

KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cần thiết phải củng cố kiến thức cho điều dưỡng về phòng ngừa té ngã cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.** An toàn người bệnh, Bản tin An toàn người bệnh, Thành Phố Hồ Chí Minh. 2017.
2. **Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.** Quy trình phòng ngừa và xử trí té ngã đối với người bệnh nội trú; 2016; 8-9.
3. **Nguyễn Thị Thanh Hương.** Khảo sát thái độ, kiến thức đối với sự cố y khoa không mong muốn của Điều dưỡng, Hộ sinh tại Bệnh viện Đa khoa trung ương Thái Nguyên. Hội nghị Khoa học Công nghệ tuổi trẻ và Nghiệm thu đề tài KH&CN. Trường Đại học Y dược Thái Nguyên 2016; 62-65.
4. **Nguyễn Thị Thúy.** Thay đổi kiến thức, thực hành

về phòng ngừa té ngã cho người bệnh của Điều dưỡng viên tại một số khoa lâm sàng Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam năm 2019. Luận văn Thạc sỹ, Đại học Điều dưỡng Nam Định; 2019.

5. **Dykes Patricia C. et al.** Development and Validation of a Fall Prevention Knowledge Test, J Am Geriatr Soc 2019; 67(1), 133-138.
6. **Gray-Micelli Deanna and A. Quigley Patricia.** Nursing Standard of Practice Protocol: Fall Prevention, Springer Publishing Company 2012.
7. **Hesti Oktaviani, S Dwi Sulistyawati and Rufaida Nur Fitriana.** Hubungan pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan standar prosedur operasional pencegahan resiko jatuh pasien di rumah sakit panti waluyo surakarta. STIKES Kususma Husada; 2015
8. **Lee In Kyoung and Choi Ya Jun.** Factors Associated with Nurses Activities for Hospital Fall Prevention. The Korean Journal of Rehabilitation Nursing 2013; 16(1), 55-62.

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA TIM MẠCH PHÒNG KHÁM ĐA KHOA HOÀN MỸ SÀI GÒN

Trần Đức Sĩ*, Nguyễn Hùng**,
Phan Kim Mỹ*, Nguyễn Thanh Hiệp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ghi nhận tỉ lệ tuân thủ điều trị không dùng thuốc của người bệnh đang điều trị ngoại trú tăng huyết áp tại Phòng khám đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Người bệnh được chọn ngẫu nhiên; được phỏng vấn trực tiếp và thu thập số liệu theo bảng thu thập số liệu soạn sẵn. Mức độ tuân thủ điều trị không dùng thuốc được tổng hợp dựa trên thang điểm Dietary Guidelines for Disease Management. **Kết quả:** Trong tổng số 387 bệnh nhân, hầu hết bệnh nhân tuân thủ từ 1 đến 6 trong số 8 khuyến cáo về lối sống có lợi cho sức khỏe. Các hoạt động thể lực, ăn trái cây, ăn rau được thực hiện nhiều nhưng đa số chưa đủ tiêu chuẩn lý tưởng. Đặc biệt, còn nhiều người chấm muối khi ăn trái cây hoặc dùng nước chấm trong bữa ăn. Khi được hỏi về tham gia các hoạt động thể dục thể thao, các câu trả lời cho thấy đi bộ là hoạt động thể dục được lựa chọn thực hiện nhiều nhất (63.0%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị thay đổi lối sống cao hơn và giới tính nam ($p < 0,01$), trình độ học vấn cao ($p < 0,01$), nhóm bệnh nhân không có bệnh đồng mắc ($p < 0,01$).

Kết luận: Bệnh nhân chủ yếu tuân thủ ở mức trung bình; số tuân thủ tốt nhìn chung là không bằng so với kết quả nghiên cứu của đồng nghiệp khác. Cần phải nâng cao kiến thức và nhận thức của người dân về việc thay đổi lối sống. Nhấn mạnh vai trò của ăn giảm mặn vì đây là kiến thức phổ biến nhưng người dân chưa thay đổi về thái độ và hành hành.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, lối sống, ăn mặn, tập thể dục.

