

pháp phối hợp thuốc khác, chiếm tỷ lệ lần lượt 63%, 83,3%, 94,5%, 57,6 trong ngày đầu tiên, thứ 2, 3, 4 sau phẫu thuật. Theo hướng dẫn điều trị đau sau phẫu thuật của Hiệp hội đau Hoa Kỳ, paracetamol và/ hoặc NSAID là một phần của giảm đau đa mô thức để kiểm soát đau sau phẫu thuật ở những BN không có chống chỉ định. Ngoài ra, paracetamol và NSAID có các cơ chế hoạt động khác nhau và nghiên cứu cho thấy rằng sự kết hợp của paracetamol và NSAID hiệu quả hơn dùng đơn độc [2]. Tuy nhiên, việc phối hợp thuốc giảm đau trong ngày đầu tiên (ngày có mức độ đau nặng nhất) vẫn chưa cao. Ngày đầu tiên, số BN dùng đơn độc một thuốc giảm đau chiếm tới 1/3, cao nhất trong cả 4 ngày sau phẫu thuật. Có 25% BN đau mức độ nặng chỉ được dùng paracetamol để giảm đau. Trong khi đó, các hướng dẫn giảm đau sau phẫu thuật khuyến cáo dùng giảm đau đa mô thức như kết hợp các thuốc giảm đau có cơ chế khác nhau, hoặc biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc [2], [6].

V. KẾT LUẬN

Các thuốc giảm đau được lựa chọn cho BN sau phẫu thuật tại khoa Chấn thương chỉnh hình và Kỹ thuật cao, BV Xanh Pôn đa dạng. Paracetamol được lựa chọn nhiều nhất trong các phác đồ giảm đau đơn độc hoặc phối hợp. Các thuốc giảm đau trung ương mạnh được dùng phổ biến trong ngày thứ 1 và thứ 2, giảm dần trong các ngày tiếp theo. Ít BN đau nặng được dùng giảm đau trung ương. Tỷ lệ phối hợp thuốc giảm đau theo nguyên tắc đa mô thức còn chưa cao ở ngày đầu tiên sau phẫu thuật. BV cần xây

dựng các hướng dẫn lựa chọn thuốc giảm đau, đánh giá đau thường quy để giảm đau hiệu quả cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Apfelbaum Jeffrey, Chen Connie, et al.** (2003), "Postoperative Pain Experience: Results from a National Survey Suggest Postoperative Pain Continues to Be Undermanaged", *Anesthesia and analgesia*, 97, pp. 534-40, table of contents.
2. **Chou R., Gordon D. B., et al.** (2016), "Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council", *J Pain*, 17(2), pp. 131-57.
3. **Gan T. J.** (2017), "Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention", *J Pain Res*, 10, pp. 2287-2298.
4. **Gan T. J., Habib A. S., et al.** (2014), "Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey", *Curr Med Res Opin*, 30(1), pp. 149-60.
5. **Gupta Anuj, Kaur Kirtipal, et al.** (2010), "Clinical aspects of acute post-operative pain management & its assessment", *Journal of advanced pharmaceutical technology & research*, 1(2), pp. 97-108.
6. **Jose de Andrés, Patrick Nachi** (2017), *Postoperative Pain Management, good clinical practice*, pp.
7. **Sommer M., de Rijke J. M., et al.** (2008), "The prevalence of postoperative pain in a sample of 1490 surgical inpatients", *Eur J Anaesthesiol*, 25(4), pp. 267-74.
8. **Warfield C. A., Kahn C. H.** (1995), "Acute pain management. Programs in U.S. hospitals and experiences and attitudes among U.S. adults", *Anesthesiology*, 83(5), pp. 1090-4.

