

tác động về việc phân biệt giữa các khối u lành tính và ác tính.⁴ Mức chênh lệch giữa giá trị AUC rất thấp giữa hai mô hình ADNEX có CA125 và ADNEX không có CA 125. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt này không có ý nghĩa với $Z = 1,007$ và $p = 0,31$, tương tự như nghiên cứu của tác giả Sayasneh.

Các nghiên cứu về giá trị của mô hình IOTA ADNEX luôn cố gắng để tìm ra được ngưỡng cắt tối ưu của nguy cơ ác tính.⁵ Việc tìm ra ngưỡng cắt tối ưu hợp lý giúp cho các bác sĩ xác định các khối u lành tính với độ đặc hiệu cao hơn, giúp tránh được các cuộc phẫu thuật không cần thiết các khối u lành tính, vì mục tiêu của điều trị bao gồm cả tăng chất lượng cuộc sống bệnh nhân bao gồm cả mong muốn sinh con. Tuy nhiên, nhóm IOTA cũng không đề xuất một cách chung thuật toán áp dụng với các ngưỡng cắt cố định, vì nhóm cho rằng, mô hình sẽ được sử dụng trong hoàn cảnh nào là rất quan trọng.⁴ Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ngưỡng cắt tối ưu đối với mô hình IOTA ADNEX có CA 125 là 24,5% và với mô hình IOTA ADNEX không có Ca 125 là 25,2%. Đồng thời, tại các ngưỡng cắt tối ưu, cả hai mô hình đều cho giá trị chẩn đoán nguy cơ ác tính giống nhau ($Se = 92,3\%$, $Sp = 96,8\%$, $PPV = 96\%$, $NPV = 93,8\%$ và $Acc = 94,7\%$). Ngưỡng này cao hơn so với ngưỡng cắt thường sử dụng (10%),³ thấp hơn nghiên cứu của Soo Young Jeong (47,3%).⁵ Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, ở ngưỡng cắt 15%, cả hai mô hình IOTA ADNEX đều có độ chính xác không có khác biệt nhiều với nghiên cứu của Van Castle.⁶ Do đó, chúng tôi cho rằng, giá trị ngưỡng cắt 15% có thể được đưa ra để xem xét đánh giá nguy cơ lành tính – ác tính của u buồng trứng tại bệnh viện K, giúp đưa ra chiến

lược điều trị thích hợp.

V. KẾT LUẬN

Mô hình phân loại IOTA ADNEX có CA 125 và IOTA ADNEX không có CA 125 đều có giá trị cao và tương đồng trong chẩn đoán phân biệt u buồng trứng lành tính - ác tính ở bệnh viện K. Việc áp dụng mô hình IOTA ADNEX giúp cải thiện chẩn đoán trước phẫu thuật và góp phần đưa ra chiến lược điều trị thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Foti PV, Attinà G, Spadola S, et al. MR imaging of ovarian masses: classification and differential diagnosis. *Insights Imaging*. 2016;7(1):21-41. doi:10.1007/s13244-015-0455-4
2. Nam G, Lee SR, Jeong K, Kim SH, Moon H-S, Chae HD. Assessment of different NEoplasias in the adnexa model for differentiation of benign and malignant adnexal masses in Korean women. *Obstet Gynecol Sci*. 2021; 64(3):293-299. doi: 10.5468/ogs.21012
3. Lê Ngọc Diệp, Tô Mai Xuân Hồng. Giá trị dự đoán độ ác tính u buồng trứng của mô hình IOTA - ADNEX tại bệnh viện Từ Dũ. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2019;23 (2):207-213.
4. Sayasneh A, Ferrara L, De Cock B, et al. Evaluating the risk of ovarian cancer before surgery using the ADNEX model: a multicentre external validation study. *Br J Cancer*. 2016;115(5):542-548. doi:10.1038/bjc.2016.227
5. Jeong SY, Park BK, Lee YY, Kim T-J. Validation of IOTA-ADNEX Model in Discriminating Characteristics of Adnexal Masses: A Comparison with Subjective Assessment. *JCM*. 2020;9(6):2010. doi:10.3390/jcm9062010
6. Van Calster B, Van Hoorde K, Valentin L, et al. Evaluating the risk of ovarian cancer before surgery using the ADNEX model to differentiate between benign, borderline, early and advanced stage invasive, and secondary metastatic tumours: prospective multicentre diagnostic study. *BMJ*. 2014; 349(oct07 3):g5920-g5920. doi:10.1136/bmj.g5920

QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI PHƯỜNG HỒNG HÀ, THÀNH PHỐ HẠ LONG, QUẢNG NINH NĂM 2021

Nguyễn Thị Linh*, Đặng Thị Thương**, Lê Vĩnh Giang***

TÓM TẮT

*TTYT Thành phố Hạ Long

**Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

***Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Linh

Email: nguyenthilinh.khth87@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2021

Ngày duyệt bài: 13.9.2021

Mục tiêu. Mô tả thực trạng quản lý điều trị người bệnh tăng huyết áp từ 25 tuổi trở lên và một số yếu tố liên quan tại phường Hồng Hà, thành phố Hạ Long, Quảng Ninh, năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 250 người trưởng thành đã được chẩn đoán mắc tăng huyết áp, đang sinh sống tại phường Hồng Hà, thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh từ tháng 1/2021 đến tháng 09/2021. **Kết quả.** Trong tổng số bệnh nhân THA được quản lý điều trị, 88,4% BN được quản lý hiệu quả. Mô hình hồi quy đa biến cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng quản lý điều trị THA hiệu quả

và nhóm tuổi từ 70 – 79 (aOR = 8,00) và <70 tuổi (aOR = 6,80), thời gian điều trị THA > 5 năm (aOR = 3,09), không có bệnh kèm theo (aOR = 3,21), không hút thuốc lá (aOR = 11,91), có hoạt động thể lực (aOR = 6,89). **Kết luận.** Cần quan tâm quản lý điều trị trên những nhóm bệnh nhân có tình trạng quản lý điều trị hiệu quả thấp hơn.

Từ khóa. Quản lý, điều trị, tăng huyết áp.

SUMMARY

TREATMENT MANAGEMENT PATIENTS WITH HYPERTENSION IN HONG HA WARD, HA LONG CITY, QUANG NINH, IN 2021

Objective. Describe the status of management and treatment of hypertensive patients and some related factors in Hong Ha ward, Ha Long city, Quang Ninh, in 2021. **Subjects and methods.** A cross-sectional descriptive study was produced among 250 adults diagnosed with hypertension, living in Hong Ha ward, Ha Long city, Quang Ninh province from January 1, 2021 to September 2021. Results. Of the total number of hypertensive patients managed, 88.4% of patients were effectively managed. The multivariable regression model showed that there was an association between the effective management of hypertension and age 70 - 79 (aOR = 8.00) and <70 years old (aOR = 6.80), duration of treatment > 5 years (aOR = 3.09), no comorbidities (aOR = 3.21), no smoking (aOR = 11.91), physically active (aOR = 6.89). **Conclusion.** It is necessary to pay attention to manage patients with lower effective treatment management status.

