

nam = 14/1. Tuổi gặp nhiều 35 - 55 tuổi. Lý do vào viện: Hầu hết bệnh nhân vào viện là do phát hiện khối u ở tuyến giáp (84%). Tỷ lệ ung thư của bướu giáp nhân là 35,8%.

SA trong chẩn đoán bệnh: 55,7% chẩn đoán là u đơn nhân, 44,3% u đa nhân. 55,7% trường hợp SA gợi ý nghi ngờ ung thư, khi đối chiếu kết quả với GPB sau mổ. FNA: 19,8% trường hợp ác tính, 15,1% nghi ngờ, 65,1% là lành tính. Đối chiếu GPB sau mổ: Có độ nhạy 85,7%, độ đặc hiệu 83,8%. Độ chính xác 70,7% với  $p < 0,001$ .

Đối chiếu kết quả STTT trong mổ với GPB sau mổ: 7,9% cho kết quả âm tính giả.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quốc Bảo** (1999): "Nghiên cứu điều trị ung thư tuyến giáp bằng cắt bỏ tuyến giáp toàn bộ", Luận văn tốt nghiệp BS CK II. Đại học y Hà Nội.
2. **Tạ Văn Bình** (1999): "Đặc điểm bướu giáp nhân đánh giá bằng siêu âm và điều trị một vài loại bướu giáp nhân bình giáp". Luận văn tiến sĩ y học. Đại học y Hà Nội.
3. **Nguyễn Hoàng Như Nga** (2002): "Nghiên cứu giá trị chẩn đoán tế bào học trong ung thư tuyến

giáp tại bệnh viện K". Luận văn thạc sĩ y học. Đại học y Hà Nội.

4. **Lê Văn Quang, Hữu Thị Ngọc Hà, Đoàn Thị Phương Thảo** (2003): "Giá trị của xét nghiệm tế bào học qua chọc hút bằng kim nhỏ trong chẩn đoán sớm các nhân giáp". Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh. 2003; 7(1): 264 - 271.
5. **Dighe M, Kim J, Luo S, Kim Y** (2010): "Utility of the untrasound elastographic systolic thyroid stiffness index in reducing fine - needle aspiration". J Ultrasound Med. 2010 Apr; 29(4): 565 - 74.
6. **Douglas S** (2002): "Non - palpable thyroid nodules - managing an epidemic". The journal of clinical endocrinology and metabolism. 2002; 295(5): 514 - 519.
7. **Flanagan MB, Ohoi NP, Carty SE, Hunt JL** (2006): "Repeat thyroid nodule fine - needle aspiration in patients with initial benign cytologic results". Am J Clin Pathol. 2006 May; 125(5): 698 - 702.
8. **Hossein Gharib, M. Regina Casastro, Rachel P. Espiriru, Rebecca S. Bahn, et al** (2011): "Predictors of malignancy in patients with cytologically suspicious thyroid nodules". Thyroid. 2011 November; 21(11): 1191 - 1198.

## NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP Ở NGƯỜI TĂNG HUYẾT ÁP TỪ 25 TUỔI TRỞ LÊN TẠI HUYỆN THỚI BÌNH, TỈNH CÀ MAU NĂM 2022-2023

Nguyễn Văn Bình<sup>1</sup>, Dương Phúc Lam<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng huyết áp là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, chưa được quan tâm, kiểm soát và điều trị một cách đầy đủ. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và những yếu tố liên quan tăng huyết áp ở người từ 25 tuổi trở lên. Đánh giá kết quả can thiệp điều trị và tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp từ 25 tuổi trở lên tại huyện Thới Bình tỉnh Cà Mau 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 619 bệnh nhân tăng huyết áp từ 25 tuổi trở lên và nghiên cứu can thiệp không có nhóm chứng trên 229 bệnh nhân ở mỗi nhóm. **Kết quả:** Tăng huyết áp là 37% (độ 1 chiếm 27,3%). Phân tích hồi quy đa biến kể cả các yếu tố có liên quan đến tăng huyết áp gồm: tiền sử gia đình có huyết áp, nhóm tuổi, thói quen ăn mặn, thói quen tiêu thụ nhiều chất béo bão hòa. Sau can thiệp, tỷ lệ kiểm soát được huyết áp là 77,7%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị theo Morisky tăng lên