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG VƯƠNG TP. HỒ CHÍ MINH NĂM 2022

Nguyễn Minh Phương¹, Võ Ý Lan¹, Trịnh Thị Hoàng Oanh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc tăng huyết áp và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân

tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú. Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện từ 01/05/2022 đến 29/5/2022 tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương TP Hồ Chí Minh. Bệnh nhân tham gia được phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi soạn sẵn gồm 48 câu hỏi. Mức độ tuân thủ điều trị không dùng thuốc được đánh giá dựa trên thang đo Dietary Guidelines for Disease Management. Trong tổng số 339 bệnh nhân tham gia, tỉ lệ tuân thủ mức độ kém 23,6%, tuân thủ ở mức độ trung bình đạt 32,2% và tuân thủ điều trị mức độ tốt đạt 44,2%. Việc ăn bổ sung thêm rau, trái cây và hoạt động thể lực đúng và đủ được thực hiện nhiều, tuy

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Phương

Email: phuonnguyenminh2801@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023

nhiên vẫn còn nhiều bệnh nhân vẫn còn chưa tuân thủ tốt việc giảm ăn mặn (66,4%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ không dùng thuốc với các đặc điểm giới tính, nhóm tuổi, nhóm nghề nghiệp, tình trạng dinh dưỡng (BMI) và thời gian chẩn đoán THA của bệnh nhân THA ($p < 0,01$). Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tốt ở mức trung bình. Cần phải đẩy mạnh tổ chức các chương trình giáo dục sức khỏe, quan tâm tư vấn và hướng dẫn cho người bệnh và tuân thủ điều trị không dùng thuốc. Chủ động nâng cao ý thức về tầm quan trọng của thay đổi lối sống trong quá trình điều trị tăng huyết áp.

Từ khoá: Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống, DGDM.

SUMMARY

ADHERENCE TO NON-PHARMACOLOGICAL AND RELATED FACTORS TO HYPERTENSIVE PATIENTS AT TRUNG VUONG HOSPITAL IN HCMC

The study conducted to determining the proportion of compliance with healthy lifestyle behaviors and factors related to compliance in patients with hypertension. The questionnaire was built based on the Dietary Guidelines for Disease Management scale. The study recruited 339 hypertensive patients. A cross-sectional study was conducted in Trung Vuong hospital from 1st May 2022 to 29th May 2022. The rate of poor adherence was 23,6%, moderate adherence was 32,2% and good adherence was 44,2%. Most of the participants who ate more vegetables and fruits, had proper physical activities, but several patients still did not adhere well to reducing the amount of salt their used (66.4%). There was a significant relationship between Adherence to non-pharmacological treatment to gender, age group, career, body mass index (BMI) and time diagnosis of patients with hypertension ($p < 0,05$). It is necessary to stimulate health education programs, be concern about the way to convey information about Adherence to non-pharmacological treatment, and support patients to carry out. Enhance patients' knowledge about effective treatment solutions and the important measures to change lifestyles.

Keywords: Hypertension, adherence non-pharmacological, changing lifestyle, Dietary Guidelines for Disease Management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong những bệnh mạn tính không lây thường gặp nhất trong cộng đồng, gia tăng nguy cơ mắc các bệnh về tim mạch, đột quỵ, các bệnh lý về thận. Theo số liệu của Bộ Y Tế Việt Nam, tỷ lệ mắc THA ở người trưởng thành (25 tuổi trở lên) năm 2021 là 26,2%, tương đương với khoảng 17 triệu người, trong đó có trên 50% chưa được phát hiện bệnh và trên 70% vẫn chưa được điều trị, hơn nữa nhiều bệnh nhân mắc THA không có bất kỳ những biểu hiện, triệu chứng nào của bệnh [2].

Hiện nay, người bệnh được điều trị theo tam giác vàng quản lý tăng huyết áp bằng cách tác

