

KÝ HIỆU VIẾT TẮT

BMI	Body Mass Index/ Chỉ số khối cơ thể
ĐTĐ	Đái tháo đường
HA	Huyết áp
HATT	Huyết áp tâm thu
HATTr	Huyết áp tâm trương
HDL	High Density Lipoprotein
ISH	International Society of Hypertention (Hiệp hội tăng huyết áp quốc tế)
JNC	Join National Committe (Ủy ban phòng chống tăng huyết áp Hoa Kỳ)
LDL	Low Density Lipoprotein
R-A-A	Renin-Angiotensin-Aldosterone
THA	Tăng huyết áp
TBMMN	Tai biến mạch máu não
WHO	W orld Heathly Organization/ Tổ chức Y tế Thế giới

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp (THA) là bệnh lý thường gặp, đã ảnh hưởng lên khoảng 1 tỷ người trên thế giới. Cùng với sự phát triển đời sống xã hội, khi tuổi thọ con người càng tăng cùng với tình trạng béo phì tăng lên, thì tần suất THA cũng tăng theo. Các dữ kiện gần đây của nghiên cứu Framingham cho thấy người có huyết áp bình thường ở tuổi 55, sẽ có 90% nguy cơ phát triển THA trong tương lai[33]. Một thống kê tại Mỹ (2007) cho thấy có khoảng 72 triệu người bị THA [34].

Theo Tổ chức Y tế thế giới năm 1978, trên thế giới tỷ lệ mắc bệnh THA chiếm khoảng 10% - 15% dân số và ước tính đến 2025 là 29%. Tại Hoa Kỳ, hàng năm chi phí cho phòng, chống bệnh THA trên 259 tỷ đô la Mỹ [4]

Tại Việt Nam, thống kê cũng đã cho thấy tần suất THA cũng gia tăng. Phạm Gia Khải và cộng sự nghiên cứu tỷ lệ mắc bệnh THA ở cộng đồng năm 1998 là 16,09% [22], năm 2001-2002 là 16,32%[16], Tô văn Hải và cộng sự năm 2002 tỷ lệ mắc bệnh THA ở cộng đồng là 18,69%[21]. Tại Huế, thống kê cho thấy tỷ lệ THA tại bệnh viện Trung Ương Huế năm 1980 là 1%, năm 1990 là 10%, 2007 là 21% [23]. Theo kết quả nghiên cứu của Hồ Thanh Tùng [11], tỷ lệ THA của Thành phố Hồ Chí Minh năm 2004 là 20,5%. Ngược với tình trạng THA ngày càng gia tăng, sự nhận thức, điều trị dự phòng và kiểm soát của nhiều người bệnh ở nhiều nước và Việt Nam còn chưa đầy đủ. Điều đó dẫn đến biến chứng của bệnh đang ngày càng gia tăng, như trong nghiên cứu của Đào Duy An [1] chỉ có 17,8% bệnh nhân biết THA nhờ khám định kỳ. Về hậu quả của THA là TBMMN, Hoàng Khánh ghi nhận trong 1179 bệnh nhân TBMMN có đến 805 trường hợp do THA (68,28%), nhận thấy tỷ lệ không biết THA ở thể xuất huyết và thể nhồi máu não tương ứng là 80,32% và 64,4%, biết nhưng điều trị không đúng cách tương ứng là 90,16 và 75% . [24].

Mối tương quan giữa THA và các biến chứng như nhồi máu cơ tim, suy tim, đột quỵ và suy thận là liên tục và có tính độc lập với các nguy cơ khác. Điều trị bệnh THA không đơn thuần làm huyết áp về trị số bình thường , mà phải đánh giá toàn bộ các yếu tố nguy cơ tim mạch, như: đái tháo đường, béo phì, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu.... Vì tính chất nghiêm trọng của vấn đề, nhóm chúng em tiến hành đề tài: ***“Khảo sát tình hình tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành trong độ tuổi 25-60 tại phường Phú Hội, thành phố Huế năm 2012”*** với 3 mục tiêu sau :

- 1. Xác định tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp ở những người trong độ tuổi 25-60 tuổi ở phường Phú Hội, thành phố Huế năm 2012.**
- 2. Tìm hiểu sự hiểu biết của người dân về bệnh tăng huyết áp.**
- 3. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan ảnh hưởng đến bệnh tăng huyết áp.**

PHẦN I

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Cơ sở lý luận chính đã được áp dụng

1.1.1. Định nghĩa tăng huyết áp

Theo Tổ chức Y tế Thế giới và Hiệp hội Tăng huyết áp quốc tế thì ở người trưởng thành [7], [8], [30]

- Huyết áp bình thường khi HATT < 140 mmHg và HATTr < 90 mmHg
- THA nếu HATT > 140 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg

1.1.2. Phân độ tăng huyết áp

* Theo WHO/ISH (2003) thì THA chia làm 3 độ như sau: [8], [10], [11], [30]

Bảng 1: Phân độ tăng huyết áp theo WHO/ISH năm 2003

Phân độ THA	Huyết áp (mmHg)	
	Tâm thu	Tâm trương
THA độ I	140 – 159	90 – 99
THA độ II	160 – 179	100 – 109
THA độ III	≥ 180	≥ 110

* Theo JNC VII (2003) [13]:

Bảng 2: Phân độ tăng huyết áp theo JNC VII năm 2003

Phân độ THA	Huyết áp (mmHg)	
	Tâm thu	Tâm trương
Bình thường	< 120	< 80
Tiền THA	120 – 139	80 – 89
THA độ I	140 – 159	90 – 99
THA độ II	≥ 160	≥ 100

* Theo Hội Tim mạch Việt Nam [12]

Bảng 3: Phân độ tăng huyết áp tại Việt Nam hiện nay

Phân loại	Huyết áp (mmHg)	
	Tâm thu	Tâm trương
HA tối ưu	<120	<80
HA bình thường	120 – 129	80 – 84
HA bình thường cao	130 – 139	85 – 89
THA độ 1 (nhẹ)	140 – 159	90 – 99
THA độ 2 (trung bình)	160 – 179	100 - 109
THA độ 3 (nặng)	≥180	≥110
THA tâm thu đơn độc	≥140	<90

1.1.3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của THA:

*** THA nguyên phát: [14]**

Trên 90% trường hợp THA không rõ nguyên nhân [15], cơ chế bệnh sinh vẫn chưa được xác định rõ ràng, có các yếu tố sau được cho rằng có liên quan đến THA [8]:

- Tăng hoạt động thần kinh giao cảm

Tăng hoạt động thần kinh giao cảm sẽ làm tim ở trạng thái tăng động do tăng hoạt động của tim dẫn đến tăng cung lượng và tăng tần số tim. Toàn bộ hệ thống động mạch ngoại vi và động mạch thận bị co thắt, làm tăng sức cản ngoại vi để lại hậu quả cuối cùng là THA động mạch. [8]

Sơ đồ cơ chế bệnh sinh THA do tăng hoạt động thần kinh giao cảm và tăng cung lượng tim

Tăng hoạt động
Thần kinh giao cảm

Tăng cung
lượng tim

Tăng huyết áp hệ
Thống động mạch

Co thắt động mạch
ngoại vi

- Tác dụng co mạch của Adrenalin và Noradrenalin

Hai chất này do tuỷ thượng thận bài tiết ra, khi hệ giao cảm bị kích thích. Adrenalin có tác dụng co mạch dưới da nhưng lại làm giãn mạch vành, mạch não, mạch cơ vân nên chỉ làm THA tối đa. Noradrenalin làm co mạch toàn thân nên làm tăng cả HA tối đa và HA tối thiểu[19].

- Vai trò của hệ RAA: Renin – Angiotensin – Andosteron [8], [13]

Hệ Renin-Angiotensin-Aldosterone là một hệ thống các hormon làm nhiệm vụ điều hòa cân bằng huyết áp và dịch ngoại bào trong cơ thể người. Khi thể tích máu trong cơ thể người hạ thấp khiến huyết áp giảm, thận sẽ bài tiết một men có tên là renin. Renin sẽ kích thích sự sản sinh angiotensin gây co mạch máu dẫn đến việc tăng huyết áp. Angiotensin cũng kích thích sự chế tiết hormon aldosterone từ lớp cầu vỏ thượng thận. Aldosterone làm tăng tái hấp thu nước và ion Na^+ ở các tế bào biểu mô ống thận dẫn tới tăng thể tích máu và làm tăng huyết áp.

- Giảm chất điều hòa HA

Prostaglandin E2 và Kali Krein ở thận có chức năng sinh lý là điều hoà huyết áp, hạ Canxi máu, tăng Canxi niệu khi chất này bị ức chế hoặc thiếu gây THA.

- Ảnh hưởng của Natri

Natri có vai trò trong bệnh THA cả trên thực nghiệm và trong điều trị.

Trong điều kiện bình thường các hormon và thận sẽ hiệp đồng để thải Natri làm cho lượng Natri trong máu ổn định. Hiện tượng ứ Natri xảy ra khi lượng Natri sẽ tăng giữ nước, hệ thống mạch sẽ tăng nhạy cảm với Angiotensin và Noradrenalin gây THA. [13]

*** THA thứ phát**

Khoảng 10% trường hợp THA có nguyên nhân rõ ràng như:

- Do thận (nhu mô thận, do dị dạng động mạch thận, u tủy thượng thận, ...)

Bệnh thận ở nhu mô thận đều có thể gây THA thứ phát. Cơ chế gây THA do thận liên quan đến thể tích lòng mạch hoặc tăng hoạt động Renin - Angiotensin- Aldosteron, giảm sản xuất chất giãn mạch cần thiết (có thể là Prostaglandin hoặc Bradykinin) giảm bất hoạt các chất giãn mạch hoặc kém thải trừ Natri nên Natri bị giữ lại làm THA. [17].

THA do bệnh mạch thận là do giảm tưới máu nhu mô thận, do hẹp nhánh chính hoặc nhánh phụ động mạch thận dẫn đến hoạt hóa hệ RAA, Angiotensin II được giải phóng gây co mạch trực tiếp. [13]

U tủy thượng thận là nguyên nhân hiếm gặp gây THA (chiếm 1-2%). Là khối u tế bào ưa crôm sản xuất và phóng thích ra lượng lớn Catecholamine. [17]

THA do thận còn do một số nguyên nhân như là tiểu đường thận, bệnh thận đa nang, bệnh cầu thận....

- Do cường Aldosteron và hội chứng Cushing

Angiotensin II kích thích làm tăng Aldosteron gây giữ Natri bằng cách kích thích sự trao đổi Natri và Kali ở ống thận gây giữ nước làm tăng thể tích tuần hoàn gây THA. Cường Aldosteron có thể do khối u hoặc quá sản vỏ thượng thận hai bên. [13]

- Hẹp eo động mạch chủ

Chỉnh lề các trang bên dưới như trang 8

Đường kính động mạch chủ có thể bị nhỏ hoặc bị thắt ở trên bất kỳ vị trí nào của động mạch nhưng hay gặp nhất ở đoạn dưới nơi xuất phát của động mạch dưới đòn trái. Trong hẹp eo động mạch chủ gây THA ở chi trên trong khi lại hạ HA ở chi dưới.

- Ở phụ nữ có thai

Bệnh THA xuất hiện nặng lên trong thời kỳ có thai gây tử vong cho bà mẹ và thai nhi. Tỷ lệ tử vong của mẹ là 10%, của con là 33% [19]

- Sử dụng Estrogen

Cơ chế do tăng hoạt động hệ RAA do estrogen kích thích tổng hợp angiotensin và làm tăng angiotensin II làm cường aldosteron thứ phát. [8].

- Các nguyên nhân khác:

Ngoài những nguyên nhân trên thì THA còn có thể do một số nguyên nhân khác như cường cận giáp, các vấn đề về tuyến giáp, ngưng thở khi ngủ, bệnh béo phì...

