

TÌNH HÌNH KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI KHMER TĂNG HUYẾT ÁP TẠI THỊ XÃ VĨNH CHÂU, TỈNH SÓC TRĂNG NĂM 2024

Nguyễn Mỹ Anh¹, Lê Minh Hữu²,
Phạm Thị Nhã Trúc³, Nguyễn Xuân Mỹ Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ kiểm soát huyết áp (KSHA) và một số yếu tố liên quan ở người Khmer tăng huyết áp tại thị xã Vĩnh Châu, tỉnh Sóc Trăng năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 400 người Khmer tăng huyết áp từ 18 tuổi trở lên đang sinh sống trên địa bàn thị xã Vĩnh Châu, tỉnh Sóc Trăng. **Kết quả:** Tỷ lệ KSHA là 60,5%. Trong đó, tỷ lệ KSHA ở nữ là 64,8% cao hơn 52,5% ở nam giới. Nghiên cứu ghi nhận thừa cân-béo phì (OR=3,048; $p<0,001$), chế độ ăn giảm mặn (OR=15,098; $p<0,001$), hút thuốc lá (OR=3,576; $p<0,05$), hoạt động thể lực (OR=5,033; $p<0,001$) và tuân thủ điều trị (OR=2,789; $p<0,05$) là những yếu tố có liên quan đến KSHA. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ KSHA là 60,5%, việc thực hiện tốt các biện pháp kiểm soát cân nặng, tuân thủ chế độ ăn uống, sinh hoạt và dùng thuốc để có thể giúp KSHA. **Từ khóa:** Kiểm soát huyết áp, người Khmer, yếu tố liên quan.

SUMMARY

THE SITUATION OF BLOOD PRESSURE CONTROL AND SOME RELATED FACTORS IN KHMER PEOPLE WITH HYPERTENSION IN VINH CHAU TOWN, SOC TRANG PROVINCE IN 2024

Objectives: To determine the rate of blood pressure control and some related factors in Khmer people with hypertension in Vinh Chau town, Soc Trang province in 2024. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study with an analyzed of 400 hypertensive Khmer people aged 18 years and older living in Vinh Chau town, Soc Trang province. **Results:** The prevalence of blood pressure control is 60.5%. In which, the rate of female with blood pressure control accounted for 64.8%, which was higher than that of 52.5% of male. and good treatment compliance is 65.8%. The study noted that overweight-obesity (OR=3.048; $p<0.001$), salt-reduced diet (OR=15.098; $p<0.001$), smoking (OR=3.576; $p<0.05$), physical activity (OR=5.033; $p<0.001$) and adherence to treatment (OR=2.789; $p<0.05$) were significantly related with blood pressure

control. **Conclusion:** The study shows that the blood pressure control rate is 60.5%, taking good weight control measures, following a diet, lifestyle, and medication can help control blood pressure.

Keywords: blood pressure control, Khmer people, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong những vấn đề sức khỏe phổ biến trên toàn thế giới. Nếu không được điều trị và kiểm soát tốt sẽ dẫn đến tổn thương nặng các cơ quan đích và gây ra biến chứng nguy hiểm, trở thành gánh nặng cho gia đình cũng như toàn xã hội. Mục đích quan trọng nhất trong điều trị THA là ngăn chặn tổn thương các cơ quan đích. Do đó, bệnh nhân cần đạt huyết áp mục tiêu càng sớm càng tốt. Kết quả từ nhiều nghiên cứu đã khẳng định KSHA đóng vai trò then chốt để giảm bệnh tim mạch, biến cố mạch máu não cũng như tử vong tim mạch. Chỉ cần giảm 2mmHg huyết áp tâm thu, bệnh nhân giảm được tới 10% nguy cơ tim mạch [3][4].

KSHA và các yếu tố liên quan, nhất là các yếu tố lối sống đang trở thành vấn đề cần được quan tâm giải quyết. Việc thay đổi lối sống và tuân thủ dùng thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ là cần thiết cho việc điều trị có hiệu quả, tuy nhiên không phải lúc nào bệnh nhân THA cũng hiểu biết đầy đủ và thực hiện nghiêm túc.

