

# ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP KHÁM NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đoàn Thị Phương Thảo<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Minh Lý<sup>1</sup>, Mai Minh Thường<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trên 252 người bệnh tăng huyết áp đến khám và điều trị ngoại trú với mục tiêu mô tả thực trạng tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh và mô tả một số yếu tố liên quan. Kết quả nghiên cứu cho thấy Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị thuốc là 55,95%, trong đó, tỉ lệ tuân thủ điều trị tốt và trung bình chiếm tỉ lệ lần lượt là 26,59% và 29,37%. Tỷ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị chiếm 44,05%. Tỷ lệ người bệnh cảm thấy phiền toái khi phải sử dụng thuốc thường xuyên chiếm 37,3%. Có 35,3% người bệnh thường xuyên quên uống thuốc. Tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc ở giới nam cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê với tỉ suất chênh là 1,7 lần, ở khoảng tin cậy 95% với  $p < 0,05$ . Kinh phí mua thuốc và tuân thủ điều trị thuốc liên quan có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95% với  $p < 0,05$ . Người bệnh và nhân viên y tế nên cởi mở, trao đổi thẳng thắn về kinh phí mua thuốc để phù hợp với từng hoàn cảnh và tuân thủ điều trị tốt hơn. Người bệnh có  $> 1$  bệnh đồng mắc có tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc cao hơn nhóm không có bệnh lý đồng mắc có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Các bệnh lý đồng mắc thì các chuyên khoa đều có hướng dẫn, tư vấn điều trị nên người bệnh tuân thủ tốt hơn.

**Từ khóa:** Tăng huyết áp, ngoại trú, Morisky – 8.

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF THE STATUS OF TREATMENT COMPLIANCE AND SOME FACTORS AFFECTING HUMAN RESULTS WITH HIGH BLOOD PRESSURE OUTCOME AT HOSPITAL OF HANOI MEDICAL UNIVERSITY

A cross-sectional descriptive study was carried out at Hanoi Medical University Hospital on 252 hypertensive patients who came for outpatient examination and treatment with the aim of describing the patient's status of drug adherence and describing a number of factors involved. The study results showed that the rate of patients adhering to drug treatment was 55.95%, in which, the rate of good and average adherence accounted for 26.59% and 29.37%, respectively. The proportion of patients who did not adhere to treatment accounted for 44.05%. The proportion of patients who felt inconvenienced when they had to use the drug regularly accounted for

37.3%. There are 35.3% of patients often forget to take medicine. The rate of drug adherence in men was statistically significant with a odds ratio of 1.7 times, at the 95% confidence interval with  $p < 0.05$ . Female patients should not be subjective with their health. Cost of drug purchase and adherence to drug treatment are statistically significant at the 95% confidence interval with  $p < 0.05$ . Patients and medical staff should openly and frankly discuss the cost of buying drugs to suit each situation for better treatment adherence. Patients with  $> 1$  co-morbidities had a higher rate of drug adherence than the group without co-morbidities with statistical significance with  $p < 0.05$ . For co-morbid diseases, the specialists have guidance and treatment advice, so the patient adheres better.

**Keywords:** Hypertension, outpatient, Morisky – 8.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ hàng đầu liên quan đến gánh nặng bệnh tật và tử vong do các bệnh tim mạch<sup>1</sup>. Hơn 26% dân số người trưởng thành trên thế giới mắc bệnh THA vào năm 2000 và con số này dự kiến sẽ lên đến 29% - khoảng 1,56 tỷ người, vào năm 2025<sup>2</sup>. Bệnh tăng huyết áp được mệnh danh là "kẻ giết người thầm lặng" do các triệu chứng biểu hiện thường kín đáo, không đặc hiệu và không tương xứng với mức độ tăng huyết áp. Không tuân thủ điều trị thuốc là nguyên nhân chính gây ra sự thất bại trong việc kiểm soát điều trị THA<sup>3</sup>.

