

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH



LÝ NGỌC TÚ

**ĐÁNH GIÁ SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP
TRONG NGĂN NGỪA ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO
TÁI PHÁT TẠI TỈNH SÓC TRĂNG**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP. HỒ CHÍ MINH, Năm 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH



LÝ NGỌC TÚ

**ĐÁNH GIÁ SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP
TRONG NGĂN NGỪA ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO
TÁI PHÁT TẠI TỈNH SÓC TRĂNG**

NGÀNH : THẦN KINH

MÃ SỐ : 60.72.01.47

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:

PGS. TS. VŨ ANH NHỊ

TP. HỒ CHÍ MINH, Năm 2020

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, các kết quả nghiên cứu được trình bày trong luận án là trung thực, khách quan và chưa từng được công bố ở bất kỳ nơi nào.

Tác giả

NCS LÝ NGỌC TÚ

MỤC LỤC

	Trang
LỜI CAM ĐOAN	i
DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT	iv
DANH MỤC CÁC THUẬT NGỮ ANH - VIỆT	vi
DANH MỤC CÁC BẢNG.....	vii
DANH MỤC CÁC HÌNH VÀ BIỂU ĐỒ	ix
MỞ ĐẦU	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Tuân thủ sử dụng thuốc và các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ.....	4
1.2. Tăng huyết áp và đột quỵ thiếu máu não tái phát	10
1.3. Các nghiên cứu có liên quan đến sự tuân thủ điều trị tăng huyết áp sau đột quỵ thiếu máu não và đột quỵ tái phát	18
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	27
2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	27
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	27
2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	28
2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu	28
2.5. Các biến số trong nghiên cứu.....	29
2.6. Phương pháp và công cụ đo lường, thu thập số liệu.....	33
2.7. Sơ đồ nghiên cứu.....	35
2.8. Phương pháp xử lý số liệu.....	36
2.9. Cách khắc phục sai số	36
2.10. Đạo đức trong nghiên cứu	37

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	38
3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu tại thời điểm nhập viện.....	38
3.2. Xác định tỉ lệ bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tăng huyết áp có tuân thủ điều trị và các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ	49
3.3. Tỉ suất tái phát đột quỵ tích lũy theo thời gian và các yếu tố ảnh hưởng đến tái phát đột quỵ	58
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN	65
4.1. Khảo sát tình trạng tuân thủ với điều trị tăng huyết áp sau đột quỵ thiếu máu não có tăng huyết áp và các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ.....	65
4.2. Xác định tỉ suất tái phát đột quỵ tích lũy và các yếu tố ảnh hưởng đến tái phát.....	69
4.3. Một số đóng góp mới và hạn chế của đề tài.....	86
KẾT LUẬN	90
KIẾN NGHỊ	92
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	
PHỤ LỤC 1. BẢNG THU THẬP SỐ LIỆU	
PHỤ LỤC 2. DANH SÁCH BỆNH NHÂN TRONG NGHIÊN CỨU	
PHỤ LỤC 3. GIẤY CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU	
PHỤ LỤC 4. THANG ĐIỂM NIHSS	
PHỤ LỤC 5. THANG ĐIỂM HÔN MÊ GLASGOW	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

TIẾNG VIỆT

BN	Bệnh nhân
Cs	Cộng sự
ĐTĐ	Đái tháo đường
HA	Huyết áp
HATT	Huyết áp tâm thu
HATr	Huyết áp tâm trương
KTC	Khoảng tin cậy
THA	Tăng huyết áp

TIẾNG ANH

ACEI	Angiotensin Converting Enzyme - Thuốc ức chế men chuyển Angiotensin
AHA/ASA	American Heart Association/American Stroke Association - Hội Tim Hoa Kỳ/ Hội Đột Quy Hoa Kỳ
AHR	Adjusted Hazard Ratio - Tỷ số nguy hại điều chỉnh
ARB	Angiotensin Receptor Blockers - Thuốc chặn thụ thể angiotensin
BMI	Body Mass Index - Chỉ số khối cơ thể
BRB	β - blockers - Thuốc chặn beta
CCB	Calcium Channel Blocker - Thuốc chặn kênh calci
CNSR	China National Stroke Registry - Nghiên cứu sổ bộ đột quy quốc gia Trung Quốc
CT	Computed Tomography - Chụp cắt lớp vi tính