Sóc Trăng là tỉnh có đông người Khmer sinh sống, chiếm 30,19% dân số toàn tỉnh. Theo kết quả khảo sát tình hình THA ở người Khmer trên địa bàn tỉnh Sóc Trăng, tỷ lệ THA là 30,5% [5]. Thị xã Vĩnh Châu có tỷ lệ người dân tộc thiểu số cao nhất tỉnh, với 87.153 người Khmer, chiếm 52,34% dân số. Tuy nhiên, nghiên cứu về tình hình KSHA ở người Khmer tăng huyết áp trên địa bàn thị xã Vĩnh Châu còn rất ít. Nhằm cung cấp thông tin có cơ sở khoa học về vấn đề này làm tiền đề cho các nhà quản lý cải thiện và xây dựng các chính sách hiệu quả hơn trong việc quản lý điều trị bệnh THA ngoại trú, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu xác định tỷ lệ KSHA và một số yếu tố liên quan ở người Khmer tăng huyết áp tại thị xã Vĩnh Châu, tỉnh Sóc Trăng năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người Khmer

¹Trung tâm Y tế thành phố Sóc Trăng

²Trường Đại học Y dược Cần Thơ

³Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu

Chịu trách nhiệm chính: Lê Minh Hữu

Email: lmhuu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 21.4.2025

THA từ 18 tuổi trở lên đang sinh sống trên địa bàn thị xã Vĩnh Châu, tỉnh Sóc Trăng.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Người Khmer bị THA được quản lý tại trạm y tế hoặc sổ khám sức khỏe được chẩn đoán THA bởi nhân viên y tế.
- Cư trú trên 3 tháng tại thị xã Vĩnh Châu, tỉnh Sóc Trăng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người không có khả năng trả lời câu hỏi phỏng vấn (thần kinh, câm, điếc,...).
- Người bỏ địa bàn nghiên cứu.
- Người tăng huyết áp đang mang thai tại thời điểm khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

α : xác suất sai lầm loại 1, $\alpha = 5\%$

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$$

Z: Hệ số tin cậy; ta có

d: sai số tuyệt đối, chọn d = 6%

p = 33% theo nghiên cứu của tác giả Đỗ Văn Tuấn với tỷ lệ kiểm soát huyết áp là 33% [7].

Do chọn mẫu nhiều giai đoạn, để đảm bảo tính chính xác, mẫu nghiên cứu được nhân với hệ số thiết kế 1,5 như vậy cỡ mẫu nghiên cứu là 354 người, dự trừ 10% hao hụt nên cỡ mẫu tối thiểu là 390 người. Thực tế chúng tôi chọn 400 đối tượng đưa vào nghiên cứu.

Chọn mẫu: Chọn mẫu nhiều giai đoạn. Đầu tiên bốc thăm chọn mẫu nhiên 4 xã/phường của thị xã Vĩnh Châu, tại mỗi xã/phường chọn 4 ấp/khóm. Sau đó, dựa vào danh sách người THA trong các ấp/khóm do Trạm Y tế quản lý, chọn ngẫu nhiên 25 người Khmer THA trong mỗi ấp/khóm đưa vào nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu. KSHA gồm 2 giá trị: Có hoặc không. Đánh giá có KSHA khi huyết áp của đối tượng tại thời điểm nghiên cứu <140/90mmHg theo hướng dẫn tại Quyết định số 5904/QĐ-BYT của Bộ Y tế, chỉ số huyết áp được tính thông qua 2 lần đo huyết áp bằng máy đo huyết áp HA Mcrolife AG1-20, kỹ thuật đo huyết áp tuân thủ theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

Một số biến số về nhân khẩu: Giới tính, nhóm tuổi, tôn giáo, tình trạng kinh tế. Nhóm yếu tố liên quan: giới tính, thừa cân-béo phì (BMI ≥ 23), béo bụng (có khi tỷ số vòng bụng/vòng hông $\geq 0,95$ với nam, $\geq 0,85$ với

nữ), chế độ ăn giảm muối (có là khi ăn các món kho ít hơn 4 ngày/tuần và không chấm thêm nước mắm hoặc muối), hạn chế uống rượu/bia (có là khi không uống rượu bia, hoặc uống bất kỳ loại rượu/bia nào, số lượng <2 đơn vị rượu chuẩn/ngày đối với nam hoặc <1 đơn vị rượu chuẩn/ngày đối với nữ), hút thuốc lá (có là khi đối tượng có hút thuốc với bất kỳ số lượng là bao nhiêu), hoạt động thể lực (có khi phải làm các công việc lao động nặng nhọc hoặc có tham gia các hoạt động thể thao, đi bộ, chạy bộ, đi xe đạp với thời gian ≥ 30 phút/ngày và ≥ 5 ngày/tuần) và tuân thủ điều trị (sử dụng Bộ câu hỏi MMAS-8 gồm 8 câu hỏi làm thang đo tuân thủ điều trị).