73,4%. Các yếu tố can thiệp không dùng thuốc có cải thiện như tăng vận động thể lực 44,5%, giảm được cân là 28,7%. **Kết luận:** Tăng huyết áp là 37%, tìm thấy 4 yếu tố liên quan tăng huyết áp. Sau can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát được huyết áp khá tốt, tỷ lệ tuân thủ điều trị theo Morisky cải thiện rõ. **Từ khóa:** tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, can thiệp

### SUMMARY

#### THE SITUATION OF HYPERTENSION AND ASSESSMENT THE INTERVENTION RESULTS IN ADULTS AGED 25 YEARS AND ABOVE IN THOI BINH DISTRICT, CA MAU PROVINCE 2022-2023

**Background:** Hypertension is a common disease in the world as well as in Vietnam, and has not been adequately cared for, controlled and treated. **Objectives:** Determine the prevalence and identify risk factors associated with hypertension in adults aged 25 years and older. Evaluate the results of treatment intervention and adherence in hypertensive patients. **Methods:** A cross-sectional descriptive study with an analysis of 619 hypertensive patients aged 25 years and older and a non-controlled pre-and post-intervention study on 229 patients in each group. **Results:** The prevalence of hypertension was 37%

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bình

Email: binhhtyt75@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2023

Ngày duyệt bài: 26.10.2023

(stage 1 hypertension accounted for 27.3%). Multivariate regression analysis showed that factors related to hypertension, such: family history of hypertension, age group, high sodium dietary habits, and high consumption of saturated-fatty acids. After the intervention, the rate of blood pressure control was 77.7%, and the adherence rate, according to Morisky, increased to 73.4%. The non-drug intervention factors improved, such as increasing physical activity 44.5%, and weight loss (28.7%). **Conclusion:** The prevalence of hypertension was 37%, and four factors related to hypertension were found. After intervention, the proportion of patients with blood pressure control was quite good, and the treatment compliance rate, according to Morisky, improved clearly. **Keywords:** hypertension, adherence to treatment, intervention

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh phổ biến, là mối đe dọa rất lớn đối với đối với sức khỏe của con người, tỷ lệ tử vong và tàn phế do THA đứng đầu ở Việt Nam, và có xu hướng ngày càng tăng cao và nhanh [8].

Thực tế, THA vẫn chưa được quan tâm kiểm soát và điều trị một cách đầy đủ. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) trong số 167 quốc gia được khảo sát, có 61% quốc gia chưa có khuyến cáo quốc gia về điều trị THA, 45% chưa có sự huấn luyện điều trị THA cho cán bộ Y tế, 25% không cung cấp đủ thuốc điều trị THA, 8% không đủ phương tiện tối thiểu và 12% không đủ thuốc điều trị THA trong chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Ở nước ta, đã có một số nghiên cứu về dịch tễ bệnh THA. Tuy nhiên cho đến nay chưa có báo cáo nào được công bố đầy đủ. Theo thống kê của Trung tâm y tế Thới Bình, mỗi năm bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp có biến chứng, nhất là mạch máu não khoảng 10-15%. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện: "*Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp và đánh giá kết quả can thiệp ở người tăng huyết áp từ 25 tuổi trở lên tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau năm 2022-2023*", nhằm 2 mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ và những yếu tố liên quan tăng huyết áp ở người từ 25 tuổi trở lên tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau, năm 2022-2023.*

2. *Đánh giá kết quả can thiệp điều trị và tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp từ 25 tuổi trở lên tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau, năm 2022-2023.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Người dân từ 25 tuổi trở lên, đang sinh sống tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau, trong thời gian nghiên cứu từ tháng

09/2022 đến tháng 04/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Người dân từ 25 tuổi trở lên, đang sinh sống tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau; Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đang mắc các bệnh cấp tính có liên quan đến tăng huyết áp; Người không kiểm soát được hành vi cá nhân; Vắng mặt trong thời gian điều tra.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích và can thiệp cộng đồng không có nhóm chứng.

