

Tuy nhiên chỉ có 1 bệnh nhân có tiểu cầu là 49. Tất cả bệnh nhân còn lại có tiểu cầu trên 50. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân phải truyền tiểu cầu. Kết quả này tương tự như kết quả nhiều nghiên cứu trên thế giới.⁸ Chih-Hung Wang và cộng sự trong nghiên cứu Meta-Analysis gồm 43 thử nghiệm với 7528 bệnh nhân cho thấy điều trị hạ thân nhiệt có gây giảm tiểu cầu và tăng nguy cơ phải truyền tiểu cầu.⁸

Tỉ lệ prothrombin có giảm trong các giai đoạn điều trị hạ thân nhiệt, tuy nhiên không có khác biệt ($p > 0,05$)

Thời gian aPTT kéo dài theo thời gian trong quá trình hạ thân nhiệt, có khác biệt có ý nghĩa thống kê, đông máu nội sinh bị ảnh hưởng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 bệnh nhân lọc máu liên tục CVVH, có dùng Heparin, có ảnh hưởng làm kéo dài thời gian aPTT. Tuy nhiên khi phân tích dưới nhóm 54 bệnh nhân không lọc máu, cũng thấy có kéo dài thời gian aPTT (khác biệt có ý nghĩa).

Nghiên cứu của chúng tôi đã loại trừ các bệnh nhân có tiền sử bệnh lý đông máu, hoặc đang chảy máu tiếp diễn. Kết quả nghiên cứu cho thấy có thay đổi về tiểu cầu và đông máu, tuy nhiên nguy cơ rối loạn đông máu nặng, nguy cơ xuất huyết là thấp, phần lớn các bệnh nhân dung nạp tốt, không cần phải truyền máu và chế phẩm máu. Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Chih-Hung Wang.⁸ Trong nghiên cứu phân tích gộp của Chih-Hung Wang cũng cho thấy phần lớn các thử nghiệm lâm sàng hạ thân nhiệt điều trị cho bệnh nhân hôn mê sau NTH đã loại trừ các bệnh nhân có bệnh lý đông máu từ trước, và khuyến nghị cần thận trọng trong điều trị cho các bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng.⁸

V. KẾT LUẬN

Rét run, rối loạn kali máu, tăng đường máu, giảm tiểu cầu là các biến chứng thường gặp trong điều trị hạ thân nhiệt chỉ huy đích 33°C. Trong điều trị hạ thân nhiệt chỉ huy đích 33°C việc theo dõi sát, phát hiện và xử trí các biến chứng này là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Badjatia N., Strongilis E., Prescutti M. và cộng sự (2009).** Metabolic benefits of surface counter warming during therapeutic temperature modulation. *Crit Care Med*, 37 (6), 1893-1897
2. **Bernard S. A., Gray T. W., Buist M. D. và cộng sự (2002).** Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia. *N Engl J Med*, 346 (8), 557-563.
3. **Callaway C. W., Donnino M. W., Fink E. L. và cộng sự (2015).** Part 8: Post-Cardiac Arrest Care: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 132 (18 Suppl 2), S465-482.
4. **Choi H. A., Ko S. B., Prescutti M. và cộng sự (2011).** Prevention of shivering during therapeutic temperature modulation: the Columbia anti-shivering protocol. *Neurocrit Care*, 14 (3), 389-394.
5. **Haase K. K., Grelle J. L., Khasawneh F. A. và cộng sự (2017).** Variability in Glycemic Control with Temperature Transitions during Therapeutic Hypothermia. *Crit Care Res Pract*, 2017, 4831480
6. **Hypothermia after Cardiac Arrest Study G. (2002).** Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. *N Engl J Med*, 346 (8), 549-556.
7. **Mirzoyev S. A., McLeod C. J., Bunch T. J. và cộng sự (2010).** Hypokalemia during the cooling phase of therapeutic hypothermia and its impact on arrhythmogenesis. *Resuscitation*, 81 (12), 1632-1636
8. **Wang C. H., Chen N. C., Tsai M. S. và cộng sự (2015).** Therapeutic Hypothermia and the Risk of Hemorrhage: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medicine* (Baltimore), 94 (47), e2152.

