với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$).

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, kiến thức, thực hành, chăm sóc, tư vấn cho bệnh nhân

SUMMARY

COMPLIANCE IN TREATMENT AND COUNSELING CARE FOR HYPERTENSIVE PATIENTS TREATED AT THE DEPARTMENT

¹Bệnh viện ĐK khu vực An Giang

²Trường ĐH Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Bình

Email: lethibinh1818@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 2.7.2021

Ngày duyệt bài: 15.7.2021

OF EXAMINATION, AN GIANG GENERAL HOSPITAL

A cross-sectional descriptive study combined with analysis performed on 385 patients at the Department of Examination, An Giang General Hospital from September 2020 to December 2020 on hypertensive patients of the general hospital, An Giang area. Objective (1) is to describe the status of compliance in treatment of hypertensive patients at the Department of Examination, An Giang General Hospital and some related factors. (2) Analysis of the current situation of consulting care for patients at An Giang Regional General Hospital. The collected data are medical records of patients' adherence to treatment, as female patients accounted for more than men (50.6% compared to 49.4%). Average age: 66.1 ± 12.2 ; the average duration of illness was 7.8 ± 5.6 years. Knowledge of treatment adherence accounted for 78.7% and no knowledge of treatment adherence accounted for 21.3%. Compliance with practice in treatment accounted for 62.9% and non-compliance with practice accounted for 37.1%; on general care for patients: at a good level 74.3% and the bad level accounted for 25.7%; Counseling good level for patients accounted for 70.4% and bad level was 29.6%. There is a clear and statistically significant difference between age > 60 years old and < 60 years old with treatment adherence ($p < 0.05$), between education level below high school and university ($p < 0.05$); between patients who do not eat salt and eat less salt; between not eating fat and eating less fat; smoker and non-smoker with treatment adherence ($p < 0.05$); between more than 10 years of disease and less than 5 years of treatment adherence ($p < 0.000$). Between poor knowledge and patients with good knowledge and treatment adherence ($p < 0,000$); between poorly cared for patients and well cared for patients with treatment adherence ($p < 0,000$); between not being consulted well and being well counseled with treatment adherence ($p < 0.05$)

Keywords: Treatment adherence, knowledge, practice, care, counseling for patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, là một trong những bệnh mạn tính gây ra gánh nặng bệnh tật và tử vong nghiêm trọng nhất trên phạm vi toàn cầu. Theo báo cáo của hội Tim Mạch học Việt Nam, tính đến tháng 5 năm 2016 tỷ lệ THA là 47,3%, trong đó chỉ có 31,3% THA kiểm soát được [3], đến năm 2015 tỷ lệ này ở mức báo động đỏ với hơn 47,3% người lớn bị tăng huyết áp [1]. Hiện nay tăng huyết áp (THA) gia tăng trên toàn thế giới và được mệnh danh là "kẻ giết người thầm lặng". Tăng huyết áp liên quan đến 69% nhồi máu cơ tim lần đầu, 74% các ca bệnh động mạch vành, 77% đột quỵ não lần đầu và 91% các ca suy tim. Với tính chất của bệnh cần phải theo dõi huyết áp và dùng thuốc hạ áp suốt đời, do đó dễ dàng nhận thấy việc người bệnh phải

tuân thủ dùng thuốc là vô cùng cần thiết. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ ở bệnh nhân ngoại trú đáng lo ngại và cần có những can thiệp kịp thời. Có nhiều nguyên nhân làm giảm sự tuân thủ trong sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp, nhưng nguyên nhân cơ bản được chỉ ra là người bệnh hoàn toàn thụ động và chỉ quan tâm khi thấy ảnh hưởng tới sức khỏe bản thân, trong khi đó THA tiến triển thầm lặng[5]. Đây thực sự là một thách thức đối với các bác sỹ và điều dưỡng trực tiếp điều trị, CSNB. Vai trò chăm sóc, tư vấn của điều dưỡng đòi hỏi phải kiên trì giúp NB tuân thủ điều trị bằng cách tư vấn kiến thức, thực hành về tuân thủ điều trị cho NB. Từ thực tế trên đề tài "Tuân thủ điều trị và chăm sóc tư vấn cho người bệnh tăng huyết áp điều trị tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa khu vực An Giang" được tiến hành nhằm mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp điều trị tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện đa khoa khu vực An Giang và một số yếu tố liên quan.*