ESC/ESH	European Society of Cardiology/ European Society of Hypertension – Hiệp hội tim mạch Châu Âu/ Hiệp hội Tăng Huyết Áp Châu Âu
HDL - C	High Density Lipoprotein Cholesterol - Cholesterol tỉ trọng cao
HR	Hazard Ratio - Tỉ số nguy hại
IS	Ischemic Stroke - Đột quỵ thiếu máu não cục bộ
MD	Mean Difference - Sự khác biệt trung bình
MMAS - 8	Eight - Item Morisky Medication Adherence Scale - Thang điểm đánh giá sự tuân thủ của Morisky - 8 mục
NIHSS	National Institutes of Health Stroke Scale - Thang điểm đột quỵ não của các viện quốc gia
OR	Odds Ratio - Tỉ số odds
RCTs	Randomized Controlled Trials - Các thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên
RRR	Relative Risk Reduction - Giảm nguy cơ tương đối
RR	Relative Risk - Nguy cơ tương đối
SD	Standard Deviation - Độ lệch chuẩn
TIA	Transient Ischemic Attack - Con thiếu máu não cục bộ thoáng qua
WHO	World Health Organization - Tổ Chức Y Tế Thế Giới

DANH MỤC CÁC THUẬT NGỮ ANH VIỆT

Tiếng Anh	Tiếng Việt
95% CI	Khoảng tin cậy 95%
Acute ischemic stroke	Đột quy thiếu máu não cục bộ cấp
Cardioembolic stroke	Đột quy lấp mạch từ tim
Clinical trial	Thử nghiệm lâm sàng
Cox proportional hazards models	Mô hình hồi quy Cox
Cumulative recurrence rate	Tỉ suất tái phát tích lũy
Incidence	Tỉ suất mới mắc
Lacunar infarction	Nhồi máu lỗ khuyết
Lost to follow up	Mất theo dõi
Meta - analysis	Phân tích tổng hợp
Mean	Trung bình
Median	Trung vị
Prevalence	Tỉ lệ hiện mắc
Proportion	Tỉ lệ
Rate	Tần suất
Ratio	Tỉ số
Recurrence risk	Nguy cơ tái phát
Recurrent stroke	Đột quy tái phát
Stroke recurrence	Tái phát đột quy
Survival analysis	Phân tích sống còn

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1	Thang điểm đánh giá tuân thủ điều trị Morisky - 8 mục	9
Bảng 1.2	Đánh giá mức độ tuân thủ dùng thuốc	10
Bảng 1.3	Định nghĩa và phân độ tăng huyết áp	11
Bảng 3.1	Các yếu tố về dân số học	38
Bảng 3.2	Các yếu tố nguy cơ mạch máu	39
Bảng 3.3	Đặc điểm của một số yếu tố về tình trạng bệnh trên lâm sàng	40
Bảng 3.4	Đặc điểm của các yếu tố ghi nhận tại thời điểm xuất viện	41
Bảng 3.5	Một số đặc điểm chung liên quan đến quá trình theo dõi	42
Bảng 3.6	Một số đặc điểm liên quan đến điều trị sau khi bệnh nhân ra viện	44
Bảng 3.7	Mối liên quan giữa tái phát đột quỵ và đạt huyết áp mục tiêu tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng	45
Bảng 3.8	Đặc điểm cơ bản ở 2 nhóm có tuân thủ và không tuân thủ với điều trị tăng huyết áp	51
Bảng 3.9	Kết quả phân tích hồi quy Cox đơn biến của các yếu tố dân số học lên sự tuân thủ với điều trị tăng huyết áp	54
Bảng 3.10	Kết quả phân tích hồi quy Cox đơn biến của các yếu tố nguy cơ mạch máu lên sự tuân thủ với điều trị tăng huyết áp	55
Bảng 3.11	Kết quả phân tích hồi quy Cox đơn biến của các yếu tố về tình trạng bệnh trên lâm sàng lên sự tuân thủ với điều trị tăng huyết áp	56
Bảng 3.12	Kết quả phân tích hồi quy Cox đơn biến của các yếu tố ghi nhận tại thời điểm xuất viện lên sự tuân thủ với điều trị tăng huyết áp ..	57
Bảng 3.13	Kết quả phân tích hồi quy Cox đa biến về sự ảnh hưởng của một số yếu tố nguy cơ đến tuân thủ với điều trị tăng huyết áp	58