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu đánh giá về sự tuân thủ điều trị ngoại trú tăng huyết áp, tuy nhiên các nghiên cứu này chủ yếu được tiến hành tại các cơ sở y tế ban đầu, người bệnh quản lý tăng huyết áp theo chương trình bảo hiểm cấp phát thuốc; việc đánh giá tuân thủ dựa trên chủ yếu đánh giá việc dùng thuốc đều đặn của người bệnh. Tại trung tâm Y khoa số 1 Tôn Thất Tùng Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, phần lớn số người bệnh đến khám ngoài Bảo hiểm y tế và tự chi trả tiền thuốc. Những người bệnh này có thể được chẩn đoán lần đầu hoặc đã từng khám và theo dõi tại đây hoặc đã điều trị tại một cơ sở y tế khác nhưng chưa đạt hiệu quả kiểm soát huyết áp. Với một số sự khác biệt về đặc điểm người bệnh và đặc điểm quản lý bệnh mạn tính tại đây, chúng tôi muốn tiến hành nghiên cứu "Đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng ở người bệnh tăng huyết áp khám ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội"

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Phương Thảo

Email: thaodhyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 20.12.2022

nhằm hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị thuốc tăng huyết áp của người bệnh khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.*

2. *Mô tả một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị tăng huyết áp trên nhóm người bệnh khám ngoại trú này.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Người bệnh được chẩn đoán là tăng huyết vô căn (mã bệnh ICD X: I10), khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

❖ **Tiêu chuẩn lựa chọn.** Người bệnh được chẩn đoán xác định tăng huyết áp vô căn, được kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp ngoại trú.

- Tuổi: từ 18 tuổi trở lên.

- Tỉnh táo, có khả năng trả lời phỏng vấn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ**

- THA thứ phát được xác định là do nguyên nhân khác.

- Người mắc bệnh tâm thần, thiếu năng, không đủ khả năng trả lời phỏng vấn.

- Người đang mắc các bệnh cấp tính, suy chức năng gan thận nặng, phụ nữ có thai.

❖ **Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Thời gian: Từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

❖ Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

❖ Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ

$$n = \frac{Z^2(1-\alpha/2) \times p \times q}{e^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu

$Z_{2(1-\alpha/2)} = 1,96$  ở độ tin cậy 95%;

p: tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh điều trị ngoại trú theo nghiên cứu của Phạm Quang Khải (2002), lấy  $p = 0,19185$ ; q:  $1-p$ ; e: 5%.

Cỡ mẫu tính được là 237. Cộng thêm 5% đối tượng từ chối tham gia, cỡ mẫu nghiên cứu thực tế là 252 người bệnh.

❖ **Phương pháp chọn mẫu.** Chọn mẫu thuận tiện. Tất cả các người bệnh phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu đến khám tại Trung tâm Y khoa số 1 TTT trong thời gian nghiên cứu sẽ được mời tham gia nghiên cứu. Việc chọn mẫu sẽ dừng lại khi số lượng người bệnh đồng ý tham gia đạt đủ 252 người.

❖ **Đánh giá tuân thủ điều trị thuốc**

**bảng bộ câu hỏi Morisky – 8.** Người bệnh được phỏng vấn tại phòng khám bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, bao gồm các câu hỏi về thông tin chung của người bệnh và bộ câu hỏi phỏng vấn của Morisky-8 (MAQ – Morisky Medication Adherence Scale – 8) để đánh giá mức độ tuân thủ điều trị thuốc THA (Phụ lục 1). Với thang điểm của Morisky gồm 8 câu hỏi, mỗi câu hỏi được đánh giá theo điểm số 0 và 1.

1. Ông/bà có thường xuyên quên thuốc hay không?

2. Trong 2 tuần qua, Ông / bà có quên thuốc ngày nào không?

3. Trong 2 tuần qua khi uống thuốc thấy khó chịu Ông / bà có tự ý dừng thuốc lần nào không?

4. Khi phải đi vắng đâu đó Ông/ bà có khi nào quên mang theo thuốc huyết áp không?

5. Ngày hôm qua Ông / bà có quên uống thuốc không?

6. Khi cảm thấy bình thường hoặc huyết áp ở mức bình thường Ông / bà có tự bỏ thuốc không?

7. Ông / bà có thấy việc dùng thuốc hàng ngày bất tiện /phiền toái không?

8. Ông / bà có thấy việc phải nhớ uống thuốc hàng ngày khó khăn không?

Tổng số điểm đạt được là để đánh giá mức độ tuân thủ: Điểm thấp nhất là 0 điểm, điểm cao nhất là 8 điểm.

• 8 điểm: Tuân thủ điều trị tốt

• 6 – 7 điểm: Tuân thủ điều trị trung bình

• < 6 điểm: Tuân thủ điều trị kém/ không tuân thủ điều trị.

Đo HA cho BN: Được thực hiện bởi NVYT tại phòng khám để phân loại THA bao gồm: HA tối ưu, tiền THA, THA theo phân loại của Hiệp hội Tim mạch học Việt Nam.