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI TỪ 40 TUỔI TRỞ LÊN TẠI CỘNG ĐỒNG TỈNH TUYÊN QUANG NĂM 2021

Hoàng Văn Hùng¹, Nguyễn Văn Kiên², Đàm Khải Hoàn²

TÓM TẮT

¹CDC tỉnh Tuyên Quang

²Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đàm Khải Hoàn

Email: hoanytcc@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2022

Ngày duyệt bài: 23.6.2022

Ở Việt Nam, THA là một vấn đề y tế công cộng, là yếu tố nguy cơ quan trọng hàng đầu dẫn đến bệnh lý về tim mạch. Trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân tỉnh Tuyên Quang đã và đang thực hiện chương trình phòng chống bệnh THA của Bộ Y tế từ năm 2011. Nghiên cứu được tiến hành trên 1500 người trưởng thành từ 40 tuổi trở lên tại tỉnh Tuyên Quang. **Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang, năm 2021. Phân tích một số yếu tố liên quan và ảnh hưởng đến tăng huyết áp tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang năm

2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang là 33,3% (trong đó tỷ lệ tăng huyết áp độ I 62,7%; tăng huyết áp độ II 30,1%; tăng huyết áp độ III 7,2%). Nhóm tuổi, giới tính, BMI, hành vi ăn mặn, uống rượu bia, stress, kiến thức dự phòng và thái độ dự phòng tăng huyết áp là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng mắc bệnh. Sau khi phân tích hồi quy logistic đa biến giữa các yếu tố liên quan và tăng huyết áp cho kết quả: giới tính, nhóm tuổi, ăn mặn, thừa cân, béo phì (BMI \geq 25), kiến thức chưa tốt và thái độ chưa tốt có mối liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê với khả năng mắc tăng huyết áp sau khi đã loại bỏ các yếu tố còn lại.

Từ khóa: Tăng huyết áp, cộng đồng, yếu tố liên quan

SUMMARY

THE SITUATION OF RISK OF BLOOD PRESSURE IN PERSON 40 AGES AND OVER IN QUEEN QUANG PROVINCE COMMUNITY IN 2021

In Vietnam, hypertension is a public health problem, the leading important risk factor for cardiovascular disease. Focusing on people's health in Tuyen Quang province and implementing the hypertension prevention program of the Ministry of Health since 2011. The study was conducted on 1500 adults aged 40 and over in Tuyen Quang province.

Objectives: To assess the status of hypertension in people aged 40 years and over in the community of Tuyen Quang province, in 2021. To analyze some factors related to and affecting hypertension in the community of Tuyen Quang province in 2021.

Methods: A cross-sectional study. **Results:** The rate of hypertension in people aged 40 years and older in the community in Tuyen Quang province was 33.3% (in which the rate of hypertension grade I was 62.7%; hypertension grade II was 30.1%; hypertension pressure level III was 7.2%). Age group, sex, BMI, eating behavior of salty foods, drinking alcohol, stress, knowledge about prevention and attitude to prevent hypertension were the factors that have statistically significant associations with disease status. After multivariable logistic regression analysis between related factors and hypertension, the following results were obtained: gender, age group, salty eating, overweight, obesity (BMI \geq 25), poor knowledge and attitude poor health has a statistically significant independent relationship with the likelihood of hypertension after excluding the remaining factors.

Keywords: Hypertension, community, related factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong 8 nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong toàn cầu. Theo gánh nặng toàn cầu về THA, ước tính trên toàn thế giới có khoảng 1,56 tỷ người bị THA vào năm 2025 [8].

Tăng huyết áp cũng được nói đến như là "kẻ giết người thầm lặng" vì phần lớn những người bị tăng huyết áp không biết mình đã bị tăng huyết

áp [3]. Ở Việt Nam, THA là một vấn đề y tế công cộng, là yếu tố nguy cơ quan trọng hàng đầu dẫn đến bệnh lý về tim mạch. Theo nghiên cứu của Viện Tim Mạch Quốc gia, từ năm 1990 đến 2017, số bệnh nhân bị THA đã gia tăng với tốc độ trung bình xấp xỉ 1% mỗi năm. Cụ thể theo báo cáo năm 1992 thì tỷ lệ tăng huyết áp (THA) ở người trưởng thành là 11,2%, đến năm 2008 tỷ lệ này đã là 25,1% và đến năm 2015 thì tỷ lệ này là >40% [1].