động đồng thời lên 3 chủ thể chính: bác sĩ điều trị, bệnh nhân và thuốc. Điều trị không dùng thuốc chủ yếu là điều chỉnh hành vi lối sống (ăn uống lành mạnh, duy trì vận động thể lực hợp lý, không lạm dụng các thức uống có cồn, không hút thuốc lá và theo dõi huyết áp thường xuyên) của bệnh nhân được đề xuất là an toàn hơn, ít cần những thử nghiệm nghiêm ngặt nhưng vẫn có tiềm năng kiểm soát huyết áp. Các nghiên cứu tại Châu Âu cho thấy 29,4% - 31,8% bệnh nhân tuân thủ điều trị không dùng thuốc (TTĐKDT) [7], tại Châu Á tỷ lệ không tuân thủ được báo cáo từ 51,7% đến 68,9% [4] [6]. Ở Việt Nam, tỷ lệ tuân thủ chỉ từ 18% - 21% [3] [5]. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ TTĐKDT ở các bệnh nhân còn thấp hoặc rất ít được đề cập đến, dẫn đến không thể cung cấp được một cái nhìn bao quát về tuân thủ điều trị THA, gây nhiều khó khăn trong việc quản lý của bác sĩ điều trị cũng như quá trình điều trị của bệnh nhân. Trên những cơ sở đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục đích xác định tỷ lệ TTĐKDT ở các bệnh nhân THA và các yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân THA từ 18 tuổi trở lên đang điều trị ngoại trú tại phòng khám tim mạch bệnh viện Trưng Vương Thành phố Hồ Chí Minh từ 01/05/2022 đến 29/5/2022

Tiêu chí chọn vào: Bệnh nhân đã được chuẩn đoán tăng huyết áp bởi các cơ sở y tế ít nhất 6 tháng và hiện đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Trưng Vương tại Thành phố Hồ Chí Minh. Có mặt, thăm khám tại cơ sở y tế trong thời gian nghiên cứu. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra:

Bệnh nhân đang có những biến chứng của THA (Bệnh nhân suy tim nặng, Bệnh nhân suy thận đang chạy thận nhân tạo, Bệnh nhân có các biến chứng về não và mạch máu). Bệnh nhân là phụ nữ đang mang thai. Bệnh nhân mắc các bệnh ảnh hưởng đến thần kinh hoặc không còn minh mẫn, không nói được, không tỉnh táo để trả lời phỏng vấn.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả thực hiện từ 01/05/2022 đến 29/5/2022

Chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân được chẩn đoán THA đến khám tim mạch Bệnh viện Trưng Vương Thành phố Hồ Chí Minh từ thứ 2 đến thứ 6 trong thời gian nghiên cứu (5/2022 – 6/2022) thỏa các tiêu chí chọn vào – loại ra cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Các biến số thu thập thông qua bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc bao gồm các thông tin về đặc điểm dân số xã hội (tuổi, giới, nghề nghiệp, bệnh kèm theo). Tuân thủ điều trị không dùng thuốc được đánh giá dựa trên thang điểm Dietary Guidelines for Disease Management đánh giá các hành vi lối sống bao gồm: chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể chất, uống rượu bia, hút thuốc và chỉ số khối cơ thể (BMI) và theo Quyết định 3192/QĐ – BYT về Ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Bộ Y Tế [1] [8]. Độ tin cậy của thang đo được chứng minh qua nghiên cứu thử có giá trị Cronbach's alpha đạt 0,71.

Định nghĩa các biến số chính:

Bệnh lý mạn tính: ghi nhận theo chẩn đoán của bác sĩ nếu bệnh nhân có mắc một trong các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, đái tháo đường, tim mạch, suyễn, là biến nhị giá có 2 giá trị có và không.