#### - **Cỡ mẫu:**

+ Mục tiêu 1: 619 người dân từ 25 tuổi trở lên, đang sinh sống tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau đồng ý tham gia trong thời gian nghiên cứu

+ Mục tiêu 2: Tất cả những đối tượng có tăng huyết áp ở mục tiêu 1 sẽ được đưa vào nghiên cứu cho mục tiêu 2, thực tế đã can thiệp trên 229 người.

- **Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu nhiều giai đoạn.

Giai đoạn 1: Bốc thăm chọn 2 trong 11 xã và 1 thị trấn.

Giai đoạn 2: Bốc thăm chọn 2 ấp/khóm trong mỗi xã/thị trấn.

Giai đoạn 3: Chọn hộ gia đình đầu tiên trong từng ấp/khóm bằng bảng quay cổ chai và chọn tiếp bằng phương pháp nhà liền nhà cho các hộ tiếp theo.

- **Công cụ nghiên cứu:** phỏng vấn người dân từ 25 tuổi trở lên, đang sinh sống tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau dựa vào bảng câu hỏi soạn sẵn.

#### - **Nội dung nghiên cứu**

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: giới tính, tuổi, dân tộc, học vấn, kinh tế.

Tỷ lệ và những yếu tố liên quan tăng huyết áp: tỷ lệ tăng huyết áp, yếu tố liên quan tăng huyết áp: giới tính; tiền sử; nhóm tuổi; hút thuốc lá, kinh tế; dân tộc, ăn mặn, béo phì, ăn nhiều chất béo; béo bụng; rượu bia; ăn rau củ; ăn trái cây.

Đánh giá sau can thiệp: kiểm soát huyết áp, tuân thủ dùng thuốc theo thang Morisky, tuân thủ không dùng thuốc (bỏ hút thuốc, giảm cân, giảm uống rượu bia, ăn rau củ quả trái cây, giảm ăn mặn, tăng cường hoạt động thể lực).

- **Xử lý thống kê số liệu:** nhập liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm (%), tỷ số chênh (OR) khoảng tin cậy 95% của OR; kiểm định Khi bình phương có ý nghĩa với  $\alpha \leq 0,05$ . Chọn biến số có  $p < 0,1$  đưa vào phân tích logistic đa biến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu đôi tượng nghiên cứu (n=619)**

Thông tin chung		n	%	Thông tin chung		n	%
Giới tính	Nam	320	51,7%	Trình độ học vấn	Mù chữ	27	4,4
	Nữ	299	48,3%		Cấp 1	210	33,9
Nhóm tuổi	<50	227	36,7		Cấp 2	263	42,5
	50-59	194	31,3		Cấp 3	118	19,1
	60-69	152	24,6		Đại học	1	0,2
Dân tộc	>70	46	7,4	Kinh tế	Không nghèo	587	94,8
	Kinh	559	90,3		Nghèo, cận nghèo	32	5,2
	Khác	60	9,7				

**Nhận xét:** Nam chiếm 51,7%; nữ chiếm 48,3%; nhóm tuổi dưới 50 tuổi (36,7%) từ 60-69 tuổi (24,6%), dân tộc kinh 90,3%, người dân có kinh tế nghèo cận nghèo 5,2%.

**Bảng 2. Tỷ lệ và phân độ tăng huyết áp (n=619)**

Biến số	Giá trị	n	%
Tăng huyết áp	Có	229	37,0
	Không	390	63,0
Phân độ tăng huyết áp	HA bình thường	390	63,0
	THA độ 1	169	27,3
	THA độ 2	53	8,6
	THA độ 3	7	1,1

**Nhận xét:** Tỷ lệ tăng huyết áp của đôi tượng nghiên cứu là 37%. Tỷ lệ tăng huyết áp độ 1 cao nhất chiếm 27,3%; độ 2 (8,6%); độ 3 (1,1%).