SUMMARY

COMPLIANCE WITH LIFESTYLE RECOMMENDATIONS FOR HYPERTENSION IN OUT-PATIENTS AT HOAN MY SAI GON CLINIC

Aims: To describe the non-drug treatment compliance rate in hypertensive patients at Hoan My Saigon Clinic. **Research method:** In this descriptive cross-sectional study, we interviewed 387 randomized patients using a prepared questionnaire and also collected clinical data from the clinic's prescription software. Adherence to non-drug therapy was compiled based on the Dietary Guidelines for Disease Management scale. **Results:** Most of patients complied with 1 to 6 out of 8 healthy lifestyle recommendations. However, they did not meet the ideal standards. Many people used salt when eating fruits or using dipping sauce with meals. When asked about physical activities and sports, walking was the exercise of choice for the most patients (63.0%). There was a statistically significant relationship between higher adherence to lifestyle changes and gender ($p < 0.01$), high education level ($p < 0.01$) and

*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

**Phòng khám Đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Sĩ

Email: sitd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 3/1/2021

Ngày phản biện khoa học: 29/1/2021

Ngày duyệt bài: 27/2/2021

co-morbidity ($p < 0.01$). **Conclusion:** It is strongly recommended to increase patient's awareness about lifestyle changes. The role of salt-intake reduction in hypertension should be emphasized because this was a common knowledge, but people have not practiced well. Other lifestyle changes should be reinforced.

Keywords: Hypertension, lifestyle, salt intake, exercise

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tử vong hàng đầu trên thế giới, là bệnh có tính chất thời sự hiện nay, có xu hướng đang tăng dần hàng năm. Theo Bộ Y Tế Việt Nam và Tổ chức Y tế Thế Giới, 1/3 dân số trưởng thành ở nước ta bị tăng huyết áp, 1/3 trong số đó không biết họ mắc bệnh và 1/3 số bệnh nhân được điều trị vẫn không kiểm soát được huyết áp.^[1]

Một trong những khuyến cáo để kiểm soát tốt huyết áp là thay đổi các hành vi nguy cơ. Hướng dẫn điều trị của Hội Tim Mạch Châu Âu bao gồm cả phần điều trị không dùng thuốc, cụ thể là hạn chế muối, tiêu thụ rượu vừa phải, sử dụng nhiều rau, trái cây và chế độ ăn kiêng giảm chất béo, giảm cân và duy trì cân nặng vừa phải và hoạt động thể lực đều đặn.^[7] Những biện pháp thay đổi lối sống này đã được chứng minh là có hiệu quả giảm huyết áp.^[3]

Tăng huyết áp là một bệnh lý mạn tính, các bệnh nhân đến khám tại phòng khám ngoại trú đa phần đã tái khám nhiều lần. Một số nhà lâm sàng cho rằng bằng việc tư vấn thay đổi hành vi lối sống cho bệnh nhân tăng huyết áp tái khám lâu năm có cần thiết hay không, đặc biệt khi đây là một bệnh lý mạn tính phổ biến, được người dân biết đến nhiều.

Bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Phòng khám đa khoa Hoàn Mỹ có một số lượng lớn là tái khám hàng tháng vì bệnh tăng huyết áp. Từ đó chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu tại Phòng khám nhằm tìm hiểu: Liệu người bệnh tại đây đã tuân thủ những khuyến cáo về việc thay đổi hành vi lối sống để giảm thiểu các nguy cơ tim mạch hay chưa? Những khuyến cáo nào được tuân thủ ở mức độ tốt hay không?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế cắt ngang mô tả

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán bệnh tăng huyết áp từ tối thiểu 1 năm và từng được chỉ định điều trị hạ áp trước đó.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Nghiên cứu thực hiện cuối năm 2020 tại Khoa tim mạch, Phòng khám đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn. Chọn ngẫu nhiên 4 thời điểm mỗi ngày (từ thứ Hai đến thứ Bảy). Người bệnh đến đăng ký

khám THA đầu tiên kể từ các thời điểm được chọn sẽ được kiểm chứng các tiêu chí chọn vào thông qua thông tin lưu trữ trên phần mềm quản lý phòng khám, nếu thỏa các tiêu chí bệnh nhân sẽ được mời tham gia nghiên cứu.

