

Kiến thức thái độ thực hành của bệnh nhân tăng huyết áp tại Khoa Khám Bệnh Bệnh Viện An Giang

*BS Sứ Cẩm Thu, YS Nguyễn Thị Tuyết Mai,
ĐD Đặng Văn Thanh, NHS Huỳnh Thị Thắm*

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Tìm hiểu kiến thức, thái độ thực hành của bệnh nhân tăng huyết áp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, 288 bệnh nhân tăng huyết áp hiện đang điều trị hoặc mới được chẩn đoán tăng HA tại phòng khám tim mạch - Khoa Khám Bệnh – Bệnh viện ĐKTT An Giang. Từ tháng 01 đến tháng 07 năm 2012

Kết quả: huyết áp ổn định là 78%, huyết áp không ổn định là 22%

Khi phân tích đơn biến, chỉ có 7 yếu tố là có ý nghĩa thống kê : trình độ học vấn, nơi cư trú, chế độ ăn nhiều rau, ăn ít muối, có tập thể dục, BMI và tuân thủ điều trị liên quan đến ổn định huyết áp. Sau khi hiệu chỉnh (phân tích đa biến) chỉ còn lại 3 yếu tố: tuân thủ điều trị, thói quen ăn ít muối, BMI < 23 liên quan độc lập đến ổn định huyết áp

Kết luận: tuân thủ điều trị, thói quen ăn ít muối, BMI < 23 liên quan độc lập đến ổn định huyết áp

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

- Tăng huyết áp (HA) là bệnh phổ biến trong cộng đồng và hiện nay trở thành một vấn đề cần quan tâm của xã hội. Bệnh tăng huyết áp gia tăng theo tuổi, tại Việt Nam (VN), thống kê gần đây cho thấy tỉ lệ tăng huyết áp ở người lớn chiếm 25% [3].
- Nhiều người còn gọi tăng huyết áp là kẻ giết người thầm lặng. Thực tế cho thấy, có rất nhiều người không hề biết về tình trạng huyết áp của mình thậm chí có người cho dù biết mình bị tăng huyết áp nhưng vẫn không dùng thuốc điều đặn.
- Tuy nhiên, trên thực tế hầu hết người dân có rất ít kiến thức về căn bệnh này. Tại Việt Nam thống kê 2007, có tới 70% không biết bị tăng huyết áp, hiểu sai về tăng huyết và các yếu tố nguy cơ của bệnh, không biết cách phát hiện bệnh sớm và dự phòng bệnh

tăng huyết cho bản thân và những người xung quanh. Trong số bệnh nhân biết tăng huyết áp chỉ có 11,5% được điều trị và chỉ có khoảng 19% được ổn định huyết áp.

- Trong khi đó việc tuyên truyền những kiến thức về bệnh cũng như cách phát hiện sớm căn bệnh này còn nhiều hạn chế.
- Tăng HA là một bệnh lý mạn tính, tăng dần và nguy hiểm nhưng hầu hết các bệnh nhân không biết về mối nguy hiểm này.

II. MỤC TIÊU:

- Tìm hiểu kiến thức, thái độ thực hành của bệnh nhân tăng huyết áp.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng:

▪ *Tiêu chuẩn chọn mẫu:*

- Bệnh nhân ngoại trú, từ 18 tuổi trở lên, hiện đang điều trị hoặc mới được chẩn đoán tăng HA tại phòng khám tim mạch - Khoa Khám Bệnh – Bệnh viện ĐKTT An Giang.

▪ *Tiêu chí loại ra:*

- Bệnh nhân (BN) không đồng ý trả lời phỏng vấn.
- Có rối loạn tâm thần hoặc tâm thần phân liệt.
- Có biến chứng như: nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não.
- Có bệnh lý khác kèm theo: đái tháo đường, bệnh nội tiết khác.

2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3. Cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \times \frac{P \cdot q}{d^2}$$

Trong đó:

- $Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$
- $d = 0,05$
- $P = 25\%$ (tỷ lệ tăng HA ở VN, tác giả: Phạm Gia Khải – Nguyễn Lâm Việt)

⇒ n = 288

4. Thu thập số liệu:

- Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi soạn sẵn.

