

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIÁO DỤC TRUYỀN THÔNG VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP DỰ PHÒNG ĐỘT QUỴ NÃO TẠI CỘNG ĐỒNG

Nguyễn Văn Thắng\*; Nguyễn Hồng Thanh\*\*

### TÓM TẮT

Đột quỵ não (ĐQN) là một cấp cứu nội khoa thường gặp với tỷ lệ tử vong và tàn phế cao, do đó, việc dự phòng có ý nghĩa quan trọng. Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá hiệu quả biện pháp can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe, kết hợp với điều trị tăng huyết áp (THA) tại cộng đồng. Kết quả: sau 1 năm can thiệp (từ 2009 - 2010) tại 2 xã ngoại thành Hà Nội cho thấy:

- Nhận thức của đối tượng nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ tăng: bệnh THA tăng từ 33,2% lên 80,3%, bệnh tim mạch từ 6,6% lên 43,2%, béo phì từ 4,2% lên 21,2%, tiểu đường từ 1,9% lên 15,9%.

- Tỷ lệ thực hành phòng bệnh tăng: thể dục 39,7%, ăn giảm mỡ 29,6%, ăn giảm muối 50,9%, không uống bia rượu 57%, không hút thuốc 60,3%, khám bệnh định kỳ 22%, điều trị yếu tố nguy cơ 33,5%.

- Tỷ lệ điều trị THA tại cộng đồng thành công 48,9%, tỷ lệ thành công ở người THA độ I cao hơn so với THA độ II và độ III.

- Kết quả can thiệp đã làm giảm tỷ lệ mới mắc ĐQN từ 57,9 xuống còn 47,4/100.000 người.

\* Từ khóa: Đột quỵ não; Tăng huyết áp; Giáo dục truyền thông; Hiệu quả.

## EVALUATING THE EFFETIVENESS OF HEALTH EDUCATION AND TREATMENT OF HYPERTENSION IN STROKE PREVENTION AT COMMUNITY LEVEL

### SUMMARY

*Cerebrovascular stroke is a common emergency with high mortality and disability rate, therefore, the prevention of stroke is critical. Aims of the study were: evaluating the effectiveness of health education and treatment of hypertension at community level. After 1 year of intervention (from 2009 to 2010) in two communes in outskirts of Hanoi city, results showed that:*

*- Knowledge of people about the risk factors had increased. In terms of hypertension, percentage increase was from 33.2% to 80.3%, cardiovascular disease from 6.6% to 43.2%, obesity from 4.2% to 21.2%, and diabetes from 1.9% to 15.9%.*

*- An increase in the elderly practice of stroke prevention: percentage increase in regular exercising was 39.7%, in going on low fat diet 29.6%, in low salt diet 50.9%, in stopping drinking 57%, in stopping smoking 60.3%, in regular medical examination, 22% and in treatment of risk factors 33.5%.*

*- Successful management of hypertension in community level reached the rate of 48.9%. The success rate of controlling hypertension stage I was higher than stage II and III.*

*- The intervention decreased the incidence of stroke from 57.9 to 47.4/100.000 people.*

*\* Key words: Stroke; Hypertension; Health education; Efficacy.*

\* Sỡ Y tế Hà Nội

\*\* Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: PGS. TS. Đoàn Huy Hậu

PGS. TS. Lê Văn Bào

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đột quy não là một cấp cứu nội khoa thường gặp. Điều trị ĐQN tổn kém, tỷ lệ tử vong cao. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ tử vong do ĐQN đứng hàng thứ hai sau bệnh lý tim mạch và đứng hàng thứ nhất trong bệnh lý thần kinh. Để giảm tỷ lệ mắc ĐQN, cần đẩy mạnh công tác dự phòng ĐQN tại cộng đồng cũng như tại các cơ sở y tế. Trong dự phòng ĐQN, việc kiểm soát tốt bệnh THA, nguyên nhân hàng đầu của ĐQN có ý nghĩa quan trọng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá hiệu quả can thiệp dự phòng ĐQN bằng truyền thông giáo dục sức khỏe, kết hợp với điều trị THA tại cộng đồng.*

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****1. Đối tượng nghiên cứu.**

Người cao tuổi tại hai xã Trường Yên và Lam Điền, huyện Chương Mỹ, Hà Nội.

Thời gian từ 12 - 2009 đến 12 - 2010.

**2. Phương pháp nghiên cứu.**

Mô tả cắt ngang, can thiệp cộng đồng có so sánh trước - sau và không có nhóm chứng.