Biên số nghiên cứu bao gồm thông tin lâm sàng từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bảng câu hỏi. Mức độ tuân thủ điều trị không dùng thuốc được tổng hợp dựa trên thang điểm Dietary Guidelines for Disease Management.^[7] Đây là một bảng câu hỏi gồm 8 tiêu chí dựa trên các khuyến cáo của Tổ chức y tế thế giới về hành vi lối sống lành mạnh.

Bệnh nhân, bao gồm cả những người tham gia nghiên cứu sẽ nhận được những kiến thức cần thiết sau đó thông qua các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe, dựa trên kết quả thu được từ nghiên cứu.

2.4. Phương pháp xử lý và thống kê số

liệu: Dữ liệu nghiên cứu được nhập vào máy tính và kiểm định bằng phần mềm EpiData. Dữ liệu được chuyển sang phân tích bằng phần mềm Stata. Chúng tôi sử dụng các test kiểm định: Chi², Fisher-exact test, t-test, Pearson test cho các biến phân phối chuẩn và Mann-Whitney, Spearman-test cho các biến phân phối không chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập và phân tích dữ liệu của 387 bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 56,78 (ĐLC: 8,97). Bệnh nhân trẻ nhất là 34 tuổi, tuổi lớn nhất là 79. Tỷ suất nam/nữ là 0,96/1. Dân tộc Kinh chiếm đa số (96,12 %), còn lại là dân tộc Hoa. Về nghề nghiệp: người lao động tự do và nội trợ chiếm đa số. Đa số bệnh nhân có trình độ THPT.

Tất cả bệnh nhân khảo sát đều biết mình mang bệnh tăng huyết áp, với thời gian biết bệnh trung bình là 69,73 tháng (tối thiểu là 1 năm, tối đa là 30 năm). Phần lớn bệnh nhân có kèm theo các bệnh đồng mắc; chiếm đa số là rối loạn lipid máu (88,89%) và đái tháo đường type 2 (26,61%).

Về mức độ tuân thủ các khuyến cáo về lối sống (điều trị không dùng thuốc), không có bệnh nhân nào tuân thủ hoàn toàn tất cả các khuyến cáo, cũng không có bệnh nhân nào bất tuân thủ tất cả các khuyến cáo. Hầu hết số bệnh nhân còn lại (93,80%) tuân thủ từ 1 đến 6 trong số 8 khuyến cáo về lối sống có lợi cho sức khỏe. Điểm trung bình của thang điểm lối sống trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,27 (ĐLC: 1,36), với điểm thấp nhất là 7, cao nhất là 17 (điểm tối đa của thang điểm là 18 điểm).

Phần đông bệnh nhân tuân thủ về hành vi lối sống có lợi cho huyết áp, nhiều nhất là ăn dầu thực vật. Các hoạt động thể lực, ăn trái cây, ăn rau được thực hiện nhiều nhưng đa số chưa đủ tiêu chuẩn lý tưởng. Yếu tố không ăn đồ ăn nhanh được tuân thủ tốt hơn so với ăn rau, ăn trái cây và cả so với tập thể dục (Bảng 1). Đặc biệt còn nhiều người chấm thêm muối khi ăn trái cây hoặc dùng nước chấm trong bữa ăn. Trong dân số nghiên cứu chỉ có 61 bệnh nhân đang hút thuốc (15,76%), phần lớn còn lại đã bỏ thuốc lá hoặc không từng hút thuốc từ trước đến nay.

