

- phụ gia trong thực phẩm. 2019.
- AOAC.** Appendix K: Guidelines for Dietary Supplements and Botanicals. 2019.
 - Feingold B.F.** Food additives and child development. Hospital Practise. 1973; 21 (11–12), pp. 17–1.
 - Fatma Turak, et al.** PLS-UV Spectrophotometric Method for the Simultaneous Determination of Ternary Mixture of Sweeteners (Aspartame, Acesulfame-K and Saccharin) in Commercial Products. Innovations in Chemical Biology. 2009; pp.305-311.
 - Rohmah, S. A. A., Muadifah, et al.** Validasi Metode Penetapan Kadar Penawet Natrium Benzoat pada Sari Kedelai di Beberapa Kecamatan di Kabupaten Tulungagung Menggunakan Spektrofotometer Uv-Vis. Jurnal Sains dan Kesehatan. 2011; 3(2), pp. 120-127.
 - Tungkijansin, N., Alahmad, W., Nhuiaik, T., et al.** Simultaneous determination of benzoic acid, sorbic acid, and propionic acid in fermented food by headspace solid-phase microextraction followed by GC-FID. Food chemistry. 2020; 329, pp.127-161.
 - Tuormaa T.E.** The adverse effects of food additives on health: a review of the literature with special emphasis on childhood hyperactivity. Journal of Orthomolecular Medicine. 1994; 9, pp. 225–243.
 - Zengin N., Yüzbasoglu D., Ünal F., Yilmaz S., Aksoy H.** The evaluation of the genotoxicity of two food preservatives: Sodium benzoate and potassium benzoate. Food and Chemical Toxicology. 2011; 49, pp. 763 – 769.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở NGƯỜI CAO TUỔI BỊ TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI HUYỆN CHÂU THÀNH A, TỈNH HẬU GIANG NĂM 2023

Trần Huỳnh Thái¹, Trần Công Luận¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân cao tuổi bị tăng huyết áp đang được điều trị ngoại trú tại các trạm y tế thuộc huyện Châu Thành A năm 2023; (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân cao tuổi bị tăng huyết áp. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên đã được chẩn đoán tăng huyết áp và điều trị ngoại trú tại các trạm y tế thuộc huyện Châu Thành A từ 04/2023 đến 09/2023. **Kết quả:** Nhóm bệnh nhân cảm thấy phiền phức khi theo sát kế hoạch điều trị tăng huyết áp (11,5%). Khó khăn trong việc nhớ sử dụng thuốc (29,5%), tình trạng thính thòang quên thuốc (37%). Biết về biến chứng của tăng huyết áp trên tim (14,5%), trên mạch máu (5,5%). Nhóm thuốc bệnh nhân sử dụng nhiều nhất là amlodipin 5 mg với tỷ lệ 71% và losartan 50 mg với tỷ lệ là 27,5%. Theo dõi huyết áp hằng ngày (12,5%), theo dõi khi có triệu chứng (52%). Hay quên uống thuốc (27%), do thiếu hỗ trợ (7%). Mức độ tuân thủ điều trị dân tộc Khmer cao gấp 13,5 lần so với dân tộc Kinh (P<0,001). Có sự khác biệt về mức độ tuân thủ điều trị giữa nhóm sống với vợ/chồng (0,19) và nhóm sống với con cái (0,22) với nhóm sống 1 mình (P=0,02 và P=0,01). Thời gian điều trị nhóm đối tượng dưới 1 năm (1) tuân thủ tốt hơn nhóm trên 3 năm (0,57), thấp hơn nhóm 1-2 năm (2,56) và 2-3 năm (1,78) (P<0,001). Mức độ tuân thủ điều trị của nhóm theo dõi huyết áp khi đi khám cao

gấp 4,88 lần so với nhóm theo dõi huyết áp hằng ngày (P=0,04). Nhóm bệnh nhân tuân thủ điều trị có tỷ lệ kiểm soát huyết áp cao hơn 2,26 lần so với không tuân thủ (P<0,05). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt chiếm (11,5%), tuân thủ điều trị kém chiếm (88,5%). Có mối liên hệ giữa tuân thủ điều trị với tình trạng gia đình, theo dõi huyết áp, yếu tố thời gian và dân tộc. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P<0,05). **Từ khóa:** Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, các yếu tố liên quan.