- Yếu tố liên quan đến tăng huyết áp

**Bảng 3. Phân tích logistic đa biến các yếu tố liên quan đến tăng huyết áp**

Biến độc lập	OR	Khoảng tin cậy 95%		Hệ số hồi quy (B)	Sai số chuẩn (SE)	Giá trị p
Tiền sử gia đình THA	Có*	1	-	-	-	-
	Không	0,117	0,06	0,21	-2,147	0,317
An mạch	Có*	1	-	-	-	-
	Không	0,324	0,17	0,59	-3,065	0,311
Nhóm tuổi	>60*	1	-	-	-	-
	≤60	0,39	0,02	0,10	-2,757	0,390
An nhiều chất béo	Không*	1	-	-	-	-
	Có	21,70	0,34	0,11	5,478	0,313

**Nhận xét:** Sau khi chọn các biến số phân tích đơn biến có giá trị p <0,1 đưa các biến số này vào mô hình hồi quy logistic đa biến, chỉ có 4 trong 13 biến số có mối liên đến tăng huyết, với p < 0,001.

3.2. Kết quả điều trị

**Bảng 4. Tuân thủ dùng thuốc theo Morisky trước và sau can thiệp**

Tuân thủ điều trị theo Morisky (n=229)	Trước can thiệp		Sau can thiệp	
	Có n (%)	Có n (%)	Có n (%)	Có n (%)
Thường xuyên quên thuốc	134	58,5	26	11,4
Trong 2 tuần qua có quên thuốc ngày nào	111	48,5	33	14,4
Uống thuốc thấy khó chịu tự ý dùng thuốc trong 2 tuần qua	116	50,7	62	27,1
Khi đi đâu đó quên mang theo thuốc huyết áp	121	52,8	96	41,9
Ngày hôm qua có uống thuốc	118	51,5	87	38,0
Khi cảm thấy bình thường dùng thuốc	106	46,3	53	23,1
Dùng thuốc hàng ngày bất tiện /phiền toái	91	39,7	36	15,7
Uống thuốc hàng ngày khó khăn	82	36,0	28	12,2

**Nhận xét:** Sau khi can thiệp việc tuân thủ dùng thuốc theo Morisky đã có sự cải thiện theo hướng tích cực hơn.

**Bảng 5. Tuân thủ điều trị theo Morisky chung trước và sau can thiệp**

Tuân trị dùng thuốc chung	Trước n (%)	Sau n (%)	CSHQ(%)
Tuân thủ	52 (22,8)	168 (73,4)	65,5
Không tuân thủ	176 (77,2)	61 (26,6)	
<b>Tổng</b>	229 (100)	229 (100)	

CSHQ: chỉ số hiệu quả

**Nhận xét:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị theo Morisky trước can thiệp là 22,8%, sau can thiệp tỷ lệ tuân thủ tăng lên 73,4%. Hiệu quả sau khi can thiệp thì bệnh nhân có tuân thủ điều trị cao hơn trước can thiệp theo morisky CSHQ là 65,5%.

**Bảng 6. Tuân thủ không dùng thuốc trước và sau can thiệp**

Tuân thủ không dùng thuốc (n=229)	Trước can thiệp n (%)		Sau can thiệp n (%)		CSHQ (%)	p*
	Có	Không n(%)	Có	Không n(%)		
Hút thuốc lá	83 (36,2)	146 (63,8)	48 (21)	181 (79)	41,9	<0,001
Uống rượu bia	122 (53,3)	107 (46,7)	52 (22,7)	177 (77,3)	55,3	<0,001
Ăn mặn	218 (95,2)	11 (4,8)	107 (46,7)	122 (53,3)	50,9	<0,001
Ăn không đủ rau	224 (97,8)	5 (2,2)	112 (53,3)	117 (46,7)	45,5	<0,001
Ít vận động	191 (83,4)	38 (16,6)	106 (46,3)	123 (53,7)	44,5	<0,001
Giảm cân	83 (36,2)	146 (63,8)	59 (25,8)	170 (74,2)	28,7	<0,001