\* *Cỡ mẫu nghiên cứu:* theo công thức nghiên cứu can thiệp tại cộng đồng:

$$n = \frac{\left[ Z_{1-\alpha} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

Trong đó: n = cỡ mẫu tối thiểu; p<sub>1</sub>, p<sub>2</sub>: ước tính tỷ lệ người cao tuổi biết THA là yếu tố nguy cơ của ĐQN trước/sau can thiệp;  $\bar{P} = (p_1+p_2)/2$ . Z<sub>1- $\alpha$</sub> : độ tin cậy ở mức xác suất 95%; Z<sub>1- $\beta$</sub> : lực nghiên cứu. Với p<sub>1</sub> = 0,3; p<sub>2</sub> = 0,4; Z<sub>1- $\alpha$</sub>  = 1,96; Z<sub>1- $\beta$</sub>  = 1,282; n = 477, thực tế nghiên cứu 590 người ( $\geq 60$  tuổi).

\* *Chọn mẫu:* ngẫu nhiên, dựa trên danh sách người cao tuổi đã có sẵn.

\* *Nội dung nghiên cứu:*

- Nội dung can thiệp: truyền thông giáo dục sức khỏe, tổ chức điều trị cho đối tượng THA tại cộng đồng theo phác đồ của Bộ Y tế.

- Trước và sau can thiệp, tổ chức điều tra cắt ngang, đánh giá tỷ lệ mắc, kiến thức, thái độ thực hành về phòng chống ĐQN, so sánh đánh giá hiệu quả can thiệp.

\* *Các chỉ tiêu nghiên cứu:*

- Sự thay đổi kiến thức, thực hành của người dân về yếu tố nguy cơ, biện pháp dự phòng ĐQN.

- Tỷ lệ điều trị thành công (đạt huyết áp mục tiêu < 140/90 mmHg) tại cộng đồng.

- So sánh tỷ lệ mắc mới ĐQN trước và sau can thiệp.

- Tính chỉ số hiệu quả (%) = (p<sub>1</sub>-p<sub>2</sub>)/p<sub>1</sub> x 100 (p<sub>1</sub>/p<sub>2</sub>: tỷ lệ trước/sau can thiệp).

\* *Xử lý số liệu:* bằng chương trình thống kê dùng trong y sinh học Epi. info 6.04.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

*Bảng 1:* Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 590).

CHỈ TIÊU		n	%
Nhóm tuổi (năm)	60 - 69	211	35,8
	70 - 79	265	44,9
	$\geq 80$	114	19,3
Giới	Nam	266	45,1
	Nữ	324	54,9

Các đối tượng nghiên cứu  $\geq 60$  tuổi, trong đó, độ tuổi 70 - 79 chiếm tỷ lệ cao nhất. Việc lựa chọn đối tượng can thiệp này dựa trên kết quả của những nghiên cứu đều cho thấy ĐQN chủ yếu xuất hiện ở người cao tuổi. Nghiên cứu của Nguyễn

Văn Chương cho thấy, tuổi trung bình của BN ĐQN là  $53,7 \pm 12,0$ , trong đó, nhóm tuổi 70 - 79 chiếm tỷ lệ cao nhất (29,56%) [1]. Theo Trần Thanh Tâm: tuổi trung bình  $62,3 \pm 11,3$ , nhóm tuổi 60 - 68 chiếm 28,6%, nhóm tuổi 70 - 79 chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,8% [3].

**Bảng 2:** Thay đổi kiến thức về các yếu tố nguy cơ.

CÁC BỆNH DỄ DẪN ĐẾN ĐQN	TRƯỚC CAN THIỆP (n = 590)		SAU CAN THIỆP (n = 584)		CHỈ SỐ HIỆU QUẢ (%)	p
	n	%	n	%		
THA	196	33,2	459	80,3	142	< 0,01
Bệnh tim mạch	39	6,6	252	43,2	555	< 0,01
Béo phì	25	4,2	124	21,2	405	< 0,01
Tiểu đường	11	1,9	93	15,9	737	< 0,01
Không biết	358	60,7	97	16,6	73	< 0,01

Sau can thiệp, tỷ lệ biết về các bệnh có khả năng dẫn đến ĐQN đều tăng, tỷ lệ không biết giảm từ 60,7% xuống còn 16,6%.

Hiểu biết về các bệnh lý có thể dẫn đến ĐQN có ý nghĩa quan trọng trong dự phòng ĐQN. Trong đó, quan trọng nhất là THA, nguyên nhân hàng đầu của ĐQN, theo Tổ chức Y tế Thế giới, 62% ĐQN do THA [10]. Tỷ lệ đối tượng biết THA là yếu tố nguy cơ chỉ có 33,2%, thấp hơn rất nhiều so với

nghiên cứu của Nguyễn Văn Triệu và CS (85,1%) [4], so với tỷ lệ hiểu biết của một vùng nông thôn Hoa Kỳ cũng thấp hơn (44%) [7]. Tỷ lệ hiểu biết về các bệnh khác là yếu tố nguy cơ cũng rất thấp, có tới 60,7% không biết. Sau can thiệp, nhận thức của người dân đã được nâng lên rõ rệt, sự hiểu biết được nâng lên sẽ giúp người dân tích cực dự phòng và điều trị bệnh.