SUMMARY

MEDICATION ADHERENCE AND RELATED FACTOR OF HYPERTENSION PATIENTS OVER 60 YEAR OLD AT CHAU THANH A DISTRICT HAU GIANG PROVINCE IN 2023

Objective: (1) Determination of treatment adherence rate in elderly hypertensive patients receiving outpatient treatment at health stations in Chau Thanh A district in 2023. (2) Determinant factors related to the treatment adherence of elderly hypertensive patients. **Methods:** A cross-sectional with analysis on patients aged 60 years and older who were diagnosed with hypertension and treated as outpatients at medical stations in Chau Thanh A district from April 2023 to September 2023. **Result:** The group of patients found it difficult to follow the treatment plan for hypertension (11.5%). Difficulty remembering to use medication (29.5%), occasional forgetting to take medication (37%). Know about complications of hypertension on the heart (14.5%), on the blood vessels (5.5%). The group of drugs most used by patients was amlodipine 5 mg with the rate of 71% and losartan 50 mg with the rate of 27.5%. Daily blood pressure monitoring (12.5%), monitoring when symptoms (52%). Forgetting to take medication (27%), due to lack of support (7%). The degree of

¹Trường Đại học Tây Đô

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huỳnh Thái

Email: huynhthai77988@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023

adherence to treatment for Khmer ethnic group is 13.5 times higher than that of Kinh ethnic group ($P < 0.001$). There was a difference in the degree of adherence between the group living with a spouse (0.19) and the group living with children (0.22) and the group living alone ($P = 0.02$ and $P = 0,01$). The duration of treatment in the group of subjects under 1 year (1) was better than the group of over 3 years (0.57), 1-2 years lower (2.56) and 2-3 years (1.78) ($P < 0.001$). The level of treatment adherence of the blood pressure monitoring group when visiting the doctor was 4.88 times higher than that of the group with daily blood pressure monitoring ($P = 0.04$). The group of patients who adhered to treatment had a rate of blood pressure control 2.26 times higher than that of non-adherent ($P < 0.05$). **Conclusion:** The proportion of patients with good treatment adherence accounted for 11.5%, while poor adherence consisted of 88.5%. There is a relationship among treatment adherence with living with family members, blood pressure monitoring, treatment time and ethnicity. This difference is statistically significant ($P < 0.05$).

Keywords: Hypertension, adherence to treatment, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo WHO, tăng huyết áp đứng hàng thứ 3/10 yếu tố nguy cơ và là nguyên nhân trực tiếp gây tử vong cho khoảng 7,1 triệu người chiếm 4,5% gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu [7]. Nhiều báo cáo cho thấy rằng việc tuân thủ sử dụng thuốc hạ áp đóng vai trò quan trọng và cần thiết trong việc kiểm soát tình trạng bệnh, nó giúp ngăn ngừa các biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tuy nhiên, trên thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng, tình trạng liên quan đến việc tuân thủ sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp của bệnh nhân vẫn còn rất thấp, gây ảnh hưởng đến việc đạt mục tiêu trong điều trị. Điều này đòi hỏi các dược sĩ lâm sàng phải tăng cường công tác giáo dục sức khỏe, giúp người bệnh hiểu rõ hơn về quan trọng của việc tuân thủ sử dụng thuốc điều trị và đảm bảo họ có đủ thông tin để thực hiện điều này một cách hiệu quả. Trong công tác dược sĩ lâm sàng, việc đồng hành cùng bác sĩ và bệnh nhân, đảm bảo tuân thủ sử dụng đúng cách các loại thuốc trong quá trình điều trị sẽ là chìa khóa quan trọng để kiểm soát huyết áp và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Từ những vấn đề trên đề tài này được thực hiện với các mục tiêu:

1. Phân tích tình hình sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị tăng huyết áp tại huyện Châu Thành A năm 2023.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên đã được chẩn đoán THA điều trị ngoại trú.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: từ 60 tuổi được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát trên 12 tháng theo JNC VII, có HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATT_r ≥ 90 mmHg; Đồng ý và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: THA thứ phát; nghe kém và không trả lời chính xác câu hỏi; tâm thần kích động không thể tiếp cận.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại các trạm Y tế thuộc huyện Châu Thành A từ 04/2023 đến 09/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ :

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{p}{(1-\frac{\alpha}{2})} \cdot p(1-p)}{d^2} = 320$$

Trong đó: - $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là trị số của phân phối chuẩn tương ứng với độ tin cậy áp dụng cho nghiên cứu này là 95%.