5. Xử lý số liệu

- Bảng phần mềm SPSS16.0
- Các biến số liên quan được phân tích OR bằng phép kiểm chi bình phương
- Các test có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

6. Định nghĩa các biến:

- Tăng huyết áp: được định nghĩa khi huyết áp $\geq 140/90$ mmHg hoặc ở người có tiền sử tăng huyết áp và đang uống thuốc hạ áp.
- Huyết áp được kiểm soát ổn định: bệnh nhân đang uống thuốc hạ áp và huyết áp nhỏ hơn 140/90 mmHg lúc nghỉ ngơi đo lúc khám bệnh.
- Huyết áp kiểm soát không ổn định: bệnh nhân đang uống thuốc và huyết áp $\geq 140/90$ mmHg.
- Thuốc lá: ≥ 10 điếu/ngày. Liên tục 3 năm
- Có tập thể dục: 3 ngày/ tuần, 30 phút/ngày.
- Tuân thủ điều trị: Tái khám định kỳ, uống thuốc theo toa của bác sĩ.
- Thừa cân (theo WHO dành cho người châu Á): $BMI \geq 23$
- Nông thôn : sông vùng quê, lao động nông nghiệp là chính. Thành thị : sống thị xã, thành phố, thị trấn sử dụng nước máy.

IV. KẾT QUẢ:

1. Đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu:

Qua thăm khám và phỏng vấn 288 BN đến khám và điều trị tại Khoa Khám Bệnh - BVĐKTTAG trong thời gian từ 01/01/2012 đến 30/07/2012, chúng tôi ghi nhận được các kết quả như sau:

- Tuổi trung bình: $58,67 \pm 1,19$
- Tuổi thấp nhất 32, tuổi cao nhất: 85

- Giới nam/nữ = 1.28 lần
- Huyết áp ổn định là 78%
- Huyết áp không ổn định là 22%

2. Các yếu tố nhân khẩu xã hội học liên quan đến kiểm soát ổn định huyết áp:

Bảng 1: Các yếu tố nhân khẩu xã hội học liên quan đến kiểm soát ổn định huyết áp:

Các biến	Ổn định huyết áp	OR	KTC 95%	P
Giới				
Nữ	76%	1	0.6-2.4	P=0.43
Nam	80%	1.28		
Học vấn:				
≤ cấp II	72.9%	1	1.3-4.6	P=0.006
> cấp III	86.5%	2.3		
Nghề nghiệp				
Làm ruộng	70.5%	1		
Khác	77.3%	1.8	0.85-8.42	0.09
Viên chức	86.5%	2.8	0.69-5.09	0.215
Cư trú				
Nông thôn	66.75	1	1.48-4.57	0.001
Thành thị	83.9%	2.6		

Nhận xét: Qua bảng 1, khi phân tích đơn biến ta thấy trình độ học vấn, nơi cư trú là có liên quan đến ổn định huyết áp là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

3. Thói quen ăn uống liên quan liên quan đến kiểm soát ổn định huyết áp:

Bảng 2: Thói quen ăn uống liên quan liên quan đến kiểm soát ổn định huyết áp

Các biến	Ổn định huyết áp	OR	KTC 95%	P
Chế độ ăn				
Ít ăn rau	70%	2.19	1.1-4.3	0.04
Rau nhiều	83.8%			
Chế độ ăn				
Nhiều dầu mỡ	72.7%	1	0.9-2.75	0.07
Ít dầu mỡ	80%	1.58		
Chế độ ăn				
Ăn mặn	63.4%	1	1.7-5.39	<0.0001
Ăn nhạt(ít muối)	84.1%	3.04		

Nhận xét: qua bảng 2, phân tích đơn biến cho thấy rằng: chế độ ăn nhiều rau và Ăn nhạt(ít muối) liên quan đến ổn định huyết áp là có đến ổn định huyết áp là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

_____ **Lối sống liên quan liên quan đến kiểm soát ổn định huyết áp:**

Bảng 3: Lối sống liên quan liên quan đến kiểm soát ổn định huyết áp

Các biến	Ổn định huyết áp	OR	KTC 95%	P
Thuốc lá				
Có	73.1%	1	0.6-2.6	0.25
Không	78.4%	1.3		
Uống rượu				
Có	71.2%	1	0.8-2.8	0.115
Không	79.3%	1.5		
Tập thể dục				
Không	67.2%	1	1.5-4.7	<0.0001
Có	84.6%	2.68		
BMI				
≥ 23 (thừa cân, béo phì)	68.7%	1	1.9-7.4	<0.0001
< 23 (bình thường, gầy)	89.3%	3.8		

Nhận xét: Qua bảng 2, phân tích đơn biến cho thấy rằng: có tập thể dục và BMI bình thường liên quan đến ổn định là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

4. Hành vi nhận thức liên quan đến ổn định huyết áp:

Bảng 4 : Hành vi nhận thức liên quan đến ổn định huyết áp

Các biến	Ổn định huyết áp	OR	KTC 95%	P
Tuân thủ điều trị				
Không	58.5%	1	2.2-7.1	<0.0001
Có	85%	3.9		
Tăng huyết áp bệnh nguy hiểm				
Không	63%	1	0.95-5.8	0.055
Có	78.9%	2.2		
Thời gian tăng HA				
> 4 năm	76.3%	1	0.6-2.08	0.3
< 4 năm	79.1%	1.17		

Nhận xét : qua bảng 4, cho thấy tuân thủ điều trị là có liên quan ổn định huyết áp là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

- Những yếu tố có ý nghĩa thống kê được đưa vào phân tích đa biến (trình độ học vấn, nơi cư trú, chế độ ăn nhiều rau và ăn nhạt (ít muối), có tập thể dục, BMI và tuân thủ điều trị.