Bảng 1. Mức độ tuân thủ điều trị về lối sống

Tiêu chí	Mức độ	Số ca (n=387)	Tỉ lệ %
Số lần ăn trái cây mỗi ngày	Không ăn	43	11,11
	Ăn 1 bữa	327	84,50
	Ăn 2 bữa trở lên	17	4,39
Số bữa ăn có rau mỗi ngày	Không ăn rau	12	3,10
	Ăn 1 bữa	331	85,53
	Ăn 2 bữa có rau	44	11,37
Số lượng dùng bia rượu /ngày	1 ly chuẩn	341	88,11
	2 ly chuẩn	27	6,98
	>2 ly chuẩn	19	4,91
Số lần ăn thức ăn nhanh /1 tuần	Ăn từ 2 bữa trở lên	4	1,03
	Ăn 1 bữa	135	34,89
	Không ăn	248	64,08
Đang còn hút thuốc lá/thuốc lào	Có	61	15,76
	không	326	84,24
Loại chất béo sử dụng	Mỡ động vật	1	0,26
	Dầu thực vật	386	99,74
Chấm muối khi ăn trái cây hay dùng nước chấm trong bữa ăn	Có	267	68,99
	không	120	31,01
Thời gian hoạt động thể lực /mỗi tuần	< 30 phút	53	13,70
	30 phút – 180 phút	286	73,90
	>180 phút	48	12,40

Về các hoạt động thể dục thể thao đã thực hiện, kết quả cho thấy đi bộ là hoạt động được lựa chọn thực hiện nhiều nhất (63,00%), kể đến là Yoga/duỡng sinh (19,32%), những hoạt động khác bao gồm: đạp xe đạp (10,90%), tập tạ (2,10%), bơi lội (1,50%), chạy bộ (1,05%), chơi cầu lông (1,05%), đá bóng (0,42%), tập võ (0,42%), chơi bóng bàn (0,21%).

Về các yếu tố liên quan đến sự tuân thủ, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng nam giới tuân thủ điều trị thay đổi lối sống tốt hơn nữ

giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,01$). Trình độ học vấn càng cao thì sự tuân thủ về lối sống càng tăng dần. Sự tương quan này là thuận và có ý nghĩa thống kê ($r=0,23$; $p<0,01$). Bên cạnh đó, nhóm bệnh nhân không có bệnh đồng mắc tuân thủ về lối sống tốt hơn so với nhóm có bệnh đồng mắc, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,01$).

Nhóm bệnh nhân có HA đạt mục tiêu điều trị thì tuân thủ điều trị không dùng thuốc (điểm trung bình lối sống) cao hơn so với nhóm chưa đạt mục tiêu điều trị. Điều này là phù hợp. Tuy nhiên, có thể việc tuân thủ về lối sống không đủ mạnh để đảm bảo đưa HA của BN về mức HA mục tiêu, do đó sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,10$).

IV. BÀN LUẬN

Phân bố theo tuổi, giới của bệnh nhân trong nghiên cứu không khác biệt gì so với y văn. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, người Kinh chiếm đa số (96,12 %), còn lại là dân tộc Hoa. Không có bệnh nhân thuộc dân tộc khác. Phần lớn bệnh nhân của chúng tôi đến từ Quận Tân Bình; có thể là do gần địa lý với nơi tọa lạc Phòng khám đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn. Điều này cũng lý giải sự phân bố về mặt dân tộc trong nghiên cứu của chúng tôi.

Về nghề nghiệp người lao động tự do và nội trợ chiếm đa số, kể đến là người hưu trí và cán bộ công nhân viên nhà nước. Kết quả này có thể là do Phòng khám tọa lạc ở gần trung tâm thành phố, chỉ có ít bệnh nhân ngoại tỉnh đến khám nên các đối tượng công nhân, nông dân không đông.

Đa số bệnh nhân có trình độ THPT, kể đến là trình độ THCS, có thể là do bệnh nhân THA là những người lớn tuổi (tuổi trung bình BN của chúng tôi là 56,78) nên có khó khăn trong học tập do điều kiện chiến tranh, kinh tế.