Bảng 3.14	Kết quả phân tích hồi qui Cox đơn biến về sự ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ dẫn đến tái phát đột quy.....	61
Bảng 3.15	Kết quả phân tích hồi quy Cox đa biến của một số yếu tố liên quan với nguy cơ tái phát đột quy	63

DANH MỤC CÁC HÌNH VÀ BIỂU ĐỒ

Hình 2.1	Sơ đồ các bước tiến hành nghiên cứu	35
Biểu đồ 3.1	Tỉ lệ BN sử dụng thuốc hạ HA từ lúc xuất viện, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng.....	46
Biểu đồ 3.2	Tỉ lệ BN sử dụng thuốc HA trong 12 tháng ở 2 nhóm BN xuất viện có và không có uống thuốc hạ HA.....	47
Biểu đồ 3.3	Tỉ lệ BN xuất viện có sử dụng thuốc hạ HA, phân tầng theo nhóm thuốc HA.....	48
Hình 3.4	Tỉ lệ BN kiên trì sử dụng mỗi nhóm thuốc HA trong thời gian 12 tháng ở nhóm BN xuất viện có sử dụng thuốc hạ HA.....	49
Biểu đồ 3.5	Các lí do không tuân thủ thuốc hạ huyết áp	50
Biểu đồ 3.6	Tỉ suất tái phát đột quy tích lũy theo thời gian.....	60

MỞ ĐẦU

Cho đến nay dù có nhiều tiến bộ đáng kể trong chẩn đoán và điều trị, đột quy vẫn là một trong những nguyên nhân quan trọng nhất gây tử vong trên toàn thế giới [56]. Vì thế việc gia tăng nguy cơ đột quy và các biến cố xảy ra sau đột quy có liên quan đến việc gia tăng gánh nặng cho chính bệnh nhân (BN), người thân, hệ thống chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là ở các nước có thu nhập thấp và trung bình [56],[114].

Tăng huyết áp (THA) là yếu tố mạnh nhất thay đổi được nguy cơ tái phát đột quy và hiệu quả của thuốc điều trị THA sau khi bị đột quy đã được nghiên cứu trong vài thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên (RCTs) [97],[129],[167]. Một tổng quan hệ thống và phân tích hồi quy tổng hợp của các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên cho thấy việc điều trị thuốc hạ HA làm giảm nguy cơ tái phát đột quy (RR = 0,73, 95% CI = 0,62 - 0,87, $p < 0,001$), tàn phế hoặc tử vong do đột quy (RR = 0,71; 95% CI = 0,59 - 0,85, $p < 0,001$), tử vong do nguyên nhân tim mạch (RR = 0,85; 95% CI = 0,75 - 0,96, $p < 0,01$) [75].

Tuân thủ sử dụng thuốc là mối quan tâm ngày càng tăng đối với bác sĩ và các hệ thống chăm sóc sức khỏe vì có bằng chứng cho rằng việc không tuân thủ sử dụng thuốc ngày càng phổ biến (33% - 69%) và gây kết cục xấu (tái phát, tử vong, tăng chi phí điều trị) [118]. Có nhiều nghiên cứu trước đây đánh giá mối liên quan giữa tuân thủ thuốc hạ HA và nguy cơ đột quy [162], [92]. Riêng trong phòng ngừa thứ phát, thì vai trò của việc tuân thủ thuốc hạ HA và tái phát đột quy, biến cố mạch máu kết hợp, tử vong) chưa thực hiện nhiều. Ở Việt Nam, tính đến hiện tại, hầu như chưa có đề tài nào về đánh giá tính tuân thủ điều trị THA sau đột quy thiếu máu não. Tuy nhiên có một số

nghiên cứu về tuân thủ điều trị THA. Chẳng hạn như kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Phúc và Cs năm 2011 tại 4 phường của thành phố Hà Nội cho thấy chỉ có 44,8% đối tượng nghiên cứu đạt về tuân thủ điều trị THA [7]. Riêng tác giả Nguyễn Thị Mỹ Hạnh và Cs năm 2013 cho thấy tỉ lệ tuân thủ sử dụng thuốc của BN THA là 69,4% [1].

