

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ
VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

TRẦN QUỐC CƯỜNG

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI
18 – 69 TUỔI TẠI QUẬN THỦ ĐỨC, THÀNH PHỐ
HỒ CHÍ MINH VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP, 2018 - 2020

Chuyên ngành: Y tế công cộng

Mã số: 62 72 03 01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y TẾ CÔNG CỘNG

Hà Nội - 2022

**CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU NÀY ĐƯỢC HOÀN THÀNH
TẠI VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Lê Văn Bào
2. TS. Nguyễn Anh Tuấn

Phản biện 1: PGS.TS. Hoàng Đức Hạnh

Phản biện 2: PGS.TS. Trần Thị Thanh Hương

Phản biện 3: PGS.TS. Vũ Phong Túc

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng đánh giá luận án cấp Viện họp tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

Vào hồi 9 giờ 00, ngày 22 tháng 12 năm 2022.

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

DANH MỤC CÁC BÀI BÁO ĐÃ XUẤT BẢN LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Trần Quốc Cường, Lê Văn Bào, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Văn Chức (2020). Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người từ 18 - 69 tuổi tại quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018 - 2019. *Tạp chí Y học dự phòng*, 30(6): 17 - 26.
2. Trần Quốc Cường, Lê Văn Bào, Nguyễn Anh Tuấn (2021). Hiệu quả can thiệp cải thiện tuân thủ điều trị, đạt huyết áp mục tiêu ở bệnh nhân tăng huyết áp tại trạm y tế phường, quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 507(2): 50 - 55.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến nhất hiện nay và có tần suất không ngừng gia tăng. Năm 2000, thế giới có 972 triệu người tăng huyết áp và ước tính đến năm 2025 con số này sẽ tăng lên khoảng 1,56 tỷ người.

Tại Việt Nam, năm 2000 có khoảng 16,3% người lớn bị tăng huyết áp, năm 2009 tăng lên 25,4%, năm 2016 là 48%. Năm 2010, trong tổng số người tử vong, tỷ trọng bệnh tim mạch trong đó có tăng huyết áp chiếm khoảng 30%.

Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh tăng huyết áp nhưng có thể kiểm soát được khi người dân có kiến thức và thực hành đúng về các biện pháp phòng chống tăng huyết áp. Dự án phòng chống tăng huyết áp đã được triển khai từ năm 2011 với mục tiêu nhằm nâng cao kiến thức của người dân về phòng chống tăng huyết áp; đào tạo, phát triển nguồn nhân lực làm công tác dự phòng và quản lý điều trị tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở. Tuy nhiên, từ năm 2018 đến nay do nguồn lực của dự án hạn chế nên bệnh nhân tăng huyết áp vẫn chủ yếu được khám, điều trị tại tuyến huyện; việc quản lý điều trị tăng huyết áp tại tuyến xã/phường cũng như thay đổi lối sống tại cộng đồng vẫn chưa đạt được mục tiêu của dự án.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Mô tả thực trạng tăng huyết áp, một số yếu tố liên quan ở người 18 - 69 tuổi tại quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2018.*

2. *Đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng và điều trị tăng huyết áp cho người 18 - 69 tuổi tại cấp phường quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2019 - 2020.*

Những điểm mới về khoa học và giá trị thực tiễn của đề tài:

Kết quả nghiên cứu cung cấp số liệu, thông tin về thực trạng về tăng huyết áp của người dân 18 - 69 tuổi tại 3 phường của quận Thủ Đức, TP. Hồ Chí Minh năm 2018. Những số liệu, thông tin trong kết quả nghiên cứu là cơ sở để xây dựng các giải pháp/biên pháp can thiệp phòng chống tăng huyết áp cho quận Thủ Đức cũng như các địa bàn có các yếu tố tương đồng.

Xác định được mối liên quan giữa một số yếu tố, hành vi và tăng huyết áp của người dân 18 - 69 tuổi tại 3 phường nghiên cứu gồm: nhóm tuổi, giới tính, thừa cân - béo phì, tỷ số vòng bụng/mông cao, hút thuốc lá, thói quen ăn mỡ động vật, đại tháo đường; tăng cholesterol máu; bệnh tim mạch. Đây là những thông tin quan trọng làm cơ sở cho việc xây dựng các giải pháp can thiệp phòng chống và tăng huyết áp tại cộng đồng có hiệu quả.

Cung cấp các số liệu, thông tin về phương pháp, nội dung, hoạt động can thiệp dự phòng và tăng huyết áp tại cộng đồng, can thiệp về quản lý điều trị bệnh nhân tăng huyết áp được áp dụng tại phường. Từ đó giúp cho Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh, Trung tâm Y tế quận, các Trạm y tế phường, các nhà nghiên cứu và hoạch định chính sách có cơ sở lựa chọn, đưa ra quyết định về các giải pháp, mô hình can thiệp áp dụng các xã/phường có các điều kiện tương đồng.

CẤU TRÚC CỦA LUẬN ÁN

Luận án gồm 127 trang không kể tài liệu tham khảo và phụ lục, có 51 bảng, 4 hình. Đặt vấn đề 2 trang; Tổng quan 28 trang; Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 25 trang; Kết quả nghiên cứu 32 trang; Bàn luận 37 trang; Kết luận 2 trang và kiến nghị 1 trang.

Chương 1. TỔNG QUAN

1.1. MỘT SỐ KHÁI NIỆM VÀ NỘI DUNG LIÊN QUAN

Tăng huyết áp (THA) là khi huyết áp tâm thu (HATT) \geq 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) \geq 90 mmHg hoặc khi đang được điều trị bằng một thuốc hạ HA.

Chẩn đoán xác định THA dựa vào trị số HA đo được sau khi đo HA đúng quy trình.

Bảng 1.2. Phân độ tăng huyết áp theo ESC/ESH và Bộ Y tế Việt Nam

Phân độ HA	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)
HA tối ưu	< 120	và < 80
HA bình thường	120 - 129	và/hoặc 80 - 84
HA bình thường cao	130 - 139	và/hoặc 85 - 89
THA độ 1	140 - 159	và/hoặc 90 - 99
THA độ 2	160 - 179	và/hoặc 100 - 109
THA độ 3	\geq 180	và/hoặc \geq 110
THA tâm thu đơn độc	\geq 140	và < 90

Nguyên nhân THA: Phần lớn THA ở người trưởng thành là không rõ nguyên nhân (THA nguyên phát), chỉ có khoảng 10% các trường hợp là có nguyên nhân (THA thứ phát).