\*Kiểm định McNemar

**Nhận xét:** Tuân thủ không dùng thuốc sau can thiệp đối tượng giảm được hút thuốc, CSHQ là 41,9%, giảm uống rượu bia, CSHQ là 55,3%, bệnh nhân tăng cường ăn rau, trái cây, CSHQ là 45,5%, bệnh nhân giảm được ăn mặn, CSHQ 50,9%. Sau khi can thiệp bệnh nhân có tăng vận động thể lực, CSHQ 44,5%, giảm cân nặng cơ thể, CSHQ là 28,7%.

**Bảng 7. Kiểm soát huyết áp trước và sau can thiệp**

THA	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	CSHQ(%)
	229 (100)	51(22,3)	77,7

**Nhận xét:** Trước can thiệp có 229 người có THA sau can thiệp giảm xuống còn 51 người có huyết áp chưa được kiểm, chỉ số hiệu quả (CSHQ) là 77,7%.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong nghiên cứu có 619 đối tượng nghiên cứu, về giới tính, nam chiếm 51,7%; nữ chiếm 48,3%; nhóm tuổi dưới 50 tuổi (36,7%), từ 60-69 tuổi (24,6%); dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ 90,3%. Về trình độ văn hóa, các đối tượng chủ yếu là cấp 1 và cấp 2 chiếm tỷ lệ 33,9% và 42,5%. Về kinh tế, người dân có kinh tế nghèo, cận nghèo là 5,2%.

**4.2. Tỷ lệ tăng huyết áp và yếu tố liên quan.** Kết quả nghiên cứu đã xác định tỷ lệ tăng huyết áp của người dân từ 25 tuổi trở lên tại huyện U Minh, tỉnh Cà Mau là 37%. Tỷ lệ tăng huyết áp độ 1 cao nhất chiếm 27,3%; độ 2

(8,6%); độ 3 (1,1%). Nghiên cứu của Nguyễn Minh Vi, 2018 tại Cà Mau, tỷ lệ THA 44,6% [7]. Nghiên cứu của Chu Hồng Thăng tỷ lệ THA độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 11,98% [3]. Nhiều nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ cao huyết áp tương đối khác nhau tùy theo khu vực, đặc điểm dân số nghiên cứu. Ngoài ra, cũng có thể do sự khác biệt về dân tộc, vùng miền và điều kiện kinh tế xã hội, thói quen trong sinh hoạt ảnh hưởng không nhỏ đến tỷ lệ THA.

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến để loại bỏ các yếu tố kết quả có 4 yếu tố liên quan đến tăng huyết áp là: người có tiền sử gia đình mắc tăng huyết áp thì tỷ lệ có tăng huyết áp cao hơn 8 lần so với nhóm còn lại ( $p < 0,001$ ); nhóm tuổi  $\geq 60$  tuổi có tỷ lệ tăng huyết áp cao hơn 2 lần nhóm còn lại ( $p = 0,026$ ). Nghiên cứu của Dương Minh Trí (2021) khi tỷ lệ mắc THA cao nhất ở nhóm  $\geq 80$  tuổi với 48,7%; tỷ lệ mắc THA giảm dần theo từng nhóm tuổi [6]. Nhóm 70-79 tuổi tỷ lệ mắc THA là 44,8%; nhóm 60-69 tuổi tỷ lệ mắc THA là 37,8%. Nghiên cứu của Lê Minh Hữu (2018) cũng cho thấy tỷ lệ mắc THA cao nhất ở nhóm tuổi 60-69 tuổi (42,3%) [1]. Trong nghiên cứu này thói quen ăn mặn và ăn nhiều chất béo cũng liên quan đến cao huyết áp ( $p < 0,001$ ). Tác giả Dương Minh Trí (2021) tỷ lệ bệnh nhân THA có thói quen ăn mặn là 48,2%, nghiên cứu của Dương Tấn Thọ (2019) cũng ghi nhận mối liên quan giữa bệnh THA và thói quen ăn mặn [4].