2. *Phân tích thực trạng chăm sóc tư vấn cho người bệnh tại Bệnh viện đa khoa khu vực An Giang*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**1. Đối tượng nghiên cứu:**

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chẩn đoán THA đang điều trị ngoại trú tại Khám Bệnh - Bệnh viện ĐKKV Tỉnh An Giang và có thời gian mắc bệnh ≥ 01 năm. Thời gian: 9/2020 đến 12/2020

2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

3. Cơ mẫu: 385 bệnh nhân tăng huyết áp tại Khám Bệnh - Bệnh viện ĐKKV Tỉnh An Giang

4. Biến số NC: Tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi ở, trình độ học vấn, Tình trạng kinh tế gia đình, Thời gian mắc bệnh, thói quen ăn mặn, béo, hút thuốc lá, uống rượu bia, kiến thức tuân thủ, thực hành tuân thủ, chăm sóc người bệnh, tư vấn cho người bệnh,...

5. Xử lý số liệu: phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 để tính tỷ lệ phần trăm, phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến chưa tuân thủ điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

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

	n (385)	Tỷ lệ (%)
Giới:		
Nam	190	49,4

Nữ	195	50,6
Tuổi của đối tượng nghiên cứu		
< 50 tuổi	36	9,4
50 – 60 tuổi	83	21,6
> 60 tuổi	266	69,0
Tuổi trung bình	66,1 ± 12,2	
Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu		
Đại học	31	8,1
Dưới đại học	354	91,9
Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu		

Nông dân, kinh doanh, hưu	352	91,4
Công chức, viên chức	33	8,6
Thời gian bị bệnh trung bình: 7,8 ± 5,6 năm		

Nhận xét: Tỷ lệ nữ cao hơn nam. Chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi > 60, tiếp đến nhóm tuổi 50 – 60, và tỷ lệ thấp nhất thuộc nhóm tuổi < 50. Hầu hết là dưới đại học (91,9%) và chủ yếu là những người làm nghề nông, buôn bán, cán bộ hưu (91,4%).

2. Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp

Bảng 2. Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp

Biến số nghiên cứu	n (385)	Tỷ lệ (%)
Người bệnh có kiến thức hiểu biết về bệnh tăng huyết áp		
Có biết dấu hiệu báo trước khi bị THA	215	55,8
Có KT là bệnh tăng huyết áp có nguy hiểm	204	53,0
Có KT là bệnh tăng HA có thể chữa ổn định	233	60,5
Huyết áp cao có thể kiểm soát được	252	65,5
Người bệnh có kiến thức về tuân thủ dùng thuốc		
Có hiểu tuân thủ uống thuốc là điều quan trọng nhất để kiểm soát huyết áp	277	71,9
Có hiểu khi bị THA phải sử dụng thuốc liên tục trong nhiều năm	234	60,8
Có hiểu nếu không điều trị tốt THA sẽ gây ra biến chứng nguy hiểm	245	63,6
Có hiểu về chỉ cần uống thuốc điều trị THA	48	12,5
Có hiểu về chỉ cần thay đổi lối sống	81	21,0
Có hiểu cần uống thuốc và thay đổi lối sống	235	61,0
Người bệnh có kiến thức tuân thủ theo dõi bệnh huyết áp theo tư vấn		
Kiểm tra huyết áp thường xuyên	289	75,1
Thay đổi chế độ ăn uống, sinh hoạt giúp kiểm soát HA	242	62,9
Có KT biết trị số xác định tăng huyết áp	234	60,8
Có kiến thức tuân thủ tái khám theo hẹn.	230	59,7
Đánh giá chung về kiến thức tuân thủ điều trị của NB tăng huyết áp		
Có kiến thức tuân thủ	303	78,7
Chưa có kiến thức tuân thủ	82	21,3
Thực hành tuân thủ điều trị của NB tăng THA		
Có quên uống thuốc	214	55,6
Có thỉnh thoảng quên thuốc trong 2 tuần	206	53,5
Tự ý mua thuốc mà không báo bác sĩ.	242	62,9
Khi đi du lịch, đi chơi, có đôi lúc quên mang theo thuốc	199	51,7
Có quên uống thuốc ngày hôm qua	171	44,4
Có tự ý dừng thuốc khi thấy sức khỏe tốt.	215	55,8
Có thấy bất tiện khi phải uống thuốc mỗi ngày không.	226	58,7
Có thường xuyên thấy khó khăn khi phải nhớ uống tất cả thuốc	181	47,0
Đánh giá chung về thực hành tuân thủ điều trị của người bệnh		
Tuân thủ thực hành	242	62,9
Chưa tuân thủ thực hành	143	37,1