- $p = 0,295$ là tỷ lệ tuân thủ điều trị theo Nguyễn Trần Phương Thảo 2018 [2].

- $d = 5\%$ là sai số cho phép

Tính ra $n = 320$, cộng thêm 10% mất mẫu và làm tròn đến $n = 370$, trên thực tế chúng tôi nghiên cứu trên 400 bệnh nhân

Phương pháp chọn mẫu: Mẫu được chọn ngẫu nhiên từ danh sách khám chữa bệnh nhân ngoại trú trên 60 tuổi, chọn Bệnh án ngoại trú quản lý bệnh nhân tăng huyết áp (có mã ICD I10) và có thời gian điều trị bệnh ít nhất 12 tháng tại trạm y tế.

Quy trình thực hiện: Bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp và điều trị ngoại trú sẽ được mời vào nghiên cứu, được phỏng vấn và đo huyết áp sau đó ghi nhận kết quả vào phiếu phỏng vấn.

Nội dung nghiên cứu:

- **Đặc điểm về bệnh nhân:** nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, có/không có người chăm sóc

- **Thuốc điều trị của bệnh nhân:** Nhóm chẹn kênh calci, nhóm ức chế men chuyển, nhóm chẹn thụ thể AT1, nhóm chẹn thụ thể beta, nhóm lợi tiểu.

- **Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân:** Sử dụng thang đo Morisky-8 (MMAS-8) bao gồm 8 câu hỏi [4] Mức độ tuân thủ được phân loại dựa

vào tổng số điểm đạt được, 0 điểm: Tuân thủ tốt, 1-2 điểm: Tuân thủ trung bình, ≥ 3 điểm: Tuân thủ kém/ không tuân thủ.

- Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân: Kiến thức về biến chứng THA, theo dõi huyết áp, khó khăn khi thực hiện, tần suất tiếp xúc cán bộ y tế, nguồn thông tin.

- Một số yếu tố liên quan đến kết quả tuân thủ điều trị: Tuổi, giới tính, học vấn, nghề nghiệp, dân tộc, kinh tế, sống chung, tình trạng điều trị, biến chứng, theo dõi huyết áp, khó khăn điều trị, kiểm soát huyết áp.

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi Morisky-8. Nhập liệu và xử lý bằng SPSS 20.0. Sử dụng tần số, tỉ lệ phần trăm để mô tả và phương pháp hồi quy logistic để tìm mối tương quan và có ý nghĩa thống kê khi $P < 0,05$.

2.3. Y đức: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học & đào tạo của trường Đại học Tây Đô. Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho BN, thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuân thủ điều trị

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		n	%
Nhóm tuổi	< 60	114	28,5
	60 – 79	244	61,0
	>80	42	10,5
Giới tính	Nam	158	39
	Nữ	242	61
Học vấn	Mù chữ	36	9,0
	Tiểu học	208	52,0
	THCS	116	29,0
	THPT	40	10,0
Nghề nghiệp	Nội trợ	84	21,0
	Nghỉ hưu	116	29,0
	Buôn bán	70	17,5
	Nông dân	120	30,0
	Khác	10	2,5
Dân tộc	Kinh	360	90,0
	Hoa	30	7,5
	Khmer	10	2,5
Kinh tế	Nghèo	38	9,5
	Không	362	90,5
Tình trạng sống chung	1 mình	20	5,0
	Vợ/chồng	54	13,5
	Với con cái	140	35,0
	Người thân	40	10,0
	Vợ/chồng & con cái	146	36,5

Nhận xét: Nhóm 60 – 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 61%, nữ giới 61%, trình độ tiểu học

chiếm đa số 52%, nghề nghiệp chủ yếu là nông dân, dân tộc kinh chiếm 90%, hộ nghèo chiếm 9,5% và đa số sống với vợ chồng và con cái.