Biến chứng của THA: Đột quy, thiếu máu não thoáng qua, phì đại thất trái, suy tim, nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực, bệnh mạch máu ngoại vi, xuất huyết võng mạc, phù gai thị, protein niệu, tăng creatinin huyết thanh, suy thận, ...

1.2. TĂNG HUYẾT ÁP VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN

- *Trên thế giới:* Báo cáo của WHO năm 2013 và năm 2014 cho thấy, tỷ lệ THA ở người trưởng thành từ 18 tuổi trở lên là khoảng 22%. Tỷ lệ mắc THA có sự khác nhau giữa các khu vực, cao nhất ở châu Phi với (30%) và thấp nhất là châu Mỹ (18%). Khu vực Đông Nam Á, tỷ lệ người trưởng thành mắc THA là khoảng 25%.

- **Ở Việt Nam:** Điều tra y tế Quốc gia giai đoạn 2001 - 2002 cho thấy, tỷ lệ THA ở người trưởng thành là 16,9%. Năm 2008, tỷ lệ THA ở người từ 25 - 64 tuổi là 25,1%. Năm 2015, tỷ lệ THA ở người từ 25 tuổi trở lên là 47,3%. Theo điều tra toàn quốc về yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015, có 18,9% người 18 - 69 tuổi bị THA (nam: 23,1%; nữ: 14,9%).

- ***Yếu tố liên quan đến THA:*** 3 nhóm yếu tố:

(1) Từ đặc điểm cá nhân: Tuổi, giới, học vấn, nghề nghiệp; di truyền/chủng tộc, tiền sử gia đình có người THA, ...

(2) Yếu tố hành vi lối sống (còn gọi là hành vi nguy cơ): Hút thuốc lá, uống nhiều rượu/bia, ăn mặn, ít hoạt động thể lực, căng thẳng, lo âu quá mức, ...

(3) Yếu tố do chuyển hóa: Tăng đường máu, tăng cholesterol, thừa cân - béo phì, ...

1.3. GIẢI PHÁP, NGHIÊN CỨU CAN THIỆP VÀO YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ THA TẠI CỘNG ĐỒNG

WHO và Liên đoàn THA Thế giới (WHL) đã đưa ra 3 nhóm giải pháp chính trong phòng chống THA tại cộng đồng: (1) Nhóm giải pháp về chính sách; (2) Nhóm giải pháp về sử dụng nhân viên y tế cộng đồng; (3) Nhóm giải pháp đối với BN THA và quần thể nguy cơ.

Tại Việt Nam: Năm 2010 và năm 2011, Thủ tướng Chính phủ đã ban hành Quyết định 2331/QĐ-TTg và Quyết định 2406/QĐ-TTg về danh mục các chương trình mục tiêu quốc gia giai đoạn 2012 - 2015, trong đó có “Dự án phòng chống THA”.

Chương trình Quốc gia phòng chống THA đã đề nghị mô hình quản lý THA tại tuyến y tế cơ sở, gồm 3 nội dung: (1) Quản lý THA bằng tư vấn và phối hợp cấp thuốc THA tại TYT xã/phường; (2) Đào tạo nâng cao trình độ năng lực của cán bộ y tế và tăng cường cơ sở vật chất trang thiết bị của hệ thống y tế cơ sở; (3) TT - GDSK nâng cao nhận thức về HA, yếu tố nguy cơ THA. Thay đổi lối sống tích cực cho toàn thể người dân.

Năm 2015, Chính phủ ban hành Quyết định số 376/QĐ-TTg về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng chống các BKLN giai đoạn 2015 - 2025. Trong mục tiêu và chỉ tiêu cụ thể đến năm 2015, có chỉ tiêu “không chế tỷ lệ THA dưới 30%; 50% số người THA được phát hiện; 50% số người phát hiện bệnh được quản lý, điều trị theo hướng dẫn chuyên môn”.

Năm 2017, Chính phủ ban hành Quyết định số 1125/QĐ-TTg về việc phê duyệt Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số giai đoạn 2016 - 2020. Trong đó có mục tiêu cần đạt được đối với bệnh THA là 50% số người THA được phát hiện sớm; 30% số người phát hiện THA được quản lý, điều trị theo hướng dẫn chuyên môn”.

- Một số nghiên cứu can thiệp làm giảm yếu tố nguy cơ và quản lý điều trị THA tại cộng đồng:

Nguyễn Kim Kế (2013), nghiên cứu mô hình kiểm soát THA ở người cao tuổi (NCT) tại thị xã Hưng Yên. Biện pháp CT gồm tăng cường TT - GDSK phòng chống THA và quản lý BN THA tại TYT. Kết quả sau 2 năm CT, mức độ THA ở NCT được CT đã chuyển từ mức độ nặng sang nhẹ hơn, 38% NCT đã duy trì HA ở mức ổn định.

Đình Văn Thành (2015), nghiên cứu thực trạng và hiệu quả mô hình quản lý THA tại tuyến y tế cơ sở tỉnh Bắc Giang. Mô hình thử nghiệm tại 2 xã và có 2 xã ĐC. Kết quả, tỷ lệ THA được quản lý (20,8% lên 70,7%), đạt HAMT (7,3% lên 68,5%); THA được quản lý tại TYT xã (0% lên 26,1%).

Phạm Thế Xuyên (2019), nghiên cứu thực trạng THA ở người dân từ 45 - 64 tuổi tại huyện Điện Biên và chi phí - hiệu quả của biện pháp CT. Chọn 1 xã CT và 1 xã ĐC. Biện pháp CT gồm tập huấn kiến thức, kỹ năng về quản lý THA cho CBYT xã, nhân NVYT thôn/bản về TT - GDSK lối sống lành mạnh; điều trị THA không dùng thuốc; điều trị thuốc hạ HA và theo dõi, quản lý, ... Kết quả sau 12 tháng CT, tăng tỷ lệ đạt chỉ số HAMT (HQCT = 29,6%).

Chương 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG, ĐỊA ĐIỂM, THỜI GIAN NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:

Mục tiêu 1: Người dân 18 - 69 tuổi, có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống trên địa bàn nghiên cứu ít nhất 12 tháng, đồng ý và tự nguyện.

Mục tiêu 2: Đối tượng CT dự phòng THA tại cộng đồng là những người 18 - 69 tuổi đã được nghiên cứu ở mục tiêu 1. Đối tượng can thiệp điều trị THA tại TYT là người 18 - 69 tuổi được chẩn đoán THA độ 1, độ 2, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu:

Tại 3 phường: Linh Xuân, Tam Phú, Hiệp Bình Chánh, quận Thủ Đức, TP. Hồ Chí Minh. Từ tháng 08/2018 - 12/2019.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Mục tiêu 1: Mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp hồi cứu.