Keywords. Management, treatment, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một vấn đề sức khỏe đáng quan tâm và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong sớm trên thế giới. Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO), trên toàn thế giới ước tính có khoảng 1,28 tỷ người bị tăng huyết áp [5], dự đoán số người bị tăng huyết áp sẽ tăng lên 1,56 tỷ người vào năm 2025 [9]. Điều tra quốc gia (STEPS) về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm (NCDs) năm 2015 cho thấy tỷ lệ THA ở Việt Nam là 18,9%, tỷ lệ này ở nam (23,1%) cao hơn đáng kể so với ở nữ (14,9%). Trong số những người được phát hiện THA, chỉ có 43,1% cho biết đã được chẩn đoán, và chỉ 13,6% cho biết họ đang được quản lý tại cơ sở y tế [1]. Với tính chất của bệnh, người bệnh cần phải theo dõi huyết áp và dùng thuốc hạ áp suốt đời, kết hợp với các biện pháp thay đổi lối sống lành mạnh, giảm thiểu các yếu tố nguy cơ gây THA. Tuy nhiên việc tuân thủ các nguyên tắc điều trị kể trên đối với người bệnh THA thường không dễ dàng. Quản lý THA cần có sự nỗ lực và phối hợp từ phía người bệnh, hệ thống y tế, gia đình cũng như cộng đồng, nhằm hướng tới mục tiêu giúp người bệnh THA cảm thấy dễ dàng hơn, tuân thủ

tốt hơn và từ đó kiểm soát THA trở nên có hiệu quả hơn [6]. Tại tỉnh Quảng Ninh, theo số liệu báo cáo của CDC Quảng Ninh từ năm 2019 đến hết tháng 6/2020 cho thấy tỷ lệ THA ở người trên 40 tuổi chiếm 27,79% [3]. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng quản lý điều trị người bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan tại phường Hồng Hà, thành phố Hạ Long, Quảng Ninh, năm 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2021 đến tháng 09/2021

- Địa điểm: Phường Hồng Hà thành phố Hạ Long tỉnh Quảng Ninh

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Người trên 25 tuổi đã được chẩn đoán mắc THA, đang sinh sống tại phường Hồng Hà, thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Người có hộ khẩu thường trú tại phường Hồng Hà, thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh, (2) Người đã được chẩn đoán là THA bởi các cơ sở y tế có thẩm quyền.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Không đồng ý tham gia vào nghiên cứu, (2) Người bị tâm thần, rối loạn trí nhớ, (3) Người không có hoặc đã mất khả năng nghe, nói và trả lời.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu: 250 bệnh nhân THA

Phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ người trên 25 tuổi đã được chẩn đoán mắc THA và đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.5. Quy trình nghiên cứu. Dựa theo danh sách BN được quản lý điều trị THA ở Trạm Y tế phường, liên hệ với BN thông qua số điện thoại. Sau đó điều tra viên đến tận nhà BN hoặc mời BN đến trạm y tế (tùy địa điểm nào BN cảm thấy phù hợp), giải thích về mục đích của nghiên cứu, mời đối tượng tham gia vào nghiên cứu.

Điều tra viên thực hiện phỏng vấn theo bộ câu hỏi có sẵn bằng giấy, sau đó đo huyết áp bệnh nhân tại thời điểm phỏng vấn.

2.6. Biến số, chỉ số nghiên cứu: (1) Biến phụ thuộc: thang điểm quản lý tăng huyết áp được phân loại theo thang điểm bao gồm: đạt huyết áp mục tiêu (5 điểm) và 4 nhóm yếu tố thuộc về hệ thống quản lý, tuân thủ điều trị của người bệnh, nhận được sự hỗ trợ của người thân và nhận được sự hỗ trợ của xã hội (mỗi câu 1 điểm) với tổng điểm là 21. Bệnh nhân được đánh giá là được quản lý hiệu quả khi tổng điểm ≥

70% tổng số điểm/≥ 14 điểm và không hiệu quả khi tổng điểm < 14 điểm; (2) Biến số độc lập: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, bệnh kèm theo, thời gian điều trị THA, các hành vi nguy cơ.