Ăn trái cây: kém (không ăn trái cây/ngày =1), trung bình (ăn 1 khẩu phần-1 bữa/ngày =2), tốt (trên 2 khẩu phần – 2 bữa/ngày=3). Ăn rau: : kém (không ăn rau/ngày =1), trung bình (ăn 1 khẩu phần-1 bữa/ngày =2), tốt (trên 2 khẩu phần – 2 bữa/ngày=3). Tiêu thụ sản phẩm từ sữa: kém (uống ≤ 1 đơn vị sữa/ngày = 1), trung bình (uống 2 đơn vị sữa/ngày =2), tốt (uống ≥ 3 đơn vị sữa/ngày = 3). Ăn thức ăn nhanh: kém (ăn ≥ 2 ngày/tuần = 1), trung bình (ăn 1 ngày/tuần = 2), tốt (không ăn thức ăn nhanh/tuần = 3). Uống rượu bia: kém (> 2 cốc chuẩn/ngày (đối với nam) hoặc > 1 cốc chuẩn/ngày (đối với nữ) = 0, tốt (≤ 2 cốc chuẩn/ngày (đối với nam) hoặc ≤ 1 cốc chuẩn/ngày (đối với nữ) = 1). Loại dầu ăn sử dụng: kém (tiêu thụ chất béo bão hòa - mỡ động vật = 0), tốt (tiêu thụ chất béo không bão hòa - dầu thực vật = 1). Sử dụng thêm muối/nước chấm trong bữa ăn: kém (Có dùng muối/nước chấm với thức ăn hàng ngày = 0), tốt (Không dùng muối/nước chấm với thức ăn hàng ngày =1). Tình trạng dinh dưỡng: kém (BMI $<18,5$ và BMI $\geq 22,9$ = 0), tốt (Cân nặng bình thường – chỉ số BMI từ 18,5 đến dưới 22,9 =1). Tình trạng hút thuốc: kém (Hiện tại vẫn hút thuốc =0), tốt (Hiện tại không hút thuốc =1). Tình trạng hoạt động thể chất được tính là số phút tập trong ngày x số ngày tập trong tuần: kém (<30 phút/tuần =0), trung bình (30-180 phút/tuần=1), tốt (>180 phút/tuần =2). Số lần đo huyết áp trong tuần: kém (đo dưới 2 lần/tuần =0), trung bình (đo 3 lần/tuần =1), tốt (đo ≥ 4 lần/tuần =2) [8].

Điểm tuân thủ điều trị không dùng thuốc

được tính tổng hợp lại tất cả các điểm số của các đối tượng nghiên cứu được chia làm ba nhóm tuân thủ thấp, tuân thủ trung bình và tuân thủ tốt [8]:

- Tuân thủ thấp: Tổng điểm tuân thủ điều trị không dùng thuốc ≤ 9 điểm.
- Tuân thủ trung bình: Tổng điểm tuân thủ điều trị không dùng thuốc từ 10 đến 12 điểm.
- Tuân thủ tốt: Tổng điểm tuân thủ điều trị không dùng thuốc ≥ 13 điểm.

Phương pháp thống kê: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 4.6.0.6 và phân tích bằng phần mềm Stata 16.

Sử dụng tần số và tỷ lệ (%) đối với biến định tính hoặc trung bình, độ lệch chuẩn đối với biến định lượng để mô tả các biến số đặc điểm dân số xã hội của đối tượng tham gia nghiên cứu, tỷ lệ và mức độ tuân thủ.

Sử dụng phép kiểm Chi bình phương hoặc phép kiểm chính xác Fisher (khi có lớn hơn 20% số ô có giá trị vọng trị nhỏ hơn 5 hoặc có 1 ô có giá trị vọng trị nhỏ hơn 1) để xác định mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và đặc điểm của đối tượng. Sử dụng tỷ số hiện mắc (PR) ước lượng mối liên quan với khoảng tin cậy 95%, mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.3. Y đức. Đề cương đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cấp cơ sở - Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh số 320/HĐĐĐ-ĐHYD ký ngày 18/03/2022 và được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cấp cơ sở - Bệnh viện Trưng Vương thành phố Hồ Chí Minh số 502/HĐĐĐ-BVTV ký ngày 25/04/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 339 bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Trưng Vương.