Mục tiêu 2: Gồm 2 thiết kế: (1) Can thiệp dự phòng cộng đồng có đối chứng và (2) Can thiệp điều trị không đối chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Mục tiêu 1: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu nghiên cứu mô tả ước lượng một tỷ lệ, tính toán được $n = 575$ người/phường $\times 3$ phường = 1.725 người. Thực tế đã điều tra 2.203 người (Linh Xuân: 581 người; Tam Phú: 789 người và Hiệp Bình Chánh: 833 người).

Chọn 3 phường theo phương pháp ngẫu nhiên đơn (bốc thăm trong tổng số 12 phường của quận Thủ Đức). Ở từng phường, chọn hộ gia đình theo phương pháp “cổng liền cổng” (door to door). Tại các hộ gia đình chọn người 18 - 69 tuổi (không phân biệt nam, nữ) đáp ứng được tiêu chí lựa chọn và loại trừ.

Mục tiêu 2: (1) Cỡ mẫu đánh giá sau CT dự phòng THA tại phường CT (Linh Xuân) là 581 người 18 - 69 tuổi; tại hai

phường ĐC cỡ mẫu là 1.622 người 18 - 69 tuổi (Tam Phú: 789 người và Hiệp Bình Chánh: 833 người). Chọn chủ đích 3 phường nghiên cứu mục tiêu 1, bốc thăm ngẫu nhiên chọn 1 phường để CT (Linh Xuân); 2 phường còn lại (Tam Phú và Hiệp Bình Chánh) là phường ĐC. Đối tượng để đánh giá hiệu quả CT là toàn bộ các đối tượng đã điều tra ở mục tiêu 1. (2) Cỡ mẫu nghiên cứu CT điều trị THA tại TYT được tính toán theo công thức tính cỡ mẫu CT, tính được $n = 187$ BN THA. Thực tế chọn 292 BN THA tại phường Linh Xuân.

2.2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu:

Mục tiêu 1: Nhóm biến số và chỉ số nghiên cứu thực trạng THA và một số yếu tố liên quan đến THA ở người 18 - 69 tuổi.

Mục tiêu 2: (1) Nhóm biến số và chỉ số nghiên cứu hiệu quả CT dự phòng THA tại cộng đồng; (2) Nhóm biến số và chỉ số nghiên cứu hiệu quả CT điều trị THA tại TYT phường.

2.2.4. Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu:

Mục tiêu 1: (1) Phỏng vấn trực tiếp đối tượng, kết hợp xem hồ sơ khám bệnh, hồ sơ khám sức khỏe định kỳ của đối tượng; (2) Đo HA; đo chiều cao, cân nặng, vòng bụng, vòng hông; tính chỉ số BMI và chỉ số vòng bụng/vòng hông.

Mục tiêu 2: (1) Đối với các đối tượng CT dự phòng THA tại cộng đồng: phương pháp thu thập số liệu như mục tiêu 1; (2) Đối với các đối tượng CT điều trị THA tại TYT phường: (a) Khám sàng lọc để chọn đối tượng CT; (b) Trước CT: Phỏng vấn trực tiếp, xem/kiểm tra sổ khám bệnh, đơn thuốc và thuốc đã, đang điều trị THA; khám lâm sàng, cận lâm sàng; (c) CT quản lý điều trị THA: Từ bệnh án điều trị ngoại trú THA; khám lâm sàng ở các thời điểm sau 3, 6, 12 tháng CT; (d) Đánh giá sau 18 tháng CT quản lý điều trị THA: phỏng vấn trực tiếp BN, khám lâm sàng, cận lâm sàng và bệnh án điều trị ngoại trú.

2.2.5. Nội dung và các hoạt động can thiệp:

- *Dự phòng THA tại cộng đồng phường Linh Xuân:*

+ Tập huấn cho CTVYT của khu phố về kiến thức phòng chống THA, kỹ năng truyền thông, tư vấn phòng chống THA và thực hành sử dụng máy đo HA.

+ Phát tờ rơi, tờ gấp có nội dung phòng chống THA cho người dân; treo pa nô, áp phích về phòng chống THA ở nơi công cộng. Tổ chức phát thanh trên hệ thống loa truyền thanh của phường các nội dung phòng chống THA. Tổ chức các buổi nói chuyện phổ biến kiến thức phòng chống THA tại cộng đồng.

- *Quản lý điều trị THA tại TYT phường Linh Xuân:*

+ Tập huấn cho NVYT của TYT phường về chẩn đoán, điều trị THA theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

+ Tổ chức các buổi nói chuyện phổ biến kiến thức cho BN THA về THA, các yếu tố nguy cơ tim mạch, các biện pháp dự phòng biến chứng của THA; các quy định thực hành về tuân thủ các chế độ điều trị THA, ...

+ Khám, kê đơn cấp thuốc điều trị THA cho BN theo chế độ BHYT (1 tháng/lần); XN cận lâm sàng cho BN (3 tháng/lần). Các XN, điện tim được thực hiện tại bệnh viện quận Thủ Đức.

2.3. XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng các phần mềm Epidata 3.1, SPSS 20.0 để phân tích số liệu. Sử dụng các phương pháp thống kê y sinh học với ngưỡng thống kê $\alpha = 0,05$. Tính chỉ số OR (Odds Ratio) và 95%CI của OR để đánh giá mức độ liên quan của các yếu tố.

Đánh giá các yếu tố liên quan theo mô hình hồi quy logistic thông qua OR hiệu chỉnh. Đánh giá hiệu quả can thiệp bằng CSHQ và HQCT.

2.4. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã được phê duyệt về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học tại quyết định số NIHE IRB-43/2018 ngày 28/12/2018 và quyết định NIHE IRB-04/2020 ngày 14/4/2020 của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.

Quyền và lợi ích của đối tượng tham gia nghiên cứu được đảm bảo đúng với quy định đạo đức, đã được hội đồng đạo đức thông qua. Các biến số thu thập cũng là những biến số thông thường, không phải là những biến số tế nhị cần giữ kín. Đảm bảo sự tự nguyện và đồng ý của đối tượng nghiên cứu.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. THỰC TRẠNG THA, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI 18 - 69 TUỔI TẠI QUẬN THỦ ĐỨC, TP. HỒ CHÍ MINH, NĂM 2018

- Thực trạng THA ở người 18 - 69 tuổi:

Bảng 3.3. Thực trạng hiện mắc THA ở đối tượng nghiên cứu

Tình trạng THA		SL	%
THA đã được chẩn đoán và điều trị (n = 2.203)	THA	566	25,7
	Không THA	1.637	74,3
THA mới phát hiện trong mẫu điều tra (n = 2.203)	THA	172	7,8
	Không THA	2.031	92,2
THA chung (n = 2.203)	THA	738	33,5
	Không THA	1.465	66,5

Tỷ lệ hiện mắc THA chung tại 3 phường là 33,5%.