1.1.4. Những yếu tố nguy cơ

-Béo phì

Theo nghiên cứu của Trung tâm Kiểm soát và phòng ngừa bệnh cho thấy tăng cân lên đến 60% và hậu quả của béo phì là THA và rối loạn lipid máu, rối loạn chuyển hóa, bệnh mạch vành. Tại Mỹ, béo phì chiếm 15% dân chúng và là nguyên nhân của 20-30% trường hợp THA.

Chỉ số BMI (chỉ số khối cơ thể):

Các nghiên cứu cho thấy nếu giảm 10% BMI, huyết áp sẽ giảm trung bình từ 8-12mmHg.

Tesfaye F. tiến hành nghiên cứu tại 3 nước Việt Nam, Ethiopia và Indonesia (2003-2004) và kết luận rằng chỉ số BMI có liên quan đến chỉ số huyết áp, đặc biệt người béo phì có BMI $\geq$ 25

Theo Phạm Gia Khải và cộng sự điều tra 7.610 người tại Hà Nội (4/1998 – 1999) thấy chỉ số BMI $\geq$ 22 có nguy cơ THA.

-Đái tháo đường

Đái tháo đường và THA thường phối hợp với nhau, đặc biệt tần suất cao ở đái tháo đường type 2.

Tỷ lệ THA ở người đái tháo đường cao gấp 1,5-2 lần so với người bình thường (35% nam và 46% nữ bị đái tháo đường có kèm THA). THA và tăng đường máu là các yếu tố nguy cơ độc lập đối với các vấn đề bệnh lý mạch máu. Các nghiên cứu gần đây cho thấy can thiệp tích cực nhờ kiểm soát huyết áp sẽ làm giảm đáng kể nguy cơ và thậm chí có hiệu quả hơn việc kiểm soát đường huyết.

-Hút thuốc lá

Hút thuốc lá cũng là một yếu tố nguy cơ của THA. Trong thuốc lá có hàng ngàn chất hóa học khác nhau, gồm những chất gây nghiện, hỗn hợp chất màu nâu, chất độc dạng khí đặc biệt Nicotine có khả năng gây co mạch và kích thích tăng tiết Cathecholamine, Carbonoxyd và các chất khác sẽ làm tổn thương nội mạc thành mạch. Thực nghiệm của Maslova năm 1958 trên súc vật cho thấy Nicotine trong thuốc lá làm THA.

Nguy cơ bệnh lý mạch vành ở những người THA hút thuốc lá cao hơn khoảng 50-60% ở những người không hút thuốc lá

Tỷ lệ hút thuốc lá nhiều (>8 điếu/ ngày) ở người THA cao hơn người bình thường (theo nghiên cứu của Trần Đỗ Trinh về dịch tễ học THA 1989-1992).

-Ăn mặn

Trong các nguyên nhân gây THA, tước hết người ta thường đề cập đến vấn đề ăn mặn. Mỗi ngày, một người bình thường cần khoảng 6g muối mặn, nhưng do thói quen và khẩu vị nên có người sử dụng muối mặn có

thể lên đến 10g hoặc hơn trong một ngày. Việc ăn quá nhiều muối dẫn đến tình trạng vượt quá khả năng điều chỉnh của các hormone và dẫn đến THA.

-Uống rượu bia

Rượu bia có tác dụng giãn mạch ngay tức thì, nhưng thông thường nó làm gia tăng huyết áp. Sự lạm dụng rượu bia mãn tính là một yếu tố xác định THA với sự liên quan của liều uống này và một tỷ lệ tử vong tim mạch. Nguy cơ THA tăng gấp 2 lần khi uống rượu quá 3-4 ly một ngày. Sự tiêu thụ vừa phải đồ uống có cồn có thể được khuyến để giảm tần suất mắc bệnh.

-Tiền sử gia đình

Một số gia đình có khuynh hướng dễ mắc THA, nếu ba mẹ có mắc THA thì nguy cơ con cái mắc THA là 50%. Nhiều nghiên cứu dịch tễ cho thấy không phải ai cũng mắc THA mà những người có yếu tố di truyền mới có nguy cơ cao. Người có đề kháng Insulin có gen gây THA.

Ngoài ra còn nhiều yếu tố nguy cơ khác có thể dẫn đến hoặc làm dễ cho THA.

1.1.5. Biểu hiện THA

-Lâm sàng

Bệnh nhân bị THA đa số đều không có triệu chứng gì cho tới khi phát hiện ra bệnh. Hay gặp nhất đau đầu vùng chẩm và hai bên thái dương, ngoài ra có thể có hồi hộp, mệt, khó thở, mờ mắt, tê đầu chi..., một số các triệu chứng khác tùy thuộc vào nguyên nhân hoặc biến chứng của THA. [17]

Đo huyết áp là động tác quan trọng nhất có ý nghĩa chẩn đoán xác định.

Ngoài ra, còn có các dấu hiệu lâm sàng khác như : bệnh nhân có thể béo phì, mặt tròn, cơ chi trên phát triển hơn cơ chi dưới trong hẹp eo động mạch chủ, các biểu hiện xơ vữa động trên gia (u vàng, u mỡ...)

Khám tim phổi có thể phát hiện sớm dày thất trái hay dấu hiệu suy tim trái. Sờ và nghe động mạch để phát hiện các trường hợp nghẽn hay tắc động mạch cảnh.

Khám bụng có thể phát hiện tiếng thổi tâm thu hai bên rốn, trong hẹp động mạch thận, phồng động mạch chủ hoặc phát hiện thận to, thận đa nang.

Khám thần kinh có thể phát hiện các tai biến mạch máu não cũ hoặc nhẹ

- Cận lâm sàng

Mục đích của cận lâm sàng là để đánh giá nguy cơ tim mạch, tổn thương thận và tìm nguyên nhân của THA.

+ Những xét nghiệm tối thiểu

* Máu: công thức máu, ure, creatinin, điện giải đồ, cholesterol toàn phần, HDL - C, LDL - C, glucose, acid uric trong máu.

* Nước tiểu: protein, hồng cầu...

* Soi đáy mắt, điện tâm đồ, X quang tim, siêu âm tim...

+ Những xét nghiệm hay trắc nghiệm đặc biệt

* Đối với THA thứ phát hay THA khó xác định nghi ngờ có bệnh mạch thận: chụp UIV nhanh, thận đồ.

* U tuỷ thượng thận định lượng catecholamin nước tiểu 24h

1.1.6. Tổn thương cơ quan đích

- Tim

Suy tim và bệnh mạch vành là hai biến chứng chính và nguyên nhân gây tử vong hàng đầu đối với THA: dày thất trái gây suy tim toàn bộ, suy mạch vành gây nhồi máu cơ tim, phù phổi cấp....[18] THA thường xuyên làm cho thất trái to ra, dần dần gây giãn thất trái, sức co bóp của tim từ đó cũng bị giảm dẫn đến suy tim, ban đầu là suy tim trái, rồi suy tim phải và cuối cùng là suy tim toàn bộ. Biểu hiện lâm sàng là bệnh nhân mệt mỏi, khó thở khi gắng sức và nếu THA kéo dài tiếp tục thì sẽ khó thở cả khi nghỉ ngơi.

Ngoài ra da xanh, phù, tím tái... cũng là những biểu hiện của THA ảnh hưởng đến tim.

- Não

Tai biến mạch máu não hay gặp trong chứng THA: nhũn não, xuất huyết não dẫn đến tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề. Có thể chỉ gặp tai biến mạch máu não thoáng qua nhưng có thể là bệnh não do THA với các triệu chứng lú lẫn, hôn mê kèm co giật, đau đầu dữ dội...[18].

- Thận

Xơ vữa động mạch thận sớm và nhanh có thể là tổn thương do THA. Ngoài ra THA dẫn đến xơ thận gây suy thận dần dần.

Hoại tử dạng tơ huyết tiểu động mạch thận gây THA ác tính.

Giai đoạn cuối thiếu máu cục bộ nặng ở thận sẽ dẫn đến nồng độ Renin và Angiotensin II trong máu tăng gây cường Andosteron thứ phát.

- Mạch máu

Mạch máu có thể bị xơ vữa động mạch[32], phòng động mạch chủ do THA gây nên, nguyên nhân do mạch máu thường xuyên phải chịu một áp lực lớn.

- Mắt

THA ảnh hưởng đến mắt, đáy mắt là vùng dễ bị tổn thương do THA, khi soi đáy mắt có thể thấy được tổn thương. Theo Keith Wagener Barker thì có 4 giai đoạn tổn thương đáy mắt do THA [8]

Giai đoạn I: Tiểu động mạch cứng và bóng

Giai đoạn II: Tiểu động mạch hẹp có dấu hiệu bất chéo tĩnh mạch

Giai đoạn III: Xuất huyết và xuất tiết võng mạc nhưng chưa có phù gai thị

Giai đoạn IV: Phù lan tỏa gai thị

1.2.Những kết quả chính của những nghiên cứu trước đây

1.2.1.Tình hình bệnh THA và những nghiên cứu bệnh THA ở một số nước trên thế giới

Bệnh THA trong cộng đồng ngày càng gia tăng, và hiện nay đang ở mức cao, đặc biệt ở các nước đang phát triển.

Điều tra tại Hoa Kỳ năm 1999-2000 trên đối tượng người trưởng thành cho thấy tỷ lệ huyết áp bình thường là 39%, 31% ở mức tiền THA, và 29% là THA[34]. Tỷ lệ hiện mắc hiệu chỉnh theo tuổi là 39% ở nam và 23,1% ở nữ.

THA được coi là nguyên nhân chủ yếu hoặc yếu tố nguy cơ chính dẫn đến 11,4% ca tử vong tại Mỹ năm 2003. Trong vòng 10 năm (1993-2003), tỷ lệ tử vong do THA tăng 29,3% và số ca tử vong tăng 56,1%. Năm 1999 có tới 37,5 triệu lượt bệnh nhân đến khám vì THA tại Mỹ.

Đã có nhiều nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới về THA: tỷ lệ THA tại Canada (1995) 22%, Mêhico (1998) 19,8%, Tây Ban Nha (1996) 30%, Trung Quốc (2001) 27%, Thái Lan (2001) 20,5%, Singapo (1998) 26,6%, Châu Phi (2007) 21,3% [31]

Phân tích tổng hợp khác trên các thử nghiệm phòng tiên phát bệnh mạch vành cho thấy: thay đổi các nguy cơ về lối sống (hút thuốc, rượu bia, chế độ luyện tập thể dục, chế độ ăn...) đã có tác dụng làm giảm huyết áp tâm thu xuống 3,9 mmHg và giảm huyết áp tâm trương xuống 2,9mmHg thêm ngoài tác dụng của thuốc hạ huyết áp.

Các biện pháp can thiệp yếu tố nguy cơ thông qua tư vấn cơ hiệu quả nhiều hơn trong việc giảm yếu tố nguy cơ và cũng giảm tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân THA có nguy cơ cao.