NB có kiến thức về bệnh: hiểu biết về dấu hiệu báo trước khi bị THA (55,8%); có hiểu biết bệnh THA có nguy hiểm (53%); biết về THA có thể chữa ổn định (60,5%); biết về bệnh HA có thể kiểm soát được (65,5%).

NB có kiến thức tuân thủ dùng thuốc điều trị tăng huyết áp: có kiến thức về uống

thuốc là điều quan trọng nhất để kiểm soát huyết áp chiếm 71,9%; Hiểu khi bị THA phải sử dụng thuốc liên tục nhiều năm chiếm 60,8%; biết không điều trị tốt THA sẽ gây ra biến chứng nguy hiểm chiếm 63,6%; Hiểu là chỉ cần uống thuốc điều trị THA chiếm 12,5%; Hiểu là chỉ cần thay đổi lối sống chiếm 21%; Hiểu là chỉ cần

uống thuốc và thay đổi lối sống chiếm 61%

Có kiến thức tuân thủ theo dõi bệnh huyết áp theo tư vấn: Có kiến thức tuân thủ kiểm tra huyết áp thường xuyên chiếm 75,1%; Có kiến thức tuân thủ về Thay đổi chế độ ăn uống, sinh hoạt giúp kiểm soát HA chiếm 62,9%; Có kiến thức hiểu biết trị số xác định tăng huyết áp chiếm 60,8%; Có kiến thức tuân thủ tái khám theo hẹn chiếm 59,7%.

Đánh giá chung về kiến thức tuân thủ điều trị: Có kiến thức tuân thủ (78,7%), không (21,3%)

Thực hành tuân thủ về sử dụng thuốc điều trị: không quên (44,4%); Trong 2 tuần qua có ngày không quên thuốc (46,5%); Không tự ý mua thuốc (37,1%); Khi đi du lịch, đi chơi, có đôi lúc không quên (48,3%); thuốc ngày hôm qua không quên (55,6%); tự ý dừng thuốc khi thấy sức khỏe tốt (44,2%); thấy bất tiện khi phải uống thuốc mỗi ngày (41,3%); Không thấy khó khăn khi phải nhớ uống tất cả thuốc (53%).

Đánh giá chung về thực hành tuân thủ điều trị: có tuân thủ thực hành là 62,9% và chưa tuân thủ thực hành chiếm 37,1%.

4. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

4.1. Liên quan giữa đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu với tuân thủ điều trị

Bảng 4. Sự liên quan giữa đặc điểm của đối tượng nghiên cứu với tuân thủ điều trị

Biến số NC	Không tuân thủ	Có tuân thủ	P
Liên quan giữa tuổi với tuân thủ điều trị			
> 60 tuổi (1)	116(43,6%)	150 (56,4%)	< 0,003
50 – 60 tuổi (2)	21 (25,3%)	62 (74,7%)	
< 50 tuổi	6 (16,7%)	30 (83,3%)	< 0,002
Liên quan giữa trình độ với tuân thủ điều trị			
Trung học phổ thông	102 (44,3%)	128 (55,7%)	< 0,05
Đại học, sau ĐH	5 (16,1%)	26 (83,9%)	
Liên quan giữa sở thích thói quen với tuân thủ điều trị			
Không ăn mặn	141(38,4%)	226 (61,6%)	< 0,05
Có ăn ít mặn	2 (11,1%)	16 (88,9%)	
Không ăn chất béo	127 (41,0%)	183 (59,0%)	< 0,05
Có ăn ít chất béo	16 (21,3%)	59 (78,7%)	
Có hút thuốc	44 (50,0%)	44 (50,0%)	< 0,05
Không hút thuốc	99 (33,3%)	198 (66,7%)	
Có uống rượu bia	44 (50,0%)	44 (50,0%)	< 0,05
Không uống	99 (33,3%)	198 (66,7%)	
Liên quan giữa thời gian mắc bệnh với tuân thủ điều trị			
Trên 10 năm (1)	34 (56,7%)	26 (43,3%)	0,005
Từ 5 - 10 năm (2)	83 (36,6%)	144 (63,4%)	
Dưới 5 năm (3)	26 (26,5%)	72 (73,5%)	0,000

Nhận xét: Liên quan giữa > 60 tuổi và từ 50-60 tuổi với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$); có sự liên quan giữa > 60 tuổi và < 50 tuổi với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$). Liên quan giữa < TH phổ thông và đại học, SDH với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$). Có sự khác biệt giữa NB không ăn mặn và có ăn mặn ít; giữa NB không ăn chất béo và ăn ít chất béo; giữa NB có hút thuốc lá và không hút thuốc lá; giữa NB có uống nhiều rượu bia và không uống rượu bia với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$). Liên quan giữa NB có thời gian mắc bệnh > 10 năm và thời gian mắc từ 5-10 năm với tuân thủ điều trị ($p < 0,005$); giữa có thời gian mắc bệnh >10 năm và < 5 năm với tuân thủ điều trị ($p < 0,000$).

Bảng 5. Liên quan giữa kiến thức, thực hành với tuân thủ điều trị

Biến số NC	Không tuân thủ	Có tuân thủ	P
Liên quan giữa kiến thức chung về bệnh THA với tuân thủ điều trị			
Kiến thức chưa tốt	44 (53,7%)	38 (46,3%)	< 0,000
Kiến thức tốt	99 (32,7%)	204 (67,3%)	
Liên quan giữa thực hành chung với tuân thủ điều trị			
Chưa tốt	102 (43,8%)	131 (56,2%)	< 0,001
Tốt	41 (27,0%)	111 (73,0%)	

Nhận xét: có sự liên quan rõ rệt giữa kiến thức chưa tốt và NB có kiến thức tốt về bệnh THA với tuân thủ điều trị ($p < 0,000$). Có sự liên quan rõ rệt giữa thực hành chưa tốt và có thực hành tốt với

tuân thủ điều trị ($p < 0,001$)

Bảng 6. Liên quan giữa hoạt động chăm sóc, tư vấn với tuân thủ điều trị

Biến số NC	Không tuân thủ	Có tuân thủ	P
Liên quan giữa hoạt động chăm sóc với tuân thủ điều trị			
Chăm sóc chưa tốt	55 (55,6%)	44 (44,4%)	0,000
Chăm sóc tốt	88 (30,8%)	198 (69,2%)	
Liên quan giữa hoạt động tư vấn, GDSK với tuân thủ điều trị			
Tư vấn chưa tốt	54 (47,4%)	60 (52,6%)	0,007
Tư vấn tốt	89 (32,8%)	182 (67,2%)	