Bảng 3.4. Phân loại huyết áp tại thời điểm nghiên cứu (n=2.203)

Phân loại HA	SL	%
HA tối ưu	473	21,5
Tiền THA	992	45,0
Tăng HA	738	33,5
THA độ 1	419	19,0
THA độ 2	151	6,8
THA độ 3	37	1,7
THA tâm thu đơn độc	131	5,9

Bảng 3.6. Phân bố tỷ lệ hiện mắc THA theo phường nghiên cứu

Phường	THA đã chẩn đoán		THA mới phát hiện		THA chung	
	SL	%	SL	%	SL	%
Hiệp Bình Chánh (n = 833)	211	25,3	82	9,8	293	35,2
Linh Xuân (n = 581)	178	30,6	27	4,6	205	35,3
Tam Phú (n = 789)	177	22,4	63	7,7	240	30,4
Chung cả 3 phường	566	25,7	172	7,8	738	33,5

- Một số yếu tố liên quan đến THA ở người 18 - 69 tuổi:

Bảng 3.10. Kết quả phân tích hồi qui logistic đa biến các yếu tố về đặc điểm cá nhân và chỉ số khối cơ thể liên quan đến THA

Biến độc lập		Tổng	SL	%	OR	95%CI	p-values
Nhóm tuổi	18 - 29	324	26	8,0	1	-	-
	30 - 39	355	69	19,4	2,09	1,28-3,42	< 0,05
	40 - 49	534	172	32,2	4,44	2,82-7,01	< 0,001
	50 - 59	564	243	43,1	6,22	3,95-9,78	< 0,001
	60 - 69	426	228	53,5	9,15	5,73-14,60	< 0,001
	Tổng (n)	2.203	738	33,5	-	-	-
Giới tính	Nam	1.285	385	30,0	1		
	Nữ	918	353	38,5	2,00	1,15 - 2,65	< 0,001
	Tổng (n)	2.203	738	33,5			
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	Không thừa cân	1.760	533	30,3	1		
	- béo phì	443	205	46,3	2,82	1,62 - 4,91	< 0,001
	Thừa cân - béo phì	2.203	738	33,5			
Tỷ số vòng bụng/ hông	Bình thường	1.490	454	30,5	1		
	Cao	713	284	39,8	1,66	1,25 - 2,20	< 0,001
	Tổng (n)	2.203	738	33,5			

Cả 4 yếu tố về đặc điểm cá nhân (nhóm tuổi; giới tính; BMI; tỷ số vòng bụng/vòng hông) đều có liên quan đến THA ở mức có ý nghĩa thống kê ($OR > 1,0$; $p < 0,05$ và $p < 0,001$).

Bảng 3.11. Kết quả phân tích hồi qui logistic đa biến về các yếu tố hành vi, lối sống liên quan đến THA

Biến độc lập		Tổng	SL	%	OR	95%CI	P-values
Hút thuốc lá	Không	1.801	556	30,9	1	1,05 - 1,87	0,024
	Có	402	182	45,3	1,4		
	Tổng(n)	2.203	738	33,5			
Thói quen ăn mỡ động vật	Không	1.982	638	32,2	1	1,13 - 2,14	0,007
	Có	221	100	45,2	1,55		
	Tổng(n)	2.203	738	33,5			
Theo dõi thành phần dinh dưỡng bữa ăn hàng ngày	Có	774	210	27,1	1	1,02 - 1,60	< 0,030
	Không	1.229	528	42,9	1,28		
	Tổng(n)	2.203	738	33,5			
Nhận biết THA, tăng cholesterol máu, tăng đường máu	Đến cơ sở y tế khám bệnh	1.574	488	31,0	1	1,42 - 2,21	< 0,001
	Không biết/không trả lời	629	250	39,7	1,77		
	Tổng(n)	2.203	738	33,5			

Cả 4 yếu tố về hành vi (hút thuốc lá; thói quen ăn mỡ động vật; theo dõi thành phần dinh dưỡng bữa ăn hàng ngày và nhận biết THA, tăng cholesterol, tăng đường máu) đều có liên quan đến THA ở mức có ý nghĩa thống kê ($OR > 1,0$; $p < 0,05$).

Bảng 3.12. Kết quả phân tích hồi qui logistic đa biến các yếu tố về bệnh lý kết hợp liên quan đến tăng huyết áp

Biến độc lập		Tổng	SL	%	OR	95%CI	P-values
ĐTĐ	Không	2.047	621	30,3	1	2,19 - 5,07	< 0,001
	Có	156	117	75,0	3,33		
	Tổng(n)	2.203	738	33,5			
Tăng cholesterol máu	Không	1.847	508	27,5	1	1,90 - 3,32	< 0,001
	Có	356	230	64,6	2,51		
	Tổng(n)	2.203	738	33,5			
Tim mạch	Không	1.867	562	30,1	1	1,61 - 2,77	< 0,001
	Có	336	176	52,4	1,11		
	Tổng(n)	2.203	738	33,5			

Cả 3 yếu tố về bệnh lý (ĐTĐ; tăng cholesterol máu; tim mạch) đều có liên quan đến THA (OR > 1,0; p < 0,001).

3.2. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ THA CHO NGƯỜI 18 - 69 TUỔI TẠI CẤP PHƯỜNG QUẬN THỦ ĐỨC, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH (2019 - 2020)

3.2.1. Đánh giá hiệu quả giải pháp can thiệp dự phòng THA tại cộng đồng một phường của quận Thủ Đức (2019 - 2020)

- Hiệu quả cải thiện hành vi phòng chống THA:

Ở nhóm CT, tỷ lệ đối tượng biết cả 10 biện pháp phòng THA (tập thể dục thường xuyên, không hút thuốc lá, giảm uống rượu/bia, giảm cân nặng, ăn nhiều rau xanh/củ/quả, ăn ít chất béo, ăn ít đường, ăn ít muối, không thức quá khuya, kiểm tra HA định kỳ) tăng lên rõ rệt (từ 7,2% lên 56,6%); ở nhóm ĐC tỷ lệ này cũng tăng nhưng rất ít (từ 8,6% lên 9,7%). HQCT đạt 672,3%; p < 0,001.