3.1. Đặc điểm dân số, xã hội của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Đặc điểm dân số, xã hội của đối tượng nghiên cứu (N=339)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính nữ	179	52,8
Tôn giáo		
Phật giáo	118	34,8
Công giáo	65	19,2
Không tôn giáo	154	45,4
Khác	2	0,6
Nhóm tuổi		

< 60 tuổi	114	33,6
≥ 60 tuổi	225	66,4
Trình độ học vấn		
Không biết chữ - Tiểu học	50	14,7
Cấp THCS	96	28,3
Từ THPT trở lên	193	57,0
Nhóm nghề nghiệp		
Lao động trí thức	12	3,5
Lao động chân tay	94	27,7
Hưu trí, nội trợ (ở nhà)	220	64,9
Khác	13	3,8
Tình trạng sống chung		
Sống một mình	36	10,6
Sống với người thân/gia đình	303	89,4
Có người thân mắc THA	178	52,5
Thời gian chẩn đoán THA		
Trên 5 năm	202	59,6
Từ 1-5 năm	113	33,3
Trên 6 tháng, dưới 1 năm	24	7,1
BMI bình thường	123	36,3
Đạt huyết áp mục tiêu	279	82,3
Có bệnh kèm theo	236	69,6
Bệnh đái tháo đường	42	17,8
Bệnh tim mạch	97	41,1
Bệnh xương khớp	123	52,1
Bệnh thận	9	3,8
Bệnh khác (tiêu hoá, thần kinh,...)	83	35,2

Có 52,8% đối tượng là nữ giới tham gia vào nghiên cứu và có 45,4% không theo tôn giáo. Nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm đa số (66,4%), gấp khoảng 3 lần so với nhóm 60 tuổi. Đa số phần lớn đối tượng nghiên cứu hưu trí và nội trợ, có học vấn từ THPT trở lên hiện đang sống chung với người thân/gia đình, có người thân trong gia đình mắc THA. Thời gian chẩn đoán THA của đối tượng nghiên cứu đa số là trên 5 năm chiếm 59,6% và thấp nhất trên 6 tháng, dưới 1 năm (7,1%). Đối tượng có BMI bình thường chiếm 36,3%, đạt huyết áp mục tiêu chiếm 82,3% và có bệnh kèm theo (69,9%), trong đó bệnh xương khớp và bệnh liên quan tim mạch là thường gặp nhất (Bảng 1).

3.2 Đặc điểm tuân thủ điều trị không dùng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3: Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị không dùng thuốc với đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=339)

Đặc điểm	Giá trị p _{tho}	PR _{tho} (KTC 95% _{tho})	Giá trị p _{hc}	PR _{hc} (KTC 95% _{hc})
Giới tính: Nam Nữ	< 0,001	0,75 (0,66 – 0,85)	<0,001	0,80 (0,71 – 0,91) 1
Nhóm tuổi: ≥ 60 tuổi < 60 tuổi	< 0,001	1,27 (1,09 – 1,47)	0,029	1,18 (1,02 – 1,37) 1
Nhóm nghề				
Hưu trí, nội trợ (ở nhà)		1		1

Bảng 2: Tuân thủ điều trị không dùng của đối tượng nghiên cứu (n=339)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Ăn trái cây trong ngày		
Ăn 2 bữa trở lên	179	52,8
Ăn 1 bữa		
Không ăn		
Ăn rau xanh trong ngày		
Ăn 2 bữa trở lên	179	52,8
Ăn 1 bữa		
Không ăn		
Sử dụng các sản phẩm từ sữa		
≤ 1 đơn vị sữa mỗi ngày	229	67,5
2 đơn vị sữa mỗi ngày	4	1,2
≥ 3 đơn vị sữa mỗi ngày	106	31,3
Loại dầu mỡ đang sử dụng		
Chỉ dùng mỡ động vật	6	1,8
Chỉ dùng dầu thực vật	299	88,2
Cả hai loại dầu, mỡ	34	10,0
Sử dụng thức ăn nhanh trong một tuần		
Ăn 2 bữa trở lên	29	8,6
Ăn 1 bữa	36	10,6
Không ăn	274	80,8
Có thường dùng thêm muối hoặc nước chấm (nước mắm, nước tương) trong bữa ăn		
Có	225	66,4
Không	114	33,6
Có lạm dụng rượu bia	22	6,5
Hiện tại đang hút thuốc	67	19,8
Theo dõi huyết áp tại nhà		
≥ 4 lần/tuần	52	52,0
3 lần/tuần	14	14,0
1-2 lần/tuần	34	34,0
Vận động thể lực		
< 30 phút	179	52,8
30 – 180 phút	57	16,8
> 180 phút	103	30,4

Đa số các đối tượng nghiên cứu tuân thủ điều trị không dùng thuốc đạt 76,4%, có 23,6% đối tượng nghiên cứu không tuân thủ điều trị.