Tỉnh Tuyên Quang là tỉnh miền núi phía bắc, kinh tế văn hóa xã hội ở mức trung bình thấp trong toàn quốc. Trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân (CSSKND) Tỉnh Tuyên Quang đã và đang thực hiện chương trình phòng chống bệnh THA của Bộ Y tế từ năm 2011. Câu hỏi đặt ra là thực trạng tỷ lệ THA hiện nay ở Tuyên Quang ra sao? Phân bố như thế nào? Các yếu tố nào liên quan đến những người THA? Do vậy, để xác định được thực trạng bệnh tăng huyết áp và các yếu tố liên quan chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu sau:

1. *Đánh giá thực trạng tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang, năm 2021.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan và ảnh hưởng đến tăng huyết áp tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang năm 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu Người trưởng thành từ 40 tuổi trở lên

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Tại 10 xã của tỉnh Tuyên Quang

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2021

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, điều tra cắt ngang

-Cỡ mẫu: theo công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ trong quần thể với $p=0,22$ (Tỷ lệ THA ở người từ 40 tuổi từ nghiên cứu của Lâm Chi Cường – Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa); chọn $d = 0,022$; $\alpha=0,05$. Thay vào công thức ta có: $n = (1,96) 2 \times 0,22 \times 0,78 / (0,022) 2 = 1.362$ làm tròn là 1.500.

- Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn chủ đích 5 khu vực đại diện cho các vùng của tỉnh Tuyên Quang: thành phố Tuyên Quang, huyện Yên Sơn, Sơn Dương, Chiêm Hóa và huyện Na Hang. Chọn chủ đích mỗi huyện 2 xã/phường. Chọn người trưởng thành (≥ 40 tuổi) ở xã theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu theo thuật toán thống kê trên phần mềm SPSS

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu. Trong tổng số 1500 đối tượng tham gia nghiên cứu thì tỷ lệ nữ giới nhiều hơn nam giới (65,4% và 34,6%). Trong đó nhóm tuổi từ 50-59 có tỷ lệ cao nhất (40,3%) và thấp nhất là đối tượng từ 80 tuổi trở lên là 5,5%. Hầu hết họ làm ruộng và có kinh tế gia đình thuộc hộ đủ ăn.

3.2. Thực trạng tăng huyết áp tại tỉnh Tuyên Quang

Bảng 3.1. Tỷ lệ và phân loại THA người trưởng thành (n:1.500)

Phân loại THA	Số lượng	Tỷ lệ %
Bình thường	1001	66.7
Số người THA	499	33.3
<i>Trong đó:</i>		
THA độ I	313	62.7
THA độ II	150	30.1
THA độ III	36	7.2

Nhận xét: Tỷ lệ THA của người từ 40 tuổi trở

lên là 33.3%. Trong đó chủ yếu là THA độ I (62.7%).

Tỷ lệ THA có xu hướng tăng theo tuổi, thấp nhất là nhóm tuổi là 40-49 tuổi (19,8%), cao nhất là nhóm tuổi 70-79 tuổi (48,8%)

Tỷ lệ THA ở nam (42,6%) cao hơn nữ (28,3%)

Tỷ lệ người THA ở người làm ruộng và buôn bán là cao nhất (34,5%), thấp nhất là cán bộ công chức, viên chức (24,1%).

Người có trình độ tiểu học trở xuống có tỷ lệ THA cao nhất (40,9%), tiếp theo là người trình độ trung học phổ thông trở lên (31,6%), thấp nhất là người có trình độ trung học cơ sở (30,9%).

Tỷ lệ đối tượng THA ở hộ nghèo là cao nhất (43,9%) và hộ cận nghèo và đủ ăn tương đương nhau (31.1% -30.0%);

Người từ 40 tuổi trở lên thừa cân,béo phì có tỷ lệ THA cao nhất (44,9%), người có BMI bình thường hay thấp thì tỷ lệ THA thấp hơn (31,7% - 27,9%).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp

Bảng 3.2. Môi liên quan giữa đặc điểm cá nhân với THA

Chi số	HA	Biến số	THA		Không		OR	p
			SL	%	SL	%		
Nhóm tuổi		≥ 60	250	41,0	360	59,0	OR=1,788 (1,438-2,223)	< 0,05
		< 60	249	28	641	72,0		
Giới		Nam	221	42,6	298	57,4	OR= 1,875 (1,501-2,343)	< 0,05
		Nữ	278	28,3	703	71,7		
Kinh tế gia đình		Nghèo, Cận nghèo	15	62,5	9	37,5	OR=0,947 (0,400-2,242)	>0,05
		Đủ ăn	176	63,8	100	36,2		
Học vấn		< THPT	187	31,7	403	68,3	OR=0,889 (0,713-1,109)	>0,05
		≥ THPT	312	34,3	598	65,7		
Tiền sử gia đình THA		Có	92	38,0	150	62,0	OR=1,282 (0,964-1,706)	>0,05
		Không	407	32,4	851	67,6		

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tuổi và THA. Nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên có khả năng THA cao hơn 1,79 lần so với nhóm dưới 60 tuổi. (p <0,05). Có mối liên quan giữa giới tính và tăng huyết áp. Giới tính nam có tỷ lệ THA cao hơn ở nữ (p=0,000). Chưa thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa trình độ học vấn với THA, tiền sử gia đình THA và kinh tế gia đình với THA

Bảng 3.3. Môi liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với THA

Chi số	HA	Biến số	THA		Không THA		OR (CI95%)	p
			SL	%	SL	%		
Ăn mặn		Có	137	43,1	181	56,9	OR=1,715 (1,330-2,211)	<0,05
		Không	362	30,6	820	69,4		
Tập thể dục hàng ngày		Không	283	31,8	608	68,2	OR=0,847 (0,681-1,053)	>0,05
		Có	216	35,5	393	64,5		
Hút thuốc		Có	39	45,5	55	58,5	OR=1,458 (0,953-2,231)	>0,05
		Không	460	32,7	946	67,3		
Stress		Có	6	22,2	21	77,8	OR=0,568 (0,228-1,416)	P<0,05
		Không	493	33,5	980	66,5		
Uống rượu bia		Có	85	40,3	126	59,7	OR=1,426 (1,057-1,923)	<0,05
		Không	414	32,1	875	67,9		

Tần suất uống	Hàng ngày	27	55,1	22	44,9	OR=2,201 (1,151-4,027)	<0,05
	Thỉnh thoảng, hiếm khi	58	35,8	104	64,2		
BMI	≥25	105	45,9	124	54,1	OR=1,885 (1,416-2,508)	<0,05
	< 25	394	31,0	877	69,0		

Nhận xét: Qua bảng trên cho ta thấy có các mối liên quan như sau:

Ăn mặn với THA: Tỷ lệ THA ở nhóm người ăn mặn (43,1%) cao hơn so với tỷ lệ THA ở nhóm người không ăn mặn (30,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR=1,715 (1,330-2,211, p=0,000).

Uống rượu, bia với THA: Tỷ lệ THA ở nhóm người có uống rượu/bia là 40,3% cao hơn nhóm người không uống rượu/bia là 32,1%. Sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê (OR=1,458 (1,057-1,923), p<0,05).

Tần suất uống rượu, bia với THA: Có mối liên quan giữa tần suất uống rượu bia và THA. Nhóm uống rượu bia hàng ngày có khả năng THA cao hơn 2,2 lần so với nhóm thỉnh thoảng, hiếm khi uống rượu bia (p<0,05).

- Thừa cân, béo phì: đối tượng có thừa cân, béo phì khả năng mắc tiền THA cao gấp 1,88 lần so với nhóm không có thừa cân, béo phì (p< 0,05).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ với THA

Chi số	HA	Biến số	THA		Không THA		OR (CI95%)	P
			SL	%	SL	%		
Kiến thức		Chưa Tốt	337	31,2	743	68,8	OR=0,722 (0,571-0,914)	<0,05
		Tốt	162	38,6	258	51,4		
Thái độ		Chưa Tốt	142	44,9	174	55,1	OR=1,890 (1,466-2,437)	<0,05
		Tốt	357	30,2	872	69,8		

Nhận xét: - Về kiến thức dự phòng THA: Có mối liên quan giữa kiến thức dự phòng với THA. Người có kiến thức không tốt thì nguy cơ THA thấp hơn người có kiến thức tốt (OR=0,722(0,571-0,914), p<0,05).

- Về thái độ dự phòng THA: Có mối liên quan giữa thái độ dự phòng THA với THA. Người có thái độ dự phòng THA chưa tốt có nguy cơ THA cao hơn so với người có thái độ tốt (OR=1,890 (1,466-2,437), p<0,05).