2.7. Quản lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập, làm sạch bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26. Sử dụng tần số, tỷ lệ % cho biến định tính; sử dụng giá trị trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn cho biến định lượng. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng quản lý điều trị THA.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu phải được sự thông qua hội đồng bảo vệ đề cương trường Đại học Y Hà Nội. Trước khi tham gia nghiên cứu, đối tượng được giải thích về mục đích, nội dung của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin cá nhân được đảm bảo giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (n = 250)

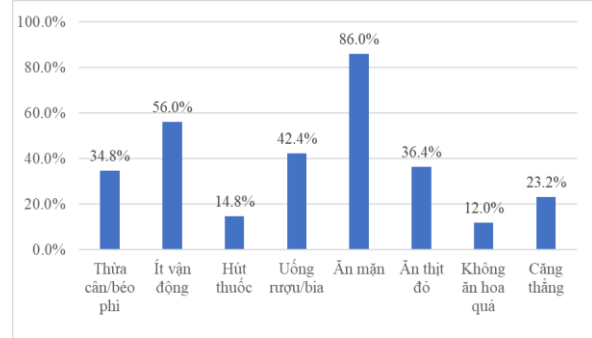
Biến số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	116	46,4
	Nữ	134	53,6
Nhóm tuổi	<70	94	37,6
	70 – 79	119	47,6
	> 80	37	14,8
	TB ± ĐLC (min – max)	72,5 ± 7,2 (49 – 96)	
Thời gian mắc tăng huyết áp	≤5 năm	84	33,6
	>5 năm	166	66,4
Bệnh kèm theo	Có	86	34,4
	Không	164	65,6

Tỷ lệ nam và nữ trong nhóm bệnh nhân được quản lý điều trị tại TYT là tương đương nhau với tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 46,4% và 53,6%. Độ tuổi trung bình của nhóm BN là 72,5 tuổi, người có độ tuổi nhỏ nhất được điều trị là 49 tuổi, và

Bảng 2. Các yếu tố thuộc quá trình quản lý điều trị THA (n = 250)

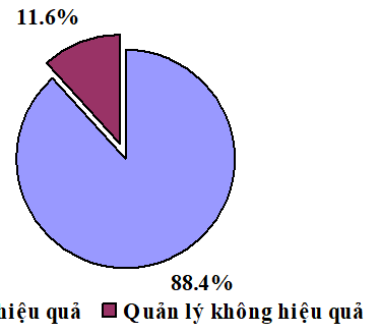
Yếu tố thuộc bản thân người bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đạt huyết áp mục tiêu	219	87,6
Yếu tố thuộc hệ thống y tế		
Được điều trị THA kịp thời ngay sau khi chẩn đoán THA	237	94,8
Được NVYT chỉnh liều, đổi thuốc hay phối hợp thuốc	240	96,0
Được NVYT của trạm tư vấn chuyển lên tuyến trên điều trị khi không kiểm soát được HA	214	85,6
Được NVYT chủ động liên lạc mời tái khám	232	92,8

người có độ tuổi lớn nhất là 96 tuổi. Nhóm tuổi của BN được quản lý điều trị chủ yếu là 70-79 tuổi (47,6%), tiếp đến là nhóm có độ tuổi <70 (37,6%) và nhóm có độ tuổi > 80 chiếm tỷ lệ thấp nhất (14,8%). Những người được quản lý điều trị có thời gian điều trị THA > 5 năm chiếm tỷ lệ 33,6%, những người có thời gian điều trị THA < 5 năm chiếm tỷ lệ 66,4%. 34,4% BN có bệnh kèm theo, 65,6% bệnh nhân không có bệnh kèm theo.



Biểu đồ 1. Một số thói quen không lành mạnh làm nặng hơn tình trạng THA (n = 250)

Thói quen không lành mạnh làm nặng thêm tình trạng THA chủ yếu là ăn mặn (86%), ít vận động (56%), uống rượu bia (42,4%), ăn thịt đỏ (36,4%) và thừa cân, béo phì (34,8%).



Biểu đồ 2. Phân loại quản lý điều trị THA (n = 250)

Trong tổng số BN THA được quản lý điều trị, 88,4% BN được quản lý hiệu quả và 11,6% BN không được quản lý điều trị hiệu quả.

