

Cần có biện pháp hỗ trợ tâm lý người bệnh ngay từ sớm để làm giảm tỷ lệ trầm cảm của họ. Ưu tiên cho nhóm đối tượng thu nhập thấp, không ổn định, đang điều trị bệnh khác, không có người hỗ trợ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BMJ Publishing Group (2018)**, Tổng quan về HIV, BMJ Best Practice.
2. **Maria Giulia Nanni và các cộng sự (2015)**, "Depression in HIV infected patients: a review", Current psychiatry reports. 17(1), pp. 530.
3. **Phạm Đình Quyết, Võ Thị Duyên, Huỳnh Ngọc Vân Anh (2018)**, "Trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 22(1), pp. 285-292.
4. **Đặng Thị Minh Trang (2018)**, Rối loạn trầm cảm trên người sống chung với HIV/AIDS đang

- điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú Thuận An, Bình Dương, Hội nghị khoa học kỹ thuật lần thứ 35, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Huỳnh Ngọc Vân Anh (2017)**, Trầm cảm và các yếu tố liên quan ở những người nhiễm HIV điều trị ARV, Hội nghị khoa học kỹ thuật lần 34, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
  6. **Bhatia. MS and Sahil Munjal (2014)**, "Prevalence of depression in people living with HIV/AIDS undergoing ART and factors associated with it", Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 8(10), pp. WC01
  7. **S. Algoodkar et al. (2017)**, "Prevalence and Factors associated with Depression among Clinically Stable People Living with HIV/AIDS on Antiretroviral Therapy", Indian J Psychol Med. 39(6), pp. 789-793
  8. **Tesfaw. G et al. (2016)**, "Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with HIV on-follow up at Alert Hospital, Addis Ababa, Ethiopia", BMC Psychiatry. 16(1), pp. 368.

## HIỆU QUẢ CAN THIỆP CẢI THIỆN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ, ĐẠT HUYẾT ÁP MỤC TIÊU Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRẠM Y TẾ PHƯỜNG, QUẬN THỦ ĐỨC, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Quốc Cường\*, Lê Văn Bào\*\*, Nguyễn Anh Tuấn\*\*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị, đạt huyết áp mục tiêu ở bệnh nhân tăng huyết áp tại trạm y tế phường Linh Xuân, quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh (2019 – 2020). **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang; phỏng vấn đối tượng, khám lâm sàng, đo huyết áp; can thiệp điều trị THA, giáo dục, tư vấn về tuân thủ chế độ điều trị cho BN THA và đánh giá hiệu quả can thiệp. **Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ chế độ điều trị như: uống thuốc, tái khám định kỳ, kiểm tra HA thường xuyên, chế độ ăn, uống, lối sống (giảm mặn, tăng rau/củ/quả, giảm chất béo, giảm rượu/bia, ngưng hút thuốc, tập thể dục thường xuyên) được cải thiện rõ rệt. Sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ các chế độ ở cả bốn thời điểm T3, T6, T12 và T18 so với T0 đều có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tăng tỷ lệ BN đạt HA mục tiêu sau can thiệp 18 tháng (T18) lên 94,5% (nữ: 98,1% cao hơn nam: 90,0%; nhóm BN <50 tuổi: 97,0% cao hơn nhóm 50-59 tuổi: 96,6% và nhóm 60-69 tuổi: 92,2%). **Kết luận:** Tỷ lệ BN tuân thủ các chế độ uống thuốc, tái khám định kỳ, kiểm tra HA thường xuyên, chế độ ăn, uống, lối sống được cải thiện rõ rệt. Tăng tỷ lệ đạt HA mục tiêu sau can thiệp

18 tháng lên 94,5%

**Từ khóa:** Can thiệp, tuân thủ điều trị, huyết áp mục tiêu, trạm y tế.

#### SUMMARY

#### EFFECTS OF INTERVENTION TO IMPROVE TREATMENT COMPLIANCE, ACHIEVE TARGET BLOOD PRESSURE IN HYPERTENSIVE PATIENTS AT HEALTH STATION OF WARD, THU DUC DISTRICT, HO CHI MINH CITY