**2.3. Xử lý số liệu.** Quá trình thu thập số liệu được giám sát bởi nghiên cứu viên để kịp thời phát hiện sai sót. Số liệu sau khi được thu thập được nhập với Excel 2016. Phần mềm Stata phiên bản 12.0 được sử dụng để làm sạch số liệu và phân tích thống kê.

Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (Mean ± SD) cho các biến phân phối chuẩn, trung vị (phạm vi, IQR) cho các biến không phân phối chuẩn. Các biến định tính được mô tả bằng tỷ lệ phần trăm và tần số. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến sẽ được sử dụng để mô tả mối quan hệ giữa các biến (khoảng tin cậy 95%).

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Người bệnh tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia

vào nghiên cứu. Các thông tin và số liệu này chỉ nhằm mục đích phục vụ cho nghiên cứu, không sử dụng cho các mục đích khác. Kết quả được công bố tổng hợp và không cung cấp thông tin định danh cá nhân.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

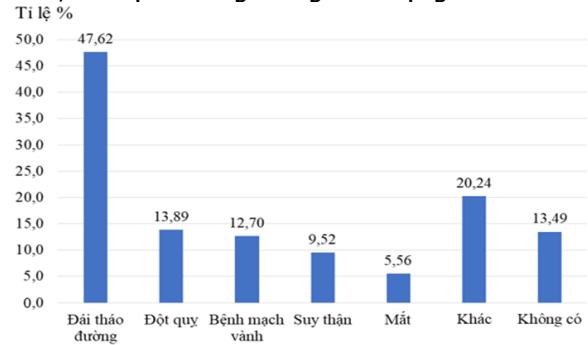
Đặc điểm	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	< 50 tuổi	46	18,2
	50 tuổi đến <60 tuổi	39	15,5
	≥ 60 tuổi	167	66,3
Giới	Nữ	129	51,2
	Nam	123	48,8

Trong 252 đối tượng nghiên cứu, hầu hết đối tượng nghiên cứu ≥ 50 tuổi, với tỉ lệ nữ/nam = 1,05.

**Bảng 2. Chi phí mua thuốc và đặc điểm sử dụng thuốc uống**

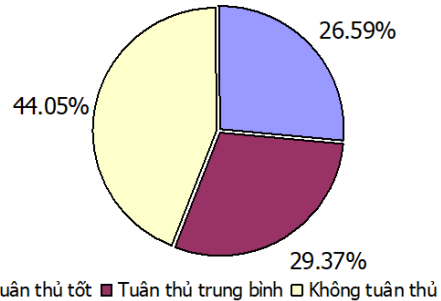
Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %	
Kinh phí mua thuốc	Tự mua	183	72,6
	Người khác	28	11,1
	Bảo hiểm y tế	41	16,3
Số viên thuốc huyết áp uống hàng ngày	1 viên	207	82,1
	> 1 viên	45	17,9
Thuốc điều trị bệnh khác	Không	135	53,6
	Có	117	46,4
Nhắc uống thuốc	Đặt chuông	9	3,6
	Người nhà	226	89,7
	Tự nhớ	17	6,8

Trong 252 đối tượng, có 72,6% người bệnh tự mua thuốc, với tỉ lệ lĩnh thuốc do bảo hiểm y tế cấp hàng tháng là 16,3%. Đa số người bệnh chỉ sử dụng 1 viên thuốc điều trị tăng huyết áp (82,1%) và tỉ lệ phải điều trị bệnh kèm theo tổng cộng là 46,4%. Có 89,7% người bệnh được người khác chuẩn bị thuốc chia sẵn vào hộp chia và 3,6% đặt chuông báo giờ sử dụng thuốc.



**Biểu đồ 1. Bệnh lý đồng mắc với tăng huyết áp**

Bệnh đồng mắc hay gặp nhất là đái tháo đường chiếm 47,62% người bệnh. Sau đó là đột quỵ, bệnh mạch vành, suy thận, bệnh về mắt. Chỉ có 13,49% người bệnh không có bệnh đồng mắc nào khác ngoài tăng huyết áp.



**Biểu đồ 2. Tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc theo tổng điểm Morisky-8**

Nhóm tuân thủ điều trị thuốc THA chiếm tỉ lệ là 55,95%, trong đó, tỉ lệ tuân thủ điều trị tốt và trung bình chiếm tỉ lệ lần lượt là 26,59% và 29,37%. Tỉ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị chiếm 44,05%.