1.2.2. Nghiên cứu về bệnh THA ở Việt Nam (1982, 1999, 2001-2002,...), ở một số vùng, tỉnh

Năm 1982, theo điều tra chung, tỷ lệ THA chung là 1,95% và ở người trên 60 tuổi là 9,2%[9]

Năm 1999, theo điều tra của Phạm Gia Khải và cộng sự, tỷ lệ THA ở Việt Nam là 16,05%[1]. Năm 2002, theo điều tra của Viện Tim mạch TW, tỷ lệ THA là 23,3%[16]

Năm 2001-2002, theo điều tra của Viện Tim mạch Việt Nam về tần suất và các yếu tố nguy cơ THA tại các tỉnh miền Bắc Việt Nam (trên 5012 người) cho thấy tỷ lệ THA ở người trưởng thành là 16,5% trong đó THA độ I là 10,2%, độ II là 4,2% và độ III là 1,9%. Các yếu tố nguy cơ của THA là cao tuổi, giới nam, hút thuốc lá, béo phì, ăn mặn, rối loạn đường máu, rối loạn mỡ máu, tiền sử gia đình... Tỷ lệ người dân hiểu biết đúng tất cả các yếu tố nguy cơ về THA chỉ là 23%, trong khi hiểu sai tất cả chiếm 1/3 dân số (44,1% thành thị, 27,1% nông thôn)

Tình hình quản lý bệnh nhân THA ở Việt Nam: Các hoạt động y tế mới chỉ tập trung cao vào công tác điều trị bệnh nhân THA tại bệnh viện, chưa có mô hình phòng, ghi nhận và quản lý THA tại cộng đồng. Công tác tuyên truyền, điều tra dịch tễ bệnh THA tại cộng đồng chưa sâu rộng, việc đào tạo cán bộ chuyên về THA còn hạn chế nên việc nghiên cứu thực trạng bệnh THA, các yếu tố liên quan và hiểu biết của người dân về THA là rất cần thiết trong công tác phòng và chống THA tại cộng đồng.

1.3.Những phương pháp nghiên cứu đã được áp dụng

- Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
- Đo huyết áp trực tiếp trên người được phỏng vấn

PHẦN 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu:

2.1.1 Đối tượng và địa điểm nghiên cứu:

Những người dân có độ tuổi 25-60 tuổi và hiện trú tại Phường Phú Hội- Thành Phố Huế năm 2012.

2.1.2. Thời gian nghiên cứu: Từ ngày 19/11/2012 đến ngày 7/12/2012.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu: n= 130 người

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện những người có độ tuổi 25-60 tuổi sống trong địa bàn phường Phú Hội, thành phố Huế mà cộng tác viên phân công.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin:

2.3.1. Các thông tin cần thu thập:

- Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu:

- Tên/Tuổi/Nghề nghiệp/Giới tính
- Trình độ học vấn
- Tình trạng hôn nhân
- Điều kiện kinh tế

- Mức độ hiểu biết của người dân về bệnh tăng huyết áp

- Biết về bệnh tăng huyết áp hay không
- Mức độ nguy hiểm.
- Biểu chứng
- Cách tiếp nhận thông tin.

- Tiền sử về bệnh tăng huyết áp

- Tiền sử bản thân về tăng huyết áp
- Tiền sử gia đình về bệnh tăng Huyết áp
- Điều trị tăng huyết áp: Có hay không, ở đâu, như thế nào

-Các hành vi sức khỏe liên quan đến bệnh tăng huyết áp

- Hút thuốc lá.
- Uống rượu bia.
- Chế độ ăn nhiều dầu mỡ, ăn mặn.
- Chế độ luyện tập thể dục, thể thao.
- Trạng thái tinh thần.
- Hiểu biết để phòng tránh bệnh tăng huyết áp.

2.3.2.Kỹ thuật thu thập thông tin:

- Phỏng vấn trực tiếp người dân bằng bộ câu hỏi điều tra đã soạn sẵn.
- Đo huyết áp, chiều cao, cân nặng, tính BMI.

2.4.Xử lý và phân tích số liệu:

2.4.1. Phân định các biến nghiên cứu:

2.4.1.1.Phân định các biến định tính

- Biến danh mục: giới tính
- Biến thứ hạng: tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tình trạng kinh tế.
- Biến nhị phân:
 - THA: có hay không.
 - Tiền sử bản thân và gia đình THA: có hay không.
 - Điều trị THA: có hay không.
 - Hút thuốc lá, uống rượu bia: có hay không.
 - Ăn dầu mỡ, ăn mặn: có hay không.
 - Tập thể dục: có hay không.

- Dự phòng THA: có hay không.

2.4.1.2. Phân định các biến định lượng

Biến tỷ suất: Huyết áp, chiều cao, cân nặng.

2.4.1.3. Biến độc lập

Thói quen ăn mặn, ăn dầu mỡ.

2.4.2. Test thiết kế sử dụng:

- Test χ : Là test ý nghĩa thống kê của sự tương quan số liệu về chất.

2.4.3. Phương tiện sử dụng để phân tích số liệu:

Dùng phần mềm SPSS 16.0 để nhập và xử lý số liệu.

2.4.4. Trình bày kết quả nghiên cứu:

Kết quả được trình bày thành bảng cụ thể liên quan tới nội dung nghiên cứu.

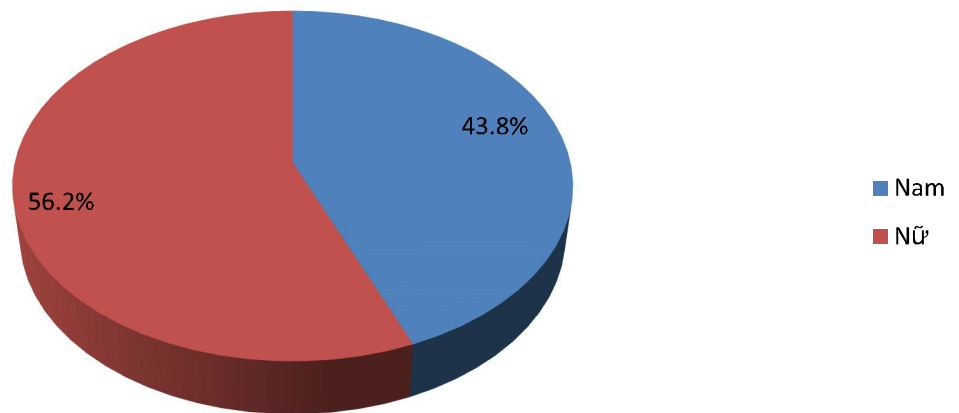
PHẦN 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu

Bảng1 : Phân bố đối tượng theo giới

Giới	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	57	43,8
Nữ	73	56,2

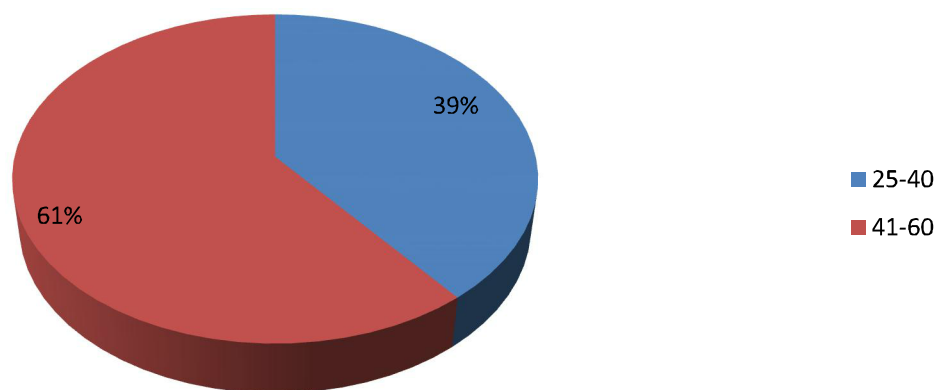


Biểu đồ 1 : Phân bố đối tượng theo giới

Nhận xét: Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, nữ chiếm tỷ lệ 56,2% nhiều hơn nam giới

Bảng2 : Phân bố đối tượng theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
25-40	51	39,23
41-60	79	60,77

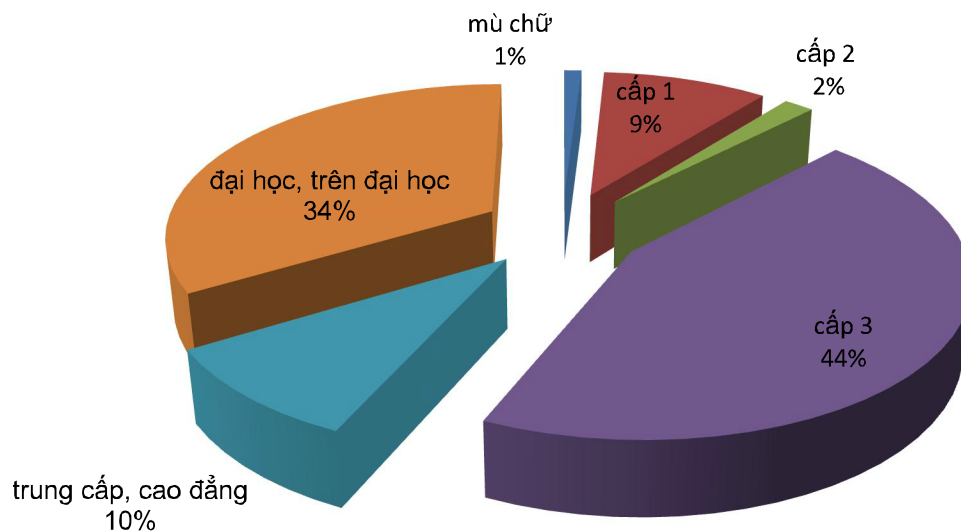


Biểu đồ 2 : Phân bố đối tượng theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trong số 130 đối tượng được phỏng vấn, người trong độ tuổi 41 - 60 chiếm tỷ lệ cao (60,77%), nhóm 25-40 tuổi chiếm ít hơn (39,23%).

Bảng 3: Phân bố đối tượng theo trình độ học vấn

Trình độ học vấn	Số lượng	Tỷ lệ %
Mù chữ	1	0,8
Cấp 1	10	7,7
Cấp 2	28	21,5
Cấp 3	46	35,4
Trung cấp, cao đẳng	10	7,7
Đại học, trên đại học	35	26,9

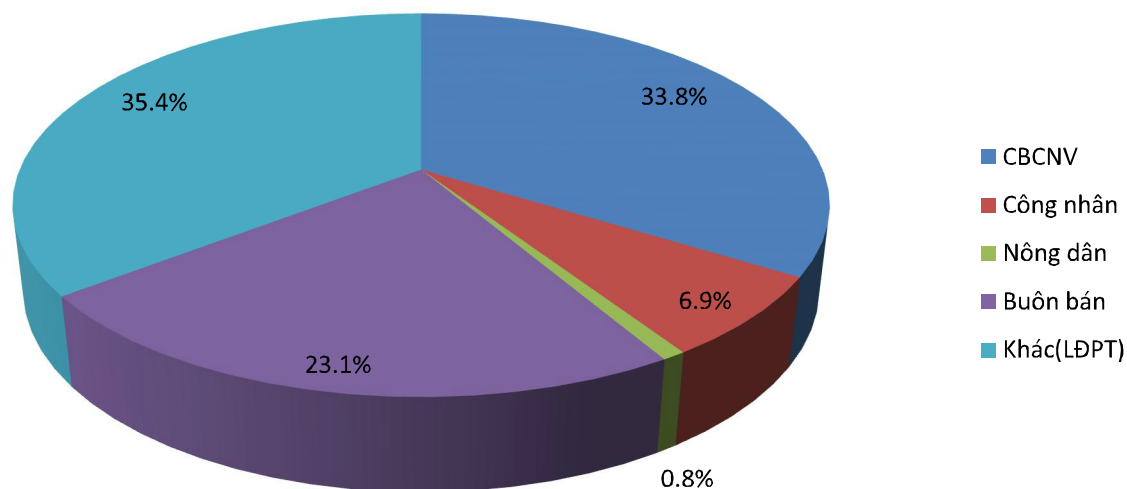


Biểu đồ 3: Phân bố đối tượng theo trình độ học vấn

Nhận xét: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo trình độ học vấn, ta thấy tỷ lệ người có trình độ cấp 3 trở lên khá cao. Trong đó, tỷ lệ cấp 3 cao nhất (35,4%). Tỷ lệ đại học, trên đại học cũng tương đối cao (26,9%). Tuy nhiên vẫn có 1 người trong tổng số 130 người được phỏng vấn mù chữ, chiếm 0,8%.