Được NVYT tư vấn về tuân thủ điều trị, thay đổi hành vi	239	95,6
Yếu tố thuộc cá nhân người bệnh		
Dùng thuốc thường xuyên	245	98,0
Thường xuyên dùng thuốc đúng giờ	238	95,2
Thường xuyên dùng thuốc đúng liều	238	95,2
Không tự động chỉnh liều thuốc	244	97,6
Thay đổi lối sống sinh hoạt, hành vi giảm nguy cơ	243	97,2
Thường xuyên đo kiểm tra huyết áp	242	96,8
Thường xuyên ghi chép huyết áp và các thông tin liên quan vào sổ	215	86,0
Thường xuyên theo dõi, tái khám theo hẹn	198	79,2
Nhận được sự hỗ trợ từ người thân giúp nâng cao tuân thủ điều trị	244	97,6
Nhận được sự hỗ trợ từ xã hội		
Chia sẻ với hàng xóm/bạn bè về bệnh THA của mình	189	75,6
Được nhận sự khuyến khích, động viên từ hàng xóm/bạn bè/người quen trong điều trị THA	227	90,8

*THA: Tăng huyết áp, NVYT: Nhân viên Y tế

Các hành vi tuân thủ điều trị của bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao (>95%). Tỷ lệ bệnh nhân thay đổi lối sống sinh hoạt, ăn uống giảm nguy cơ chiếm 97,2%. Trong quá trình quản lý điều trị, 96,8% bệnh nhân thường xuyên đo kiểm tra huyết áp, 86% bệnh nhân thường xuyên ghi chép huyết áp và các thông tin liên quan vào sổ và 79,2% bệnh nhân theo dõi và tái khám theo hẹn.

Hầu hết BN nhận được sự hỗ trợ từ người thân giúp nâng cao tuân thủ điều trị (97,6%). Tỷ lệ BN chia sẻ với hàng xóm/bạn bè về bệnh THA của mình là 75,6% và có 90,8% BN nhận được sự khuyến khích, động viên từ hàng xóm/bạn bè/người quen trong việc điều trị THA.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến quản lý điều trị THA qua phân tích đa biến

Biến số	OR hiệu chỉnh	95%CI	
Nhóm tuổi	> 80	1	
	70-79	8,00	2,02-31,57
	<70	6,80	1,79 - 25,69
Bệnh kèm theo	Có	1	
	Không	3,21	1,20 - 8,59
Thời gian điều trị tăng huyết áp	≤5năm	1	
	>5năm	3,09	1,05 - 9,07
Hút thuốc lá	Có	1	
	Không	11,91	1,65 - 85,84
Hoạt động thể lực	Không	1	
	Có	6,89	1,94 - 24,42

Mô hình hồi quy đa biến cho thấy có mối liên quan giữa hiệu quả quản lý điều trị THA và nhóm tuổi, thời gian điều trị THA, bệnh kèm theo, hút thuốc lá và hoạt động thể lực. BN có độ tuổi từ 70 - 79 và <70 tuổi có khả năng được quản lý điều trị THA cao hơn lần lượt là 8,00 lần (KTC 95%: 2,02 - 31,57) và 6,80 lần (KTC 95%: 1,79

- 25,69) so với nhóm BN có độ tuổi > 80. BN có thời gian điều trị THA > 5 năm có khả năng được quản lý điều trị THA hiệu quả cao hơn 3,09 lần (KTC 95%: 1,05 - 9,07) so với những người có thời gian điều trị THA < 5 năm. BN không có bệnh kèm theo có khả năng được quản lý điều trị THA hiệu quả cao hơn 3,21 lần (KTC 95%: 1,20 - 8,59) so với những người có bệnh kèm theo. BN không hút thuốc lá có khả năng được quản lý điều trị THA hiệu quả cao hơn 11,91 lần (KTC 95%: 1,65 - 85,84) so với những người có hút thuốc lá. BN có hoạt động thể lực có khả năng được quản lý điều trị hiệu quả cao hơn 6,89 lần (KTC 95%/: 1,94 - 24,42) so với những người có hoạt động thể lực.