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu:

- Sử dụng phiếu phỏng vấn để thu thập các thông tin về đặc điểm kinh tế-xã hội.

- Sử dụng máy đo huyết áp đo chỉ số huyết áp. HA được đo 2 lần cách nhau ít nhất 2 phút, tính huyết áp dựa vào số trung bình giữa 2 lần đo. Nếu giữa 2 lần đo đầu tiên chênh lệch hơn 10 mmHg thì đo thêm lần thứ 3 sau khi nghỉ trên 5 phút, giá trị huyết áp ghi nhận là giá trị trung bình của hai lần đo cuối.

- Dùng cân và thước đo để lấy các chỉ số nhân trắc: Cân nặng, chiều cao, vòng bụng, vòng hông của đối tượng nghiên cứu.

Xử lý số liệu: Phiếu thu thập thông tin sau khi phỏng vấn được kiểm tra ngay tại chỗ về tính hoàn tất và phù hợp. Sau đó tiến hành làm sạch, mã hóa số liệu, nhập dữ liệu vào máy tính bằng phần mềm Epi Data 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận theo phiếu chấp thuận số 24.112.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28/6/2024 của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y dược Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

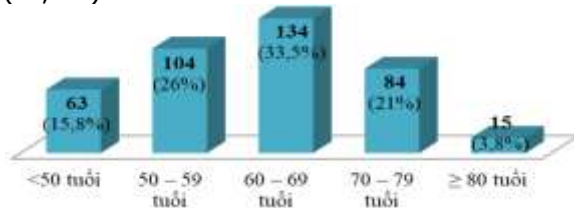
3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n=400)		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	139	34,7
	Nữ	261	65,3
Tôn giáo	Phật giáo	38	9,5
	Khác	362	90,5
Tình trạng kinh tế	Không nghèo	391	97,7
	Nghèo	9	2,3

Trong 400 đối tượng được đưa vào nghiên cứu, nữ giới chiếm tỷ lệ 65,3%, không theo tôn

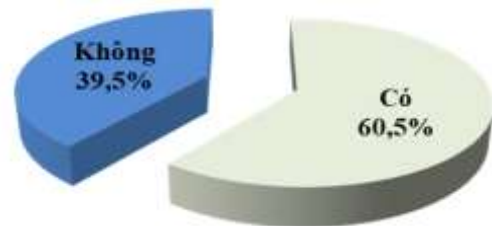
giáo (90,5%), tình trạng kinh tế không nghèo (97,7%)



Biểu 1. Phân bố nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Phần lớn đối tượng nghiên cứu nằm trong nhóm tuổi từ 60-69 tuổi (33,5%), tiếp theo là nhóm tuổi từ 50-59 tuổi (26%) và thấp nhất mà nhóm tuổi từ 80 tuổi trở lên (3,8%).

3.2. Tình hình KSHA của đối tượng nghiên cứu



Biểu 2. Tình hình KSHA của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 242 đối tượng có KSHA, đạt tỷ lệ 60,5%,

3.3. Một số yếu tố liên quan đến KSHA

Bảng 2. Mối liên quan giữa KSHA với giới tính, thừa cân-béo phì, béo bụng, chế độ ăn giảm muối, uống rượu/bia, hút thuốc lá, hoạt động thể lực và tuân thủ điều trị của đối tượng