Bảng 2. Tuân thủ điều trị THA ở bệnh nhân theo thang đo MMAS-8

Tuân thủ điều trị	n	%
Thỉnh thoảng có quên sử dụng thuốc hạ HA	148	37,0
Trong suốt 2 tuần qua, có ngày nào quên sử dụng thuốc	98	24,5
Giảm liều hoặc ngừng sử dụng thuốc hạ áp mà không báo với bác sĩ bởi vì cảm thấy tệ hơn khi sử dụng thuốc hạ áp	42	10,5
Khi đi du lịch hoặc rời khỏi nhà, thỉnh thoảng quên mang theo thuốc hạ áp	114	28,5
Hôm qua có sử dụng thuốc hạ áp	364	91,0
Khi thấy HA dưới mức kiểm soát, thỉnh thoảng ngưng sử dụng thuốc	70	17,5
Cảm thấy phiền phức khi theo sát kế hoạch điều trị HA	46	11,5
Thường thấy khó khăn trong việc nhớ sử dụng tất cả các loại thuốc hạ áp	118	29,5

Nhận xét: Việc dùng thuốc được tuân thủ chưa thực sự tốt, 37,0% bệnh nhân thỉnh thoảng quên thuốc, 28,5% quên mang theo thuốc khi rời khỏi nhà và 24,5% trong 2 tuần qua có ngày quên dùng thuốc. Khi thấy HA dưới mức kiểm soát, thỉnh thoảng có hay ngưng sử dụng thuốc chiếm 17,5% và giảm liều hoặc ngừng sử dụng thuốc vì cảm thấy tệ hơn khi sử dụng thuốc (10,5%).

Bảng 3. Tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân

Biến số	n	%
Tuân thủ tốt	6	1,5
Tuân thủ trung bình	40	10,0
Tuân thủ kém	354	88,5
Tổng	400	100,0

Nhận xét: Phần lớn BN tuân thủ điều trị kém chiếm (88,5%), tiếp theo tuân thủ điều trị trung bình chiếm (10,0%) và tuân thủ điều trị tốt chiếm (1,5%).

3.2. Các yếu tố ảnh hưởng tuân thủ điều trị

Bảng 4. Thuốc huyết áp đang sử dụng

Nhóm thuốc	Thuốc	n	%
Chẹn kênh calci	Amlodipin 5mg	284	71
	Losartan 50mg	110	27,5
Chẹn thụ thể AT1	Losartan 100mg	6	1,5
	Propranolol 40mg	2	0,5

Lợi tiểu thiazid	Hydrochlorothiazid 12,5mg	24	6
	Hydrochlorothiazid 25mg	2	0,5

Nhận xét: Nhóm thuốc bệnh nhân sử dụng nhiều nhất là amlodipin 5 mg (71%) và losartan 50 mg (27,5%)

Bảng 5. Theo dõi huyết áp

Yếu tố ảnh hưởng		n	%
Theo dõi huyết áp	Hàng ngày	50	12,5
	Chỉ khi có triệu chứng	208	52,0
	Đi khám	142	35,5
Khó khăn	Quên uống thuốc	108	27,0
	Cảm thấy khó chịu	10	2,5
	Thiếu sự hỗ trợ	28	7,0
Tiếp xúc	Hàng tuần	10	2,5

Yếu tố ảnh hưởng		n	%
CBYT	Hàng tháng	138	34,5
	Khi đi khám	252	63,0
Nguồn thông tin	Truyền thông (tivi, đài internet,...)	38	9,5
	Cán bộ y tế	284	71,0
	Người thân, bạn	74	18,5
	Nguồn khác	4	1,0

Nhận xét: Chỉ có 12,5% theo dõi huyết áp hàng ngày. Có 27% hay quên uống thuốc. Nguồn thông tin chủ yếu nhận được từ CBYT (71,0%).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả tuân thủ điều trị