IV. BÀN LUẬN

Khi hiệu quả quản lý điều trị bệnh nhân tại y tế cơ sở được đánh giá bởi các yếu tố thuộc hệ thống y tế, cá nhân người bệnh và sự hỗ trợ của người thân và xã hội, kết quả cho thấy trong 250 bệnh nhân được quản lý điều trị, 88,4% BN được quản lý hiệu quả và 11,6% BN không được quản lý điều trị hiệu quả. Ở người lớn bị THA, việc kiểm soát đến mức độ không THA thông qua điều trị không dùng thuốc và dùng thuốc làm giảm nguy cơ mắc các biến cố tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân từ 20-40%. Khi bệnh nhân đã được chẩn đoán và đưa vào hệ thống quản lý, cần thực hiện các biện pháp dùng thuốc và không dùng thuốc hiệu quả để hạ huyết áp. Cuối cùng, điều trị phải được tuân thủ và điều chỉnh để tối ưu hóa huyết áp và giảm nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch. Để đạt được các mục tiêu trên, mô hình chăm sóc bệnh mãn tính cũng nhấn mạnh vai trò của người bệnh là người

chăm sóc chính cho tình trạng sức khỏe của họ. Bên cạnh đó cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, sự hỗ trợ của gia đình và cộng đồng trong việc tự quản lý [6]. Tình trạng quản lý điều trị hiệu quả chiếm tỷ lệ khá cao cho thấy sự phối hợp cao giữa bệnh nhân và hệ thống y tế, mối quan hệ này rất quan trọng trong việc hỗ trợ bệnh nhân quản lý bệnh THA của họ qua những lần khám, tư vấn và điều chỉnh trong kế hoạch điều trị, với mục tiêu đạt được sự chăm sóc tối ưu.

Tỷ lệ tuân thủ điều trị và thay đổi lối sống, giảm hành vi nguy cơ của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao (>95%), tương tự với nghiên cứu của Trần Đức Sĩ với tỷ lệ bệnh nhân tự đánh giá tuân thủ điều trị tốt là 91,73% [4], và tương tự với kết quả nghiên cứu can thiệp của Lê Quang Thọ, sau can thiệp tỷ lệ người bệnh THA có thực hành cả 9 biện pháp điều trị bệnh THA chiếm 91,4% [2]. Ngoài tuân thủ điều trị bằng thuốc hạ áp, thực hành thay đổi hành vi lối sống, điều chỉnh chế độ dinh dưỡng, giảm muối, cai thuốc lá, hạn chế rượu bia, tăng cường hoạt động thể lực đóng góp quan trọng trong duy trì huyết áp mục tiêu, tỷ lệ này đạt 97,2% nhóm BN tham gia nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng BN có độ tuổi từ 70 – 79 và <70 tuổi có khả năng được quản lý điều trị THA cao hơn lần lượt là 8,00 lần và 6,80 lần so với nhóm BN có độ tuổi > 80. Người cao tuổi có những vấn đề nghiêm trọng như dùng quá nhiều thuốc một cách không hợp lý, tương tác thuốc và không tuân thủ phác đồ điều trị. Vì thế việc quản lý điều trị cho những bệnh nhân cao tuổi sẽ gặp nhiều khó khăn và có thể khó đạt được hiệu quả, và cần sự kiên trì phối hợp của cả nhân viên y tế, người thân và xã hội. Tương tự như vậy, những người có bệnh kèm theo sẽ có những vấn đề về dùng thuốc, tương tác thuốc và tuân thủ điều trị, tình trạng quản lý điều trị THA ở BN không có bệnh kèm theo trong nghiên cứu này có hiệu quả cao hơn 3,21 lần so với những người có bệnh kèm theo.