3.3. Mối liên quan giữa tuân thủ điều trị không dùng thuốc với đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Lao động chân tay	<0,001	0,73 (0,61 – 0,86)	0,015	0,81 (0,68 – 0,96)
Lao động tri thức	0,978	1,00 (0,77 – 1,29)	0,812	1,04 (0,77 – 1,40)
Khác	0,166	0,74 (0,48 – 1,14)	0,354	0,83 (0,55 – 1,23)
Thời gian chẩn đoán THA				
Trên 5 năm		1		1
Từ 1 – 5 năm	0,710	0,98 (0,85 – 1,11)	0,388	1,05 (0,93 – 1,19)
Trên 6 tháng, dưới 1 năm	0,112	1,15 (0,97 – 1,36)	0,025	1,25 (1,03 – 1,52)
BMI bình thường: Có				
Không	<0,001	1,26 (1,12 – 1,40)	0,001	1,20 (1,08 – 1,33)

P_{hc}: p hiệu chỉnh, *PR_{hc}*: PR hiệu chỉnh; *KTC 95%_{hc}*: KTC 95% hiệu chỉnh

Những biến số có giá trị $p < 0,2$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy Poisson đa biến gồm giới, nhóm tuổi, nhóm nghề, thời gian chẩn đoán THA, tình trạng dinh dưỡng (chỉ số BMI), phân độ THA. Kết quả, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TTĐTKDT với giới tính, nhóm tuổi, nhóm nghề nghiệp, thời gian chẩn đoán THA và tình trạng dinh dưỡng (chỉ số BMI) với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tuân thủ điều trị không dùng thuốc.

Trong điều trị THA, để đạt được và duy trì huyết áp mục tiêu ở mức ổn định, ngăn ngừa các biến chứng nguy hiểm, các biện pháp thay đổi lối sống, chế độ dinh dưỡng hợp lý và luyện tập thể dục có vai trò rất quan trọng. Về mức độ tuân thủ không dùng thuốc chung của người bệnh ngoại trú mức độ trung bình và tốt lần lượt là 33,9% và 44,0%, tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu tương tự tại Iran của Samaneh Akbarpour với tỉ lệ lần lượt là 27,4% và 28,5% [8]. Sự khác biệt lớn nhất giữa nghiên cứu này với nghiên cứu tại Iran của Samaneh Akbarpour được nhận thấy ở việc tuân thủ hạn chế ăn mặn, tuân thủ bổ sung thêm rau xanh. Tỉ lệ mức độ tuân thủ từ mức độ trung bình trở lên của nghiên cứu này chiếm 76,4%, tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Trần Đức Sĩ tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2021 với tỉ lệ 93,8% [5]. Phần lớn các bệnh nhân tuân thủ tốt về các hành vi có lợi cho sức khỏe, tuy được các bệnh nhân thực hiện nhiều nhưng đa số các bệnh nhân chưa đạt được tiêu chuẩn tuân thủ cao nhất, dẫn đến sự khác biệt về tỉ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc chung khi so với các nghiên cứu tương tự.

Mối liên quan giữa TTĐTKDT với đặc điểm dân số nghiên cứu: Kết quả cho thấy các nhóm bệnh nhân có giới tính là nam có tỉ lệ mức độ tuân thủ điều trị thấp hơn 20%. Kết quả phù hợp với kết quả của nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Hiền về mối liên quan về giới tính với TTĐTKDT [4], điều này hoàn toàn phù hợp, vì nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ hơn so với các bệnh nhân là nữ giới như tuân thủ ngưng hút

thuốc và hạn chế sử dụng sản phẩm có cồn, điều này trực tiếp dẫn đến sự khác biệt đáng kể về tuân thủ điều trị không dùng thuốc giữa nam và nữ.