**4.3. Kết quả can thiệp.** Trước khi can thiệp sự tuân thủ dùng thuốc bệnh nhân thường xuyên quên thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất 58,5%,

bệnh nhân thấy khó chịu và tự ý dừng thuốc, quên mang theo thuốc chiếm hơn 50%. Tuy nhiên bệnh nhân lại không thấy khó khăn khi duy trì uống thuốc hằng ngày khi tỷ lệ bệnh nhân cho rằng uống thuốc hằng ngày khó khăn chiếm tỷ lệ 36%. Theo kết quả của Đặng Bảo Toàn, (2019) tỷ lệ thỉnh thoảng có quên uống thuốc theo quy định là 62%; và 22,4% là có tự ý ngưng thuốc theo quy định khi cảm thấy không khỏe. Bên cạnh đó, dựa vào các tỷ lệ như: 55,6% là quên mang theo thuốc khi đi vắng nhà; 61,1% là không uống thuốc trước ngày được phòng vấn nghiên cứu; 61,4% có tự ý bỏ thuốc khi cảm thấy huyết áp bình thường; 55,9% là cảm thấy bất tiện/ phiền toái khi phải uống thuốc hàng ngày; 58,4% cảm thấy khó khăn khi uống thuốc hàng ngày [5].

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng tỷ lệ tuân thủ chung Morisky trước can thiệp là 22,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Sang, 2014 [2], thì tỷ lệ tuân thủ trước can thiệp là 24,3% và thấp hơn so với tỷ lệ tuân thủ Morisky của Dương Minh Trí (2021) trước can thiệp là 32,8% [6]. Một nghiên cứu khác ở Ethiopia khảo sát trên 989 bệnh nhân THA, trong đó 36,0% được đánh giá tuân thủ điều trị cao [9]. Sau can thiệp tỷ lệ đối tượng tuân thủ điều trị tăng từ 22,8% lên 73,4%. Như vậy sau can thiệp đã có hiệu quả tốt trong việc cải thiện sự tuân thủ chung về điều trị THA, So sánh một cách tương đối thì tỷ lệ tuân thủ sau can thiệp cao hơn nhiều so với kết quả can thiệp của Trần Văn Sang 54,3% [2]. Kết quả tương tự với nghiên cứu của Đặng Bảo Toàn, (2019); sau can thiệp tỷ lệ dùng thuốc đúng liều theo chỉ định của bác sĩ tăng từ 28,32% lên 97,78% [5].

Tuân thủ không dùng thuốc, kết quả theo bảng 6 cho thấy việc tuân thủ không dùng thuốc sau can thiệp đối tượng nghiên cứu giảm được hút thuốc, CSHQ là 41,9%, giảm uống rượu bia, CSHQ là 55,3%, bệnh nhân tăng cường ăn rau, trái cây, CSHQ là 45,5%, bệnh nhân giảm được ăn mặn, CSHQ 50,9%. Sau khi can thiệp bệnh nhân có tăng vận động thể lực, CSHQ 44,5%, giảm cân nặng cơ thể, CSHQ là 28,7%. Ngoài ra, tổng kê 229 người đang dùng thuốc điều trị huyết áp, sau can thiệp điều trị tỷ lệ giảm xuống còn 51 người (22,3%) có huyết áp chưa được kiểm, chỉ số hiệu quả (CSHQ) là 77,7%. Nguyên tắc quan trọng nhất trong điều trị THA là điều trị lâu dài, suốt đời. Một số người bệnh thấy khỏe mạnh, sinh hoạt bình thường thì lại bỏ không uống thuốc nữa. Cho đến khi xuất hiện trở lại các triệu chứng, biến chứng hoặc đo huyết áp