**Objective** Evaluating the effectiveness of interventions to improve treatment adherence, achieve target blood pressure in hypertensive patients at the medical station of Linh Xuan ward, Thu Duc district, Ho Chi Minh city (2019 - 2020). **Methods:** Horizontal cut representation; subject interview, clinical examination, blood pressure measurement; hypertensive interventions, education, counseling on adherence to treatment regimens for hypertensive patients and assessment of intervention effectiveness. **Results:** The rate of adherence to treatment regimens such as: taking medications, periodic follow-up visits, regular blood pressure checks, diet, drinking, lifestyle (reducing salt, increasing vegetables/vegetables/fruits, reducing fat, reducing alcohol)/beer, smoking cessation, regular exercise) improved markedly. The difference in the rate of adherence to the regimens at all four time points T3, T6, T12 and T18 compared with T0 was statistically significant ( $p < 0.05$ ). Increase the rate of reaching target blood pressure after 18 months of intervention (T18) to 94.5% (female: 98.1% higher than male: 90.0%; patient group <50 years old: 97.0% higher than the

\*Trung tâm y tế dự phòng (CDC) Thành phố Thủ Đức, TP. Hồ Chí Minh

\*\*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Cường

Email: quoccuong.mph@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.9.2021

Ngày duyệt bài: 4.10.2021

group: 97.0% higher than the group of patients <50 years old: 97.0%). 50-59 years old: 96.6% and 60-69 years old: 92.2%). **Conclusion:** The rate of adherence to taking medications, periodic follow-up visits, regular blood pressure checks, and adherence to diet, drinking, and lifestyle were markedly improved. Increase the rate of achieving target BP after intervention 18 months (T18) to 94.5%.

**Keywords:** Intervention, treatment adherence, target blood pressure, health station.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh lý tim mạch phổ biến và nguy hiểm, bệnh đang có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới và được mệnh danh là "kẻ giết người thầm lặng". Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, tỷ lệ THA trên thế giới năm 2000 là 26,4% tương đương 972 triệu người và dự kiến đến năm 2025 tỷ lệ này sẽ tăng lên 29,2% (khoảng 1,56 tỷ người). Tại Việt Nam, theo báo cáo của Hội Tim Mạch, tính đến tháng 5/2016 tỷ lệ THA là 47,3%, trong đó chỉ có 31,3% THA kiểm soát được [1]. THA là bệnh mạn tính, đòi hỏi BN phải kiên trì điều trị và tuân thủ chế độ điều trị. Một trong những mục tiêu quan trọng của điều trị THA là BN phải sớm đạt được HA mục tiêu (<140/90mmHg). Để đạt được HA mục tiêu, BN phải tuân thủ chế độ điều trị, nếu không tuân thủ chế độ điều trị BN có thể mắc nhiều biến chứng, ảnh hưởng đến tính mạng và trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. BN THA không được kiểm soát thì nguy cơ mắc bệnh động mạch vành tăng gấp 3 lần, mắc suy tim gấp 6 lần và đột quỵ gấp 7 lần [2]. Vì thế sự tuân thủ trong điều trị THA của BN là vô cùng quan trọng. Đây chính là yếu tố quyết định sự thành công trong điều trị. Trên thế giới, nghiên cứu của Morisky năm 2008 chỉ có 15,9% BN tuân thủ dùng thuốc trong điều trị [3]. Saleem tại Pakistan năm 2011, có 61,3% BN có hiểu biết trung bình về THA và không có BN nào được coi là tuân thủ tốt trong điều trị [4]. Tại Việt Nam, Bùi Thị Nhi nghiên cứu tại 1 xã ở tỉnh Long An năm 2015 cho thấy, chỉ có 48,3% BN tuân thủ dùng thuốc trong điều trị [5]. Nguyễn Thị Thơm, tỷ lệ tuân thủ điều trị chung ở BN THA ngoại trú tại BVĐK tỉnh Quảng Ninh là 79,6% [6]. Thạch Thị Mỹ, nghiên cứu BN THA tại BVĐK khu vực Cầu Ngang, Trà Vinh, tỷ lệ tuân thủ chế độ điều trị gồm: dùng thuốc (3,4%), ăn giảm mặn (34,7%), sử dụng rượu/bia (66,0%) và không hút hoặc bỏ hút thuốc lá (72,1%) [7].