Thay đổi lối sống được khuyến cáo là phương pháp điều trị đầu tiên cho tất cả bệnh nhân tăng huyết áp. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng kiểm soát cân nặng, áp dụng các phương pháp tiếp cận chế độ ăn uống để ngăn chặn tình trạng tăng huyết áp, hạn chế natri trong chế độ ăn, tăng mức độ hoạt động và hạn chế uống rượu là những công cụ hiệu quả trong điều trị tăng huyết áp [7, 8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra mối liên quan giữa không hút thuốc lá, có hoạt động thể dục và tình trạng

quản lý điều trị hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Trong tổng số BN THA được quản lý điều trị, 88,4% BN được quản lý hiệu quả và 11,6% BN không được quản lý điều trị hiệu quả. Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa hiệu quả quản lý điều trị THA và nhóm tuổi, thời gian điều trị THA, bệnh kèm theo, hút thuốc lá và hoạt động thể lực. BN có độ tuổi từ 70 – 79 và <70 tuổi có khả năng được quản lý điều trị THA cao hơn lần lượt là 8,00 lần và 6,80 lần so với nhóm BN có độ tuổi > 80. BN có thời gian điều trị THA > 5 năm có khả năng được quản lý điều trị THA hiệu quả cao hơn 3,09 so với những người có thời gian điều trị THA < 5 năm. BN không có bệnh kèm theo có khả năng được quản lý điều trị THA hiệu quả cao hơn 3,21 lần so với những người có bệnh kèm theo. BN không hút thuốc lá có khả năng được quản lý điều trị THA hiệu quả cao hơn 11,91 lần so với những người có hút thuốc lá. BN không hoạt động thể lực có khả năng được quản lý điều trị hiệu quả cao hơn 6,89 lần so với những người có hoạt động thể lực.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế**, Điều tra quốc gia về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm năm 2015, chủ biên, 2016.
- Lê Quang Thọ**, Đánh giá hiệu quả can thiệp trong quản lý tăng huyết áp tại huyện Hạ Hòa, tỉnh Phú Thọ, Trường Đại học Y Hà Nội, 2019.
- Sở Y tế tỉnh Quảng Ninh**, Hạn chế bệnh không lây nhiễm - Cần kết hợp nhiều giải pháp, truy cập ngày Sep 17-2021, tại trang web http://www.soytequangninh.gov.vn/GD_WS/Tintuc_Chitiet.aspx?NewsId=11112, 2020.
- Trần Đức Sĩ, Nguyễn Hùng, Phan Kim Mỹ và cs**, (2020), "Tuân thủ điều trị tăng huyết áp bằng thuốc của bệnh nhân ngoại trú tại khoa tim mạch PKĐK Hoàn Mỹ Sài Gòn", Tạp chí Y học Việt Nam, 2020, 500(1), tr. 39-44.
- WHO**, Hypertension, truy cập ngày March 2-2021, tại trang web <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
- R. M. Carey, P. Muntner, H. B. Bosworth, et al**, "Prevention and Control of Hypertension: JACC Health Promotion Series", J Am Coll Cardiol, 2018, 72(11), tr. 1278-1293.
- A. V. Chobanian, G. L. Bakris, H. R. Black, et al**, "The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report", Jama, 2003, 289(19), tr. 2560-72.
- G. A. Kelley, K. S. Kelley**, "Progressive resistance exercise and resting blood pressure : A meta-analysis of randomized controlled trials", Hypertension, 2000, 35(3), tr. 838-43.
- S. D. Pierdomenico, M. Di Nicola, A. L. Esposito, et al**. "Prognostic value of different indices of blood pressure variability in hypertensive patients", Am J Hypertens, 2009, 22(8), tr. 842-7.