Bảng 4: Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ %
CBCNV	44	33,8
Công nhân	9	6,9
Nông dân	1	0,8
Buôn bán	30	23,1
Khác	46	35,4



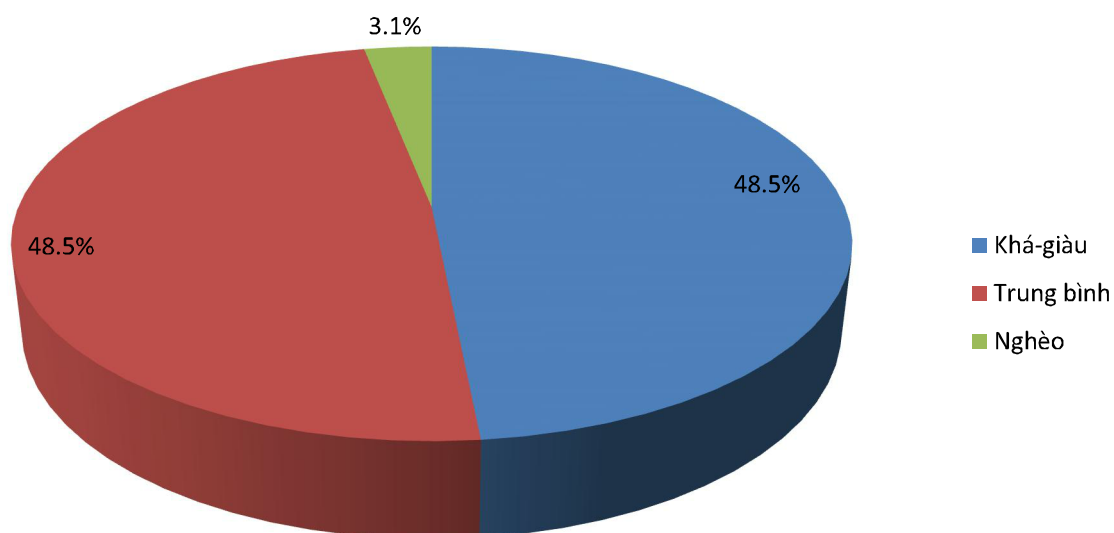
Biểu đồ 4 : Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp

Nhận xét: Nhóm đối tượng được nghiên cứu có sự phân bố theo ngành nghề rất đa dạng. Trong đó:

- Lao động phổ thông chiếm cao nhất (35,4%)
- CBCNV cũng chiếm số đông (33,8%)
- Buôn bán chiếm (23,1%), còn lại công nhân chiếm phần nhỏ (6,9%), nông dân chiếm ít nhất (0,8%)

Bảng 5 : Phân bố đối tượng theo tình trạng kinh tế

Tình trạng kinh tế	Số lượng	Tỷ lệ %
Khá-giàu	63	48,5
Trung bình	63	48,5
Nghèo	4	3,1
Tổng	130	100

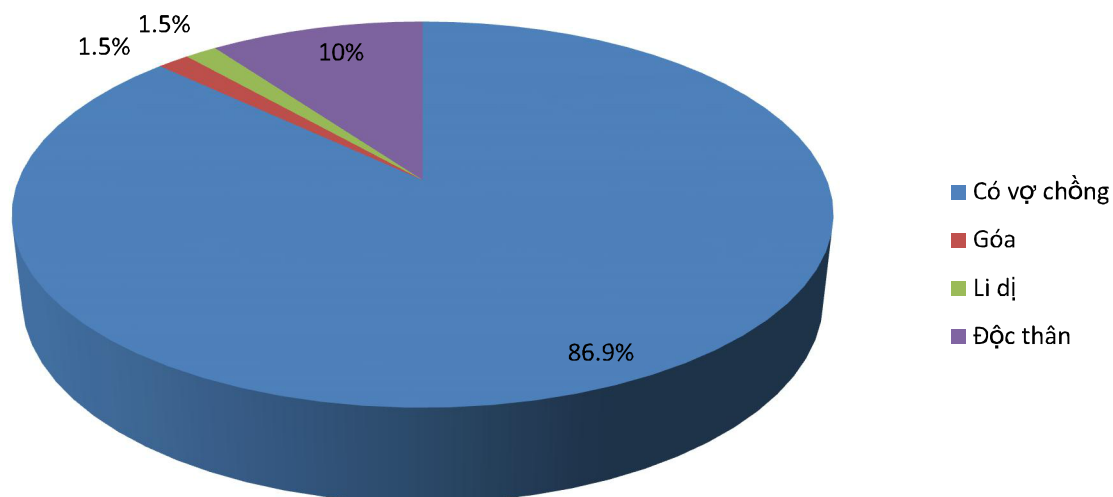


Biểu đồ 5: Phân bố đối tượng theo tình trạng kinh tế

Nhận xét: Nhìn chung dân cư sống khá đầy đủ, nhóm khá – giàu và nhóm trung bình chiếm tỷ lệ cao (48,5%), nghèo chỉ chiếm 3,1%.

Bảng 6: Phân bố đối tượng theo tình trạng hôn nhân

Tình trạng hôn nhân	Số lượng	Tỷ lệ %
Có vợ, chồng	113	86,9
Góa	2	1,5
Li dị	2	1,5
Độc thân	13	10



Biểu đồ 6 : Phân bố đối tượng theo tình trạng hôn nhân

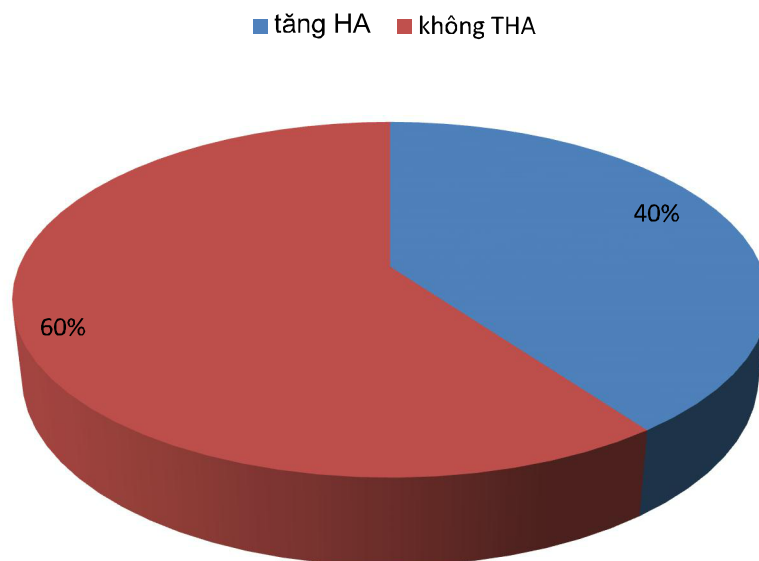
Nhận xét: Hầu hết đối tượng nghiên cứu đều có vợ (chồng) (86,9%), người độc thân chiếm 10%, còn lại số ít là góa và li dị (1,5%).

3.2. Tình trạng THA

Bảng 7: Tình hình tăng huyết áp chung

THA	N	Tỷ lệ %
Có THA	52	40
Không THA	78	60

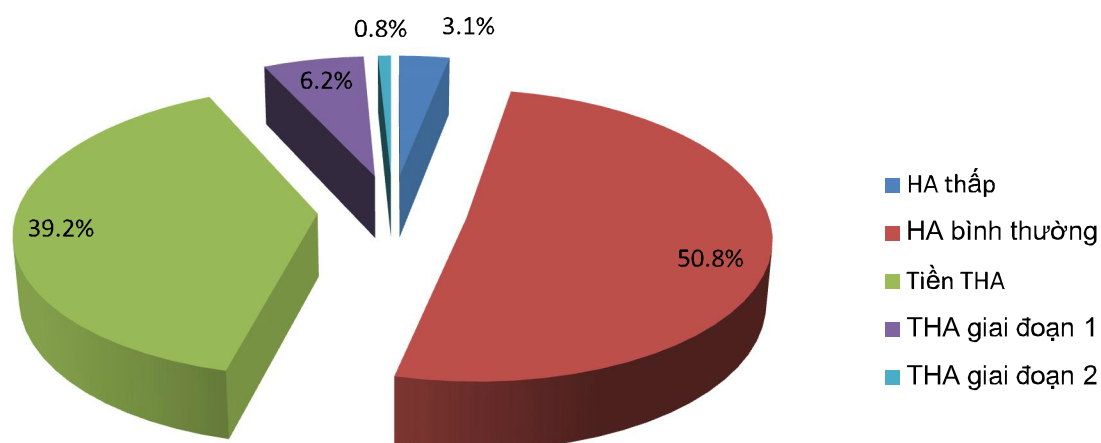
Nhận xét: Tỷ lệ có tăng huyết áp trong nhóm được nghiên cứu chiếm 40%.



Biểu đồ 7: Tình hình tăng huyết áp chung

Bảng 8: Các phân độ huyết áp

Phân độ huyết áp	Số lượng	Tỷ lệ
HA thấp	4	3,1
Bình thường	66	50,8
Tiền THA	51	39,2
THA gđ 1	8	6,2
THA gđ 2	1	0,8



Biểu đồ 8: Các phân độ huyết áp

Nhận xét: Trong số 130 đối tượng được nghiên cứu, có 66 người huyết áp bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (50,8%). Số người tiền THA cũng chiếm tỷ lệ cao (39,2%). Số người THA giai đoạn 1 chiếm 6,2%, THA giai đoạn 2 chiếm tỷ lệ nhỏ (0,8%).

Bảng 9: Chỉ số trung bình của HATT, HATTr theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	N	HATT($X \pm sd$)mmHg	HATTr($X \pm sd$)mmHg
25-40	51	111,02 $\pm$ 11,19	72,25 $\pm$ 8,85
41-60	79	121,28 $\pm$ 11,871	78,76 $\pm$ 9,743
Chung	130	117,25 $\pm$ 12,613	76,21 $\pm$ 9,895

Nhận xét: Chỉ số trung bình của HATT và HATTr ở nhóm 25-40 tuổi thấp hơn nhóm 41-60 tuổi và thấp hơn chỉ số trung bình chung.

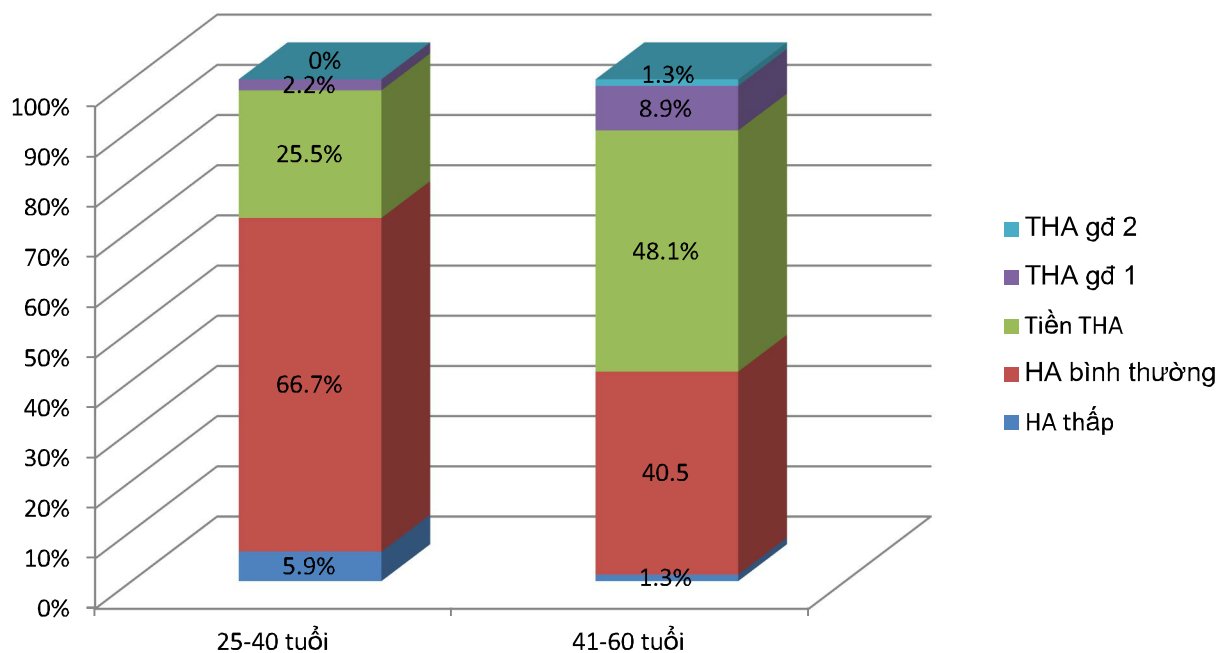
Bảng 10: Chỉ số trung bình HATT, HATTr theo giới

Giới	N	HATT($X \pm sd$)mmHg	HATTr($X \pm sd$)mmHg
Nam	57	121,56 $\pm$ 10,631	79,44 $\pm$ 9,625
Nữ	73	113,89 $\pm$ 13,087	73,68 $\pm$ 9,416
Chung	130	117,25 $\pm$ 12,513	76,21 $\pm$ 9,895

Nhận xét: Chỉ số HATT và HATTr trung bình ở nam cao hơn chỉ số HATT và HATTr trung bình ở nữ. Đáng chú ý là trị số HATT trung bình ở nam nằm trong khoảng giá trị tiền THA (121,56 $\pm$ 10,631 mmHg).