Bảng 3.24. Hành vi nguy cơ tăng huyết áp

Hành vi	Nhóm CT (n = 581)		Nhóm ĐC (n = 1.622)		HQCT (%) p-value (2 - 4)
	Trước CT SL (%)(1)	Sau CT SL (%)(2)	Đầu kỳ SL (%)(3)	Cuối kỳ SL (%)(4)	
Hút thuốc lá	114 (19,6)	60 (10,3)	288 (17,8)	263 (16,2)	38,7 < 0,001
Uống rượu/bia	147 (25,3)	97 (16,9)	402 (24,8)	332 (20,5)	16,6 < 0,001
Thường xuyên thêm muối, gia vị mặn hoặc nước xốt mặn vào thức ăn	369 (63,5)	162 (27,9)	972 (59,9)	608 (37,5)	18,7 < 0,001
Thói quen ăn/tiêu thụ mỡ động vật	68 (11,7)	37 (6,4)	153 (9,4)	143 (8,8)	39,1 < 0,05
Thừa cân/béo phì	125 (21,5)	61 (10,5)	318 (19,6)	303 (18,7)	46,5 < 0,001
Tỷ số vòng bụng/ mông cao	201 (34,6)	94 (16,2)	512 (31,6)	495 (30,5)	49,9 < 0,001

HQCT làm giảm hành vi nguy cơ THA ở nhóm CT đạt từ 16,6% đến 49,9%; $p < 0,001$ và $p < 0,05$.

- Hiệu quả tác động lên tỷ lệ THA tại cộng đồng:

Bảng 3.25. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm can thiệp (n = 581)

Thời điểm	THA		Không THA	
	SL	%	SL	%
Trước CT	205	35,3	376	64,7
Sau CT	226	38,9	355	61,1
Mức độ THA	Tăng 21 = 3,6%		> 0,05	
p-value	> 0,05			

Đối với nhóm CT, tỷ lệ THA ở thời điểm trước CT là 35,3%, đến thời điểm sau CT tăng lên 38,9% (tăng 3,6%). Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ THA giữa hai thời điểm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.26. Tỷ lệ THA ở nhóm đối chứng ($n = 1.622$)

Thời điểm	THA		Không THA	
	SL	%	SL	%
Đầu kỳ	533	32,9	1.089	67,1
Cuối kỳ	650	40,1	972	59,9
Mức độ THA <i>p-value</i>	Tăng 117 = 7,2 < 0,05		< 0,05	

Ở nhóm ĐC, tỷ lệ THA ở thời điểm đầu kỳ là 32,9%, đến cuối kỳ theo dõi tăng lên 40,1% (tăng 7,2%). ($p < 0,05$).

Bảng 3.27. Mối liên quan giữa tác động can thiệp và THA

Tác động	THA	Không THA	OR (95%CI) <i>p-value</i>
Nhóm ĐC ($n = 1.622$)	650 (40,1)	972 (59,9)	1,05 (0,98 - 1,27) < 0,05
Nhóm CT ($n = 581$)	226 (38,9)	355 (61,1)	

Tỷ lệ THA ở nhóm CT (3,6%), thấp hơn so với nhóm ĐC (7,2%)(OR = 1,05; $p < 0,05$).

3.2.2. Đánh giá hiệu quả giải pháp điều trị THA cho người 18 - 69 tuổi tại TYT phường, quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh (2019 - 2020)

- *Hiệu quả cải thiện về tuân thủ điều trị của BN THA:*

Bảng 3.35. Tuân thủ uống thuốc, kiểm tra HA thường xuyên và tái khám định kỳ trước và sau can thiệp 3, 6, 12 và 18 tháng

Tuân thủ điều trị	Tuân thủ các chế độ tại các thời điểm				
	T0 (n=292) SL (%) (0)	T3 (n=292) SL (%) (1)	T6 (n=292) SL (%) (2)	T12 (n=292) SL (%) (3)	T18 (n=292) SL (%) (4)
Uống thuốc	55 (18,8)	203 (69,5)	250 (85,6)	260 (89,0)	288 (98,6)
(McNemar test, <i>p</i> -value)	$p_{(0-1)} < 0,001; p_{(0-2)} < 0,001; p_{(0-3)} < 0,001; p_{(0-4)} < 0,001$				
Kiểm tra HA	48 (16,4)	154 (52,7)	214 (73,3)	252 (86,3)	281 (96,2)
(McNemar test, <i>p</i> -value)	$p_{(0-1)} < 0,001; p_{(0-2)} < 0,001; p_{(0-3)} < 0,001; p_{(0-4)} < 0,001$				
Tái khám	87 (29,7)	275 (94,2)	292 (100)	292 (100)	292 (100)
(McNemar test, <i>p</i> -value)	$p_{(0-1)} < 0,001; p_{(0-2)} < 0,001; p_{(0-3)} < 0,001; p_{(0-4)} < 0,001$				

Tỷ lệ BN tuân thủ uống thuốc hạ HA, kiểm tra HA thường xuyên và tái khám định kỳ đúng lịch hẹn tại thời điểm T3, T6, T12 và T18 đều tăng rõ rệt so với thời điểm T0. Sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ ở các thời điểm sau CT so với T0 là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3.36. Tuân thủ uống thuốc, kiểm tra HA thường xuyên và tái khám định kỳ trước và sau can thiệp 3, 6, 12 và 18 tháng