Đặc điểm (n=400)		Kiểm soát huyết áp		OR KTC 95%	p
		Có n (%)	Không n (%)		
Giới tính	Nữ	169 (64,8)	92 (35,2)	1,661 (1,093 -2,524)	0,017
	Nam	73 (52,5)	66 (47,5)		
Thừa cân-béo phì	Không	119 (77,3)	35 (22,7)	3,40 (2,163-5,344)	<0,001
	Có	123 (50)	123 (50)		
Béo bụng	Không	23 (62,2)	14 (37,8)	1,080 (0,538-2,169)	0,828
	Có	219 (60,3)	144 (39,7)		
Chế độ ăn giảm muối	Có	206 (87,3)	30 (12,7)	24,415 (14,337-41,577)	<0,001
	Không	36 (22)	128 (78)		
Hạn chế uống rượu/bia	Có	215 (66)	111 (34)	3,372 (1,993-5,704)	<0,001
	Không	27 (36,5)	47 (63,5)		
Hút thuốc lá	Không	208 (67,5)	100 (32,5)	3,548 (2,183-5,768)	<0,001
	Có	34 (37)	58 (63)		
Hoạt động thể lực	Có	165 (72,7)	62 (27,3)	3,318 (2,183-5,042)	<0,001
	Không	77 (44,5)	96 (55,5)		
Tuân thủ điều trị	Có	231 (65,8)	120 (34,2)	6,65 (3,281-13,477)	<0,001
	Không	11 (22,4)	38 (77,6)		

Từ kết quả phân tích ở Bảng 4 cho thấy nữ có tỷ lệ KSHA cao hơn so với nam giới với 64,8% và 52,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với OR= 1,661; p=0,017). Nhóm không thừa cân-béo phì có tỷ lệ KSHA cao hơn nhóm thừa cân-béo phì với tỷ lệ lần lượt là 77,3% và 50%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với OR=3,40; p<0,001). Tỷ lệ KSHA ở nhóm không béo bụng cao hơn so với nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Nhóm có chế độ ăn giảm muối có tỷ lệ KSHA cao hơn nhóm còn lại (với OR=24,415;

p<0,001). Tỷ lệ KSHA ở nhóm hạn chế uống rượu/bia là 66%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm không hạn chế uống rượu/bia là 36,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với OR=3,372; p<0,001). Nhóm không hút thuốc lá có tỷ lệ KSHA cao hơn nhóm có hút thuốc lá (với OR=3,548; p<0,001). Việc có hoạt động thể lực cũng làm tăng tỷ lệ KSHA (với OR=3,318; p<0,001). Ngoài ra, nghiên cứu cũng ghi nhận tuân thủ điều trị có liên quan đến KSHA của đối tượng nghiên cứu (với p<0,001).

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan KSHA

Đặc điểm (n=400)	KSHA		Hồi qui đơn biến		Hồi qui đa biến	
	Có n (%)	Không n (%)	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Thừa cân-béo phì						
Không	119 (77,3)	35 (22,7)	3,40	<0,001	3,048	<0,001
Có	123 (50)	123 (50)	(2,163-5,344)		(1,646-5,644)	
Chế độ ăn giảm muối						

Có	206 (87,3)	30 (12,7)	24,415 (14,337-41,577)	<0,001	15,098 (8,423-27,061)	<0,001
Không	36 (22)	128 (78)				
Hút thuốc lá						
Không	208 (67,5)	100 (32,5)	3,548 (2,183-5,768)	<0,001	3,576 (1,170-10,926)	0,025
Có	34 (37)	58 (63)				
Hoạt động thể lực						
Có	165 (72,7)	62 (27,3)	3,318 (2,183-5,042)	<0,001	5,033 (2,642-9,591)	<0,001
Không	77 (44,5)	96 (55,5)				
Tuân thủ điều trị						
Có	231 (65,8)	120 (34,2)	6,65 (3,281-13,477)	<0,001	2,789 (1,158-6,721)	0,022
Không	11 (22,4)	38 (77,6)				

Sau khi xây dựng mô hình hồi quy đa biến kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, kết quả ghi nhận các yếu tố có liên quan đến KSHA là tình trạng thừa cân-béo phì, chế độ ăn giảm muối, hút thuốc lá, hoạt động thể lực và tuân thủ điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình hình kiểm soát huyết áp. Tỷ lệ KSHA ở người Khmer THA tại thị xã Vĩnh Châu, tỉnh Sóc Trăng là 60,5% với huyết áp tâm thu lớn hơn 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương lớn hơn 90 mmHg. So sánh với các nghiên cứu trong nước, tỷ lệ KSHA trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với 68,9% trong nghiên cứu của tác giả Dương Ngọc Định tại Kiên Giang [2], nhưng lại cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Vũ Thảo Vy tại Huế với 53,6% [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một nghiên cứu tại Brazil vào năm 2019 với tỷ lệ KSHA là 51,1% [1], một nghiên cứu ở Ethiopia năm 2022 cho thấy tỷ lệ KSHA là 41,2% [6].