**Bảng 3:** Thực hành các biện pháp dự phòng ĐQN trước - sau can thiệp.

BIỆN PHÁP	TRƯỚC CAN THIỆP (n = 590)		SAU CAN THIỆP (n = 584)		CHỈ SỐ HIỆU QUẢ (%)	p
	n	%	n	%		
Thê dục	171	29,0	401	68,7	137	< 0,01
Ăn giảm mỡ	20	3,4	193	33,0	871	< 0,01
Ăn giảm muối	25	4,2	322	55,1	1212	< 0,01
Không uống bia, rượu	37	6,3	368	63,3	900	< 0,01
Không hút thuốc	23	3,9	375	64,2	1546	< 0,01
Khám bệnh định kỳ	69	11,7	197	33,7	188	< 0,01
Điều trị bệnh là yếu tố nguy cơ	339	57,4	531	90,9	58	< 0,05
Không làm gì	332	56,3	23	3,9	652	< 0,01

Tỷ lệ người dân thay đổi thói quen ảnh hưởng đến sức khỏe, thực hành khám bệnh định kỳ và điều trị tích cực các bệnh là yếu tố nguy cơ tăng lên.

Việc cung cấp kiến thức về dự phòng ĐQN qua những hoạt động truyền thông đã giúp cho người cao tuổi thực hành sinh hoạt, lối sống lành mạnh để bảo vệ sức khỏe cho bản thân. Việc tập thể dục thường xuyên, thậm chí đi lên gác bằng thang bộ thay vì sử dụng thang máy, đi xe đạp thay bằng đi xe máy cũng mang lại ý nghĩa trong việc nâng cao sức khỏe phòng chống bệnh. Nghiên cứu của Deplanque D cho thấy, tập thể dục từ 2 - 5 giờ/tuần làm giảm nguy cơ ĐQN [8]. Chế độ ăn uống có ý nghĩa quan trọng, chế độ ăn nhiều muối (ăn mặn) liên quan đến THA. Ăn nhiều mỡ động vật có liên quan chặt chẽ đến rối loạn chuyển hóa lipid và là nguy cơ của bệnh lý xơ vữa mạch máu, dẫn đến gia tăng ĐQN. Sử dụng quá nhiều rượu, kể cả uống nhiều ngày có thể làm tăng tỷ lệ ĐQN cũng như tử vong do ĐQN [2]. Một số nghiên cứu cho thấy, hút thuốc là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến cả đột quỵ nhồi máu và xuất huyết. Theo Skirshner HS và CS, hút thuốc lá làm tăng nguy cơ ĐQN gấp 2 lần [9]. Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ ĐQN là do làm THA tạm thời phối hợp với xơ vữa động mạch [2]. Theo Lê Quang Cường, cai thuốc lá rất khó, nhưng thực sự cai và giảm thuốc sẽ làm giảm đáng kể ĐQN [2].

Thực hành khám chữa bệnh có vai trò quan trọng trong phòng chống bệnh. Trước can thiệp, chỉ 11,7% số đối tượng được phỏng vấn có đi khám sức khỏe định kỳ, sau can thiệp tăng lên 33,7%. Thực hành khám định kỳ còn thấp, ngoài nguyên nhân do nhận thức của người dân, phải kể đến nguyên nhân do trình độ chuyên môn và trang thiết bị tại trạm y tế xã còn hạn chế, chưa đáp ứng được nhu cầu khám

sức khỏe tại tuyến y tế cơ sở cho người dân. Tỷ lệ đối tượng đã “điều trị thường xuyên khi mắc bệnh là yếu tố nguy cơ” tăng 33,5%.

**Bảng 4:** Tỷ lệ điều trị thành công theo mức độ THA trước điều trị.

MỨC ĐỘ THA TRƯỚC ĐIỀU TRỊ	TỔNG SỐ NGƯỜI DÙNG THUỐC	KẾT QUẢ ĐẠT HUYẾT ÁP MỤC TIÊU	
		n	%
THA độ I	15	14	93,3
THA độ II	34	15	42,4
THA độ III	39	14	35,9
Tổng số đối tượng điều trị	88	43	48,9

Sau 6 tháng điều trị, tỷ lệ thành công 48,9%, tỷ lệ thành công với THA độ I cao hơn so với THA độ II và độ III. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Lân Việt và CS (2007) (87,4%) [5]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng của tác giả là những người THA ở mọi lứa tuổi, còn nghiên cứu của chúng tôi là những người cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi), mặt khác, tỷ lệ THA độ II và độ III là chủ yếu (82,9%), nên khả năng kiểm soát huyết áp khó hơn. Có nhiều bằng chứng khoa học cho thấy kiểm soát tốt huyết áp sẽ làm giảm tỷ lệ mắc mới và tái phát ĐQN [6].