Bảng 3.5. Hồi quy logistic đa biến giữa yếu tố liên quan và THA

Đặc điểm	OR	CI 95%	P
Giới	2,031	1,587-2,633	0,000
Nhóm Tuổi	1,779	1,410-2,243	0,000
BMI	1,970	1,459-2,659	0,000
Ăn mặn	1,656	1,258-2,178	0,000
Học Văn	1,205	0,949-1,529	0,125
Hút thuốc lá, thuốc lào	1,108	0,653-1,879	0,704
Kinh tế gia đình	1,114	0,245-1,619	0,621
Stress	0,630	0,249-1,660	0,337
Uống rượu bia	0,828	0,557-1,230	0,350
Tập thể dục	1,034	0,807-1,326	0,790
Kiến thức	0,667	0,514-0,864	0,002
Thái độ	2,046	1,561-2,681	0,000

Nhận xét: Sau khi phân tích hồi quy logistic đa biến giữa các yếu tố liên quan và THA cho kết quả: Giới, Nhóm tuổi ≥ 60, (3) Ăn mặn,) thừa cân, béo phì (BMI ≥ 25), kiến thức chưa tốt và thái độ chưa tốt có mối liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê với khả năng mắc THA sau khi đã loại bỏ các yếu tố còn lại. Nhóm Nam giới có khả năng mắc bệnh THA gấp 2.03 lần so với nhóm Nữ giới. Nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên có khả năng mắc THA gấp 1,78 lần so nhóm tuổi dưới 60 tuổi. Đối tượng có thừa cân, béo phì làm tăng

nguy cơ mắc tiền THA lên gấp 1,97 lần. Nhóm đối tượng ăn mặn có khả năng mắc THA gấp 1,66 lần so với nhóm không ăn mặn. Đối tượng có thái độ dự phòng chưa tốt có nguy cơ mắc THA cao gấp 2.05 lần so với người có thái độ dự phòng tốt. Những người có kiến thức chưa tốt về dự phòng THA có nguy cơ THA thấp hơn những người có kiến thức tốt.

IV. BÀN LUẬN

THA là bệnh không lây nhiễm ngày càng phổ biến, tuổi càng cao nguy cơ THA càng cao, bệnh

tiến triển kéo dài, có nhiều biến chứng nguy hiểm gây tử vong hoặc tàn phế, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng. Trong nghiên cứu này, đối tượng được chọn là nhóm tuổi 40 trở lên, không phân biệt giới tính. Nhóm tuổi này do chịu tác động của nhiều yếu tố phơi nhiễm nên có nguy cơ cao mắc bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là THA. Nghiên cứu đã lựa chọn các xã/phường đại diện cho các vùng của tỉnh Tuyên Quang. Qua kết quả nghiên cứu nhận thấy:

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ THA của người từ 40 tuổi trở lên là 33,3% (trong đó tỷ lệ THA độ I 62,7%; THA độ II 30,1%; THA độ III 7,2%). Kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Bộ Y tế trong chương trình điều tra yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam, tỷ lệ THA ở người 30 – 69 tuổi là 30,6%. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thế Xuyên về bệnh THA ở người dân từ 45 – 64 tuổi tại tỉnh Điện Biên cho tỷ lệ bệnh THA 35,5% năm 2014 [7]. Nhóm tuổi có tỷ lệ THA cao nhất là 70-79 (48,8%); tiếp theo là 60-69 (38,1%); nhóm tuổi có tỷ lệ THA thấp nhất là 40-49 (18,9%). Điều này phù hợp với thực tế rằng tuổi càng cao thì càng có nguy cơ mắc nhiều bệnh tật trong đó có THA. Tỷ lệ THA ở nhóm tuổi từ 60-69 trong nghiên cứu cao hơn kết quả trong nghiên cứu ở người cao tuổi dân tộc Tày ở Na Hang, tỉnh Tuyên Quang (30,7%) [2]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, chênh lệch tương đối rõ, nam (42,6%) cao hơn nữ (28,3%). Tỷ lệ nam, nữ trong nghiên cứu này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác [5] [2].