Điều tra thực trạng (trước can thiệp) BN THA đang được theo dõi tại TYT phường Linh Xuân, quận Thủ Đức, TP. Hồ Chí Minh năm 2019 cho thấy, tỷ lệ tuân thủ chế độ trong điều trị đạt

thấp: uống thuốc (18,8%); kiểm tra (đo) HA thường xuyên (16,4%), tái khám định kỳ đúng hẹn (29,7%); ăn giảm mặn (45,9%)... Tỷ lệ BN đạt HA mục tiêu rất thấp (12,7%). Từ thực trạng này, đề tài đã triển khai thí điểm giải pháp "Quản lý, điều trị BN THA tại TYT" phường Linh Xuân, quận Thủ Đức nhằm nâng cao chất lượng quản lý, điều trị BN THA tại tuyến cơ sở đạt hiệu quả hơn. Mục tiêu nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị, đạt huyết áp mục tiêu ở bệnh nhân tăng huyết áp tại trạm y tế phường Linh Xuân, quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh (2019 – 2020)".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

- BN THA. Tiêu chuẩn lựa chọn: BN THA độ I, II, đang điều trị ngoại trú tại các cơ sở y tế (công, tư) hoặc tự điều trị, tự nguyện tham gia nghiên cứu; có hộ khẩu thường trú và bảo hiểm y tế tại phường nghiên cứu.

- Hồ sơ, sổ sách, báo cáo về hoạt động quản lý, điều trị THA của TYT.

- Nghiên cứu tại TYT phường Linh Xuân, quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh.

- Thời gian nghiên cứu can thiệp: Từ 01/2019 – 06/2020 (18 tháng).

### 2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, phân tích số liệu thứ cấp, can thiệp cộng đồng không có đối chứng.

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Chọn toàn bộ 292 BN THA đạt các tiêu chí lựa chọn đối tượng nghiên cứu, đăng ký, cam kết tham gia giải pháp "Quản lý, điều trị THA tại TYT" của phường Linh Xuân, quận Thủ Đức.

### - Các chỉ số nghiên cứu:

- Tuân thủ chế độ điều trị: Dựa theo các khuyến nghị của Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA của Bộ Y tế năm 2012, gồm: [8].

+ Tuân thủ uống thuốc: Uống thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ;

+ Tuân thủ chế độ ăn: Giảm ăn mặn (< 6 gam muối hay 1 thìa cà phê muối mỗi ngày); nhiều rau, củ, quả (trung bình ăn ít nhất 400 gram (5 đơn vị chuẩn) rau củ, trái cây trong một ngày); Giảm chất béo, mỡ động vật.

+ Tuân thủ lối sống lành mạnh: Bỏ hoặc ngưng hoàn toàn hút thuốc lá/lào; hạn chế uống rượu/bia (số lượng ít hơn 3 cốc chuẩn/ngày (nam), ít hơn 2 cốc chuẩn/ngày (nữ) và tổng cộng ít hơn 14 cốc chuẩn/tuần (nam), ít hơn 9 cốc chuẩn/tuần (nữ). 1 cốc chuẩn chứa 10g ethanol tương đương với 330ml bia hoặc 120ml

rượu vang, hoặc 30ml rượu mạnh);  
 + Tuân thủ luyện tập thể dục: Tập thể dục, đi bộ hoặc vận động ở mức độ vừa phải, đều đặn khoảng 30 - 60 phút mỗi ngày, mỗi tuần 5 ngày;  
 + Tuân thủ tái khám định kỳ đúng lịch hẹn của bác sĩ mỗi tháng một lần;  
 + Tuân thủ theo dõi, kiểm tra HA thường xuyên tại nhà: Đo HA 1-2 lần/ngày.  
 + Tỷ lệ BN đạt "HA mục tiêu" (< 140/90mmHg) Tính chỉ số hiệu quả (CSHQ) về đạt HA mục tiêu.  
**- Các hoạt động can thiệp:** Đối với TYT, nhân viên TYT, nhân viên tổ dân phố của phường Linh Xuân: tập huấn, nâng cao năng lực chuyên môn trong việc đo HA, chẩn đoán, điều trị THA; theo dõi, quản lý BN THA tại TYT và tại nhà và kỹ năng giáo dục, tư vấn cho BN tuân thủ chế độ điều trị THA (sử dụng thuốc hạ áp, ăn, uống, dinh dưỡng, luyện tập thể dục, nghỉ ngơi hàng ngày hợp lý; thực hiện lối sống lành mạnh; theo dõi/đo HA hàng ngày tại nhà; tái khám định kỳ theo chỉ định của bác sĩ...). Đối với BN THA: được khám lâm sàng, đo HA trước can thiệp (phân loại THA); được kê đơn, cấp phát thuốc điều trị THA theo chế độ bảo hiểm y tế; định kỳ mỗi tháng tái khám tại TYT một lần để duy trì hoặc điều chỉnh đơn thuốc khi cần thiết; được lập sổ theo dõi HA cá nhân tại nhà; được

giáo dục sức khỏe và tư vấn trực tiếp, gián tiếp về các biện pháp tuân thủ chế độ điều trị THA; hướng dẫn ghi chép các chỉ số theo dõi HA vào sổ "Theo dõi HA tại nhà"...

**- Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu:**

+ Phòng vấn trực tiếp BN THA bằng bảng hỏi; đo HA, chỉ số nhân trắc (BMI) của BN; phân tích số liệu thứ cấp số khám bệnh, sổ theo dõi HA tại nhà, bệnh án ngoại trú và hồ sơ, sổ sách quản lý, điều trị THA tại TYT Phường.

+ Đánh giá các chỉ số nghiên cứu tại các thời điểm: Trước can thiệp (T0); sau can thiệp 3 tháng (T3), 6 tháng (T6), 12 tháng (T12) và 18 tháng (T18).

**- Chẩn đoán THA và sử dụng thuốc điều trị THA:** Theo hướng dẫn của Bộ Y tế [8].

**- Xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu được nhập vào máy tính bằng phần mềm Excel veresion 2016, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %. Sử dụng các Test thống kê McNemar test và giá trị p-value để biểu thị sự khác biệt giữa hai tỷ lệ trước và sau can thiệp ở các thời điểm cho từng biến số. Tính hiệu quả làm tăng tỷ lệ đạt HA mục tiêu sau can thiệp ở các thời điểm T3, T6, T12 và T18 bằng CSHQ.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Hiệu quả cải thiện về tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp**

**Bảng 1.** Tuân thủ uống thuốc, tái khám định kỳ và kiểm tra huyết áp thường xuyên trước và sau can thiệp 3, 6, 12 và 18 tháng

Chế độ	Tuân thủ các chế độ tại các thời điểm				
	T0 (0) (n=292)	T3 (1) (n=292)	T6 (2) (n=292)	T12 (3) (n=292)	T18 (4) (n=292)
Uống thuốc	55(18,8)	203(69,5)	250(85,6)	260(89,0)	288(98,6)
(McNemar test, p-value)	$p_{(0-1)} < 0,001$ ; $p_{(0-2)} < 0,001$ ; $p_{(0-3)} < 0,001$ ; $p_{(0-4)} < 0,001$				
Kiểm tra HA	48(16,4)	154(52,7)	214(73,3)	252(86,3)	281(96,2)
(McNemar test, p-value)	$p_{(0-1)} < 0,001$ ; $p_{(0-2)} < 0,001$ ; $p_{(0-3)} < 0,001$ ; $p_{(0-4)} < 0,001$				
Tái khám	87(29,7)	275(94,2)	292(100)	292(100)	292(100)
(McNemar test, p-value)	$p_{(0-1)} < 0,001$ ; $p_{(0-2)} < 0,001$ ; $p_{(0-3)} < 0,001$ ; $p_{(0-4)} < 0,001$				

Tỷ lệ BN tuân thủ uống thuốc hạ HA, kiểm tra HA thường xuyên và tái khám định kỳ đúng lịch hẹn tại thời điểm T3, T6, T12 và T18 đều tăng rõ rệt so với thời điểm T0. Sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ ở các thời điểm sau can thiệp so với T0 là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

**Bảng 2.** Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ chế độ ăn, uống, luyện tập thể dục trước và sau can thiệp 3, 6, 12 và 18 tháng

Chế độ	Tuân thủ các chế độ tại các thời điểm				
	T0 (0) (n=292)	T3 (1) (n=292)	T6 (2) (n=292)	T12 (3) (n=292)	T18 (4) (n=292)
Ăn giảm mặn	134(45,9)	90(69,2)	222(76,0)	245(83,9)	256(87,7)
(McNemar test, p-value)	$p_{(0-1)} < 0,001$ ; $p_{(0-2)} < 0,001$ ; $p_{(0-3)} < 0,001$ ; $p_{(0-4)} < 0,001$				
Ăn rau, củ, quả nhiều	150(51,4)	214(73,3)	250(85,6)	258(88,4)	270(92,5)
(McNemar test, p-value)	$p_{(0-1)} < 0,001$ ; $p_{(0-2)} < 0,001$ ; $p_{(0-3)} < 0,001$ ; $p_{(0-4)} < 0,001$				
Giảm chất béo, mỡ động vật	154(52,7)	211(72,3)	248(84,9)	269(92,1)	268(91,8)