Bên cạnh đó nghiên cứu cũng cho kết quả rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ mức độ TTĐTKDT và nhóm tuổi, cụ thể các bệnh nhân nhóm ≥ 60 tuổi có tỉ lệ tuân thủ gấp 1,18 lần so với nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi. Lý giải cho sự khác biệt này, đa số những bệnh nhân lớn tuổi đa số có thời gian để có thể chăm sóc bản thân cũng như nhiều thời gian điều trị THA, điều này dẫn đến các bệnh nhân có nhận thức và thái độ về những lợi ích của việc thay đổi hành vi lối sống sau nhiều lần thăm khám với bác sĩ. Từ đó, dần hình thành nên những thói quen tốt và cải thiện tuân thủ điều trị không dùng thuốc ở các bệnh nhân lớn tuổi.

Bệnh nhân thuộc nhóm nghề lao động chân tay có tỉ lệ mức độ tuân thủ điều trị thấp hơn 19% so với những bệnh nhân thuộc nhóm đối tượng hưu trí, nội trợ (ở nhà). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Những bệnh nhân thuộc là đối tượng hưu trí, nội trợ (ở nhà) có khác biệt so nhóm lao động chân tay về tính chất công việc, thời gian nghỉ ngơi và thời gian dành cho bản thân ít, cùng với thời gian điều trị của các bệnh nhân trong nghiên cứu đa số lâu trên 5 năm dẫn đến bệnh nhân hưu trí, nội trợ (ở nhà) có cơ hội nhiều hơn trong việc tiếp cận, nhận biết được tầm quan trọng cũng như điều chỉnh hành vi lối sống trong điều trị tăng huyết áp, cũng như biết được những hậu quả của bệnh. Cuộc sống và công việc vất vả cũng là lý do giải thích tại sao dẫn đến sự khác biệt về tỉ lệ mức độ TTĐTKDT giữa nhóm nghề như vậy.

Có mối liên quan giữa mức độ BMI của bệnh nhân với TTĐTKDT, cụ thể, các bệnh nhân có mức BMI bình thường có tỉ lệ mức độ TTĐTKDT gấp 1,20 lần so với các bệnh nhân có mức BMI không bình thường. Mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chỉ số BMI là yếu tố thể hiện rõ ràng nhất về thay đổi hành vi lối sống, tình trạng dinh dưỡng của mỗi cá nhân, nếu như chỉ số BMI ở mức không bình thường là một yếu tố