Bảng 11: Các phân độ huyết áp theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi THA	25-40		40-60	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
HA thấp	3	5,9	1	1,3
Bình thường	34	66,7	32	40,5
Tiền THA	13	25,5	38	48,1
THA gđ1	1	2,2	7	8,9
THA gđ2	0	0	1	1,3
THA chung	1	2,2	8	10,2
Tổng	51	100	79	100



Biểu đồ 9: Các phân độ HA theo nhóm tuổi

Nhận xét: Ở nhóm người trẻ (25-40 tuổi) tỷ lệ người THA giai đoạn 1 ít hơn so với ở nhóm người già (41-60 tuổi). Tuy nhiên, ở nhóm người trẻ số người có tiền THA cũng chiếm tỷ lệ không nhỏ (25,5%). Nhóm người trẻ có tỷ lệ HA bình thường cao nhất (66,7%) và không có người THA giai đoạn 2.

Ở nhóm người già, tỷ lệ tiền THA rất cao (48,1%), THA giai đoạn 1 chiếm 8,9% và THA giai đoạn 2 chiếm 1,3%.

Bảng 12: Phân độ HA theo nhóm BMI

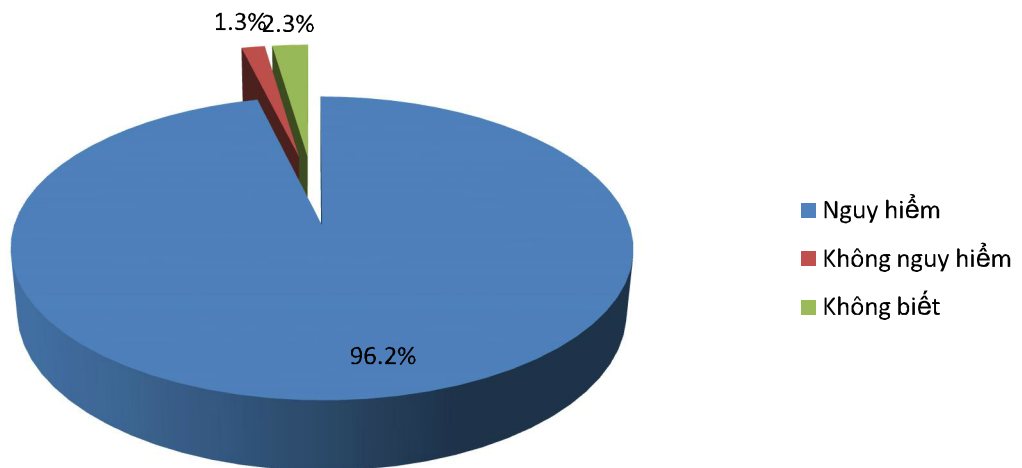
BMI THA	<18,5		18,5-<23		23-<25		≥25	
	n	%	n	%	n	%	N	%
HA thấp	3	21,42	1	1,04	0	0	0	0
Bình thường	9	64,29	48	49,5	7	50	2	40
Tiền THA	2	14,29	43	44,25	4	28,6	2	40
THA gđ1	0	0	5	5,21	2	14,27	1	20
THA gđ2	0	0	0	0	1	7,13	0	0
THA chung	0	0	5	5,21	3	21,40	1	20
Tổng	14	100	96	100	14	100	6	100

Nhận xét: Nhóm BMI béo phì (≥ 25) có tỷ lệ người THA giai đoạn 1, THA giai đoạn 2 lớn nhất trong 4 nhóm và tỷ lệ người có HA bình thường thấp nhất trong 4 nhóm. Các nhóm BMI còn lại không có người THA giai đoạn 2. Nhóm BMI gầy không có người THA.

3.3. Nhận thức của người dân về bệnh THA

Bảng 13: Phân bố đối tượng biết THA là bệnh nguy hiểm

Nhận định	Số lượng	Tỷ lệ
Nguy hiểm	125	96,2
Không nguy hiểm	2	1,5
Không biết	3	2,3

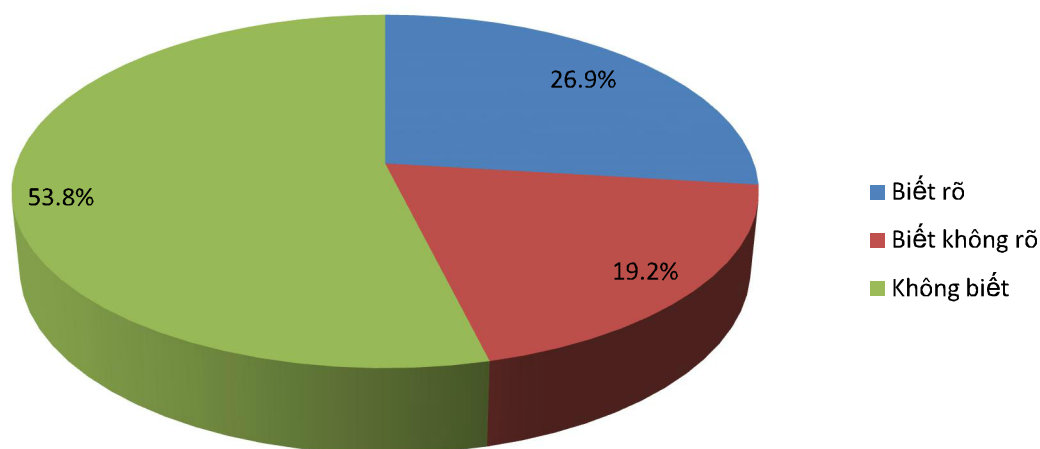


Biểu đồ 10: Phân bố đối tượng biết THA là bệnh nguy hiểm

Nhận xét: Hầu hết đối tượng được phỏng vấn đều biết THA nguy hiểm (96,2%). 1,3% đối tượng cho rằng THA không nguy hiểm và 2,3% còn lại thì không biết.

Bảng 14: Phân bố đối tượng biết về trị số THA

Hiểu biết của người dân	Số lượng	Tỷ lệ
Biết rõ	35	26,9
Biết không rõ	25	19,2
Không biết	70	53,8

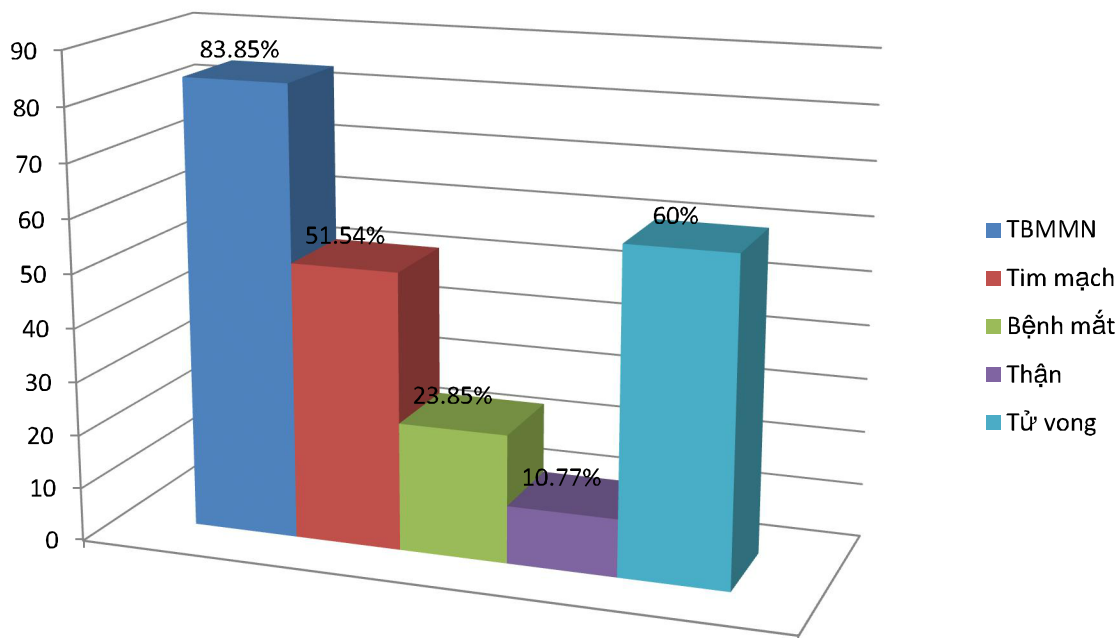


Biểu đồ 11: Phân bố đối tượng biết về trị số THA

Nhận xét: Tỷ lệ người dân biết về trị số THA còn thấp, tỷ lệ không biết chiếm khá cao (53,8%). Chỉ có khoảng ¼ số người biết trị số THA

Bảng 15: Phân bố đối tượng biết về tai biến nguy hiểm do THA

Tai biến do THA	N	Tỷ lệ
TBMMN	109	83,85
Tim mạch	67	51,54
Bệnh mắt	31	23,85
Thận	14	10,77
Tử vong	78	60

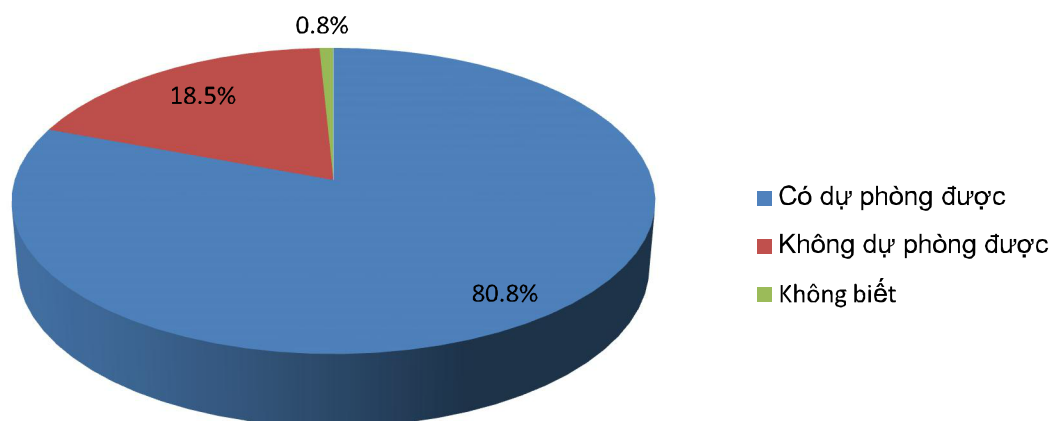


Biểu đồ 12: Phân bố đối tượng biết về tai biến nguy hiểm do THA

Nhận xét: Tỷ lệ người dân biết về tai biến nguy hiểm do THA chủ yếu là Tai biến mạch máu não chiếm 83,85%, tiếp đến là Tử vong chiếm 60%.