Sóc Trăng là tỉnh thuộc đồng bằng sông Cửu Long có ba đồng bào dân tộc Kinh, Hoa, Khmer cùng chung sống, đời sống còn khó khăn. Đặc biệt trình độ dân trí của một số bộ phận người dân chưa cao, nhất là ở những vùng sâu, vùng xa. Qua quá trình công tác tại bệnh viện, chúng tôi nhận thấy BN bị đột quy sau khi xuất viện chủ yếu tập trung vào hồi phục chức năng mà ít quan tâm đến việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ gây tái phát đột quy, đặc biệt là yếu tố nguy cơ THA. Chính vì điều này, việc tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá sự tuân thủ điều trị THA trong ngăn ngừa đột quy thiếu máu não tái phát tại tỉnh Sóc Trăng” là cần thiết. Qua đó chúng ta sẽ có thể đề ra được những biện pháp cải thiện tính tuân thủ điều trị THA ở những BN đột quy thiếu máu não trong dự phòng tái phát đột quy, làm giảm gánh nặng về kinh tế, xã hội do đột quy gây ra.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mục tiêu tổng quát

Đánh giá sự tuân thủ điều trị THA trong ngăn ngừa đột quy thiếu máu não tái phát tại tỉnh Sóc Trăng

Mục tiêu cụ thể

1. Xác định tỉ lệ tuân thủ thuốc hạ huyết áp ở những bệnh nhân đột quy thiếu máu não cục bộ cấp có tăng huyết áp và các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ.

2. Xác định tỉ suất tái phát đột quy tích lũy sau đột quy thiếu máu não cục bộ cấp có tăng huyết áp theo thời gian (3 tháng, 6 tháng, 1 năm) và các yếu tố ảnh hưởng đến tái phát.

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TUÂN THỦ

Việc tuân thủ sử dụng thuốc là một phần quan trọng trong việc chăm sóc BN và là điều không thể thiếu được để đạt được các mục tiêu lâm sàng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) báo cáo năm 2003 về tuân thủ sử dụng thuốc, nói rằng "Tăng hiệu quả các biện pháp can thiệp về tuân thủ có thể có tác động lớn đến sức khỏe của người dân hơn bất cứ cải tiến nào trong điều trị y tế chuyên biệt" [36]. Ngược lại, không tuân thủ điều trị dẫn đến kết cục lâm sàng xấu, gia tăng tỉ lệ mắc bệnh, tỉ lệ tử vong và chi phí chăm sóc y tế không cần thiết [33].

1.1.1. Định nghĩa tuân thủ

- WHO định nghĩa tuân thủ (adherence) là “mức độ hành vi của người bệnh trong việc thực hiện đúng các khuyến cáo đã được thống nhất giữa họ và nhân viên y tế về việc sử dụng thuốc, thay đổi chế độ ăn và/hoặc thay đổi lối sống” [36]. Nó bao gồm việc bắt đầu điều trị, thực hiện đầy đủ chế độ được kê toa và ngưng điều trị bằng thuốc [151].

- Định nghĩa này nhấn mạnh việc BN nên được tích cực tham gia cùng với nhân viên y tế trong việc chăm sóc sức khỏe của chính họ. Từ đó, nhân viên y tế có thể tối ưu hóa việc sử dụng thuốc trên từng cá thể và đồng thời giúp cải thiện tính tuân thủ, nâng cao hiệu quả điều trị và giảm chi phí cho BN. Điều này đặc biệt có ý nghĩa trên những BN mắc các bệnh mạn tính và có lộ trình điều trị kéo dài như bệnh THA [36].