(McNemar test, p-value)	$p_{(0-1)} < 0,001$ ; $p_{(0-2)} < 0,001$ ; $p_{(0-3)} < 0,001$ ; $p_{(0-4)} < 0,001$				
Hạn chế uống rượu/ bia	206(70,5)	219(75,0)	236(80,8)	247(84,5)	254(87,0)
(McNemar test, p-value)	$p_{(0-1)} < 0,05$ ; $p_{(0-2)} < 0,01$ ; $p_{(0-3)} < 0,01$ ; $p_{(0-4)} < 0,01$				
Ngưng hút thuốc	220(75,3)	232(79,5)	239(81,8)	246(84,2)	251(86,0)
(McNemar test, p-value)	$p_{(0-1)} < 0,05$ ; $p_{(0-2)} < 0,01$ ; $p_{(0-3)} < 0,01$ ; $p_{(0-4)} < 0,01$				
Tập thể dục thường xuyên	142(48,6)	228(78,1)	249(85,3)	260(89,0)	268(91,8)
(McNemar test, p-value)	$p_{(0-1)} < 0,001$ ; $p_{(0-2)} < 0,001$ ; $p_{(0-3)} < 0,001$ ; $p_{(0-4)} < 0,001$				

Tỷ lệ BN tuân thủ chế độ ăn giảm mặn, nhiều rau/củ/quả, giảm chất béo, mỡ động vật, hạn chế uống rượu/bia, ngưng hút thuốc và tập thể dục thường xuyên các thời điểm T3, T6, T12 và T18 đều tăng rõ rệt so với thời điểm T0. Sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ các chế độ ở các thời điểm sau can thiệp so với T0 là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

## 2. Hiệu quả cải thiện tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu

**Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu ở các thời điểm trước và sau can thiệp**

Mức độ THA	T0(n=292) (0)	T3(n=292) (1)	T6(n=292) (2)	T12(n=292) (3)	T18(n=292) (4)
Đạt HA mục tiêu	37 (12,7)	97 (33,2)	152 (52,0)	226 (77,4)	276 (94,5)
CSHQ (%)	(161,4%);	(309,4%);	(509,4%);	(644,1%);	
(McNemar test, p-value)	$(p_{(0-1)} < 0,001)$ ; $(p_{(0-2)} < 0,001)$ ; $(p_{(0-3)} < 0,001)$ ; $(p_{(0-4)} < 0,001)$				
THA độ 1	186 (63,7)	137 (46,9)	95 (32,5)	40 (13,7)	11 (3,8)
CSHQ (%)	(-26,4%);	(-49,0%);	(-78,5%);	(-94,0%);	
(McNemar test, p-value)	$(p_{(0-1)} < 0,001)$ ; $(p_{(0-2)} < 0,001)$ ; $(p_{(0-3)} < 0,001)$ ; $(p_{(0-4)} < 0,001)$				
THA độ 2	69 (23,6)	58 (19,9)	45 (15,5)	26 (8,9)	9 (3,1)
CSHQ (%)	(-15,7%);	(-34,3%);	(-62,3%);	(-86,7%);	
(McNemar test, p-value)	$(p_{(0-1)} < 0,001)$ ; $(p_{(0-2)} < 0,001)$ ; $(p_{(0-3)} < 0,001)$ ; $(p_{(0-4)} < 0,001)$				
THA độ 3	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

- Sau can thiệp, tỷ lệ BN đạt HA mục tiêu tăng lên rõ rệt, T3 (33,2%); T6 (52,0%); T12 (77,4%) và T18 (94,5%) so với T0 (12,7%) (CSHQ đạt từ 161,4 - 644,1%;  $p < 0,001$ ).

- Hiệu quả làm giảm tỷ lệ THA độ 1, 2 ở thời điểm T3 (46,9% và 19,9%); T6 (32,5% và 15,5%); T12 (13,7% và 8,9%); T18 (3,8% và 3,1%) so với T0 (63,7% và 23,6%) (sau 18 tháng can thiệp). CSHQ giảm tương ứng là - 15,7%; - 34,7%; - 62,3% và - 86,7% ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 4. Mối liên quan giữa giới tính và đạt huyết áp mục tiêu tại thời điểm trước và sau can thiệp 3, 6, 12 và 18 tháng**