Bảng 5: Phân tích đa biến

Các biến	OR	KTC 95%	P
Tuân thủ điều trị			
Không	1	2.2-7.1	<0.001
Có	3.9		
Thói quen			
Ăn mặn	1	1.2 – 4.5	0.01
Ăn ít muối	2.34		
BMI			
> 23	1	1.14 – 4.8	0.02
< 23	2.35		

Nhận xét: Qua bảng 5, sau khi phân tích đa biến (đã hiệu chỉnh các yếu tố gây nhiễu) cho thấy rằng: chế độ ăn nhạt (ít muối), BMI và tuân thủ điều trị là có liên quan độc lập đến ổn định huyết áp là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

V. **BÀN LUẬN:**

- Kết quả nghiên cứu cho thấy có 78% huyết áp ổn định. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Hajjar MD,MS và cộng sự, 1988-2000 là 31%. Nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt, Phạm Gia Khải và cộng sự là 36,3%.
- Sau khi phân tích đa biến (hiệu chỉnh yếu tố gây nhiễu), chỉ có yếu tố: chế độ ăn nhạt (ít muối), BMI (<23) và tuân thủ điều trị là những yếu tố độc lập có liên quan đến ổn định huyết áp là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.
- Theo nghiên cứu này người có thói quen ăn nhạt (ít muối) là yếu tố độc lập liên quan đến ổn định huyết áp, phù hợp với tác giả Thomas và cs,[4] theo tác giả này người giảm lượng muối ăn thì huyết áp giảm hơn so với người ăn nhiều muối, cũng phù hợp với tác giả Dickinson HO và cs [1] cho thấy người ăn ít muối giảm được 3.6mmHg. Kết quả này cho thấy một lần nữa khẳng định những người bị tăng huyết áp không nên dùng muối.

- Những người cân nặng thấp BMI(<23), huyết áp ổn định hơn những người thừa cân, béo phì, do những người béo phì liên quan đến một loạt các yếu tố nguy cơ của xơ vữa động mạch và bệnh tim mạch bao gồm tăng huyết áp, rối loạn dung nạp glucose, rối loạn lipid máu nghiên cứu này cũng phù hợp với tác giả Thomas G và cs [4] cho thấy béo phì thừa cân khó kiểm soát huyết áp hơn người giảm cân.
- Theo nghiên cứu của chúng tôi, tuân thủ điều trị huyết áp ổn định hơn gấp 3 lần so với những người không tuân thủ điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Đúng là chỉ khi hiểu rõ ràng về căn bệnh, hậu quả của việc không tuân thủ điều trị thì người bệnh mới thật sự tuân thủ điều trị bệnh. Để bệnh nhân có được kiến thức đúng về bệnh, tuân thủ điều trị tăng huyết áp thì ngoài tuyên truyền giáo dục hàng ngày qua phương tiện truyền thông, tivi, thì phải nâng cao ý thức tư vấn cho bệnh nhân của các bác sĩ và nhân viên y tế, chứ không phải là vấn đề phát hiện bệnh và kê toa như hiện nay.

VI. KẾT LUẬN:

Từ nghiên cứu 288 bệnh nhân đang điều trị tăng huyết áp tại Khoa Khám Bệnh – Bệnh viện ĐKTT An Giang, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Kiểm soát huyết áp ổn định chiếm 78%.
- Yếu tố độc lập quan trọng liên quan đến ổn định huyết áp là: ***ăn muối ít, BMI < 23 và tuân thủ điều trị.***

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV, Williams B, Ford GA. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. J Hypertens. 2006 Feb;24(2):215-33.
2. Ihab hajjar MD, MS. Theodore A, Kotchen, MD. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. JAMA. 2003;290(2):199-206.
3. Son PT, Quang NN, Viet NL, Khai PG, Wall S, Weinehall L, Bonita R, Byass P. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey. J Hum Hypertens. 2011 Mar 3;(5)245-250.
4. Thomas G. Pickering, MD, DPhil. Lifestyle modification and blood pressure control. JAMA, April 23, 2003;(16)2131-2132.