Nhận xét: có liên quan rõ rệt giữa CS chưa tốt và NB được CS tốt với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$). Liên quan giữa NB chưa được tư vấn, tốt và NB được tư vấn tốt với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: nữ chiếm cao hơn nam giới (50,6% so với 49,4%) và kết quả này cũng tương đồng với KQNC của Đỗ Thị Hiến năm 2020 [3] cũng có tỷ lệ nữ chiếm cao hơn nam giới (55,5% so với 44,5%), tương đồng với Nguyễn Hồng Minh và CS có nữ 55% và nam 45% [4]. Về tuổi: tỷ lệ cao nhất là nhóm tuổi trên 60 chiếm 69%, kết quả của chúng tôi chỉ thấp hơn của Phạm Thị Hồng Vân [8] có người bệnh > 60 tuổi chiếm 65%; tiếp đến nhóm tuổi 50 – 60; và tỷ lệ thấp nhất thuộc nhóm tuổi < 50 là nhóm tuổi lao động, làm làm việc trong nhiều môi trường khác nhau. Hầu hết là dưới đại học chiếm 91,9% cao hơn KQNC của Đỗ Thị Hiến là 69,75 [3] và chủ yếu là những người làm nghề nông, buôn bán hưu (91,4%). Về nghề nghiệp: chiếm tỷ lệ cao nhất gộp cả 3 đối tượng là Nông dân, kinh doanh, hưu trí (91,4%), KQNC này cao hơn với KQNC của Đỗ thị Hiến gộp cả nông dân (8,5%), kinh doanh (15,25%), hưu trí (50,5%) chỉ là 74,25%. Tiếp theo là đối tượng công chức, viên chức thì trong NC của chúng tôi chỉ chiếm 8,6% cũng thấp hơn KQ của Đỗ Thị Hiến (8,6% so với 17,75%)[3]. NB có kiến thức về bệnh: hiểu biết về dấu hiệu báo trước khi bị THA chiếm 55,8%; có hiểu biết bệnh THA có nguy hiểm chiếm 53; biết về THA có thể chữa ổn định chiếm 60,5%; biết về bệnh HA có thể kiểm soát được chiếm 65,5%. NB có kiến thức hiểu biết về bệnh THA chiếm 72,7% [2]

2. Kiến thức tuân thủ điều trị của NB tăng huyết áp:

- **Kiến thức tuân thủ dùng thuốc của NB tăng huyết áp:** NB có kiến thức về uống thuốc là điều quan trọng nhất để kiểm soát huyết áp chiếm 71,9%. Kết quả này cũng tương đồng với Đỗ Thị Hiến năm 2020 tại bệnh viện 108[3]. NB có kiến thức: khi bị THA phải sử dụng thuốc liên tục trong nhiều năm chiếm 60,8%. NB có kiến thức: về không điều trị tốt THA sẽ gây ra biến

chứng nguy hiểm chiếm 63,6%. Kết quả của chúng tôi cho thấy NB có kiến thức là chỉ cần uống thuốc và thay đổi lối sống chiếm 61% tỷ lệ này thấp hơn của Đỗ Thị Hiến (72,5%) [3].

Kiến thức tuân thủ theo dõi bệnh huyết áp theo tư vấn: NC của chúng tôi, 75,1% có kiến thức tuân thủ kiểm tra huyết áp thường xuyên chiếm cao hơn của Đỗ Thị Hiến là 71,75% [3] Kết quả này của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Thị Hương Giang (2013) [1] tỷ lệ đối tượng nghiên cứu trả lời đúng về thời gian SD thuốc hạ áp là 67,9%. Kiến thức về điều chỉnh lối sống: cho thấy, phần lớn NB đều có kiến thức tuân thủ về thay đổi chế độ ăn uống, sinh hoạt kiểm soát HA chiếm 62,9%, tỷ lệ này cao hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Hồng Vân là 37,2%[8]. Có kiến thức tuân thủ tái khám theo hẹn chiếm 59,7% thấp hơn nhiều so với Ngô Vương Hoàng Giang [2] có tỷ lệ tái khám chiếm 98,6%. NC của chúng tôi NB không có kiến thức tuân thủ việc TDSK định kỳ là 40,3%, cao hơn gấp 4 lần so với Đỗ Thị Hiến là 9,25%[3].