**Bảng 3. Liên quan giữa đặc điểm nhân trắc và tuân thủ điều trị thuốc**

Đặc điểm	Phân loại	Tuân thủ		Không tuân thủ		p
		n	%	n	%	
Giới	Nam	77	62,6	46	37,4	<0,05
	Nữ	64	49,6	65	50,4	
	OR 95% CI	<b>1,70 1,03 – 2,81</b>				

Tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc ở giới nam cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê với tỉ suất chênh là 1,7 lần, ở khoảng tin cậy 95% với p < 0,05.

**Bảng 4. Liên quan giữa chi phí mua thuốc và tuân thủ điều trị thuốc**

Đặc điểm	Phân loại	Tuân thủ		Không tuân thủ		p
		n	%	n	%	
Kinh phí mua thuốc	Tự mua	99	54,1	84	45,9	<0,05
	Người khác	21	75,0	7	25,0	
	Bảo hiểm y tế	21	51,2	20	48,8	

Kinh phí mua thuốc và tuân thủ điều trị thuốc liên quan có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95% với p < 0,05.

**Bảng 5. Liên quan giữa bệnh lý kèm theo và tuân thủ điều trị thuốc**

Đặc điểm	Phân loại	Tuân thủ		Không tuân thủ		p
		n	%	n	%	
Bệnh lý	Không	56	47,9	61	52,1	<
	1 bệnh	72	64,9	39	35,1	

đồng mắc	2 bệnh	13	54,2	11	45,8	<b>0,05</b>
-------------	--------	----	------	----	------	-------------

Số bệnh đồng mắc và mức độ tuân thủ điều trị thuốc liên quan có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95% với  $p < 0,05$ . Người bệnh có bệnh đồng mắc ngoài THA thì tuân thủ điều trị thuốc tốt hơn so với người bệnh chỉ bị THA đơn thuần.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 252 đối tượng, người bệnh là nữ chiếm 51,2% gấp 1,05 lần nam giới chiếm 48,8%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác: NC của Ninh Văn Đông năm 2010 cũng có tỷ lệ bị THA ở giới nữ và nam lần lượt là 55,5% và 44,5%<sup>4</sup>. Như vậy nhiều nghiên cứu trong nước cho thấy tỷ lệ nữ bị THA cao hơn nam giới, vấn đề này phù hợp với sự phân bố dân số của 2 giới trong dân số chung, mặt khác tuổi thọ trung bình của nữ (76 tuổi) cũng cao hơn ở nam chỉ là 70 tuổi (theo niên giám thống kê y tế năm 2013 của Bộ Y tế<sup>5</sup>) mà THA là một bệnh mạn tính do đó tỷ lệ hiện mắc tăng dần theo tuổi.

Trong 252 đối tượng, có 72,6% người bệnh tự mua thuốc, với tỉ lệ lĩnh thuốc do bảo hiểm y tế cấp hàng tháng là 16,3%. Bác sỹ cần lựa chọn những thuốc ít tác dụng phụ, phù hợp với điều kiện kinh tế để người bệnh có thể điều trị lâu dài. Người bệnh có bảo hiểm y tế có thể phối hợp lĩnh thuốc bảo hiểm y tế để điều trị nhằm giảm chi phí. Bệnh đồng mắc hay gặp nhất là đái tháo đường chiếm 47,62% người bệnh. Sau đó là đột quỵ, bệnh mạch vành, suy thận, bệnh về mắt. Chỉ có 13,49% người bệnh không có bệnh đồng mắc nào khác ngoài tăng huyết áp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lương Văn Minh khi có đến 71,2% người bệnh có bệnh kèm theo trong đó bệnh tiểu đường chiếm 18,5% là bệnh hay gặp nhất<sup>6</sup>.