thấy cao, lúc đó mới lại dùng thuốc. Điều trị như vậy sẽ không có tác dụng dự phòng được các biến chứng, có nghĩa là không có hiệu quả. Vì vậy dù huyết áp có bình thường, dù cảm thấy khỏe mạnh, làm việc và sinh hoạt bình thường, thì người bệnh vẫn phải duy trì uống thuốc đều đặn [10]. Một nghiên cứu ở Ghana cho thấy nếu tuân thủ điều trị thì tỷ lệ kiểm soát được huyết áp tăng lên gấp 1,21 lần [11].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng huyết áp ở người dân trên 25 tuổi là 37% có xu hướng giảm nhẹ, trong đó tỷ lệ tăng huyết áp độ I còn chiếm ưu thế. Mô hình phân tích logistic đa biến có 4 yếu tố trên 13 yếu tố đưa vào phân tích có ảnh đến tăng huyết, cần chú ý trong tư vấn can thiệp bao gồm người có tiền sử gia đình mắc tăng huyết áp; Đối tượng ở nhóm tuổi trên 60. Người có thói quen ăn mặn và người có thói quen tiêu thụ nhiều chất béo bão hòa.

Sau can thiệp tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát được huyết áp khá tốt chiếm 77,7%. Tuân thủ điều trị tốt hơn. Kết quả can thiệp điều trị không dùng thuốc giúp đối tượng nghiên cứu giảm được các hành vi nguy cơ đáng kể, chỉ số hiệu quả (CSHQ) đạt 77,7%, cần được duy trì các hoạt động này trong tương lai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Minh Hữu** (2022), "Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả can thiệp kiểm soát vi phạm niếu và rối loạn mỡ máu ở người tăng huyết áp tại tỉnh Vĩnh Long, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ."
2. **Trần Văn Sang** (2014), "Nghiên cứu tình hình, các yếu tố liên quan và sự tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện An Phú Tỉnh An Giang. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường đại học Y Dược Cần Thơ."
3. **Chu Hồng Thắng** (2008), "Nghiên cứu thực trạng bệnh Tăng huyết áp và rối loạn chuyển hoá ở người tăng huyết áp tại xã Hoà Thượng huyện Đồng Hỷ-Tỉnh Thái Nguyên", Đại Học Y Dược Thái Nguyên.
4. **Dương Tân Thọ** (2019), "Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả can thiệp tăng huyết áp ở người cao tuổi thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai, năm 2018-2019. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ."
5. **Đặng Bảo Toàn** (2019), "Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp nguyên phát và đánh giá kết quả can thiệp ở cán bộ cao cấp tại các đơn vị thuộc Quân khu 7 năm 2018-2019. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ."
6. **Dương Minh Trí** (2021), "Nghiên cứu tình hình, một số yếu tố liên quan và kết quả tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện Mỹ Tú, tỉnh Sóc Trăng năm 2020-2022. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ."

7. **Phạm Minh Vị** (2018), "Nguyên cứu tình hình tăng huyết áp và đánh giá kết quả một số giải pháp can thiệp phòng bệnh Tăng huyết áp ở người từ 25 tuổi trở lên tại huyện U Minh, tỉnh Cà Mau năm 2017-2018. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Trường Đại học y dược Cần Thơ."
8. **Nguyễn Lân Việt** (2018), "Tăng huyết áp: lịch sử và phát triển của các biện pháp điều trị", Tạp chí y học Việt Nam, Số 84+85, Tháng 10 năm 2018.
9. **Yemane Berhane, Worku Alemayehu %J** International Journal of Hypertension (Adherence to antihypertensive treatment and associated factors in central Ethiopia", 2020.
10. **Rapin Polsook, Aunguroch Yupin %J** Journal of Research in Nursing (2021), "A cross-sectional study of factors predicting readmission in Thais with coronary artery disease", 26 (4), pp. 293-304.
11. **FS Sarfo, Mobula LM, Burnham G, et al.** (2018), "Factors associated with uncontrolled blood pressure among Ghanaians: Evidence from a multicenter hospital-based study", 13 (3), pp. e0193494.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC QUA MŨI TRONG ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP CẤP Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG THÁP NĂM 2022 - 2023