Đánh giá chung về kiến thức tuân thủ điều trị: Có kiến thức tuân thủ (78,7%) và không (21,3%). Kết quả này của chúng tôi cao hơn của Đỗ Thị Hiến cũng có đánh giá kiến thức chung về điều trị bệnh tăng huyết áp có mức đạt thấp hơn 1,6 lần so với kết quả của chúng tôi (72,7 so với 45,5%) và ngược lại ở mức chưa đạt so với Đỗ Thị Hiến (21,3% so với 54,5%) [3]

3. Về thực hành tuân thủ điều trị:

- **Thực hành tuân thủ về sử dụng thuốc điều trị:** không quên (44,4%); Trong 2 tuần qua có ngày không quên thuốc (46,5%); Không tự ý mua thuốc (37,1%); Khi đi du lịch, đi chơi, có đôi lúc không quên chiếm 48,3%; thuốc ngày hôm qua không quên (55,6%); tự ý dùng thuốc khi thấy sức khỏe tốt (44,2%); thấy bất tiện khi phải uống thuốc mỗi ngày (41,3%); không thấy khó khăn khi phải nhớ uống tất cả thuốc (53%). Việc thực hành tuân thủ về sử dụng thuốc điều trị đa phần có KQ cao hơn của Đỗ Thị Hiến năm 2020,

nhưng lại thấp hơn NC của Trần Thị Thùy Nhi [5]

- Đánh giá chung về thực hành tuân thủ điều trị: có tuân thủ thực hành chung là 62,9% và chưa tuân thủ thực hành chiếm 37,1%. KQ này cao hơn của Trần Thị Thùy Nhi [5] khi tư vấn lần đầu không tuân thủ chiếm 36,6% và sau 3 tháng tỷ lệ đã giảm còn 26,3%. Nhưng kết quả tuân thủ dùng thuốc của chúng tôi lại thấp hơn rất nhiều so với của Phạm Thị Hồng Vân năm 2020 có KQ tuân thủ thực hành chiếm khá cao tới 96,1%; chưa tuân thủ thực hành chỉ chiếm 3,9%[8].

4. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của NB tăng HA

4.1. Liên quan giữa đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu với tuân thủ điều trị

Về tuổi: Có sự liên quan giữa > 60 tuổi và từ 50-60 tuổi với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$); có sự liên quan giữa > 60 tuổi và < 50 tuổi với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$). Kết quả NC của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Hiền năm 2020 [3] và của Phạm Thị Hồng Vân năm 2020 cũng có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [8].

Về trình độ học vấn: Có sự liên quan giữa dưới trung học phổ thông và đại học, SDH với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với Đỗ Thị Hiền bệnh nhân có trình độ từ đại học trở lên có mức tuân thủ cao hơn so với nhóm dưới đại học [3].

Về sở thích, lối sống: Có liên quan giữa NB không ăn mặn và có ăn mặn ít; giữa NB không ăn chất béo và ăn ít chất béo; giữa NB có hút thuốc lá và không hút thuốc lá; giữa NB có uống nhiều rượu bia và không uống rượu bia với tuân thủ điều trị ($p < 0,05$). Tuy nhiên, KQNC của chúng tôi lại trái ngược với KQ của Đỗ Thị Hiền là chưa tìm thấy sự khác biệt này, có lẽ do cỡ mẫu nhỏ.

Về thời gian mắc bệnh: Có sự liên quan giữa NB có thời gian mắc bệnh > 10 năm và thời gian mắc từ 5-10 năm với tuân thủ điều trị ($p < 0,005$). KQ này lại trái ngược với Phạm Thị Hồng Vân là chưa tìm thấy liên quan giữa NB có thời gian bị bệnh THA với tuân thủ điều trị ($p > 0,05$) [8].