Bảng 6. Liên quan giữa tuân thủ điều trị và đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm chung	Tuân thủ điều trị		OR (KTC 95%)	P	
	Có	Không			
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	16(14,04)	98(85,96)	1	0,59
	60 – 79 tuổi	26(10,66)	218(89,34)	0,73(0,37-1,42)	0,36
	>80 tuổi	4(9,52)	38(90,48)	0,64(0,2-2,05)	0,46
Giới tính	Nam	18(11,39)	140(88,61)	1	0,957
	Nữ	28(11,57)	214(88,43)	0,98 (0,52-1,84)	
Học vấn	Mù chữ	4(11,11)	32(88,89)	1	0,61
	Tiểu học	28(13,46)	180(86,54)	1,24(0,41-3,79)	0,70
	THCS	10(8,62)	106(91,38)	0,75(0,22-2,57)	0,65
	THPT	4(10)	36(90)	0,89(0,21-3,85)	0,87
Nghề nghiệp	Nội trợ	10(11,9)	74(88,1)	1	0,27
	Nghỉ hưu	12(10,34)	104(89,66)	0,85(0,35-2,08)	0,73
	Buôn bán	4(5,71)	66(94,29)	0,45(0,13-1,5)	0,19
	Nông dân	20(16,67)	100(83,33)	1,48(0,65-3,35)	0,35
	Khác	0(0)	10(100)	-	1
Dân tộc	Kinh	36(10)	324(90)	1	<0,001
	Hoa	4(13,33)	26(86,67)	1,38(0,46-4,19)	0,56
	Khmer	6(60)	4(40)	13,5(3,64-50,09)	<0,001
Kinh tế gia đình	Nghèo	8(21,05)	30(78,95)	1	0,094
	Không nghèo	38(10,5)	324(89,5)	2,27 (0,97-5,32)	
Tình trạng sống chung	Sống 1 mình	6(30)	14(70)	1	0,07
	Với vợ/chồng	4(7,41)	50(92,59)	0,19(0,05-0,75)	0,02
	Với con cái	12(8,57)	128(91,43)	0,22(0,07-0,67)	0,01
	Với người thân	4(10)	36(90)	0,26(0,06-1,06)	0,06
	Với vợ/chồng và con	20(13,7)	126(86,3)	0,37(0,13-1,08)	0,07

Nhận xét: Mức độ tuân thủ điều trị dân tộc Khmer cao gấp 13,5 lần so với dân tộc Kinh (P<0,001). Có sự khác biệt về mức độ tuân thủ điều trị giữa nhóm sống với vợ/chồng (OR=0,19) và nhóm sống với con cái (OR=0,22) với nhóm sống 1 mình (P=0,02 và P=0,01).

Bảng 7. Liên quan giữa tuân thủ điều trị và tình trạng điều trị

Tình trạng điều trị	Tuân thủ điều trị		OR (KTC 95%)	P	
	Có	Không			
Phối hợp thuốc	Đơn trị liệu	42 (11,23)	332 (88,77)	0,7 (0,23-2,12)	0,522
	Phối hợp 2 thuốc	4 (15,38)	22 (84,62)		
Thời gian điều trị	Dưới 1 năm	4 (9,52)	38 (90,48)	1	<0,001
	1-2 năm	14 (21,21)	52 (78,79)	2,56 (0,78-8,38)	0,12
	2-3 năm	18 (15,79)	96 (84,21)	1,78 (0,57-5,61)	0,32
	Trên 3 năm	10 (5,62)	168 (94,38)	0,57(0,17-1,9)	0,36

Nhận xét: Thời gian điều trị nhóm đối tượng dưới 1 năm (1) tuân thủ tốt hơn nhóm trên 3 năm (0,57), thấp hơn nhóm 1-2 năm (2,56) và 2-3 năm (1,78) ($P < 0,001$).

Bảng 8. Liên quan giữa tuân thủ điều trị và kiến thức, thực hành của bệnh nhân

		Tuân thủ điều trị		OR (KTC 95%)	P
		Có	Không		
Kiến thức biến chứng	Biết ít nhất 1 biến chứng	8 (7,27)	102 (92,73)	1	0,103
	Không biết	38 (13,1)	252 (86,9)	0,52 (0,23-1,15)	
Theo dõi huyết áp	Hằng ngày	2 (4)	48 (96)	1	0,03
	Chỉ khi có triệu chứng	20 (9,62)	188 (90,38)	2,55(0,58-11,3)	0,22
	Đi khám	24 (16,9)	18 (83,1)	4,88 (1,11-21,47)	0,04
Khó khăn	Hay quên uống thuốc	30 (27,78)	78 (72,22)	1	0,45
	Cảm thấy khó chịu	4 (40)	6 (60)	1,73 (0,46-6,58)	0,42
	Thiếu sự hỗ trợ	12 (42,86)	16 (57,14)	1,95 (0,83-4,6)	0,13
	Không cảm thấy khó khăn	0 (0)	254 (100)	0 (0-0)	0,99

Nhận xét: Mức độ tuân thủ điều trị của nhóm theo dõi huyết áp khi đi khám cao gấp 4,88 lần so với nhóm theo dõi huyết áp hằng ngày ($P = 0,04$).

Bảng 9. Tuân thủ điều trị và kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân

Kiểm soát	Tuân thủ		OR (KTC 95%)	P
	Có	Không		
Có	22 (17,74)	102 (82,26)	2,26 (1,22-4,22)	0,009
Không	24 (8,7)	252 (91,3)		
Tổng	46 (11,5)	354 (88,5)		

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân tuân thủ điều trị có tỷ lệ kiểm soát huyết áp cao hơn 2,26 lần so với không tuân thủ ($P = 0,009$).