Giới tính	Đạt HA mục tiêu tại các thời điểm				
	T0 (n=292)	T3 (n=292)	T6 (n=292)	T12 (n=292)	T18 (n=292)
Nam (n=130)	15 (11,5)	40 (30,8)	64 (49,2)	91 (70,0)	117 (90,0)
Nữ (n=162)	22 (13,6)	57 (35,2)	88 (54,3)	135 (83,3)	159 (98,1)
Cộng (n=292)	37 (12,7)	97 (33,2)	152 (52,0)	226 (77,4)	276 (94,5)
McNemar test, p-value <sub>(nam-nữ)</sub>	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Tại các thời điểm T3, T6, T12 và T18 cho thấy tỷ lệ đạt HA mục tiêu ( $\leq 140/90$  mmHg) ở nhóm BN nữ cao hơn nhóm BN nam. Sự khác biệt giữa hai tỷ lệ của nam và nữ ở các thời điểm sau can thiệp là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 5. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và đạt huyết áp mục tiêu tại thời điểm trước và sau can thiệp 3, 6, 12 và 18 tháng**

Nhóm tuổi	Đạt HA mục tiêu tại các thời điểm				
	T0 (n=292)	T3 (n=292)	T6 (n=292)	T12 (n=292)	T18 (n=292)
< 50 (n=33) (1)	5(15,2)	13(39,4)	19(57,6)	28(84,8)	32(97,0)
50-59 (n=118) (2)	16(13,6)	40(33,9)	62(51,7)	92(78,0)	114(96,6)
60-69 (n=141) (3)	16(11,3)	44(31,2)	72(51,0)	106(75,2)	130(92,2)
McNemar test, p-value <sub>(1-2)</sub>	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
McNemar test, p-value <sub>(1-3)</sub>	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Tại các thời điểm T3, T6, T12 và T18 cho thấy tỷ lệ BN đạt HA mục tiêu ( $\leq 140/90$  mmHg) ở nhóm BN < 50 tuổi cao hơn 2 nhóm BN 50 - 59 tuổi và 60 - 69 tuổi. Sự khác biệt giữa hai tỷ lệ là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

##### 1. Về hiệu quả cải thiện về tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp

- Về tuân thủ dùng thuốc, kiểm tra HA và tái khám định kỳ: Trước can thiệp, tỷ lệ BN tuân thủ dùng thuốc (uống thuốc đúng giờ, đúng liều, không quên thuốc), kiểm tra (đo HA) hàng ngày tại nhà thường xuyên và tái khám định kỳ đúng lịch hẹn của bác sĩ lần lượt là 18,8%; 16,4% và 29,7%. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc và tái khám định kỳ thấp hơn và tuân thủ kiểm tra HA tại nhà cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm và cộng sự (79,6%; 3,2% và 60,4%) [6]. Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Thạch Thị Mỹ và cộng sự (3,4%), tuy nhiên nghiên cứu này đã sử dụng thang đo của Morisky DE [3]. Sở dĩ tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc, kiểm tra HA, tái khám định trong kết quả nghiên cứu trước can thiệp của chúng tôi lại rất thấp, có thể BN THA đầu vào của chúng tôi đang điều trị từ nhiều cơ sở y tế khác nhau (công, tư, tự điều trị) nên không được quản lý chặt chẽ, không ai nhắc nhở, tư vấn, kiểm tra, giám sát tuân thủ điều trị. Trong khi BN THA đầu vào của các nghiên cứu khác thì 100% là đang điều trị ngoại trú tại các cơ sở y tế. Chính từ đặc điểm này, trong quá trình can thiệp quản lý và điều trị THA cho các BN tại TYT phường, chúng tôi đã sử dụng các nhân viên y tế tổ dân phố kiểm tra, nhắc nhở, theo dõi, giám sát các BN thực hiện và tuân thủ chế độ điều trị hàng ngày và thường xuyên, do đó sau can thiệp tại các thời điểm T3, T6, T12 và T18, các tỷ lệ này được cải thiện rõ rệt (tăng cao và khá ổn định) tương ứng lần lượt là: T3 (69,5%; 52,7%; 94,2%), T6 (85,6%; 73,3%; 100%); T12 (89,0%; 86,3%; 100%); T18 (98,6%; 96,2%; 100%). Sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ ở cả bốn thời điểm sau can thiệp so với T0 là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

- Về tuân thủ chế độ ăn, uống, luyện tập thể dục: Trong điều trị THA, để kiểm soát được HA hay để đạt được HA mục tiêu ổn định và ngăn chặn được các biến chứng nguy hiểm thì các biện pháp thay đổi lối sống, chế độ dinh dưỡng, luyện tập thể lực có vai trò rất quan trọng góp phần làm giảm liều và lượng thuốc sử dụng. Trong thay đổi lối sống, việc đầu tiên là tuân thủ chế độ ăn, uống đối với BN THA, đó là chế độ ăn giảm mặn, giảm chất béo, mỡ động vật (mỡ động vật, phủ tạng động vật, thịt nguội chế biến sẵn...). Kết quả nghiên cứu cho thấy, trước can thiệp có 45,9% ăn giảm mặn, cao hơn nghiên cứu của Thạch Thị Mỹ (34,7%) [7], thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm (54,8%) [6].