Tuân thủ điều trị	Tuân thủ các chế độ tại các thời điểm				
	T0 (n=292) SL (%) (0)	T3 (n=292) SL (%) (1)	T6 (n=292) SL (%) (2)	T12 (n=292) SL (%) (3)	T18 (n=292) SL (%) (4)
Ăn giảm mặn	134 (45,9)	90 (69,2)	222 (76,0)	245 (83,9)	256 (87,7)
(McNemar test, <i>p</i> -value)	$p_{(0-1)} < 0,001; p_{(0-2)} < 0,001; p_{(0-3)} < 0,001; p_{(0-4)} < 0,001$				
Ăn rau, củ, quả nhiều	150 (51,4)	214 (73,3)	250 (85,6)	258 (88,4)	270 (92,5)
(McNemar test, <i>p</i> -value)	$p_{(0-1)} < 0,001; p_{(0-2)} < 0,001; p_{(0-3)} < 0,001; p_{(0-4)} < 0,001$				
Giảm chất béo, mỡ động vật	154 (52,7)	211 (72,3)	248 (84,9)	269 (92,1)	268 (91,8)
(McNemar test, <i>p</i> -value)	$p_{(0-1)} < 0,001; p_{(0-2)} < 0,001; p_{(0-3)} < 0,001; p_{(0-4)} < 0,001$				
Hạn chế uống rượu/bia	206 (70,5)	219 (75,0)	236 (80,8)	247 (84,5)	254 (87,0)
(McNemar test, <i>p</i> -value)	$p_{(0-1)} < 0,05; p_{(0-2)} < 0,01; p_{(0-3)} < 0,01; p_{(0-4)} < 0,01$				
Ngưng hút thuốc lá	220 (75,3)	232 (79,5)	239 (81,8)	246 (84,2)	251 (86,0)
(McNemar test, <i>p</i> -value)	$p_{(0-1)} < 0,05; p_{(0-2)} < 0,01; p_{(0-3)} < 0,01; p_{(0-4)} < 0,01$				
Tập thể dục thường xuyên	142 (48,6)	228 (78,1)	249 (85,3)	260 (89,0)	268 (91,8)
(McNemar test, <i>p</i> -value)	$p_{(0-1)} < 0,001; p_{(0-2)} < 0,001; p_{(0-3)} < 0,001; p_{(0-4)} < 0,001$				

Tỷ lệ BN tuân thủ chế độ ăn giảm mặn, nhiều rau/củ/quả, giảm chất béo, mỡ động vật, hạn chế uống rượu/bia, ngưng hút thuốc và tập thể dục thường xuyên tại các thời điểm T3, T6, T12 và T18 đều tăng rõ rệt so với thời điểm T0. Sự khác biệt về tỷ lệ tuân thủ các chế độ ở các thời điểm sau CT so với T0 là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- *Hiệu quả cải thiện tỷ lệ BN đạt HAMT:*

Bảng 3.37. Tỷ lệ bệnh nhân đạt HAMT ở các thời điểm sau can thiệp 3, 6, 12 và 18 tháng

Mức độ HAMT	T0 (n=292) SL (%) (0)	T3 (n=292) SL (%) (1)	T6 (n=292) SL (%) (2)	T12 (n=292) SL (%) (3)	T18 (n=292) SL (%) (4)
Đạt HA mục tiêu	37 (12,7)	97 (33,2)	152 (52,0)	226 (77,4)	276 (94,5)
<i>CSHQ (%)</i> (<i>McNemar test, p-value</i>)	<i>(161,4%); (309,4%); (509,4%); (644,1%)</i> <i>($p_{(0-1)} < 0,001$); ($p_{(0-2)} < 0,001$); ($p_{(0-3)} < 0,001$); ($p_{(0-4)} < 0,001$)</i>				
THA độ 1	186 (63,7)	137 (46,9)	95 (32,5)	40 (13,7)	11 (3,8)
<i>CSHQ (%)</i> (<i>McNemar test, p-value</i>)	<i>(-26,4%); (-49,0%); (-78,5%); (-94,0%)</i> <i>($p_{(0-1)} < 0,001$); ($p_{(0-2)} < 0,001$); ($p_{(0-3)} < 0,001$); ($p_{(0-4)} < 0,001$)</i>				
THA độ 2	69 (23,6)	58 (19,9)	45 (15,5)	26 (8,9)	9 (3,1)
<i>CSHQ (%)</i> (<i>McNemar test, p-value</i>)	<i>(-15,7%); (-34,3%); (-62,3%); (-86,7%)</i> <i>($p_{(0-1)} < 0,001$); ($p_{(0-2)} < 0,001$); ($p_{(0-3)} < 0,001$); ($p_{(0-4)} < 0,001$)</i>				
THA độ 3	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Tỷ lệ BN đạt HAMT tăng lên rõ rệt, T3 (33,2%); T6 (52,0%); T12 (77,4%); T18 (94,5%) so với T0 (12,7%) (CSHQ đạt từ 161,4 - 644,1%; $p < 0,001$). Hiệu quả làm giảm tỷ lệ THA

độ 1, 2 ở thời điểm T3 (46,9% và 19,9%); T6 (32,5% và 15,5%); T12 (12,7% và 8,9%); T18 (3,8% và 3,1%) so với T0 (63,7% và 23,6%). CSHQ giảm tương ứng là - 15,7%; - 34,3%; - 62,3% và - 86,7% ($p < 0,001$).

Bảng 3.38. Mối liên quan giữa giới tính và đạt HAMA tại thời điểm trước và sau can thiệp 3, 6, 12 và 18 tháng

Giới tính	Đạt HAMA tại các thời điểm				
	T0 (n=292) SL (%)	T3 (n=292) SL (%)	T6 (n=292) SL (%)	T12 (n=292) SL (%)	T18 (n=292) SL (%)
Nam (n = 130)	15 (11,5)	40 (30,8)	64 (49,2)	91 (70,0)	117 (90,0)
Nữ (n = 162)	22 (13,6)	57 (35,2)	88 (54,3)	135 (83,3)	159 (98,1)
Cộng (n = 292)	37 (12,7)	97 (33,2)	152 (52,0)	226 (77,4)	276 (94,5)
<i>McNemar test, p-value</i> (nam-nữ)	$> 0,05$	$< 0,05$	$< 0,05$	$< 0,05$	$< 0,05$

Tại các thời điểm T3, T6, T12 và T18, tỷ lệ đạt HAMA ở nhóm BN nữ cao hơn nhóm BN nam ($p < 0,05$).

Bảng 3.39. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và đạt HAMT tại thời điểm trước và sau can thiệp 3, 6, 12 và 18 tháng

Nhóm tuổi	Đạt HAMT tại các thời điểm				
	T0 (n=292) SL (%)	T3 (n=292) SL (%)	T6 (n=292) SL (%)	T12 (n=292) SL (%)	T18 (n=292) SL (%)
< 50 (n = 33) (1)	5 (15,2)	13 (39,4)	19 (57,6)	28 (84,8)	32 (97,0)
50 – 59 (n=118) (2)	16 (13,6)	40 (33,9)	62 (51,7)	92 (78,0)	114 (96,6)
60 – 69 (n=141) (3)	16 (11,3)	44 (31,2)	72 (51,0)	106 (75,2)	130 (92,2)
<i>McNemar test,</i> <i>p-value₍₁₋₂₎</i>	> 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05
<i>McNemar test,</i> <i>p-value₍₁₋₃₎</i>	> 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. THỰC TRẠNG THA, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI 18 - 69 TUỔI TẠI QUẬN THỦ ĐỨC, TP. HỒ CHÍ MINH, NĂM 2018