Võ Đức Thắng<sup>1</sup>, Trần Quốc Lợi<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Suy hô hấp cấp là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh non tháng. Thở áp lực dương liên tục qua mũi (NCPAP) làm tăng khả năng cung cấp oxy, giảm tỉ lệ tử vong do suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả thở NCPAP trong điều trị suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện Đa Khoa Đồng Tháp năm 2022 - 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 125 trẻ sơ sinh non tháng bị suy hô hấp được điều trị với NCPAP tại bệnh viện Đa Khoa Đồng Tháp năm từ 7/2022 - 7/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ nam suy hô hấp nhiều hơn nữ (69,6% so với 30,4%), cân nặng lúc sanh  $\geq 1500g$  chiếm 78,4%, tuổi thai  $\geq 32$  tuần chiếm 66,4%. Tỷ lệ thành công của thở áp lực dương liên tục qua mũi bằng van Benveniste là 89,6%. Các yếu tố cân nặng  $<1500g$ , tuổi thai  $< 32$  tuần,  $FiO_2 \geq 40\%$  sau 1 giờ thở NCPAP có liên quan tới kết quả thở NCPAP. **Kết luận:** Thở áp lực dương liên tục qua mũi bằng van Benveniste có hiệu quả trong điều trị suy hô trẻ non tháng. **Từ khóa:** Suy hô hấp cấp, sơ sinh non tháng, thở áp lực dương liên tục qua mũi

### SUMMARY

#### CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EVALUATION OF NASAL CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE IN THE TREATMENT OF ACUTE

### RESPIRATORY FAILURE IN PREMATURE INFANTS AT DONG THAP GENERAL HOSPITAL IN 2022 – 2023

**Background:** Acute respiratory distress is a leading cause of mortality in premature infants. The use of Nasal Continuous Positive Airway Pressure (NCPAP) enhances oxygen supply and reduces the mortality rate associated with acute respiratory distress in premature infants. **Objective** To describe the clinical and subclinical characteristics, related factors, and evaluate the outcomes of NCPAP therapy in treating acute respiratory failure in premature infants at Dong Thap General Hospital in 2022 - 2023. **Material and methods:** A descriptive study was conducted on 125 premature infants with respiratory distress who were treated with NCPAP at Dong Thap General Hospital from July 2022 to July 2023. **Results:** The rate of respiratory distress was higher in male infants compared to females (69.6% vs. 30.4%). Infants with a birth weight of  $\geq 1500g$  accounted for 78.4%, and those with a gestational age of  $\geq 32$  weeks accounted for 66.4%. The success rate of continuous positive pressure ventilation via the Benveniste valve was 89.6%. Factors such as birth weight  $<1500g$ , gestational age  $< 32$  weeks, and  $FiO_2 \geq 40\%$  after 1 hour of NCPAP use were associated with the NCPAP therapy outcomes. **Conclusion:** Nasal Continuous Positive Airway Pressure with the Benveniste valve is an effective method for treating respiratory distress in premature infants.

**Keywords:** Acute respiratory failure, premature infants, nasal continuous positive airway pressure

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp cấp là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ sơ sinh non tháng. Suy hô hấp cấp ở trẻ sơ sinh non tháng thường do các nguyên nhân như bệnh màng trong, hội chứng hít phân su và viêm phổi.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp

Chịu trách nhiệm chính: Võ Đức Thắng

Email: voducthng83@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2023

Ngày phản biên khoa học: 22.9.2023

Ngày duyệt bài: 25.10.2023