Nhóm tuân thủ điều trị thuốc chiếm tỉ lệ là 55,95%, trong đó, tỉ lệ tuân thủ điều trị tốt và trung bình chiếm tỉ lệ lần lượt là 26,59% và 29,37%. Tỉ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị chiếm 44,05%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Ninh Văn Đông tại Hà Nội năm 2010 (68%)<sup>4</sup>. Uống thuốc thường xuyên, liên tục, lâu dài đóng một vai trò quan trọng trong việc đáp ứng với điều trị và duy trì sự kiểm soát bệnh tật. Tỉ lệ người bệnh cảm thấy phiền toái (Q1\_7) khi phải sử dụng thuốc thường xuyên chiếm 37,3%. Có 35,3% người bệnh thường xuyên quên uống thuốc (Q1\_1). Có nhiều lý do trong quá khứ dẫn đến không tuân thủ chế độ dùng thuốc điều trị THA, điều này

được nêu trong một số nghiên cứu như: tác giả Ninh Văn Đông nêu ra những lý do nổi bật là người bệnh cho rằng THA là bệnh không nguy hiểm, nhiều khi quên uống thuốc, do thấy HA bình thường, uống thuốc tây lâu ngày có hại cho sức khỏe<sup>4</sup>.

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc ở nam (62,6%) cao hơn nữ (49,6%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh Hằng<sup>7</sup> khi tỷ lệ nữ và nam TTĐT đạt lần lượt là 27,08% và 16,96% ( $p = 0,037$ ). Kinh phí mua thuốc và tuân thủ điều trị thuốc liên quan có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95% với  $p < 0,05$ . Do vậy chi phí cần chăm sóc y tế nói chung và mua thuốc nói riêng có liên quan đến việc tuân thủ điều trị thuốc THA, đặc biệt giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ.

Bệnh lý đồng mắc là yếu tố có thể coi là yếu tố góp phần vào việc tuân thủ điều trị THA ở người bệnh. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy, số bệnh đồng mắc và mức độ tuân thủ điều trị thuốc liên quan có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95% với  $p < 0,05$ . Nhóm có > 1 bệnh đồng mắc có tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc THA cao hơn nhóm không có bệnh lý đồng mắc nào. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001$ . Điều này có thể do những người bệnh có bệnh kèm theo thường quan tâm đến vấn đề sức khỏe của họ hơn người bệnh không có bệnh kèm theo 103. Những người có từ hai bệnh trở lên thì sẽ được nghe tư vấn, hướng dẫn dùng thuốc của các chuyên khoa đó, việc nghe đi nghe lại cũng giúp cho người bệnh hiểu và tuân thủ điều trị thuốc tốt hơn.

#### V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc của người bệnh tăng huyết áp khám ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là 55,95%, trong đó, tỉ lệ tuân thủ điều trị tốt và trung bình chiếm tỉ lệ lần lượt là 26,59% và 29,37%. Tỉ lệ người bệnh không tuân thủ điều trị chiếm 44,05%. Tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc ở giới nam cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê với tỉ suất chênh là 1,7 lần, ở khoảng tin cậy 95% với  $p < 0,05$ . Kinh phí mua thuốc và tuân thủ điều trị thuốc liên quan có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95% với  $p < 0,05$ . Người bệnh và nhân viên y tế nên cởi mở, trao đổi thẳng thắn về kinh phí mua thuốc để phù hợp với từng hoàn cảnh để tuân thủ điều trị tốt hơn. Người bệnh có > 1 bệnh đồng mắc có tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc cao hơn nhóm không có bệnh lý đồng mắc có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Các

bệnh lý đồng mắc thì các chuyên khoa đều có hướng dẫn, tư vấn điều trị nên người bệnh tuân thủ tốt hơn. Từ đó có một số khuyến nghị đối với người bệnh: Khi dùng thuốc huyết áp người bệnh cảm thấy bình thường, đạt ngưỡng điều trị thì vẫn phải tiếp tục điều trị, duy trì phác đồ điều trị Bác sỹ đã đề ra. Không tự ý dùng thuốc. Hướng dẫn người bệnh cách đo huyết áp và ghi sổ theo dõi huyết áp. Đặc biệt lưu ý khi người bệnh đã tuân thủ điều trị thuốc tốt rồi thì phải thay đổi lối sống như không hút thuốc lá, không uống rượu bia, hạn chế ăn mặn, luyện tập thể dục thể thao. Không chủ quan trong việc điều trị huyết áp bằng phương pháp không dùng thuốc.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Ezzati M, Vander Hoorn S, Lawes CMM, et al.** Rethinking the “diseases of affluence” paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS Med.* 2005; 2(5):e133. doi:10.1371/journal.pmed.0020133
2. **Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J.** Global burden

of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet Lond Engl.* 2005;365(9455):217-223. doi:10.1016/S0140-6736(05)17741-1