- Tuân thủ sử dụng thuốc kém được xác định là nguyên nhân chính của sự thất bại trong kiểm soát THA [36]. Trong một nghiên cứu tiền hành trên 18.000 BN THA mới được chẩn đoán, theo dõi trung bình 4,6 năm, kết quả cho thấy giảm 38% nguy cơ biến cố tim mạch ($p = 0,032$) ở nhóm BN tuân thủ tốt (tỉ lệ ngày dùng thuốc $\geq 80\%$) so với nhóm BN tuân thủ kém (số ngày dùng thuốc $\leq 40\%$) [105]. Tương tự, nghiên cứu Dragomir A. và Cs cũng kết luận những BN tuân thủ kém (số ngày dùng thuốc $< 80\%$) sẽ dễ mắc các bệnh như bệnh mạch vành, đột quỵ hoặc suy thận mạn trong thời gian theo dõi 3 năm [49]. Do đó, cải thiện tuân thủ sử dụng thuốc là tối quan trọng để BN đạt được và duy trì được sự kiểm soát HA, về lâu dài giảm tình trạng bệnh tật và tử vong do bệnh tim mạch và cải thiện chất lượng cuộc sống cũng như giảm chi phí chăm sóc sức khỏe [49],[105].

- Một số nghiên cứu phân loại không tuân thủ hoặc là nguyên phát hoặc là thứ phát.

+ Không tuân thủ “nguyên phát”: tần số mà BN thất bại với việc uống hết thuốc được kê toa khi các loại thuốc mới bắt đầu như vậy nó có liên quan đến việc uống hết thuốc và sự bắt đầu điều trị bằng thuốc [55].

+ Không tuân thủ “thứ phát”: các thuốc uống đang được sử dụng không giống như kê toa khi thuốc trong toa còn đầy đủ. Điều này không chỉ ảnh hưởng đến kết quả lâm sàng mà còn ảnh hưởng đến kết quả tài chính của hệ thống y tế [136].

1.1.2. Các lí do không tuân thủ sử dụng thuốc

Các lí do tuân thủ sử dụng thuốc kém thường là đa yếu tố mà cần phải được hiểu trước khi can thiệp, có thể được thiết kế để cải thiện sự tuân thủ sử dụng thuốc [33]. WHO phân loại các lí do không tuân thủ sử dụng thuốc thành 5 nhóm lớn [36], [68]:

*** Các yếu tố liên quan đến kinh tế xã hội**

Tỷ lệ biết chữ thấp; chi phí thuốc cao; hỗ trợ xã hội kém

*** Các yếu tố liên quan đến điều trị**

➤ Mất chức năng vận động, suy giảm chức năng nhận thức, chất lượng sống tệ, tâm trạng kém, hút thuốc lá và nghiện rượu.

➤ Sự tồn tại bệnh lý kết hợp (THA, đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn lipid máu, bệnh lí động mạch vành, nhồi máu cơ tim, rung nhĩ) cùng thời điểm đột quy làm tuân thủ điều trị kém đi.

➤ Các yếu tố liên quan đến việc kê đơn gồm hiểu lí do sử dụng thuốc, biết thời gian điều trị, điều trị như trước với cùng một nhóm thuốc, kê đơn và giáo dục tại bệnh viện lúc xuất viện giúp cải thiện tính tuân thủ.

➤ Các yếu tố liên quan đến thuốc gồm chi phí, số lượng và số lần sử dụng thuốc cũng làm giảm sự tuân thủ sử dụng thuốc.

*** Các yếu tố liên quan đến bệnh nhân**

Tuổi trẻ, nhận thức kém về thuốc thì tuân thủ sử dụng thuốc kém hơn. Mặt khác, khi BN có niềm tin tích cực về thuốc và nhận thức được hậu quả của việc không dùng thuốc theo toa dẫn đến việc tăng cường sự tuân thủ sử dụng thuốc.

*** Các yếu tố liên quan đến hệ thống y tế hoặc đội ngũ chăm sóc y tế (HCT - Health Care Team)**

➤ Yếu tố liên quan đến nhân viên y tế: ví dụ chuyên khoa thần kinh (bệnh viện chưa có chuyên khoa này, thầy thuốc không được cập nhật thường xuyên và liên tục kiến thức khoa thần kinh).

➤ Yếu tố liên quan mối quan hệ nhân viên y tế - bệnh nhân gồm rào cản ngôn ngữ, tin tưởng kém, nhận thức sự phân biệt đối xử, chăm sóc không liên tục, thông tin không liên tục đầy đủ về thuốc được kê đơn.