Sự khác biệt này có thể được lý giải với các luận điểm sau: những năm gần đây, sự phát triển về kinh tế, các hoạt động truyền thông và chương trình y tế cộng đồng giúp người dân nâng cao hiểu biết về bệnh THA, từ đó giúp họ thay đổi thái độ và các hành vi trong lối sống, tuân thủ điều trị nhằm việc KSHA. Ngoài ra, các chính sách y tế, đặc biệt là chính sách bảo hiểm y tế cũng góp phần giúp người dân tiếp cận các dịch vụ y tế. Cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi có 98,5% đối tượng có thể bảo hiểm y tế giúp họ thanh toán chi phí khám và thuốc điều trị THA, từ đó giảm gánh nặng tài chính cho người bệnh và giúp họ tiếp cận dịch vụ y tế tốt hơn.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiểm soát huyết áp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nữ giới có tỷ lệ KSHA cao hơn so với nam giới với 64,8% và 52,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này khác so với trong nghiên cứu của Dương Ngọc Định năm 2022 với tỷ lệ KSHA ở nam là 67,9%, ở nữ là 72,3%, sự khác biệt này giữa 2 giới không có ý nghĩa thống kê với

$p > 0,05$ [2].

Khi phân tích hồi quy đa biến, việc KSHA ở nhóm không thừa cân-béo phì cao hơn 3,048 lần so với nhóm thừa cân-béo phì với $p < 0,001$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Dương Ngọc Định (2022), kiểm soát huyết áp ở nhóm không thừa cân-béo phì cao hơn 2,97 lần so với nhóm thừa cân-béo phì với $p < 0,001$ [2]. Điều này cho thấy rằng việc kiểm soát trọng lượng cơ thể là một yếu tố quan trọng trong việc quản lý huyết áp, và việc giảm cân hoặc duy trì cân nặng hợp lý có thể góp phần quan trọng trong việc KSHA và ngăn ngừa các biến chứng tim mạch.

Nghiên cứu cũng cho thấy rằng, tỷ lệ KSHA ở những người có chế độ ăn giảm mặn (87,3%) cao hơn 15,098 lần so với tỷ lệ KSHA ở nhóm còn lại (22%) với $p < 0,001$. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ Thảo Vy cũng ghi nhận mối liên quan giữa KSHA và chế độ ăn giảm mặn ($OR = 3,328; p < 0,001$) [8]. Chế độ ăn giảm mặn giúp giảm bớt gánh nặng cho tim và mạch máu, từ đó giúp KSHA và ngăn ngừa các biến chứng như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, và các bệnh lý thận.

Số liệu nghiên cứu cho thấy rằng, có 67,5% đối tượng không hút thuốc lá kiểm soát được huyết áp và 37% đối tượng hút thuốc lá kiểm soát được huyết áp. Việc KSHA ở nhóm không hút thuốc lá cao hơn 3,576 lần so với nhóm có hút thuốc lá với $p < 0,05$. Tương tự, có mối liên quan giữa KSHA và những người có hoạt động thể lực. Những người có hoạt động thể lực có tỷ lệ KSHA cao hơn gấp 5,033 lần ($p < 0,001$) so với người không hoạt động thể lực. Kết quả này tương đồng với tác giả Dương Ngọc Định, KSHA ở người vận động thể lực cao hơn người ít vận động thể lực ($OR = 2,53; p < 0,001$) [2], nghiên cứu cắt ngang ở Ethiopia cũng ghi nhận có mối liên quan giữa hoạt động thể lực và KSHA ($OR = 1,4; p < 0,05$) [6]. Từ những kết quả trên, có thể thấy rằng hoạt động thể lực giúp cải thiện sức khỏe, hỗ trợ kiểm soát cân nặng, góp phần KSHA.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng, có mối liên quan chặt chẽ giữa KSHA và tuân thủ