Ăn giảm chất béo, mỡ động vật là 52,7%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm (64,8%) [6], Thạch Thị Mỹ (58,5%) [7]. Kết quả của chúng tôi cho thấy, trước can thiệp tỷ lệ BN BN hạn chế uống rượu/bia, bỏ hoặc ngưng hút thuốc là 70,5% và 75,3%. Hai chỉ số này cũng tương đồng với nghiên cứu của Thạch Thị Mỹ (72,4% và 72,1%) [7], nhưng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm (47,2% và 54,8%) [6]. Thực hiện ăn rau xanh/củ/quả nhiều, kết quả của chúng tôi trước can thiệp có 51,4% BN tuân thủ, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm (80,8%) [6]. Thực hiện tập thể dục thường xuyên, trước can thiệp tỷ lệ BN tuân thủ trong nghiên cứu của chúng tôi là 48,6%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thơm (44,4%) [6]. Sau can thiệp, tỷ lệ BN tuân thủ các chế độ ăn uống, dinh dưỡng hợp lý, lối sống lành mạnh, do đó từ thời điểm T3 trở lên các chỉ số theo dõi đánh giá đã được cải thiện đáng kể theo chiều hướng tốt hơn lên. Cụ thể, tỷ lệ BN tuân thủ chế độ ăn giảm mặn; nhiều rau/củ/quả; giảm chất béo, mỡ động vật; hạn chế uống rượu/bia; bỏ hoặc ngưng hút thuốc và tập thể dục thường xuyên, thời điểm T0 tương ứng là 14,9%; 51,4% và 52,7%. Các thời điểm T3, T6, T12 và T18, tỷ lệ này tăng tương ứng lần lượt là: T3 (69,2%; 73,3%; 72,3%; 70,5%; 75,3% và 48,6%), T6 (76,0%; 85,6%; 84,9%; 80,8%; 81,8% và 85,3%); T12 (83,9%; 88,4%; 92,1%; 84,5%; 84,2% và 89,0%); T18 (87,7%; 92,5%; 91,8%; 87,0%; 86,0% và 91,8%). Sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ các chế độ ở cả bốn thời điểm so với T0 là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ).

**2. Về hiệu quả cải thiện tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu.** Sự thay đổi tỷ lệ đạt HA mục tiêu của các BN THA được quản lý và điều trị tại TYT trước và sau can thiệp: Trong nghiên cứu này chúng tôi can thiệp điều trị dùng thuốc theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2012) [8], nhằm đạt mục đích là hạ chỉ số HA đang ở mức cao về HA mục tiêu chung cho các BN là THA độ 1, 2 về mức HATT < 140 mmHg và HATT < 90 mmHg [8]. Kết quả cho thấy thời gian điều trị càng dài thì tỷ lệ BN đạt HATT càng cao. Sau 3 tháng tỷ lệ BN đạt HA mục tiêu là 33,2% (CSHQ=161,4%), sau 6 tháng tỷ lệ này tăng lên 52,0% (CSHQ=309,4%), sau 12 tháng lên 77,4% (CSHQ=509,4%) và đến tháng thứ 18, tỷ lệ BN đạt HA mục tiêu là 94,5% (CSHQ=664,1%).

#### V. KẾT LUẬN

- Sau can thiệp, tỷ lệ BN tuân thủ chế độ điều trị như: uống thuốc, tái khám định kỳ, kiểm tra huyết áp thường xuyên, chế độ ăn, uống, lối

sống (giảm mặn, tăng rau/củ/quả, giảm chất béo, giảm rượu/bia, ngưng hút thuốc, tập thể dục thường xuyên) được cải thiện rõ rệt. Sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ các chế độ ở cả bốn thời điểm T3, T6, T12 và T18 so với T0 đều có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

- Tăng tỷ lệ đạt HA mục tiêu sau can thiệp 18 tháng (T18) lên 94,5% (nữ: 98,1% cao hơn nam: 90,0%; nhóm BN <50 tuổi: 97,0% cao hơn nhóm 50-59 tuổi: 96,6% và nhóm 60-69 tuổi: 92,2%).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lâm Việt (2016)**. Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015 - 2016, Hội nghị tăng huyết áp Việt Nam lần thứ 2 tại Hà Nội, ngày 14- 15/5/2016.
2. **Phạm Mạnh Hùng và cs (2010)**. Tìm hiểu và kiểm soát tăng huyết áp, Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam, Hà Nội
3. **Morisky DE et al (2008)**. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient

etting, J Clin Hypertens, 10(5): 348-354.