**Bảng 5:** Thay đổi chỉ số mắc mới ĐQN trước và sau can thiệp.

THỜI ĐIỂM	TRƯỚC CAN THIỆP (2009) (1)	SAU CAN THIỆP (2010) (2)	CHỈ SỐ MẮC MẮC (/100.000 dân)
Tổng số người điều tra	20.730	21.078	57,9
Số người mắc mới ĐQN	12	10	47,4
p	< 0,001		

Chỉ số mắc mới ĐQN/100.000 dân sau can thiệp giảm so với trước can thiệp ( $p < 0,001$ ). Kết quả này phù hợp với khẳng

định của Tổ chức Y tế Thế giới: ĐQN là bệnh có thể dự phòng được [10]. Đây là kết quả của công tác truyền thông giáo dục sức khỏe làm tăng kiến thức và thực hành của người dân về dự phòng ĐQN, đồng thời là kết quả của việc can thiệp điều trị yếu tố nguy cơ THA cho người cao tuổi. Tuy vậy, thời gian can thiệp mới chỉ 1 năm, cần tiếp tục nghiên cứu theo dõi tiếp để đánh giá tính bền vững của các biện pháp can thiệp.

### KẾT LUẬN

Hiệu quả can thiệp bằng truyền thông giáo dục sức khỏe, kết hợp với điều trị THA tại cộng đồng cho thấy:

- Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ tăng lên: bệnh THA tăng từ 33,2 lên 80,3%, bệnh tim mạch từ 6,6% lên 43,2%, béo phì từ 4,2% lên 21,2%, tiểu đường từ 1,9% lên 15,9%.

- Tỷ lệ thực hành phòng bệnh tăng lên, chỉ số hiệu quả không hút thuốc là 1.546%, ăn giảm muối 1.212%, không uống rượu bia 900%, ăn giảm mỡ 871%, tỷ lệ người không làm gì giảm xuống (chỉ số hiệu quả 652%).

- Tỷ lệ điều trị THA tại cộng đồng thành công 48,9%, tỷ lệ thành công ở người THA độ I cao hơn so với THA độ II và độ III.

- Chỉ số mắc mới ĐQN/100.000 dân giảm từ 57,9 xuống còn 47,4.

### KIẾN NGHỊ

Tiếp tục duy trì và nhân rộng chương trình can thiệp dự phòng ĐQN bằng truyền thông giáo dục sức khỏe, kết hợp với điều trị THA tại cộng đồng để đảm bảo hiệu quả bền vững của can thiệp.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương. Nghiên cứu lâm sàng và điều trị ĐQN. Kỹ yếu Các công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện 103. 2010, tr.1-13.

2. Lê Quang Cường. Các yếu tố nguy cơ của tai biến mạch máu não. ĐQN cấp cứu điều trị dự phòng, chủ biên Nguyễn Văn Thông. NXB Y học. 2008, tr.27-36.

3. Trần Thanh Tâm, Nguyễn Minh Hiện. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biến đổi glucose huyết ở BN đột quy chảy máu trong tuần đầu. Tạp chí Y Dược học Quân sự. 2010, 2, tr.66-72.

4. Nguyễn Văn Triệu, Lê Thị Vê, Tường Thị Hồng Hạnh. Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ trên BN tai biến mạch máu não tại cộng đồng. Y học thực hành. 2009, 679 (10), tr.9-12.

5. Nguyễn Lân Việt và CS. Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng chữa bệnh THA tại cộng đồng. Báo cáo đề tài khoa học cấp bộ. 2007.

6. Bath PMW, Sprigg. N. Control of blood pressure after stroke. Hypertension. 2006, 4, pp.203-204.

7. Blades L.L, Osker DS, Dietrich DW, Burnnet AM, Russel JA. Rural community knowledge of stroke warning signs and risk factors. Prev Chronic Dis. 2005, 2 (2), p.14.

8. Deplanque D. Prior TIA, lipid-lowering drug use, and physical activity decrease ischemic stroke severity. Neurology. 2006, 67, pp.1403-1410.

9. Skirshner H.S, et al. Secondary prevention of stroke and management an evident-based update for managed care. A Supplement to Managed care first report. 2008, pp.1-12.

10. World Health Organization. The world health report 2002: Reducing risk, promoting healthy life. [<http://www.who.int/whr/2002/en/>].

*Ngày nhận bài: 7/8/2012*

*Ngày giao phản biện: 10/10/2012*

*Ngày giao bản thảo in: 16/11/2012*