Qua tìm hiểu một số yếu tố liên quan, nghiên cứu chỉ ra rằng: Người thuộc nhóm ≥ 60 tuổi có xác suất mắc THA cao gấp 1,788 lần so với nhóm < 60 tuổi (CI95% = 1,438-2,223) và nam giới có xác suất mắc THA cao gấp 1,875 lần so với nữ giới (CI95% = 1,501-2,343). Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Kế cũng chỉ ra rằng khoảng 2 người cao tuổi trên 80 tuổi thì có 1 người THA [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thi Thơ và cộng sự (2016) cho kết quả nam giới có nguy cơ mắc THA cao hơn nữ giới (OR=2,77; 95%CI=2,24-3,42; $p < 0,001$) [6].

Ngoài ra, nghiên cứu cho thấy THA cũng có mối liên quan đến hành vi, lối sống của người dân như thói quen ăn mặn, uống rượu bia, stress và chỉ số BMI. Hiện nay Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo chế độ ăn muối chỉ có 6g/ngày là giới hạn để phòng chống THA. Tuy nhiên, hầu hết người dân đều tiêu thụ muối trung bình 9-12g/ngày gấp hai lần mức tối đa đề nghị của

TCYTGT. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng có mối liên quan giữa lượng muối ăn và THA. Nghiên cứu của Chu Hồng Thắng cho thấy người ăn mặn có nguy cơ THA cao hơn rõ so với những người không có thói quen này (OR=4,2; 95%CI=2,46-7,21; $p < 0,05$) [5]. Hạn chế muối trong khẩu phần ăn hàng ngày là một trong những biện pháp để phòng chống THA. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy uống rượu bia có xác suất mắc THA cao gấp 1,426 lần (CI95%=1,057-1,923). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thi Thơ cũng cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa uống rượu bia và THA. Ngoài ra, người thừa cân béo phì (BMI ≥ 25) có xác suất THA cao hơn gấp 1,885 lần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu, đó là: Những người thừa cân hoặc béo phì có nguy cơ cao bị THA. Nhiều tài liệu đã công bố về mối liên quan chặt chẽ giữa cân nặng cơ thể và huyết áp động mạch. Kết quả của Phạm Thế Xuyên cho thấy người thừa cân béo phì có xác suất mắc THA cao gấp 3,65 lần so với những người bình thường (CI95%=2,44-5,46).

Có mối liên quan giữa kiến thức và thái độ dự phòng với THA. Theo nghiên cứu của Nguyễn Kim Kế tại thành phố Hưng Yên cho kết quả: NCT có kiến thức về dự phòng THA chưa tốt có nguy cơ mắc bệnh cao hơn gấp 2 lần so với những NCT có kiến thức dự phòng THA tốt. Những NCT có thái độ về dự phòng THA chưa tốt có nguy cơ bị bệnh cao hơn gấp 3,4 lần những NCT có thái độ dự phòng THA tốt. Kết quả nghiên cứu về kiến thức, thái độ trong việc phòng chống THA hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của Chu Hồng Thắng tại tỉnh Thái Nguyên.

Để phòng chống THA và tai biến do THA, vấn đề quan trọng là phát hiện và điều trị kịp thời. Cho đến nay, việc phòng chống THA vẫn còn là một vấn đề khó khăn, một trong những vấn đề đó là do nhận thức của người dân còn hạn chế. Vì vậy, cần đẩy mạnh hơn công tác TT-GDSK nhằm nâng cao sự hiểu biết của cộng đồng về THA.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang là 33,3% (trong đó tỷ lệ THA độ I 62,7%; THA độ II 30,1%; THA độ III 7,2%).

Nhóm tuổi, giới tính, BMI, hành vi ăn mặn, uống rượu bia, stress, kiến thức dự phòng và thái độ dự phòng THA là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng mắc THA.