➤ Yếu tố liên quan đến cơ sở y tế gồm cơ sở điều trị, ví dụ như đơn vị đột quy, bệnh viện đại học, quy mô bệnh viện, bảo hiểm y tế làm cải thiện tính tuân thủ sử dụng thuốc.

*** Các yếu tố liên quan đến đột quy**

➤ Chậm trễ trong đánh giá khởi phát đột quy, triệu chứng stress sau chấn thương PTSD (symptoms of Post - Traumatic Stress Disorder), đột quy nặng, tiền sử đột quy trước đó, thời gian từ lúc khởi phát đột quy là các yếu tố dự đoán sự không tuân thủ.

➤ Phân loại đột quy là các yếu tố tiên lượng khác của sự không tuân thủ: đột quy thiếu máu não so với TIA, thuyên tắc từ tim và xuất huyết não. Tuy nhiên, các yếu tố như suy giảm nhận thức, tàn phế và chất lượng cuộc sống kém cũng là các yếu tố liên quan đến đột quy.

Hiểu được đây là sự không tuân thủ nguyên phát (bắt đầu của điều trị bằng thuốc) hoặc thứ phát (thực hiện đầy đủ chế độ theo kê toa) và những yếu tố đã dẫn đến nó, chúng ta sẽ có một sự can thiệp thích hợp để cải thiện hành vi sử dụng thuốc của mỗi BN. Do đó, việc đo sự tuân thủ thì quan trọng đối với cả các nhà nghiên cứu và các bác sĩ lâm sàng. Sự ước tính không chính xác của tuân thủ sử dụng thuốc có thể dẫn đến một số vấn đề mà có thể gây tổn kém và nguy hiểm cho cả hai.

1.1.3. Phương pháp đo tính tuân thủ sử dụng thuốc

Trong hơn bốn thập kỷ, đã có nhiều nghiên cứu về cách đo lường đúng và định lượng tính tuân thủ thuốc nhưng không có công cụ nào trong số các nghiên cứu có thể được xem là tiêu chuẩn vàng. Các công cụ khác nhau được thiết kế và được công nhận cho các điều kiện khác nhau, trong các hoàn cảnh khác nhau. Nhìn chung, các phương pháp đo lường về tính tuân thủ thuốc được WHO phân loại theo chủ quan và khách quan [36].

- Phương pháp đo chủ quan

+ Liên quan đến việc đánh giá những yêu cầu của nhân viên y tế hoặc của BN về hành vi sử dụng thuốc của BN.

+ Tự báo cáo và theo đánh giá của bác sĩ chuyên khoa là những công cụ phổ biến được sử dụng để đánh giá sự tuân thủ sử dụng thuốc [148].

+ Nhược điểm thường gặp nhất là BN có xu hướng báo cáo thiếu sự không tuân thủ để tránh sự phản đối từ nhân viên y tế [150].

- Phương pháp đo khách quan

+ Bao gồm đếm số viên thuốc, theo dõi điện tử, phân tích cơ sở dữ liệu thứ yếu và các biện pháp sinh hóa được cho là cải tiến hơn so với các biện pháp chủ quan [148],[149]. Như vậy, các biện pháp đo khách quan nên được sử dụng để xác nhận và tương quan với các biện pháp chủ quan.

+ Một phân tích về kết quả tuân thủ nói rằng một phương pháp đo có nhiều yếu tố chủ quan có thể có độ nhạy cao hơn, nhưng không chính xác so với việc sử dụng một biện pháp đo khách quan đơn độc [47].

Tóm lại, cả hai biện pháp đo chủ quan và khách quan đều có ưu và khuyết điểm và chúng nên được sử dụng kết hợp với nhau.

Thang điểm đánh giá sự tuân thủ của Morisky - 8 mục (MMAS - Eight Item Morisky Medication Adherence Scale)

- Dựa trên bảng câu hỏi đánh giá về sự tuân thủ thuốc MAQ (Medication Adherence Questionnaire), Morisky và cộng sự phát triển thang điểm đánh giá sự tuân thủ của Morisky - 8 mục này vào năm 2008 [109]. Bảy mục đầu tiên là câu trả lời Có/Không trong khi mục cuối cùng là một câu trả lời Likert 5 điểm. Các mục bổ sung tập trung vào các hành vi sử dụng thuốc, đặc biệt là liên quan đến việc không sử dụng, chẳng hạn như sự lãng quên, vì vậy các rào cản đối với sự tuân thủ có thể được xác định rõ ràng hơn [139].