- Về thực trạng THA ở người 18 - 69 tại 3 phường của quận Thủ Đức:

Điều tra 2.203 người dân 18 - 69 tuổi tại 3 phường của quận Thủ Đức cho tỷ lệ mắc THA là 33,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tỷ lệ hiện THA trong kết quả nghiên cứu của các tác giả: Phạm Thế Xuyên (2019), nghiên cứu nhóm người 45 - 64 tuổi, chủ yếu dân tộc Thái ở huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên năm 2014 - 2015, tỷ lệ THA là 35,5%. Văn Công Minh và cs (2015), nghiên cứu người từ 40 tuổi trở lên tại tỉnh Vĩnh Long năm 2013, tỷ lệ THA là 33,7%. Nhưng lại cao hơn kết quả nghiên cứu tỷ lệ THA chung của toàn quốc phát hiện trong điều tra về các yếu tố nguy cơ BKLN ở Việt Nam

năm 2015 là 18,9% ở người 18 - 69 tuổi. Trương Thị Thùy Dương (2016), nghiên cứu người từ 18 tuổi trở lên tại hai xã của tỉnh Hà Nam, tỷ lệ THA là 24,4%. Nguyễn Thanh Bình (2017), nghiên cứu người dân tộc Khemer từ 24 - 64 tuổi tại tỉnh Trà Vinh, tỷ lệ THA là 25,4%. Nhưng lại thấp hơn so với kết quả điều tra THA ở người từ 18 - 80 tuổi tại Rumani năm 2014 là 40,41%. Giải thích về sự khác biệt tỷ lệ THA trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các kết quả nghiên cứu đã công bố ở trong nước và ngoài nước, có thể là do thời điểm/thời gian nghiên cứu, độ tuổi trong mẫu điều tra khác nhau, cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu cũng khác nhau.

- Về một số yếu tố liên quan đến THA ở người 18 - 69 tuổi:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 11 yếu tố liên quan đến THA ở người 18 - 69 tuổi tại địa bàn nghiên cứu, gồm: 4 yếu tố về đặc điểm cá nhân (nhóm tuổi; giới tính; BMI; tỷ số vòng bụng/vòng hông), 4 yếu tố về hành vi (hút thuốc lá; thói quen ăn mỡ động vật; theo dõi thành phần dinh dưỡng bữa ăn hàng ngày và nhận biết THA, tăng cholesterol, tăng đường máu), 3 yếu tố về bệnh lý (đái tháo đường; tăng cholesterol máu; bệnh tim mạch) đều có liên quan đến THA. Tất cả các yếu tố đều liên quan ở mức có ý nghĩa thống kê ($OR > 1,0$; $p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến THA của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2017) ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và của Phạm Thế Xuyên (2019) tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên năm 2014.

4.2. HIỆU QUẢ MỘT SỐ GIẢI PHÁP CAN THIỆP DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ THA CHO NGƯỜI 18 - 69 TUỔI TẠI CẤP PHƯỜNG QUẬN THỦ ĐỨC, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH (2019 - 2020)

- Về hiệu quả giải pháp can thiệp dự phòng THA tại cộng đồng một phường của quận Thủ Đức:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, hiệu quả can thiệp TT - GDSK cho cộng đồng đã có tác dụng làm giảm hành vi nguy cơ THA, cụ thể: Hiệu quả làm giảm hành vi hút thuốc lá (38,7%); uống rượu/bia (16,6%); Thường xuyên thêm muối, gia vị mặn hoặc nước xốt mặn vào thức ăn (18,7%); Thói quen ăn/tiêu thụ mỡ động vật (39,1%); Thói quen ăn/tiêu thụ mỡ động vật (46,5%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2017) ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và của Phạm Thế Xuyên (2019) tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên năm 2014.

- Về hiệu quả giải pháp điều trị THA cho người 18 - 69 tuổi tại TYT phường, quận Thủ Đức:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ BN đạt HAMI tăng lên rõ rệt, T3 (33,2%); T6 (52,0%); T12 (77,4%); T18 (94,5%) so với T0 (12,7%) (CSHQ đạt từ 161,4 - 644,1%; $p < 0,001$).

Tỷ lệ đạt HAMI của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt (2007), tỷ lệ đạt HAMI là 87,4%; của Đồng Văn Thành (2011) can thiệp điều trị BN THA, sau 18 tháng tỷ lệ đạt HAMI là 79,7%. Tuy nhiên, lại thấp hơn kết quả nghiên cứu của Lý Huy Khanh và cộng sự (2009), sau 6 tháng điều trị cho 429 BN THA tại bệnh viện Trung Vương, TP. Hồ Chí Minh, kết quả có 97,9% BN đạt HAMI. Sở dĩ có sự khác biệt về kết quả này, có thể các BN điều trị tại bệnh viện Trung Vương (bệnh viện hạng 1) được BS kê đơn sử dụng các loại thuốc hạ huyết áp mà TYT phường/xã không được phép sử dụng.

Về mối liên quan giữa giới tính và đạt HAMI tại thời điểm trước và sau CT 3, 6, 12 và 18 tháng: Kết quả nghiên cứu tại các thời điểm T3, T6, T12 và T18 cho thấy tỷ lệ đạt HAMI ở nhóm BN nữ cao hơn nhóm BN nam ($p < 0,05$).

Về mối liên quan giữa nhóm tuổi và đạt HAMI tại thời điểm trước và sau CT 3, 6, 12 và 18 tháng: Kết quả nghiên cứu tại các thời điểm T3, T6, T12 và T18 cho thấy tỷ lệ đạt HAMI ở

nhóm BN < 50 tuổi cao hơn ở 2 nhóm BN 50 - 59 tuổi và 60 - 69 tuổi ($p < 0,05$).

Một nghiên cứu điều trị hạ HA tại Pháp trên 30.000 công nhân THA tại nơi làm việc từ 01/1997 đến 4/1998 cho thấy tỷ lệ BN có HA < 140/90 mmHg với nam là 12,5% và với nữ là 33,2%. Nghiên cứu HANE trên 868 bệnh nhân THA trong 48 tuần cho thấy tỷ lệ đạt HAMA ở nữ là 55% và ở nam là 47,7%.