Về mức độ tuân thủ các khuyến cáo về lối sống, một nghiên cứu tương tự tại Iran cho thấy sự tuân thủ về lối sống có một số khác biệt. Bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu tuân thủ ở mức trung bình; số tuân thủ tốt nhìn chung là không bằng so với kết quả nghiên cứu của đồng nghiệp tại Iran.^[3] Sự khác biệt rõ nhất là người Việt hầu như dùng dầu ăn trong nấu nướng, rất ít dùng mỡ động vật, tuy nhiên tỉ lệ chấm muối hoặc nước chấm thì cao hơn rõ. Đây là điều cần lưu ý trong các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe bởi hầu hết bệnh nhân Việt Nam đều biết rằng ăn mặn là một yếu tố làm tăng huyết áp và cần phải giảm ăn mặn khi bị bệnh. Tuy nhiên thói quen chấm muối khi ăn trái cây hoặc

chăm mắt và các loại nước chấm khác là một nét văn hóa khó bỏ. Nghiên cứu tại Hàn Quốc cũng cho thấy sự tuân thủ về ăn kiêng giảm mặn là kém nhất trong số các khuyến cáo về thay đổi lối sống.^[8]

Trong dân số nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 15,76% bệnh nhân đang hút thuốc, phần lớn còn lại đã bỏ thuốc lá hoặc trước giờ không hút thuốc. Tỷ lệ này tương tự như một số nghiên cứu khác. Tại Bra-xin, 15,2% bệnh nhân vẫn hút thuốc lá.^[5] Số liệu tại Hàn Quốc năm 2012 thấp hơn, với 14,1% bệnh nhân đang hút thuốc (30,2% trong nhóm chứng không có THA).^[8] Số liệu nghiên cứu cộng đồng tại một số tỉnh ở Việt Nam nhìn chung cho tỷ lệ hút thuốc lá cao hơn nhiều, kể cả trên dân số người lớn có hay không có tăng huyết áp.

Phần lớn bệnh nhân chúng tôi đều có tập thể dục; trong đó 77,52% bệnh nhân của chúng tôi lựa chọn đi bộ, kết đến là tập yoga-dưỡng sinh với 23,77%. Rất ít hoạt động thể dục khác được lựa chọn. Có lẽ cần tạo điều kiện để đa dạng hóa các hoạt động thể dục thể thao cho người bệnh. Ngoài ra các hoạt động này còn chưa đủ về cường độ và thời gian. Chỉ có 12,40% bệnh nhân tập đủ >180 phút/tuần. Cần có thêm các nghiên cứu đi sâu về vấn đề này.

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ thay đổi hành vi lối sống. Một trong số các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với sự tuân thủ trong nghiên cứu của Morisky là giới tính (nam tuân thủ tốt hơn nữ).^[6] Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam tuân thủ điều trị thay đổi lối sống tốt hơn nữ giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Thông thường, nam có nhiều yếu tố nguy cơ hơn. Tuy nhiên, trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, rất ít người trả lời còn đang hút thuốc lá hoặc uống rượu bia nhiều hơn 1 đơn vị chuẩn mỗi ngày. Trong khi đó, sự tuân thủ về ăn giảm mặn và tập thể dục của nam giới tốt hơn. Đó có thể là lý do của sự khác biệt này.

Trình độ học vấn càng cao thì sự tuân thủ về lối sống càng tăng dần, có thể do nhận thức tốt liên quan đến trình độ học vấn nên người bệnh tuân thủ tốt hơn. Sự tương quan này có thể do kiến thức, nhận thức về sức khỏe tăng dần theo trình độ. Từ đó cho thấy cần có những hoạt động truyền thông, nâng cao kiến thức của bệnh nhân nếu muốn thúc đẩy những thay đổi các yếu tố nguy cơ liên quan đến hành vi lối sống. Có những chứng cứ cho thấy nhận được sự tư vấn về tự chăm sóc và thay đổi lối sống là một yếu tố giúp tăng tuân thủ điều trị ngoài thuốc.^[2]