IV. BÀN LUẬN

Thuốc điều trị huyết áp amlodipin 5mg là thuốc được sử dụng phổ biến nhất. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với thực tế vì ngoài tác dụng hạ huyết áp amlodipin cũng có tác dụng tốt là giảm sức cản mạch máu thận, do đó làm tăng lưu lượng máu ở thận và cải thiện chức năng thận. Vì vậy thuốc cũng có thể dùng để điều trị người bệnh suy tim còn bù. Amlodipin không có ảnh hưởng xấu đến nồng độ lipid trong huyết tương hoặc chuyển hóa glucose, do đó có thể dùng amlodipin để điều trị tăng huyết áp ở người bệnh đái tháo đường [1]. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu là người cao tuổi và đồng mắc nhiều bệnh nền chiếm tỷ lệ cao nên đây là thuốc đầu tay của các y bác sĩ tuyến cộng đồng. Tỷ lệ tuân thủ điều trị là 11,5%, thấp hơn so với tác giả Son PT (2012) [6] với tỷ lệ 30% và Nguyễn Trần Phương Thảo (2018) với tỷ lệ là 29% [2]. Các yếu tố về nhóm tuổi, trình độ học vấn, điều kiện kinh tế, phối hợp thuốc trong điều trị và những khó khăn trong điều trị, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Kết quả này cũng tương đồng với Nguyễn Trần Phương Thảo

(2018). Tuy nhiên theo nghiên cứu trước đây của tác giả Oliveira-Filho D (2012) ở Birmingham [4] và Ross ở Aberdeen [5] ở Anh thấy được nhóm người trẻ, trong tuổi lao động tuân thủ điều trị kém có thể do chưa phát triệu chứng và bận công việc nên không quan tâm đến sức khỏe. APCSC báo cáo rằng trong các nhóm tuổi <60, 60-69, và ≥70, giảm 10 mmHg huyết áp tâm thu làm giảm 54, 36, và 25% nguy cơ đột quỵ, tương ứng [5]. Kết quả nghiên cứu này tìm ra được mối liên hệ giữa tuân thủ điều trị với yếu tố gia đình, những người sống một mình có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn so với những người sống chung với vợ chồng và con cái ($P < 0,05$). Bệnh nhân điều trị dưới 1 năm tuân thủ ít hơn so với người điều trị được 1-2 năm và 2-3 năm ($P < 0,05$), lý giải kết quả này có thể do các bệnh nhân mắc bệnh lâu năm có tần suất tiếp xúc với BHYT nhiều nên thay đổi hành vi sử dụng thuốc, tuân thủ tốt. Nghiên cứu của Son PT (2012) bệnh nhân sử dụng thuốc liên tục kéo dài có mức độ tuân thủ thấp hơn ($P < 0,05$) [6], cho thấy vai trò của cán bộ y tế và nhất là người hướng dẫn sử dụng thuốc như Dược sĩ lâm sàng hết sức quan trọng trong việc đảm bảo sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Để kiểm soát bệnh THA tốt thì người bệnh cần phải uống thuốc thường xuyên và liên tục. Từ thực trạng này, cán bộ y tế nhất là dược sĩ lâm sàng, gia đình bệnh nhân và các tổ chức xã hội cần tăng cường nhắc nhở, hỗ trợ người bệnh. Kết quả cũng chỉ ra những người theo dõi huyết áp khi đi khám có tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn so với nhóm tự theo dõi huyết áp hằng ngày gần 5 lần ($P < 0,05$). Nguyên nhân dẫn đến kiểm soát huyết áp thất bại liên quan mật thiết đến việc tuân thủ điều trị. Tuân thủ kém bao gồm: (1) Ngưng thuốc hoàn toàn (2) bệnh nhân uống thuốc không đều hoặc ngưng thuốc điều trị nhiều lần [3]. Kết quả