Kết quả nghiên cứu của Đồng Văn Thành (2011) khi theo dõi trên 316 BN THA được quản lý theo mô hình cho thấy tỷ lệ đạt HAMA ở nữ là 81,3% và ở nam là 78,0%. Nghiên cứu của Phạm Thị Kim Lan (2011) trên 106 BN THA cho kết quả tương tự, tỷ lệ đạt HAMA ở nữ là 98,7% và ở nam là 96,8%; tỷ lệ đạt HAMA và HAMA mục tiêu ở nhóm BN > 50 tuổi thấp hơn so với nhóm ≤ 55 tuổi (97,75% so với 100%).

- Về một số tác dụng phụ của thuốc điều trị THA lên BN THA gặp phải trong quá trình điều trị:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong quá trình điều trị, số BN phù, ho ở thời điểm T3 là nhiều nhất: phù 10 BN và ho 7 BN. Số BN bị phù, ho giảm dần ở thời điểm T6 và T12. Đến T18 không có BN nào bị phù hoặc ho do tác dụng phụ của thuốc. Trong quá trình điều trị, không có BN nào có các biến chứng nguy hiểm như NMCT, đột quỵ/TBMMN hoặc tử vong.

- Tính bền vững của giải pháp:

Tuy đề tài luận án đã đánh giá và kết thúc CT từ tháng 6/2020, đến nay (tháng 8/2022) đã là 26 tháng (hậu giải pháp), nhưng công tác quản lý điều trị BN THA tại TYT phường Linh Xuân vẫn được duy trì và trở thành một nội dung công việc chuyên môn thường quy của TYT. Số BN THA được quản lý điều trị tại TYT đã tăng từ 292 BN lên 351 BN (tăng 59 BN).

Cả năm 2021 là thời gian dịch Covid-19 diễn biến phức tạp và căng thẳng nhất ở khu vực TP. Hồ Chí Minh, trong đó quận Thủ Đức là một trong địa bàn “nóng” có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao. Tổng số ca tử vong do Covid-19 tại phường Linh

Xuân là 63. Tuy nhiên, không có trường hợp nào là BN THA trong diện quản lý điều trị tại TYT phường tử vong do Covid-19 hay do các nguyên nhân khác và cũng không có BN nào mắc tai biến hay biến chứng nặng. Tất cả các BN THA được quản lý điều trị tại TYT vẫn được đảm bảo cấp đủ thuốc điều trị THA trong suốt 28 tháng qua (từ 7/2020 - 8/2022) và vẫn tiếp tục được duy trì. Năm 2021, có những thời gian do tình hình dịch covid-19 diễn biến rất phức tạp và căng thẳng, toàn thành phố phải áp dụng các biện pháp giãn cách xã hội rất nghiêm ngặt, các BN không thể đến TYT để tái khám và nhận thuốc điều trị, trong khi đó thì nguồn thuốc chữa bệnh thông thường, thuốc điều trị THA là rất khó khăn. Tuy nhiên, do các BN THA đang có đầy đủ hồ sơ quản lý điều trị tại TYT nên bệnh viện quận Thủ Đức vẫn tạo điều kiện và đảm bảo nguồn thuốc cấp đều đặn, đầy đủ cho TYT phường Linh Xuân để cấp cho BN và sau đó vẫn được BHYT thanh toán chi trả đầy đủ. Mặt khác, TYT vẫn duy trì và sử dụng đội ngũ CTVYT tham gia đề tài để họ nhận thuốc từ TYT và chuyển thuốc điều trị THA đến từng nhà cho BN THA.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng THA, một số yếu tố liên quan ở người 18 - 69 tuổi tại một số phường của quận Thủ Đức, Thành phố Hồ Chí Minh, năm 2018

Tỷ lệ hiện mắc THA chung tại 3 phường khá cao (33,5%); nhóm 60 - 69 tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất (53,5%). Tỷ lệ có hành vi nguy cơ THA ở mức cao: Hút thuốc lá (18,2%), uống rượu/bia (24,9%), ăn mặn (60,9%), thói quen ăn mỡ động vật (10,0%). Có một số yếu tố về đặc điểm cá nhân (nhóm tuổi; giới tính), hành vi lối sống (hút thuốc lá; ăn mỡ động vật; theo dõi thành phần dinh dưỡng bữa ăn hàng ngày), nguy cơ chuyển hóa

(BMI; tỷ số vòng bụng/mông; tăng cholesterol máu; bệnh tim mạch) có liên quan đến THA ($OR > 1,0$; $p < 0,05$).

2. Hiệu quả một số giải pháp can thiệp dự phòng và điều trị THA cho người 18 - 69 tuổi tại cấp phường quận Thủ Đức, năm 2019 - 2020

Hiệu quả giải pháp can thiệp dự phòng THA cộng đồng:
 Hiệu quả can thiệp làm giảm hành vi nguy cơ: Hút thuốc lá (38,7%); uống rượu/bia (16,6%); ăn mặn (18,7%), thói quen tiêu thụ mỡ động vật (39,1%); thừa cân/béo phì (46,5%); tỷ số vòng bụng/mông (49,9%). Có mối liên quan giữa việc tác động giải pháp CT dự phòng THA với tỷ lệ THA ($OR = 1,47$; $p < 0,001$).

Hiệu quả giải pháp quản lý điều trị THA tại TYT phường:
 Tỷ lệ tuân thủ uống thuốc điều trị, kiểm tra HA thường xuyên và tái khám định kỳ tại các thời điểm T3, T6, T12 và T18 đều tăng lên rõ rệt so với thời điểm T0 ($p < 0,01$). Tỷ lệ tuân thủ chế độ ăn và lối sống tại các thời điểm T3, T6, T12 và T18 đều tăng rõ rệt so với thời điểm T0 ($p < 0,05$). Tăng tỷ lệ đạt HAMT từ 12,7% (T0) lên 94,5% (T18). Không có bệnh nhân biến chứng và tử vong liên quan đến quản lý điều trị THA tại TYT phường.

KIẾN NGHỊ

1. Trung tâm Y tế quận Thủ Đức cần phối hợp chặt chẽ với bệnh viện quận Thủ Đức tổ chức nhân rộng giải pháp trạm y tế phường quản lý điều trị tăng huyết áp cho người dân tại trạm y tế.
2. Trung tâm Y tế quận Thủ Đức cần xây dựng kế hoạch và định kỳ tổ chức khám sàng lọc tăng huyết áp cho người dân tại tất cả các phường để phát hiện sớm và điều trị kịp thời các trường hợp tăng huyết áp và tiền tăng huyết áp. Đồng thời tiếp tục duy trì và nhân rộng giải pháp tăng cường truyền thông - giáo dục sức khỏe phòng chống tăng huyết áp cho người dân tại cộng đồng.