Nhóm không có bệnh đồng mắc tuân thủ về

lối sống tốt hơn so với nhóm có bệnh đồng mắc, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê cao ($p < 0,01$). Có thể do có lối sống ít nguy cơ hơn nên những bệnh nhân này không có bệnh đồng mắc (chủ yếu là rối loạn lipid máu và đái tháo đường). Tương tự, các bệnh nhân đã đạt mục tiêu điều trị cũng tuân thủ điều trị không dùng thuốc cao hơn so với nhóm còn lại. Điều này cũng phù hợp, có thể việc có ý thức tuân thủ lối sống lành mạnh góp phần vào việc ổn định HA của họ. Tuy nhiên, có thể việc tuân thủ về lối sống không đủ mạnh để đảm bảo đưa HA của bệnh nhân về mức HA mục tiêu như thuốc, do đó sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,10$). Một nghiên cứu khác với cỡ mẫu lớn hơn tại Iran đã đưa ra kết quả tương tự với tỷ lệ có lối sống tốt trên 2 nhóm bệnh nhân đạt và không đạt HA mục tiêu là 32,54% so với 27,59% ($p = 0,04$).^[6]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy mức độ tuân thủ thay đổi hành vi lối sống có nguy cơ của bệnh nhân tăng huyết áp tại PK ĐK Hoàn Mỹ Sài Gòn là tương đối cao, nhưng vẫn còn cần nhiều thay đổi. Chăm muối khi ăn trái cây hay dùng nước chấm trong bữa ăn là những thói quen cần phải thay đổi. Việc tập thể dục thể thao cũng phải đủ thời lượng khuyến cáo.

Mức độ tuân thủ các thay đổi về hành vi lối sống của bệnh nhân tăng huyết áp bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố dịch tễ, lâm sàng bao gồm nữ giới, trình độ học vấn thấp, có bệnh mạn tính không lây đồng mắc và chưa đạt được huyết áp mục tiêu. Cần lưu ý tư vấn, nhắc nhở nhiều hơn đối với những bệnh nhân có các yếu tố này.

Đối với hành vi, lối sống, người bệnh có tỷ lệ thực hiện tập thể dục, ăn rau cao, nhưng mức độ chưa đủ tốt. Do đó, cần phải nâng cao kiến thức và nhận thức của người dân về việc thay đổi lối sống cũng góp phần quan trọng trong điều trị bệnh tăng huyết áp và phòng chống các nguy cơ tim mạch, đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế Việt Nam, Tổ chức Y tế thế giới (2018). Hướng dẫn thực hành cơ bản điều trị, quản lý lồng ghép tăng huyết áp và đái tháo đường tại trạm y tế. WHO-BYTVN.
2. Nguyễn Thị Thơm, Bùi Văn Cường, Nguyễn Hồng Hạnh, Phạm Thị Thu Hương, Đỗ Minh Sinh (2018), Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh điều trị ngoại trú tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Quảng Ninh năm 2017. Khoa học Điều dưỡng – Trường ĐH Điều dưỡng Nam Định, 01(3),tr.35-43.

3. Akbarpour Samaneh, Khalili Davood, Zeraati Hojjat, Mansournia Mohammad Ali, Ramezankhani Azra & Fotouhi Akbar.(2018). Healthy lifestyle behaviors and control of hypertension among adult hypertensive patients. Scientific Reports,8(8508):1-9.
4. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. 2010. Lancet. 380:2224–2260.
5. Moura André, Almeida Godoy, Simone de Cesarino, Cláudia Bernard (2016). Factors determining non-adherence to hypertension treatment. Fundamental Nursing Master by University of Sao Paulo. Brazil,34-35.
6. Morisky DE, DiMatteo MR (2011). Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: Final response. J Clin Epidem. 64:258–263.
7. Niklas Arkadiusz, Flotyńska Anna, Puch-Walczak Aleksandra, Polakowska Maria, et al.(2018). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in the adult Polish population – Multi-center National Population Health Examination Surveys – WOBASZ studies. Arch Med Sci.,14(5): 951–961
8. Park Kyong, Cho Sukyung, Bower Julie K. (2016). Changes in Adherence to NonPharmacological Guidelines for Hypertension. PLoS ONE. 11(8): e0161712