Liên quan giữa kiến thức, thực hành với tuân thủ điều trị: Có sự liên quan rõ rệt giữa kiến thức chưa tốt và NB có kiến thức tốt về bệnh THA với tuân thủ điều trị ($p < 0,000$). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Đỗ Thị Hiền cũng có kiến thức chung tuân thủ điều trị bệnh tăng huyết áp có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm NB tăng HA "có tuân thủ điều trị" và "không tuân thủ điều trị" với $p < 0,05$ [3]. KQNC của chúng tôi cho thấy, có sự

khác biệt giữa thực hành chưa tốt và NB tăng huyết áp có thực hành tốt với tuân thủ điều trị ($p < 0,001$). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với Đỗ Thị Hiền [3].

Liên quan giữa hoạt động chăm sóc, tư vấn với tuân thủ điều trị: Bảng 6 cho thấy, có sự liên quan rõ rệt giữa chăm sóc chưa tốt và NB được chăm sóc tốt với tuân thủ điều trị ($p < 0,000$) có thể giải thích rằng khi NB đến khám và điều trị ngay từ đầu đã được điều dưỡng giao tiếp rất tận tình được NB hài lòng tới 97,7% [7], theo Bùi Minh Thông nhu cầu cần được chăm sóc của NB chiếm 91,4%, cần được tư vấn sức khỏe rất lớn chiếm tới 80,9%[6]. Có sự liên quan giữa NB chưa được tư vấn, tốt và NB được tư vấn tốt với tuân thủ điều trị ($p < 0,007$).

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp: Có kiến thức tuân thủ (78,7%) và chưa tuân thủ (21,3%). Có tuân thủ thực hành (62,9%) và chưa tuân thủ thực hành (37,1%).
2. Thực trạng chăm sóc cho NB tăng HA: ở mức tốt chiếm 74,3% và mức chưa tốt chiếm 25,7%
3. Thực trạng tư vấn cho NB tăng HA: mức tốt chiếm 70,4% và mức chưa tốt còn 29,6%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Thị Hương Giang (2013)**, Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng biến chứng ở người bị tăng huyết áp tại huyện Thanh Trì, Thành phố Hà Nội, 2013, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công Cộng.
2. **Ngô Vương Hoàng Giang (2020)** Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Trung tâm Y tế Huyện Thọ Sơn, tỉnh An Giang năm 2020, Tạp chí Y học thực hành, Tập 31, số 6 2021
3. **Đỗ Thị Hiền và CS (2020)**, Đánh giá sự tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội Tim mạch – Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, Hội nghị khoa học điều dưỡng bệnh viện 2020, tập 15, 11/2020,
4. **Nguyễn Hồng Minh và CS (2018)**, Mô tả nhu cầu của người bệnh đến khám tại Khoa Khám bệnh, bệnh viện Trung ương Quân đội 108, quý 1 năm 2018. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, Hội nghị khoa học điều dưỡng 2018, tập 13, số đặc biệt 8/2018, trang 300 – 307.
5. **Trần Thị Thùy Nhi và CS (2017)**, Nghiên cứu tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Mirisky (VMAS – 8) và hiệu quả tư vấn trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Hội Nội tiết và Đái tháo đường miền trung, 17/3/2021. Chuyên đề, đái tháo đường, tạp chí số 46+47
6. **Bùi Minh Thông và CS (2018)**, Thực trạng công tác giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại bệnh viện Nội tiết trung ương năm 2018. . Kỷ yếu Hội nghị khoa học bệnh viện Nội Tiết trung ương mở rộng năm 2019. Tr 349 – 355.