điều trị. Nhiều nghiên cứu cả trên thế giới và Việt Nam đã ghi nhận tuân thủ điều trị có liên quan đến KSHA. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuân thủ điều trị thuốc có khả năng KSHA cao hơn gấp 2,789 lần ($p=0,022$) những người không tuân thủ điều trị. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vũ Thảo Vy và nghiên cứu tại Ethiopia. Tác giả Nguyễn Vũ Thảo Vy ghi nhận nhóm tuân thủ tốt điều trị thuốc có KSHA cao gần 17,8 lần nhóm không tuân thủ điều trị thuốc ($p<0,001$) [7]. Nghiên cứu tại Ethiopia ghi nhận người tuân thủ điều trị có khả năng KSHA cao gấp 2,3 lần so với nhóm còn lại ($p<0,05$) [6].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ KSHA của đối tượng nghiên cứu là 60,5%. Các yếu tố có liên quan đến KSHA bao gồm: thừa cân-béo phì, chế độ ăn giảm mặn, hạn chế uống rượu/bia hoạt động thể lực và tuân thủ điều trị. Việc thực hiện tốt các biện pháp kiểm soát cân nặng, tuân thủ chế độ ăn uống và tuân thủ điều trị để có thể giúp KSHA.

Cần tăng cường các chương trình truyền thông, giáo dục sức khỏe để tuyên truyền, vận động thực hiện chế độ ăn uống, sinh hoạt lành mạnh, quản lý tốt bệnh nhân THA tại các cơ sở y tế nhằm hỗ trợ người bệnh tuân thủ các chế độ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Coelho JC (2019), Blood pressure control of hypertensive patients followed in a high complexity clinic and associated variables, J Bras Nefrol;43(2):207–216. doi: 10.1590/2175-8239-JBN-2020-0133
2. Dương Ngọc Định (2022), Nghiên cứu tình hình và

một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp chưa kiểm soát tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang năm 2021-2022, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, Số 53/2022, Trang 34-40. <https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/171/424>

3. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al (2002); Prospective Studies Collaboration Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies, the Lancet, Volume 360, Issue 9349, pp1903-1913.
4. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz N, et al (2013), 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC), European Heart Journal, Volume 34, Issue 28, pp 2159–2219. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs151
5. Lê Hoàng Phong (2014), Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp và biến chứng ở người Khmer tỉnh Sóc Trăng năm 2013, Luận án chuyên khoa cấp II, trường đại học Y dược Cần Thơ, Cần Thơ.
6. Solomon M, Negussie Y M, Bekele N T, et al (2022), "Uncontrolled blood pressure and associated factors in adult hypertensive patients undergoing follow-up at public health facility ambulatory clinics in Bishoftu town, Ethiopia: a multi-center study", BMC Cardiovascular Disorders, 23(1):258. doi: 10.1186/s12872-023-03290-z.
7. Đỗ Văn Tuấn (2016), Nghiên cứu tình hình, đánh giá kết quả kiểm soát huyết áp và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến không kiểm soát được huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp ≥ 40 tuổi trở lên tại thành phố Sóc Trăng, tỉnh Sóc Trăng năm 2015-2016, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
8. Nguyễn Vũ Thảo Vy (2023), Nghiên cứu tỷ lệ người bị tăng huyết áp điều trị không đạt mục tiêu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị ngoại trú tại phòng khám nội, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, Tạp chí Y Dược Huế, Số 7, tập 13, Tr 190-197.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ U LYMPHO THỂ DA NGUYÊN PHÁT TẠI VIỆN HUYẾT HỌC – TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2017-6/2024

Vũ Đức Bình¹, Khúc Thị Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U lympho da nguyên phát là một nhóm bệnh tăng sinh lympho không đồng nhất, với sự tăng sinh lympho có thể chỉ giới hạn ở da mà không

có sự tham gia của các hạch bạch huyết, tủy xương hoặc các tạng khi chẩn đoán. U lympho thể da có thể bắt nguồn từ tế bào lympho T trưởng thành, tế bào lympho B trưởng thành hoặc tế bào NK. Đánh giá mô bệnh học bao gồm nhuộm hóa mô miễn dịch của mảnh sinh thiết da là cơ sở chẩn đoán, và đến nay việc điều trị bệnh, nhất là giai đoạn tiến triển vẫn còn nhiều thách thức. **Mục tiêu:** Khảo sát các đặc điểm về chẩn đoán và điều trị u lympho thể da nguyên phát tại viện Huyết học – Truyền máu Trung ương. **Đối tượng:** 58 bệnh nhân U lympho thể da nguyên phát điều trị tại viện từ tháng 1/2017- tháng 6/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, mô

¹*Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Bình

Email: vuducbinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025