Bảng 16: Phân bố đối tượng biết THA là bệnh dự phòng được

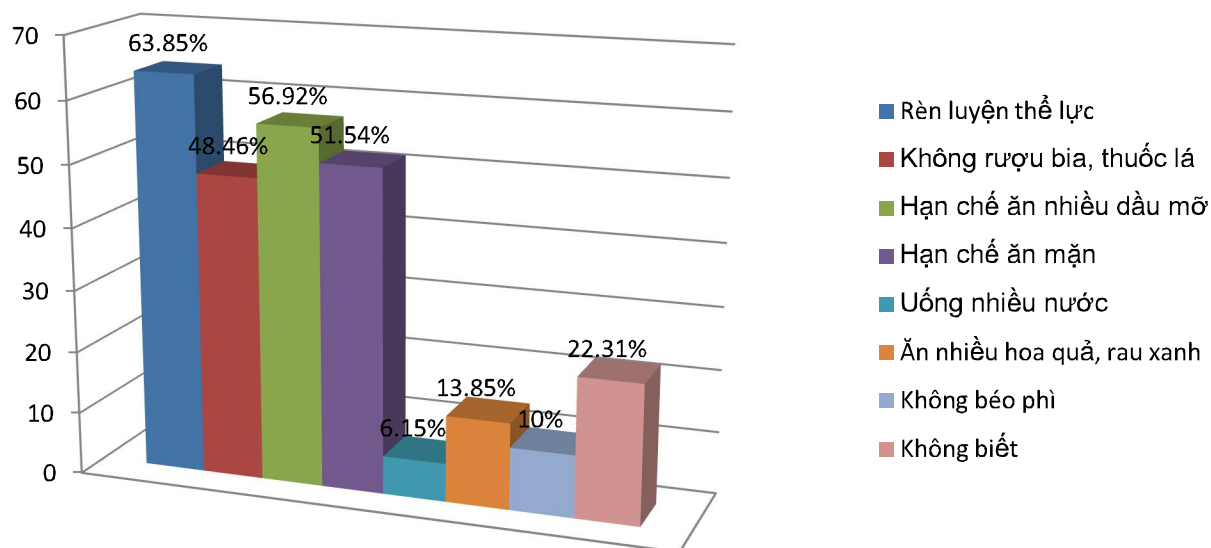
Nhận thức	Số lượng	Tỷ lệ
Có dự phòng được	105	80,7
Không dự phòng được	24	18,5
Không biết	1	0,8



Biểu đồ 13: Phân bố đối tượng biết THA là bệnh dự phòng được
Nhận xét: Số người biết THA là bệnh dự phòng được chiếm 80,7%, không dự phòng được là 18,5%, còn lại là không biết (0,8%)

Bảng 17: Phân bố đối tượng biết các cách phòng tránh THA

Phương pháp	N	Tỷ lệ
Rèn luyện thể lực	83	63,85
Không rượu bia, thuốc lá	63	48,46
Hạn chế ăn nhiều dầu mỡ	74	56,92
Hạn chế ăn mặn	67	51,54
Uống nhiều nước	8	6,15
Ăn nhiều hoa quả, rau xanh	18	13,85
Không béo phì	13	10
Không biết	29	22,31

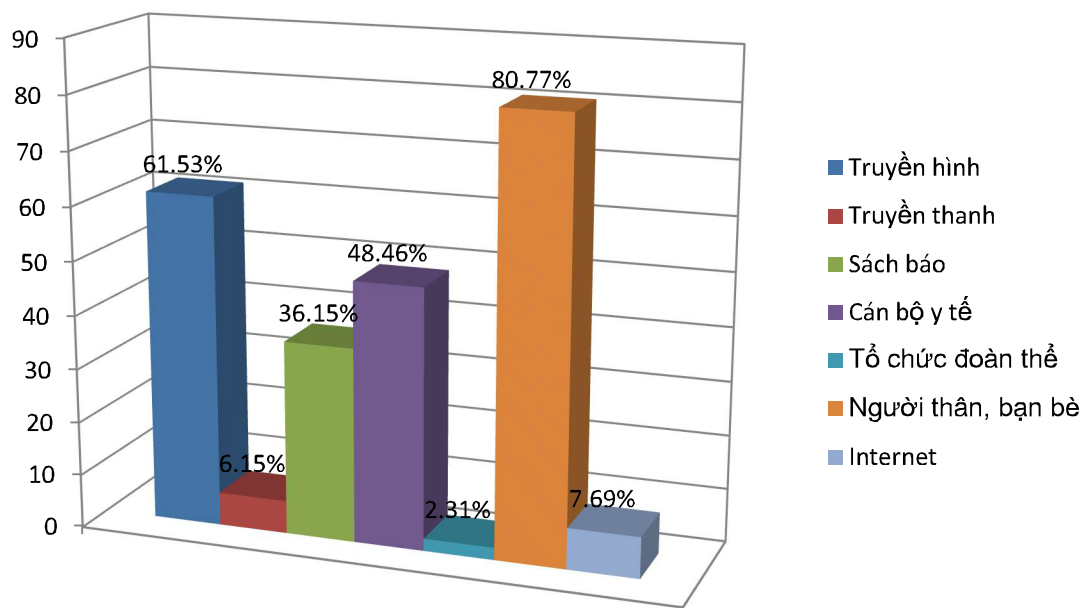


Biểu đồ 14: Tỷ lệ người dân biết các cách phòng tránh THA

Nhận xét: Tỷ lệ người dân biết về cách phòng tránh THA cao nhất là rèn luyện thể lực chiếm 63,85%, tiếp đến là hạn chế ăn dầu mỡ chiếm 56,92%, hạn chế ăn mặn chiếm 51,54% thấp nhất là uống nhiều nước chiếm 6,15%

Bảng 18: Phân bố các nguồn thông tin về THA mà người dân biết

Nguồn thông tin	N	Tỷ lệ
Truyền hình	80	61,53
Truyền thanh	8	6,15
Sách báo	47	36,15
Cán bộ y tế	63	48,46
Tổ chức đoàn thể	3	2,31
Người thân, bạn bè	105	80,77
Internet	10	7,69

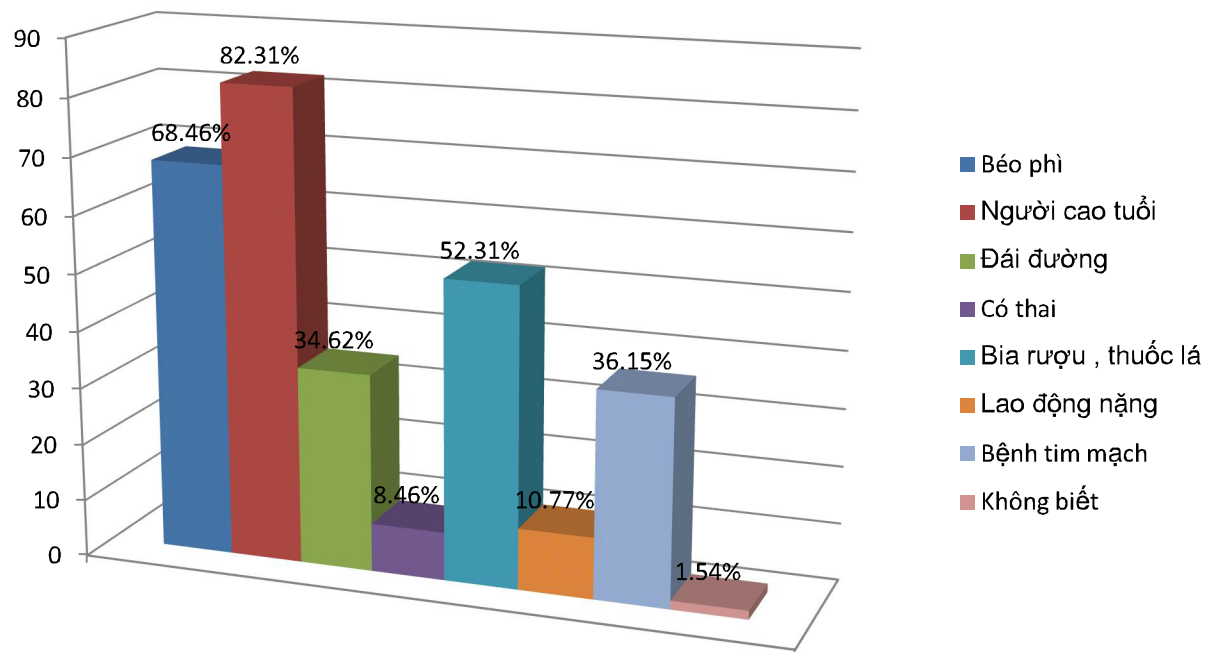


Biểu đồ 15: Phân bố đối các nguồn thông tin về THA mà người dân biết

Nhận xét: Nguồn thông tin mà người dân biết về THA chủ yếu qua người thân, bạn bè (80,77%) tiếp đến là Truyền hình (61,53%), thấp nhất là qua tổ chức đoàn thể

Bảng 19: Phân bố đối tượng biết về các yếu tố làm dễ cho THA

Nguồn thông tin	N	Số người biết /tổng số mẫu(%)
Béo phì	89	68,46
Người cao tuổi	107	82,31
Đái đường	45	34,62
Có thai	11	8,46
Bia rượu , thuốc lá	68	52,31
Lao động nặng	14	10,77
Bệnh tim mạch	47	36,15
Không biết	2	1,54



Biểu đồ 16: Tỷ lệ người dân biết về các yếu tố làm dễ cho THA

Nhận xét: Theo hiểu biết của người dân về yếu tố dễ gây THA cao nhất là người cao tuổi (82,31%), tiếp đến là béo phì (68,46%), bia rượu,thuốc lá (52,31%)

Bảng 20: Mối liên quan giữa trình độ học vấn và sự hiểu biết về trị số THA

Hiểu biết Trình độ	Có biết		Không biết		Tổng
	N	%	n	%	N
Cấp 3 trở xuống	9	23,1	30	76,9	39
Trên cấp 3	51	56,04	40	43,96	91
Tổng	60	46,2	70	53,8	130
Ý nghĩa thống kê	$\chi^2=11,939$; $p= 0,001$				

Nhận xét: Có sự khác nhau về hiểu biết trị số THA giữa 2 nhóm học vấn. Tỷ lệ biết trị số THA ở nhóm trên cấp 3 (56,04%) cao hơn ở nhóm cấp 3 trở xuống (23,1%) ($P < 0,05$) , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê : sự hiểu biết của người dân về trị số THA phụ thuộc vào trình độ học vấn.

3.4. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và THA:

Bảng 21: Mối liên quan giữa tăng huyết áp và giới

Huyết áp Giới tính	Có THA		Không THA		Tổng
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Nam	34	59,6	23	40,4	57
Nữ	26	35,6	47	64,4	73
Tổng	60	46,2	70	53,8	130
Ý nghĩa thống kê	=7.439; p=0,006				

Nhận xét: Nhóm nam có tỷ lệ THA (59,6%) cao hơn nhóm nữ (35,6%) ($P < 0,05$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: THA có liên quan đến giới

Bảng 22 : Mối liên hệ giữa tăng huyết áp và nhóm tuổi

Huyết áp Nhóm tuổi	Có THA		Không THA		Tổng
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
25-40	14	27.5	37	72.5	51
41-60	46	58.2	33	41.8	79
Tổng	60	46.2	70	53.8	130
Ý nghĩa thống kê	=11.812; p=0,001				

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 25-40 có tỷ lệ THA (27,5%) thấp hơn nhóm 41-60 (58,2%) ($P < 0,05$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: THA có liên quan đến nhóm tuổi

Bảng 23: Mối liên quan giữa hút thuốc lá và THA

Huyết áp Hút thuốc lá	Tăng huyết áp		Không THA		Tổng
	N	%	N	%	N
Có	22	68,8	10	31,25	32
Không	38	38,8	60	61,2	98
Tổng	60	46,2	70	53,8	130
Ý nghĩa thống kê	$p=0,003; \chi^2=8,721$				

Nhận xét: Nhóm hút thuốc lá có tỷ lệ THA (68,8%) cao hơn nhóm không hút thuốc lá (38,8%) ($P<0,05$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: THA có liên quan đến hút thuốc lá.