nghiên cứu này cũng đã nhận thấy có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và kiểm soát huyết áp: những bệnh nhân tuân thủ điều trị có tỷ lệ kiểm soát huyết áp cao hơn 2,26 lần ($P=0,009$). Kết quả này tương đồng với Nguyễn Trần Phương Thảo (2018), những bệnh nhân tuân thủ điều trị có tỷ lệ kiểm soát huyết áp cao hơn 2,68 lần ($P<0,05$). Từ đây, có thể khẳng định được tuân thủ điều trị là một trong những yếu tố tác động rất lớn đến hiệu quả điều trị ở bệnh nhân và vai trò của dược sĩ lâm sàng trong việc tư vấn, theo dõi và duy trì sự tuân thủ dùng thuốc ở bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân chưa kiểm soát được huyết áp (69,0%). Tỷ lệ tuân thủ kém là (88,5%). Có mối liên quan giữa tuân thủ điều trị với yếu tố trình trạng sống chung, dân tộc, thời gian điều trị, theo dõi huyết áp ($P<0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Hiếu Nhân**, Dược lý học, NXB Y học

- TP.HCM, 2017, 152-153.
2. **Nguyễn Trần Phương Thảo**, Nghiên cứu sự tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân trên 60 tuổi tại Phòng khám Bệnh viện Đại học Y dược Cần Thơ năm 2018, Tạp Chí Y Dược học Cần Thơ số 20, 2019, 11-18.
 3. **Bryan Williams**, 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, European Heart Journal, Volume 39, Issue 33, 2018, Pages 3021-3104.
 4. **Oliveira-Filho D et al.**, Association between the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) and blood pressure control, Arq Bras Cardiol. 99(1), 2012, 649-58.
 5. **Ross S, Walker A, MacLeod M. J.** Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. J Hum Hypertens, 18(9), 2004, 607-13.
 6. **Son P. T, Quang N. N, Viet N. L, et al.** Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey. J Hum Hypertens, 26, (4), 2012, 268-80.
 7. **World Health Organization**, A global brief on Hypertension - Silent killer, global public health crisis, 2013.

TỶ LỆ DI CĂN HẠCH CỔ TRONG PHẪU THUẬT CẮT THỰC QUẢN NỘI SOI NGỰC BỤNG, NẠO VẾT HẠCH 3 VÙNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ THỰC QUẢN

Nguyễn Hoàng¹, Trịnh Doãn Đông²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ di căn hạch cổ ở người bệnh được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư biểu mô thực quản tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 16 người bệnh ung thư biểu mô vảy thực quản được phẫu thuật nội soi ngực bụng, nạo vét hạch 3 vùng. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình 59.75 ± 6.96 . Nam giới chiếm tỷ lệ 100%. Vị trí u: 1/3 giữa chiếm 56.2%, 1/3 dưới chiếm 48.2%. Giai đoạn IIB và IIIB chiếm tỷ lệ nhiều nhất 31.5%, giai đoạn IA, IB, IIA đều chiếm 12.5%. Tổng số hạch cổ nạo vét trung bình: 28.25 ± 8.72 (nhỏ nhất 12 hạch, lớn nhất 43 hạch). Trong đó có 1 trường hợp di căn hạch cổ ở người bệnh có u ở vị trí 1/3 giữa chiếm tỷ lệ 11.1%, không có trường

hợp nào di căn hạch cổ ở bệnh nhân có u ở vị trí 1/3 dưới. **Kết luận:** Tỷ lệ di căn hạch cổ trong ung thư biểu mô tế bào vảy của thực quản là khá cao, hay gặp hơn ở ung thư thực quản ngực 1/3 giữa, ít gặp ở vị trí ngực 1/3 dưới. Vì vậy nên phẫu thuật nội soi ngực bụng, nạo vét hạch 3 vùng điều trị ung thư thực quản ngực 1/3 giữa và ngực 1/3 trên để tăng tính triệt căn.

Từ khóa: Ung thư thực, nạo vét hạch 3 vùng, tỷ lệ di căn hạch cổ

SUMMARY

THE RATE OF CERVICAL LYMPH NODE METASTASIS IN ESOPHAGECTOMY WITH THREE FIELD LYMPHADENECTOMY FOR ESOPHAGEAL CARCINOMA

Objectives: To describe the clinical, paraclinical and rate of cervical lymph node metastasis in patients undergoing esophagectomy with three field lymphadenectomy for esophageal carcinoma at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study on 16 patients with esophageal carcinoma who underwent thoracoscopic-laparoscopic esophagectomy and three field lymphadenectomy. **Results and discussion:** Mean age 59.75 ± 6.96 . All of the patients are male. The middle third of the tumor accounted for 56.2%, the lower third accounted for

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2023

Ngày duyệt bài: 14.11.2023