7. **Trần Thị Thanh Thảo, Đào Thị Thu Giang (2020)**, Thực trạng kỹ năng giao tiếp, ứng xử với bệnh nhân của điều dưỡng Khoa Khám bệnh Cán bộ cao cấp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, tập 15, số đặc biệt 11/2020,
8. **Phạm Thị Hồng Vân và CS (2020)**, Tìm hiểu kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại Viện Điều trị Cán bộ cao cấp Quân đội. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, Hội nghị khoa học điều dưỡng bệnh viện 2020, tập 15, số đặc biệt 11/2020

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Văn Tuấn¹, Trần Thị Kiều Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa tỉnh Nghệ An. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực trên 80 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa tỉnh Nghệ An từ tháng 01/2021 đến tháng 04/2021. **Kết quả:** 81,2% có độ tuổi ≥ 65 tuổi, 57,5% là nam giới và 42,5% là nữ giới; 48,8% có hút thuốc và 38,8% có lạm dụng rượu; Bệnh kèm theo: 31,3% có suy tim, 5,0% có di chứng tai biến mạch máu não, 13,8% có đái tháo đường và 31,3% có bệnh lý phổi mạn tính; Mức độ bệnh theo thang điểm CURB65: 13,8% mức độ nhẹ, 58,7% mức độ trung bình và 27,5% mức độ nặng; Rối loạn ý thức, thở nhanh và tổn thương lan tỏa trên phim x-quang phổi là các dấu hiệu liên quan đến mức độ nặng của bệnh. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng có độ tuổi trên 65 tuổi (81,2%), các dấu hiệu khó thở, rối loạn ý thức và tổn thương lan tỏa trên phim x-quang là các dấu hiệu liên quan đến mức độ nặng của bệnh.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, viêm phổi mắc phải cộng đồng

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA PATIENTS AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objectives: To study some clinical and subclinical features of patients with community-acquired pneumonia who were treated at Nghe An Friendship General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was performed on 80 patients with community-acquired pneumonia who were treated at Nghe An Friendship General Hospital from January 2021 to April 2021. **Results:** 81.2% were ≥ 65 years

old, 57.5% were male and 42.5% were female; smoking (48.8%) and alcohol abuse (38.8%); Comorbidities: 31.3% had heart failure, 5% had sequelae of stroke, 13.8% had diabetes and 31.3% had chronic lung disease; The severity of disease according to the CURB65 scale: mild (13.8%), moderate (58.7%) and severe (27.5%); Impaired consciousness, tachypnea and diffuse lesions on chest x-ray are signs that related to the severity of the disease. **Conclusion:** The study showed that the majority of patients with community-acquired pneumonia were over 65 years old (81.2%), signs of dyspnea, impaired consciousness and diffuse lesions on chest x-ray were signs that related to the severity of the disease.

Keywords: Clinical, subclinical, community-acquired pneumonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) là một bệnh phổ biến ảnh hưởng đến khoảng 450 triệu người mỗi năm và xảy ra ở tất cả các nơi trên thế giới. Theo Tổ chức y tế Thế giới (WHO), VPMPCD là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 6 trong các bệnh và đứng đầu trong các bệnh nhiễm khuẩn [6]. Ở Việt Nam, VPMPCD là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp nhất trong các bệnh nhiễm khuẩn trên thực hành lâm sàng, chiếm 12% các bệnh phổi. Năm 2014, tỷ lệ mắc viêm phổi ở nước ta là 561/100.000 người dân, đứng hàng thứ hai sau tăng huyết áp, tỷ lệ tử vong do viêm phổi là 1,32/100.000 người dân, đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây tử vong [1].

Các hướng dẫn quản lý điều trị dựa vào hiểu biết về biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh và đặc điểm dịch tễ học của bệnh tại địa phương. Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An hàng năm tiếp nhận điều trị, chăm sóc gần 4000 bệnh nhân bị bệnh đường hô hấp trong đó VPMPCD chiếm 10 – 15%. Đa số các bệnh nhân VPMPCD đã được điều trị từ tuyến huyện, một số khác đã điều trị tại nhà trước đó nên tính chất bệnh đã thay đổi và quá trình xét nghiệm xác định căn nguyên của bệnh cũng gặp nhiều khó

¹Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: tuanminh1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.7.2021

Ngày duyệt bài: 16.7.2021