nguy cơ đặc biệt là đối với các bệnh nhân mắc THA. Điều này cũng phù hợp, có thể việc có ý thức trong ổn định cân nặng kiểm soát BMI ở mức bình thường cũng góp phần tăng tỉ lệ tuân thủ và ổn định HA của họ.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc ở bệnh nhân THA là 76,4%.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê trong mô hình hồi quy đa biến ($p < 0,05$) giữa TTĐTKDT với giới tính, nhóm tuổi, nhóm nghề nghiệp, thời gian chẩn đoán THA, tình trạng dinh dưỡng (chỉ số BMI). Vì thế, cần quan tâm đến việc tư vấn và hướng dẫn cho người bệnh THA thêm về tuân thủ điều trị không dùng thuốc, đặc biệt là các bệnh nhân nam giới dưới 60 tuổi, có mức BMI SDD-Thừa cân-Béo phì, thời gian chẩn đoán lâu trên 5 năm. Chủ yếu cần nhấn mạnh việc ngoài tuân thủ dùng thuốc các bệnh nhân cần quan tâm về thay đổi hành vi lối sống như chế độ ăn uống, chế độ vận động phù hợp và đặc biệt cần phải thường xuyên kiểm soát cân nặng, theo dõi huyết áp của bản hằng ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế Việt Nam - Cục Quản lý Khám Chữa bệnh (2015) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/08/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế, <https://kcb.vn/vanban/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-tang-huyet-ap>, truy cập ngày 15/04/2022.
2. Bộ Y Tế Việt Nam - Cổng thông tin điện tử (2022) Cần quan tâm hơn về hoạt động quản lý bệnh không lây nhiễm và rối loạn sức khỏe tâm thần tại tuyến y tế cơ sở, <https://by.com.vn/S7Oxk>, truy cập ngày 16/05/2022.
3. Nguyễn Cao Kim Duyên (2017) Tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp ngoại trú không đạt huyết áp mục tiêu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, năm 2017, Khóa luận Tốt nghiệp Bác sỹ Y học Dự phòng, Khoa y tế công cộng, Đại học y dược Tp.HCM, 79.
4. Nguyễn Thị Ngọc Hiền (2017) Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Nam Bình Thuận năm 2018, Khóa luận Tốt nghiệp Bác sỹ Y học Dự phòng, Khoa y tế công cộng, Đại học y dược Tp.HCM, 93.
5. Lê Thị Bích Trâm, Phạm Nhật Tuấn, Nguyễn Đỗ Nguyên (2017) "Tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại xã Phương Trà, huyện Cao Lãnh, tỉnh Đồng Tháp năm 2016". Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 21 (1), tr. 8 - 14.
6. Ayushi Jayesh Shah, Vijaykumar Singh, Subita P. Patil, Mithila R. Gadkari, Varun Ramchandani, Karan Janak Doshi (2018) "Factors Affecting Compliance to Antihypertensive Treatment among Adults in a Tertiary Care Hospital in Mumbai". Indian journal of community medicine: official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine, 43 (1), 53-55.
7. M. Lefort, L. Neufcourt, B. Pannier, B. Vaisse, S. Bayat, O. Grimaud, et al. (2018) "Sex differences in adherence to antihypertensive treatment in patients aged above 55: The French League Against Hypertension Survey (FLAHS)". J Clin Hypertens (Greenwich), 20 (10), 1496-1503.
8. S. Akbarpour, D. Khalili, H. Zeraati, M. A. Mansournia, A. Ramezankhani, A. Fotouhi (2018) "Healthy lifestyle behaviors and control of hypertension among adult hypertensive patients". Sci Rep, 8 (1), 8508.

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở HỌC SINH TRUNG HỌC CƠ SỞ TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2021

Nguyễn Đức Khánh¹, Lê Minh Thi¹, Ngô Anh Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng trầm cảm và xác định một số yếu tố ảnh hưởng của học sinh tại hai trường trung học cơ sở ở thành phố Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1296 học sinh tại 2 trường trung học cơ sở tại Hà Nội năm 2021. **Kết quả:** Tỷ lệ trầm cảm là

27% trong đó trầm cảm nhẹ và vừa đều chiếm 9,5%, trầm cảm nặng và rất nặng chiếm 4,9% và 3,1% tổng số học sinh. Nguy cơ trầm cảm ở khối lớp cuối cấp (lớp 8 và 9) cao gấp 1,73 lần so với khối đầu cấp (lớp 6 và 7). Học sinh nữ có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn 1,65 lần so với học sinh nam. Học sinh có mối quan hệ mâu thuẫn với bố mẹ có tỉ lệ mắc trầm cảm cao hơn 3,82 lần so với các học sinh có mối quan hệ hoà hợp với bố mẹ với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Học sinh bị dọa dẫm, xúc phạm về tinh thần, không cảm thấy được yêu thương, bố mẹ ly thân, trong gia đình có người bị vấn đề sức khỏe tâm thần có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn lần lượt là 2,2; 4,6; 1,7 và 2,7 lần so với nhóm còn lại. **Kết luận:** Tỉ lệ học sinh có vấn đề trầm cảm là 27% và chủ yếu là mức độ vừa và nhẹ. Học sinh nữ mắc nhiều hơn nam và khối lớp cuối cấp có nguy cơ bị trầm cảm cao hơn so với đầu cấp.

¹Trường Y tế Công cộng

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Vinh

Email: vinhinc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2023

Ngày duyệt bài: 20.4.2023