- Thang điểm Morisky - 8 mục cũng đã được xác nhận có giá trị vượt trội và độ tin cậy cao ở những BN mắc các bệnh mạn tính khác [139]. Đây có lẽ là một phương pháp tự báo cáo được chấp nhận nhiều nhất đối với tuân thủ sử dụng thuốc.

- Cùng với dữ liệu kiểm soát HA, thang điểm Morisky - 8 mục có thể xác định sự không tuân thủ thuốc và giúp kiểm soát HA [109]. Do đó, nó được khuyến khích sử dụng như một công cụ sàng lọc trong các cơ sở khám bệnh.

Bảng 1.1. Thang điểm đánh giá tuân thủ điều trị Morisky - 8 mục [109]

Câu hỏi	Không=1	Có=0
1. Thỉnh thoảng bạn có quên sử dụng thuốc hạ HA hay không ?		
2. Trong suốt 2 tuần qua, có ngày nào bạn quên sử dụng thuốc hay không ?		
3. Bạn có bao giờ giảm liều hoặc ngừng sử dụng thuốc hạ áp mà không báo với bác sĩ bởi vì bạn cảm thấy tệ hơn khi sử dụng thuốc hạ áp ?		
4. Khi bạn đi du lịch hoặc rời khỏi nhà, thỉnh thoảng bạn có quên mang theo thuốc hạ áp không ?		
5. Hôm qua bạn có sử dụng thuốc hạ áp hay không ?		
6. Khi bạn thấy HA của bạn dưới mức kiểm soát, thỉnh thoảng bạn có hay ngưng sử dụng thuốc hạ áp hay không ?		
7. Sử dụng thuốc hạ áp hàng ngày là một bất tiện thực sự đối với vài người. Bạn có bao giờ cảm thấy phiền phức khi theo sát kế hoạch điều trị HA của bạn ?		
8. Bạn có thường thấy khó khăn trong việc nhớ sử dụng tất cả các loại thuốc hạ áp của bạn ?		

- + -----Chưa bao giờ/ Hiếm
- + -----Một lần trong một khoảng thời gian
- + -----Thỉnh thoảng
- + -----Thường xuyên
- + -----Suốt thời gian

Đánh giá kết quả: + Tuân thủ cao: 8 điểm

+ Tuân thủ trung bình: 6 - 7 điểm

+ Tuân thủ thấp/không tuân thủ: < 6 điểm

Sử dụng mức cắt 6, độ nhạy của nó trong việc xác định tuân thủ thấp so với cao được ước tính là 93% và độ đặc hiệu là 53% [109].

Bảng 1.2. Đánh giá mức độ tuân thủ dùng thuốc [13],[109]

Tổng điểm	Mức độ tuân thủ	Đánh giá tuân thủ
8	Tuân thủ cao	Tuân thủ dùng thuốc
6 – 7	Tuân thủ trung bình	
< 6	Tuân thủ thấp	Không tuân thủ dùng thuốc

1.2. TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO TÁI PHÁT

1.2.1. Định nghĩa tăng huyết áp và đột quy thiếu máu não

1.2.1.1. Định nghĩa và phân độ tăng huyết áp

- THA được định nghĩa là khi huyết áp tâm thu (HATT) \geq 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) \geq 90 mmHg.

- Khi HATT và HATTr nằm hai mức độ khác nhau, chọn mức độ cao hơn đã phân loại. THA tâm thu đơn độc cũng được đánh giá theo mức độ 1, 2 hay 3 theo giá trị của HATT nếu HATTr < 90 mmHg.

Bảng 1.3. Định nghĩa và phân độ tăng huyết áp theo ESC/ESH [34]

Phân loại	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)
Huyết áp tối ưu	< 120	< 80
Huyết áp bình thường	< 130	< 85
Huyết áp 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 (cao)	≥ 180	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	< 90
Tiền THA: Kết hợp huyết áp bình thường và bình thường cao, nghĩa là HATT từ 120 - 139 mmHg và HATTr từ 80 - 89 mmHg.		