4. **Saleem F., Hassali M A., Shafie A.A (2011)**. Association between Knowledge and Drug Adherence in Patients with Hypertension in Quetta, Pakistan. TJPR, 10(2): 125-132.
5. **Bùi Thị Nhi, Trinh Thị Hoàng Oanh (2016)**. Tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp tại xã Phước Lợi, huyện Bến Lức, tỉnh Long An năm 2015, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 20(1):268-272.
6. **Nguyễn Thị Thơm, Bùi Văn Cường, Nguyễn Hồng Hạnh và cs (2018)**. Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 1(3): 35-42.
7. **Thạch Thị Mỹ, Lê Thị Diễm Trinh, Nguyễn La Trí Dũng và cs (2019)**. Tỷ lệ tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp người dân tộc Khmer tại BVĐK khu vực Cầu Ngang, tỉnh Trà Vinh, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 23(2): 224-228.
8. **Bộ Y tế (2012)**. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp (Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 của Bộ Y tế).

## TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở TRẺ 6 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI TẠI PHÒNG KHÁM DINH DƯỠNG BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Aphanhnee Souliyakane<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Yến<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thuý Hồng<sup>1</sup>, Chu Thị Phương Mai<sup>1</sup>, Lê Hữu Thành<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Dinh dưỡng là yếu tố quan trọng trong quá trình phát triển thể chất và tinh thần ở trẻ nhỏ, đặc biệt trẻ dưới 5 tuổi. **Mục tiêu:** Mô tả tình trạng dinh dưỡng ở trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi và một số yếu tố liên quan tại Phòng khám Dinh dưỡng Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 234 trẻ từ 6 tháng đến 5 tuổi đến khám tại Phòng khám Dinh dưỡng Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 9/2020 đến tháng 6/2021. Trẻ được đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) 2006. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ được bú sữa mẹ trong vòng 1 giờ là 56,0%. Phần lớn trẻ bú mẹ hoàn toàn dưới 6 tháng (67,1%). Tỷ lệ trẻ bú mẹ kéo dài trên 18 tháng là 58,8%. Phần lớn trẻ ăn bổ sung đúng thời điểm (87,0%); thành phần bữa ăn bổ sung có đủ các nhóm thực phẩm chiếm 67,9%. Đa số trẻ ăn bổ sung đủ số bữa (77,8%) nhưng chỉ có 41,9% trẻ ăn đủ số lượng thức ăn mỗi bữa. Tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) thể thấp còi, nhẹ cân và gầy còm lần lượt là 25,6%, 22,7% và 18,4%, thừa cân béo phì chiếm 6,8%. Trẻ có cân

nặng lúc sinh thấp < 2500g có nguy cơ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân cao hơn nhóm trẻ có cân nặng lúc sinh bình thường. **Kết luận:** Tỷ lệ trẻ SDD ở cả ba thể còn cao, ngoài ra có 1 tỷ lệ không nhỏ trẻ thừa cân béo phì. Cân nặng lúc sinh thấp có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng của trẻ.

**Từ khóa:** suy dinh dưỡng, tình trạng dinh dưỡng, trẻ em.

### SUMMARY

#### NUTRITIONAL STATUS IN 6 MONTH TO 5 YEAR OLD CHILDREN AT THE NUTRITION CLINICS OF THE CHILDREN'S NATIONAL HOSPITAL

**Background:** Nutrition plays an important role in the growth and development of a child, especially under 5 years old. **Objectives:** This study aimed to assess the nutritional status and associating factors of children aged from 6 months to 5 years old who visited the Nutrition Clinics at the Children's National Hospital. **Methods:** In this cross-sectional study, the nutritional history and anthropometrics of 234 children aged from 6 months to 5 years old who visited the Nutrition Clinics at the Children's National Hospital from 9/2020 to 6/2021 were taken and interpreted based on the World Health Organisation (WHO) 2006 growth reference data. **Results:** 56,0% of subjects were breast-fed within an hour of life. 67,0% were fed entirely on breast milk for the first 6 months and 58,8% for the first 18 months. Complementary feeding was introduced at 6 months of age in 87,0% and 67,9% were provided with all food groups. While

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Aphanhnee Souliyakane

Email: aphanisouliyakavn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2021

Ngày duyệt bài: 4.10.2021