Bảng 24: Mối liên quan giữa chỉ số BMI và THA

Huyết áp Nhóm BMI	Có THA		Không THA		Tổng
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
<18,5	2	14,3	12	85,7	14
18,5 - <23	48	49,5	49	50,5	97
23 - <25	7	50	7	50	14
≥ 25	3	60	2	40	5
Tổng	60	46,2	70	53,8	130
Ý nghĩa thống kê	$=6,623; p=0,085$				

Nhận xét: Nhóm BMI ≥ 25 có tỷ lệ THA cao hơn so với nhóm BMI còn lại. ($P>0,05$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê: THA không có liên quan đến chỉ số BMI

Bảng 25: Mối liên quan giữa uống bia nhiều và THA

Huyết áp Uống bia	Tăng huyết áp		Không THA		Tổng
	n	%	N	%	N
Có	28	54,9	23	45,1	51
Không	32	40,5	47	59,5	79
Tổng	60	46,2	70	53,8	130
Ý nghĩa thống kê	$p=0,108; \chi^2=2,584$				

Nhận xét: Nhóm uống bia có tỷ lệ THA cao hơn nhóm không uống bia.

($P>0,05$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê: THA không có liên quan đến uống bia.

Bảng 26: Mối liên quan giữa chế độ ăn nhiều dầu mỡ và THA

Huyết áp Chế độ Ăn dầu mỡ	Tăng huyết áp		Không THA		Tổng
	n	%	N	%	N
Ăn hằng ngày	25	47,2	28	52,8	53
Hạn chế ăn	35	45,5	42	54,5	77
Tổng	60	46,2	70	53,8	130
Ý nghĩa thống kê	$p=0,860; \chi^2=0,037$				

Nhận xét : Nhóm ăn nhiều dầu mỡ (47,2%) có tỷ lệ THA cao hơn nhóm ăn ít dầu mỡ (45,5%), ($P>0,05$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê hay THA không có liên quan đến chế độ ăn nhiều dầu mỡ

Bảng 27: Mối liên quan giữa ăn mặn và THA

Huyết áp Ăn mặn	Tăng huyết áp		Không THA		Tổng
	n	%	n	%	N
Có	15	50	15	50	30
Không	45	45	55	55	100
Tổng	60	46,2	75	53,8	130
Ý nghĩa thống kê	$p=0,680; \chi^2=0,232$				

Nhận xét: Nhóm ăn mặn (50%) có tỷ lệ THA cao hơn nhóm không ăn mặn ($P>0,05$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê: THA không có liên quan đến chế độ ăn mặn

Bảng 28: Mối liên quan giữa vận động thể lực và THA

Huyết áp Vận động	Tăng huyết áp		Không THA		Tổng
	n	%	n	%	N
Có	34	50	34	50	68
Không	26	41,9	36	58,1	62
Tổng	60	46,2	70	53,8	130
Ý nghĩa thống kê	$p=0,357; \chi^2=0,849$				

Nhận xét: Nhóm vận động thể lực (50%) có tỷ lệ THA cao hơn nhóm không vận động (41,9%), ($P>0,05$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê: THA không có liên quan đến chế độ vận động thể lực

Bảng 29: Mối liên quan giữa stress và THA

Huyết áp Stress	Tăng huyết áp		Không THA		Tổng
	n	%	n	%	N
Có	15	48,4	16	51,6	31
Không	45	45,5	54	54,5	99
Tổng	60	46,2	70	53,8	130
Ý nghĩa thống kê	$p=0,775; \chi^2=0,082$				

Nhận xét: Nhóm bị stress (48,4%) có tỷ lệ THA cao hơn nhóm không bị (45,5%) ($P>0,05$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê: THA không có liên quan đến stress

Bảng 30: Mối liên quan giữa thời gian ngủ và THA

Huyết áp Thời gian ngủ	Tăng huyết áp		Không THA		Tổng
	n	%	n	%	N
≥ 6 giờ	51	46,8	58	53,2	109
< 6 giờ	9	42,9	12	57,1	21
Tổng	60	46,2	70	53,8	130
Ý nghĩa thống kê	$p=0,741; \chi^2=0,110$				

Nhận xét: Nhóm thời gian ngủ ≥ 6 tiếng (46,8%) có tỷ lệ THA cao hơn nhóm ngủ < 6 tiếng (42,9%), ($P>0,05$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê: THA không có liên quan đến chế độ thời gian ngủ

PHẦN 4

BÀN LUẬN

4.1. Về tỷ lệ tăng huyết áp

Qua nghiên cứu tình hình bệnh tăng huyết áp và các yếu tố liên quan của người dân trong độ tuổi 25-60 ở phường Phú Hội, thành phố Huế trong thời gian từ ngày 17 tháng 11 năm 2012 đến ngày 7 tháng 12 năm 2012, kết quả thu được như sau:

Tỷ lệ mắc tăng huyết áp chung là 40%. Nếu tính cho quần thể người dân 25-60 tuổi của phường Phú Hội, thành phố Huế thì đây là một tỷ lệ rất cao và là những người trong độ tuổi lao động nên sẽ là một gánh nặng cho ngành y tế cũng như cho cả xã hội

4.2. Về các yếu tố liên quan đến tăng huyết áp:

4.2.1. Các yếu tố liên quan:

-Về giới tính:

Qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam, nữ trong địa bàn này tương đối đồng đều, nam chiếm 43,8% và nữ chiếm 56,2%, phù hợp với nghiên cứu Phạm Gia Khải tại các quận, huyện nội và ngoại thành Hà Nội có tỷ lệ nam giới là 45,42% và nữ giới là 54,57% [1].

Trong một số nghiên cứu Nguyễn Lâm Việt và cộng sự ở xã Xuân Canh, huyện Đông Anh, thành phố Hà Nội [4]; nghiên cứu của Phạm Thị Kim Lan tại nội thành Hà Nội... thì tỷ lệ nam giới và nữ giới được chọn xấp xỉ đều nhau đảm bảo độ tin cậy về giới trong nghiên cứu của cộng đồng.

-Về độ tuổi:

Chúng em lấy độ tuổi nghiên cứu từ 25-60 tuổi và chia làm 2 nhóm tuổi:

nhóm 1 là từ 25-40 và nhóm 2 là 41-60. Từ năm 2000 trở lại đây, tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo trong điều tra bệnh THA tại cộng đồng chỉ nên lấy từ

25 tuổi đến 60 tuổi. Vì thế, các số liệu điều tra bệnh THA những năm gần đây đều dựa theo tiêu chuẩn của WHO để dễ so sánh từng vùng, từng miền và từng quốc gia.

Nhóm tuổi 1 (25-40 tuổi) chiếm 39,23%. Nhóm tuổi 2 (41-60 tuổi) chiếm 60,77%. Tỷ lệ tuổi nhóm 2 chiếm cao hơn. Đây cũng là một yếu tố để so sánh sự khác biệt hay không về đặc điểm dịch tễ học bệnh THA và các yếu tố liên quan giữa các nhóm tuổi.

-Về trình độ học vấn:

Do địa bàn nghiên cứu của chúng em là phường Phú Hội, thành phố Huế là một phường nằm ở trung tâm thành phố Huế nên trình độ học vấn của người dân nơi đây tương đối cao. Tỷ lệ người có trình độ cấp 3 trở lên khá cao. Tỷ lệ cấp 3 cao nhất (35,4%). Tỷ lệ đại học, trên đại học cũng tương đối cao (26,9%).

-Về nghề nghiệp:

Tại khu vực điều tra của phường Phú Hội – Thành phố Huế, chủ yếu người dân là cán bộ công nhân viên và lao động phổ thông. Lao động phổ thông chiếm cao nhất là 35,4% và CBCNV cũng chiếm khá đông là 33,8%. Buôn bán chiếm 23,1%, công nhân và nông dân chiếm tỷ lệ rất ít.

-Về tình trạng kinh tế:

Nhìn chung qua kết quả điều tra thì chúng em nhận ra rằng dân cư ở địa bàn này sống khá đầy đủ. Tỷ lệ nhóm khá-giàu và nhóm trung bình chiếm tỷ lệ cao là 48,5%, nghèo chiếm tỷ lệ thấp là 3,1%. Nghiên cứu của Nguyễn Thu Hiền tại xã Linh Sơn, huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên có tỷ lệ nghề nghiệp là nông dân chiếm đa số (87,6%), nghề khác chỉ chiếm tỷ lệ là 12,4% [3]. Ngược lại với nghiên cứu của Phạm Gia Khải tại các quận, huyện nội và ngoại thành Hà Nội có tỷ lệ nghề nghiệp là nông dân chỉ chiếm 28,06% [1]. Đây cũng là điểm khác nhau giữa các vùng địa lý khác

nhau, cũng nhờ đó chúng ta có thể nhìn nhận thấy có sự khác nhau hay tương đương nhau về đặc điểm dịch tễ học bệnh THA và các yếu tố liên quan đến bệnh THA giữa các vùng miền.

4.2.2.Các yếu tố ảnh hưởng:

-Về thói quen hút thuốc lá:

Qua điều tra 130 đối tượng, kết quả cho thấy nhóm hút thuốc lá có tỉ lệ THA cao hơn nhóm không hút thuốc lá, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhiều tác giả cũng đồng tình là hút thuốc lá làm tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim lên 4 lần, đột tử lên 5 lần, tai biến mạch máu não lên 1,5 lần, nguy cơ mắc bệnh THA cao gấp 1,45 lần so với những người không hút thuốc [5]. Nghiên cứu của Trần đỗ Trinh về dịch tễ học bệnh THA ở Việt Nam(1989-1992) cho thấy: ở nhóm người có THA, tỉ lệ hút nhiều (> 8 điếu/ngày) cao hơn ở những người không THA.

-Về thói quen uống bia nhiều:

Theo nghiên cứu của chúng em, THA không phụ thuộc vào việc uống bia ($p > 0,05$). Kết quả này trái ngược với nhiều nghiên cứu trước đây, nhiều tác giả khẳng định rượu bia làm mất tác dụng của thuốc điều trị huyết áp, làm tăng nguy cơ mắc THA lên 2 lần[2]. Điều này có thể do chúng em sử dụng mẫu thuận tiện để nghiên cứu, tỉ lệ nữ giới cao hơn nam giới nên số THA ở nữ không liên quan đến bia rượu mà do nhiều nguyên nhân khác nữa.

-Về chế độ ăn mặn, nhiều muối:

Theo nghiên cứu của chúng em, THA không liên quan đến chế độ ăn nhiều muối ($p > 0,05$). Kết quả này trái ngược với nhiều nghiên cứu trước nhận định rằng ăn nhiều muối là một yếu tố nguy cơ gây THA. Sự sai khác này có thể do trong quá trình thu thập số liệu, việc xác định chế độ ăn nhiều muối của người dân mang tính cảm quan của người phỏng vấn nên không chính xác.