3. **Bramley TJ, Gerbino PP, Nightengale BS, Frech-Tamas F.** Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *J Manag Care Pharm JMCP.* 2006;12(3):239-245. doi:10.18553/jmcp.2006.12.3.239
4. **Ninh Văn Đông** (2010). Đánh giá sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp trên 60 tuổi tại phường Hàng Bông- Quận Hoàn Kiếm Hà Nội, năm 2010, Luận văn Thạc sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. **Bộ Y tế** (2014). Niên giám thống kê y tế năm 2013, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. **Lương Văn Minh** (2008). Tỷ lệ không tuân thủ điều trị và những yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp tại các xã nghèo tỉnh Trà Vinh năm 2007 – 2008, Luận án chuyên khoa cấp II, Chuyên ngành Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Nguyễn Thị Minh Hằng** (2008). Khảo sát sự tuân thủ điều trị trên bệnh nhân tăng huyết áp tại phòng khám Bệnh viện Đà Nẵng, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

**SỰ THAY ĐỔI CHỨC NĂNG THẤT TRÁI SAU CA LỌC MÁU Ở NGƯỜI BỆNH THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ**

**Trịnh Thái Bảo<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Dũng<sup>2</sup>, Đỗ Kim Bằng<sup>3</sup>**

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Lọc máu có thể ảnh hưởng đến huyết động và chức năng tim của người bệnh thận nhân tạo chu kỳ. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá sự thay đổi chức năng tâm thu và tâm trương thất trái sau ca lọc máu ở người bệnh thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Có 61 người bệnh thận nhân tạo chu kỳ (n=61) được đưa vào nghiên cứu. Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều được hỏi bệnh, khám lâm sàng, siêu âm tim trước và sau ca lọc máu. **Kết quả:** Nhóm đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 51,5 ± 12,2 tuổi, trong đó có 31 nam chiếm 50,8%. Sau lọc máu, có giảm đáng kể thể tích thất trái cuối tâm thu (Vs, 41,7 ± 23,3 ml so với 36,4 ± 21,1 ml, p < 0,05) và thể tích thất trái cuối tâm trương (Vd, 118,7 ± 31,3ml so với 111,0 ± 31,4 ml, p < 0,05), phân suất tổng máu thất trái cải thiện không

đáng kể. Vận tốc sóng E (89,9 ± 24,1 so với 71,9 ± 24,4 m/s ) giảm rất có ý nghĩa thống kê so với trước lọc máu với p < 0,0001. Trong khi đó vận tốc sóng A (96,3 ± 29 so với 96,2 ± 29,7 m/s) thay đổi không đáng kể và gần như không có sự khác biệt thống kê giữa trước và sau lọc máu với p > 0,05. Tỷ lệ E/A (1,01 ± 0,4 so với 0,82 ± 0,45, p < 0,05) và tỉ lệ E/e' trung bình (12,4 ± 4,7 so với 10,6 ± 4,3, p < 0,0001) giảm đáng kể sau lọc máu. Vận tốc dòng chảy qua van ba lá thay đổi không đáng kể sau ca lọc máu (VmaxTR, 2,5±0,4 so với 2,4 ± 0,4 m/s, p > 0,05). Sau lọc máu, chỉ số thể tích nhĩ trái giảm rất có ý nghĩa thống kê so với trước lọc máu (LAVi, 42,8 ± 14,8 ml/m<sup>2</sup> so với 36,5 ± 14,3 ml/m<sup>2</sup>) với p < 0,0001. **Kết luận:** Siêu âm tim đánh giá chức năng tâm thu và tâm trương thất trái có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê giữa thời điểm trước và sau ca lọc máu. Sự khác biệt này có liên quan đến thể tích thẩm tách máu trong phiên lọc máu đó.

**Từ khóa:** Bệnh thận giai đoạn cuối, chạy thận nhân tạo, siêu âm tim, chức năng tâm thu, chức năng tâm trương

**SUMMARY**

**TO EVALUATE THE CHANGE IN LEFT VENTRICULAR SYSTOLIC AND DIASTOLIC FUNCTION AFTER DIALYSIS IN PATIENTS WITH CYCLIC HEMODIALYSIS**

**Objective:** Hemodialysis can affect the

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế huyện Quế Võ, Bắc Ninh  
<sup>2</sup>Trung tâm Thận – Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai  
<sup>3</sup>Viện Tim Mạch Quốc Gia Việt Nam  
 Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thái Bảo  
 Email: psnk92@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 17.10.2022  
 Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022  
 Ngày duyệt bài: 26.12.2022