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ MỘT SỐ CYTOKIN Ở BỆNH VẢY NẾN THÔNG THƯỜNG MỨC ĐỘ NẶNG TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ BẰNG CYCLOSPORIN A

Lê Thị Hồng Thanh*, Đặng Văn Em**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định sự thay đổi nồng độ các cytokin IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-17, INF- γ , TNF- α của bệnh nhân vảy nến thông thường mức độ nặng trước và sau điều trị bằng Cyclosporin A. **Đối tượng và phương pháp:** 35 bệnh nhân vảy nến thông thường mức độ nặng điều trị ngoại trú tại phòng khám chuyên đề bệnh vảy nến-bệnh viện Da liễu trung ương từ 10/2016-10/2019 được định lượng nồng độ các cytokine IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-17, INF- γ , TNF- α trong huyết thanh trước và sau điều trị bằng Cyclosporin A. **Kết quả:** Nồng độ các cytokine IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-17, TNF- α trước và sau điều trị thay đổi không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$, tuy nhiên nồng độ INF- γ huyết thanh sau điều trị đã giảm có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. **Kết luận:** Sau 10 tuần điều trị bệnh vảy nến thông thường mức độ nặng bằng uống Cyclosporin A liều 2,5 – 3mg/kg/ngày thì nồng độ một số cytokine IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-17, TNF- α huyết thanh chưa thay đổi. Tuy nhiên nồng độ INF- γ sau điều trị giảm rõ rệt.

Từ khóa: Bệnh vảy nến thông thường mức độ nặng, interleukin 2, 6, 8, 10, 12, 17, INF- γ , TNF- α .

SUMMARY

EVALUATED THE CONCENTRATION OF CYTOKINES IN SEVERE PSORIASIS VULGARIS WAS TREATED BY CYCLOSPORINE A

*Bệnh viện Quân y 103,

**Bệnh viện TUQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hồng Thanh

Email: bsthanhd1103@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/1/2021

Ngày phản biện khoa học: 22/2/2021

Ngày duyệt bài: 5/3/2021

Objective: To evaluated the concentration of cytokines: IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-17, INF- γ , TNF- α in patients with severe psoriasis vulgaris was treated by Cyclosporine A. **Subject and method:** 35 out-patients with severe psoriasis vulgaris had treated at National Dermatology Hospital from October 2016 to October 2019 were quantified concentration of cytokines IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-17, INF- γ , TNF- α in serum before and after treatment with Cyclosporine A (daily dose 2,5-3mg/kg/day) in 10 weeks. **Result:** The concentration of cytokines IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-17, TNF- α before and after treatment was not changed that has statistically significant with $p > 0.05$. However, the concentration of INF- γ after treatment reduced that significantly, with $p < 0.05$. **Conclusion:** Patients with severe psoriasis vulgaris were treated by Cyclosporine A (daily dose 2,5-3mg/kg/day) have not changed the concentrations of IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-17, TNF- α after 10 weeks. However, the concentration of INF- γ has reduced that statistically significantly.

Keywords: Severe psoriasis vulgaris, IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-17, INF- γ , TNF- α .

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vảy nến là một bệnh da mạn tính, hay gặp. Bệnh chiếm 1,5 - 5% dân số thế giới [1], [2]. Đến nay, đa số các nhà nghiên cứu đã thống nhất bệnh vảy nến là bệnh da di truyền, bệnh da do gen, có cơ chế miễn dịch, có hiện tượng tăng sinh quá mức tế bào thượng bì và được khởi động bởi một số yếu tố (stress, nhiễm khuẩn, chấn thương cơ học, vật lý, thời tiết, vai trò của thuốc, thức ăn...). Có nhiều cytokine tham gia vào cơ chế bệnh sinh bệnh vảy nến nhưng trục IL-23/TH17 đóng vai trò trung tâm