-Về thói quen vận động thể lực:

Kết quả nghiên cứu của chúng em cho thấy, THA không liên quan đến chế độ rèn luyện thể lực ($p>0,05$). Kết quả này trái ngược với nhiều tác giả. Điều này có thể do một số đối tượng rèn luyện không đều đặn, cường độ không phù hợp, hoặc có rèn luyện nhưng lại có nhiều yếu tố làm dễ cho THA.

-Về chỉ số khối cơ thể (BMI):

Nghiên cứu của chúng em cho thấy sự khác nhau về tỉ lệ THA giữa các nhóm BMI là không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Mặc dù kết quả cho thấy tỉ lệ THA ở nhóm BMI béo cao hơn ở nhóm BMI gầy nhưng lại không mang ý nghĩa thống kê có thể do mẫu điều tra quá nhỏ. Theo Phạm Gia Khải và cộng sự điều tra 7610 người tại Hà Nội từ tháng 4/ (1998 đến 1999 thấy chỉ số BMI từ 23 trở lên đã có nguy cơ THA.[1]

4.4. Nhận thức của người dân về THA

4.4.1. Hiểu biết về trị số THA và mức nguy hiểm của THA

Trong nghiên cứu của nhóm chúng em, tỷ lệ biết rằng THA là một bệnh nguy hiểm chiếm 96,2%. Tỷ lệ này tương đối cao, chứng tỏ người dân địa phương dù ít hay nhiều cũng đã được nghe về THA và tác hại của nó. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu là sống trong một vùng trung tâm thành phố, có lẽ vì vậy mà nguồn thông tin về THA mà người dân nhận được cũng khá nhiều, điều kiện kinh tế người dân khá cao nên việc kiểm tra và tìm hiểu về THA cũng được quan tâm hơn.

Mặc dù tỷ lệ người biết rằng THA nguy hiểm cho sức khỏe nhưng xét đến trị số THA thì vẫn có đến 53,8% trong nhóm đối tượng không biết, tỷ lệ người biết rõ trị số THA chỉ chiếm 26,9%. Trong mối liên quan giữa trình độ học vấn và sự hiểu biết về trị số THA, nhóm từ cấp 3 trở xuống chỉ có 9/39 người biết chính xác trị số THA chiếm 23,1%, trong khi đó nhóm trên cấp 3 có đến 51/91 người biết rõ

chiếm 56,04%. Trong nghiên cứu về mối quan hệ trên, $p = 0,001 < 0,05$ nên sự khác biệt về hiểu biết trị số THA giữa hai nhóm học vẫn là có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt này có được có lẽ do nhóm học vấn càng cao thì khả năng nhận thức, tìm hiểu và tiếp cận nguồn thông tin cao.

Trong bài nghiên cứu của nhóm chúng em, tỷ lệ người dân biết về các biến chứng xảy ra do THA có sự chênh lệch. Có đến 109/130 người (chiếm 83,85%) chọn tai biến mạch máu não; THA dẫn đến bệnh tim mạch (51,54%) và tử vong (60%) là hai câu trả lời có số lượng trung bình; bệnh thận (10,77%) và bệnh mắt ít được chọn. Kết quả này có một số khác biệt so với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Văn Dũng, ĐH Y Dược Huế năm 2009 tại huyện Vĩnh Châu tỉnh Sóc Trăng. Tai biến mạch máu não và biến chứng về tim mạch trong nghiên cứu của chúng em chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Trần Văn Dũng lần lượt là 56,4% và 23,7%. Các tỷ lệ về biến chứng thận là tương đương với nghiên cứu trên (11,3%).

4.4.2. Nhận thức của đối tượng về dự phòng THA

Trong nghiên cứu của chúng em, có 80,8% trong nhóm đối tượng điều tra cho rằng THA có thể dự phòng được. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Trần Văn Dũng, chỉ là 65,0%.

Trong những lựa chọn về phương pháp dự phòng, chiếm tỷ lệ cao đó là rèn luyện thể lực (63,85%), hạn chế ăn thức ăn nhiều lipid (56,92%), hạn chế ăn mặn (51,54%), không uống rượu bia và hút thuốc lá (48,46%). Những phương pháp dự phòng khác như uống nhiều nước, ăn nhiều rau quả tươi, giữ cân nặng vừa phải chiếm tỷ lệ không cao. So với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Dũng tại Sóc Trăng năm 2009 thì nền kiến thức chung về các cách dự phòng THA ở nhóm đối tượng của chúng em là cao hơn. Các tỷ lệ trong nghiên cứu của Trần Văn Dũng đạt như sau: rèn luyện thể lực (27,8%), hạn chế ăn thức ăn nhiều lipid (20,5%), hạn chế ăn mặn (52,8%), [6] không uống rượu bia và hút thuốc lá (48,9%). Có sự

khác biệt về tỷ lệ này có thể do điều kiện sống, yếu tố vùng miền ảnh hưởng đến sự khác nhau về khả năng nhận thức dự phòng THA giữa hai nhóm đối tượng của hai nghiên cứu. Bên cạnh đó, thời gian nghiên cứu cách nhau 3 năm nên cũng ảnh hưởng không ít đến trình độ của người dân về THA.

4.4.3. Những nguồn thông tin về THA mà người dân biết đến

Nguồn thông tin về THA mà người dân biết đến trong nghiên cứu của chúng em chủ yếu tập trung vào truyền hình (67,69%) và qua người thân bạn bè (80,77%). Vai trò của các chương trình truyền thông và cán bộ y tế (48,46%) vẫn chưa thiết thực trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Truyền thanh (6,15%), Internet (7,69%), tổ chức đoàn thể (2,31%) lại càng ít có vai trò trong cung cấp thông tin về THA cho người dân ở đây. Có sự chênh lệch này có lẽ là do điều kiện thời gian và công việc của nhóm đối tượng chủ yếu là công nhân viên chức, lao động phổ thông và buôn bán nên không phù hợp để thường xuyên nghe đài phát thanh, đọc sách báo và chủ động tìm hiểu qua Internet. Có chăng các đối tượng chỉ nghe về THA khi xem tivi, và đặc biệt ở địa phương này có nhiều trường hợp gia đình có người thân bị THA (chủ yếu là người cao tuổi) nên người dân biết được nguồn thông tin và kiến thức sơ bộ về THA từ những người thân, bạn bè của họ. Những nguồn thông tin do cán bộ y tế cung cấp có thể cũng nhờ người dân đi khám bệnh rồi được tư vấn về THA chứ chương trình tuyên truyền rộng rãi về THA của y tế địa phương vẫn chưa thực sự đóng vai trò quan trọng. Những tỷ lệ về kênh truyền hình, sách báo và qua người thân bạn bè là cao hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Dũng (lần lượt là 52,9%; 15,7%; 65,5%) [6] song nguồn thông tin từ cán bộ y tế trong nghiên cứu của chúng em lại thấp hơn so với nghiên cứu trên (55,1%). Chúng tôi rằng trong vấn đề truyền thông về THA tại địa phương mà chúng em nghiên cứu vẫn chủ yếu dựa vào phương tiện thông tin đại chúng, vai trò của cán bộ y tế chưa cao.

4.4.4. Nhận thức của nhóm đối tượng về các yếu tố làm dễ THA

Nghiên cứu cho thấy đa phần các đối tượng cho rằng THA dễ mắc ở người cao tuổi (82,31%), người béo phì (68,46%), người uống bia rượu và hút thuốc lá (52,31%). Các tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ của tác giả Trần Văn Dũng, ĐHY Dược Huế năm 2009 tại huyện Vĩnh Châu tỉnh Sóc Trăng[6]. Các tỷ lệ của những yếu tố nguy cơ khác như đái tháo đường (34,62%), bệnh tim mạch (36,15%)... là thấp hơn so với tỷ lệ trong nghiên cứu trên.

Ngoài ra, trong mẫu nghiên cứu này, do cỡ mẫu quá nhỏ (130 người) nên tính đại diện và tổng quát về tình hình chung về THA của địa phương là không cao, mô tả chưa thực sự đầy đủ.

PHẦN 5

KẾT LUẬN

Qua điều tra những người từ 25 – 60 tuổi tại phường Phú Hội, thành phố Huế, chúng em rút ra một số kết luận sau:

5.1.Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Kết quả phỏng vấn số người có độ tuổi từ 25 – 35 tuổi chiếm 39,23 %, từ 41– 60 tuổi chiếm 60,77%
- Nghề nghiệp chủ yếu: Lao động phổ thông chiếm 35,4 %.
- Trình độ học vấn chủ yếu là cấp 3 chiếm 35,4%.
- Tình trạng hôn nhân, chủ yếu là có vợ hoặc chồng chiếm 86,9 %
- Tình trạng kinh tế chủ yếu: Khá-giàu và trung bình chiếm: 48,5%

5.2.Thực trạng bệnh tăng huyết áp

- Tỷ lệ THA của những người từ 25 – 60 tuổi ở phường Phú hội, thành phố Huế là 40% Tỷ lệ THA ở nam giới (52,63%) cao hơn nữ giới (30,14%).
- Huyết áp bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (50,8%),tăng HA gđ2 chiếm tỷ lệ thấp nhất (0,8%)
- Tỷ lệ người dân nhận biết bệnh THA là bệnh nguy hiểm chiếm tỷ lệ cao (96,2%)
- Tỷ lệ người dân không biết về trị số THA chiếm tỷ lệ cao (53,8%) chủ yếu thuộc nhóm TĐHV từ cấp 3 trở xuống (76,9%)

5.3. Các yếu tố liên quan đến bệnh THA

- Tuổi: độ tuổi càng cao thì chiếm tỷ lệ càng cao: 25 –40 tuổi chiếm 11,76%, 41-60 tuổi chiếm 58,23%
- Thói quen hút thuốc lá: số người hút thuốc lá bị THA chiếm 68,8%.

- Thói quen uống bia:Nhóm uống bia (54,9%) có tỷ lệ THA cao hơn nhóm không uống bia (40,5%)
- Thói quen ăn mặn: Nhóm người có thói quen ăn mặn (50%) có tỷ lệ THA cao hơn so với nhóm người không ăn mặn.
- Thói quen ăn nhiều dầu mỡ: Nhóm người có thói quen ăn nhiều dầu mỡ (47,2%) có tỷ lệ THA cao hơn so với nhóm người ăn ít dầu mỡ (45,5%)
- Chỉ số BMI: Chỉ số BMI càng cao thì tỷ lệ THA càng cao người có BMI >25 bị THA chiếm 33,33%
- Chế độ nghỉ ngơi và sinh hoạt: những người ngủ dưới <6 giờ bị THA chiếm tỷ lệ cao (42,9%)
- Đối với kiến thức, thực hành phòng chống THA: Kênh truyền thông phòng chống THA qua người thân bạn bè chiếm tỷ lệ cao nhất 80,77%, thấp nhất qua tổ chức đoàn thể chiếm 2,31%

PHẦN 6:

KIẾN NGHỊ

Để góp phần làm giảm tỷ lệ THA ở cộng đồng chúng em có một số khuyến nghị như sau:

1. Cần xây dựng các mô hình can thiệp quản lý, điều trị và phòng bệnh THA tại cộng đồng như: quản lý, điều trị thường xuyên những người bị THA tại Trạm y tế; tiến hành khám và xét nghiệm sàng lọc nhằm phát hiện sớm bệnh THA.
2. Chính quyền địa phương nên đưa ra những quy định nhằm hạn chế các yếu tố nguy cơ như rượu, bia, thuốc lá... xây dựng khu vực văn hóa và sức khỏe.
3. Để nâng cao nhận thức của người dân về bệnh THA nên tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh THA qua các phương tiện thông tin đại chúng, tờ rơi, áp phích, tư vấn tại các cơ sở y tế và hộ gia đình..
4. Ưu tiên tăng cường GDSK, làm cho mọi người hiểu được các nguyên nhân gây THA cũng như các hoạt động nhằm phòng tránh bệnh THA để thực hiện công tác dự phòng là điều quan trọng.