Sau khi phân tích hồi quy logistic đa biến giữa

các yếu tố liên quan và THA cho kết quả: Giới, Nhóm tuổi ≥ 60 , Ăn mặn, thừa cân, béo phì (BMI ≥ 25), kiến thức chưa tốt và thái độ chưa tốt có mối liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê với khả năng mắc THA sau khi đã loại bỏ các yếu tố còn lại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2020)**, Quyết định số 5333/QĐ-BYT Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Dự phòng tiên phát bệnh Tim mạch", Hà Nội.
- Nguyễn Thị Hoàn (2015)**, Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi dân tộc Tày ở xã Năng Khả huyện Na Hang tỉnh Tuyên Quang và các yếu tố liên quan, Chuyên đề tốt nghiệp Chuyên khoa I Y tế công cộng, Đại học Thái Nguyên, Trường đại học Y dược Thái Nguyên.
- Hội Tim mạch học Việt Nam (20101)**, Tìm hiểu và kiểm soát tăng huyết áp.
- Nguyễn Kim Kế (2013)**, Nghiên cứu mô hình kiểm soát tăng huyết áp ở người cao tuổi thị xã Hưng Yên, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Thái Nguyên.
- Chu Hồng Thắng (2017)**, Đặc điểm dịch tễ bệnh tăng huyết áp ở người Nùng trưởng thành tại tỉnh Thái Nguyên và hiệu quả một số giải pháp can thiệp, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Thái Nguyên, Đại học Y dược Thái Nguyên.
- Nguyễn Thị Thị Thơ và cộng sự (2017)**, "Thực trạng tăng huyết áp ở người trưởng thành 18-69 tuổi tại thành phố Hà Nội", Tạp chí Y học dự phòng, 6(27), tr. 84-91.
- Phạm Thế Xuyên (2019)**, Thực trạng Tăng huyết áp ở người dân từ 45 - 64 tuổi tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên và chi phí can thiệp của biện pháp can thiệp, Luận án tiến sĩ Y tế công cộng, Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
- Patricia M Kearney and et al (2015)**, "Global burden of hypertension: analysis of worldwide data", Lancet, 365, tr. 217-223.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC CỦA CÁC BÀ MẸ TRONG CHĂM SÓC TRẺ DƯỚI 5 TUỔI BỊ VIÊM PHỔI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI TỈNH NAM ĐỊNH

Nguyễn Thị Thanh Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức của các bà mẹ trong chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi bị viêm phổi bị viêm phổi điều trị tại Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 120 bà mẹ có con dưới 5 tuổi bị viêm phổi điều trị tại Bệnh viện Nhi Nam Định đã tham gia phỏng vấn trực tiếp dựa trên bộ câu hỏi. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về khái niệm viêm phổi chiếm 47,5%. Tỷ lệ bà mẹ biết tác dụng của phản xạ ho là làm tổng đờm giúp thông đường thở chiếm 55%. Tỷ lệ các bà mẹ sẽ giảm ho đúng cho trẻ bằng cách dùng thuốc ho đông y và các bài thuốc dân gian lần lượt là 40% và 45%. **Kết luận:** Kiến thức về chăm sóc trẻ viêm phổi của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi điều trị tại Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định là chưa tốt.

Từ khóa: Kiến thức, viêm phổi, Bệnh viện Nhi tỉnh Nam Định.

SUMMARY

THE REALITY OF THE MOTHERS CARING FOR CHILDREN UNDER 5 WITH PNEUMONIA IS TREATED AT THE NAM DINH CHILDREN'S HOSPITAL

*Trường ĐH Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Huyền

Email: huyennnguyenthanh86@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 26.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.6.2022

Ngày duyệt bài: 24.6.2022

Objective: Describe the reality of the mothers caring for children under 5 with pneumonia being treated at the Nam Dinh children's hospital in 2021.

Subjects and research methods: Cross-sectional descriptive study, 120 mothers with children under 5 years old with pneumonia treated at the Nam Dinh Children's Hospital participated in a direct interview based on a questionnaire. **Results:** The percentage of mothers with correct knowledge about the concept of pneumonia accounted is 47.5%. The percentage of mothers who knew the effect of the cough reflex was to expel sputum to help open the airways accounted for 55%. The percentage of mothers who will properly reduce cough for their children by using traditional cough medicine and folk remedies is 40% and 45%, respectively. **Conclusion:** The mothers' knowledge about caring for children with pneumonia with children under 5 years old treated at the Children's Hospital of Nam Dinh province is not good.

Keywords: Knowledge, pneumonia, the Nam Dinh Children's Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh thường gặp ở trẻ em, là nguyên nhân hàng đầu khiến trẻ nhập viện và gây tử vong ở trẻ < 5 tuổi [1]. Theo số liệu Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), viêm phổi là nguyên nhân gây ra khoảng 19% tổng số ca tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi (khoảng 4 triệu ca), trong đó hơn 70% xảy ra ở châu Phi cận Sahara và Đông Nam Á, trong đó có Việt Nam [6].

Ở Việt Nam, theo thống kê của chương trình phòng chống NKHHCT, thì trung bình mỗi năm 1