1.2.1.2. Định nghĩa đột quỵ thiếu máu não

- Theo Tổ chức Y tế thế giới thì đột quỵ là một tình trạng bệnh lý của não, khởi phát đột ngột với các triệu chứng thần kinh khu trú hơn là lan tỏa, tồn tại hơn 24 giờ hoặc tử vong trong vòng 24 giờ mà không có nguyên nhân rõ ràng nào ngoài nguyên nhân mạch máu (loại trừ nguyên nhân chấn thương sọ não). Khái niệm đột quỵ không bao gồm: chảy máu ngoài màng cứng, chảy máu dưới màng cứng hoặc những trường hợp chảy máu não do chấn thương, nhiễm trùng hay u não [6].

- Đột quỵ thiếu máu não: chiếm tỉ lệ khoảng 80% do giảm cung cấp máu của động mạch, mô não thiếu oxy và glucose. Thiếu máu não có ba loại chính:

+ Tắc mạch: tắc khu trú tại chỗ của động mạch, có thể do bệnh lý thành mạch, xơ vữa động mạch, bóc tách động mạch, loạn sản sợi cơ.

+ **Lấp mạch:** mảnh vụn nhỏ xuất phát từ nơi khác di chuyển đến làm tắc động mạch ở não, điều trị khu trú chỉ giải quyết tạm thời nếu các nguồn lấp mạch không xác định và điều trị.

+ **Giảm tưới máu hệ thống:** nhồi máu vùng giáp ranh (watershed infarct) để chỉ một vùng thiếu máu cục bộ khu trú ở não, do giảm áp lực tưới máu. Nhồi máu vùng giáp ranh điển hình xảy ra cả hai bên nơi những vùng giáp ranh giữa các mạch máu lớn như động mạch não giữa và động mạch não sau. Nhồi máu vùng giáp ranh hai bên thường do hạ HA toàn thể. Nhồi máu vùng giáp ranh một bên có thể được liên kết với hẹp mạch máu lớn một bên.

1.2.1.3. Sinh lí bệnh của tổn thương não trong tăng huyết áp

*** Bệnh lí mạch máu nhỏ**

➤ Cấu trúc vi mạch trong tăng huyết áp

Những tiểu động mạch (đường kính bên trong < 350 μm) và những mao mạch (đường kính bên trong < 7 μm) là những yếu tố chính kiểm soát HA [46].

Do đó, sự thay đổi cấu trúc trong vi tuần hoàn có thể ảnh hưởng trực tiếp và mạnh mẽ đến các giá trị HA. Trên thực tế, hiện nay người ta đã chấp nhận rộng rãi rằng những bất thường về cấu trúc vi mạch máu là những thay đổi phổ biến có liên quan đến THA mạn tính [46],[128].

Trong vài năm qua, bằng chứng đã cho thấy tổn thương THA của mạch máu nhỏ cũng có thể tham gia vào sinh lý bệnh học của các biến chứng THA [128].

➤ Sự tự điều chỉnh ở não

Tuần hoàn não được đặc trưng bởi hiện tượng sinh lý của tự điều chỉnh tưới máu não. Sự tự điều chỉnh não bộ kiểm soát chặt chẽ dòng máu đến não bằng cách kết hợp nhu cầu trao đổi chất của não với sự tưới máu não.

Phản ứng tự điều chỉnh của mạch máu não trong suốt quá trình thay đổi áp lực tưới máu não qua trung gian nhiều bởi các cơ chế khác nhau [39]. Các cơ chế chuyển hóa đường như chiếm ưu thế trong thời gian giảm áp lực tưới máu não. Chất ức chế xâm nhập calci làm giảm đáng kể đáp ứng tự điều chỉnh của mạch não, cho thấy rằng sự đi vào calci ngoại bào là điều cần thiết cho sự tự điều chỉnh não. THA mạn tính làm thay đổi sự tự điều chỉnh não và liên quan đến sự thay đổi cấu trúc vi mạch máu não. Kết quả là sự hạn chế sự tự điều chỉnh tăng lên [127], [39]. Trên thực tế, THA mạn tính tạo ra sự tái cấu trúc và phì đại mạch máu não và có đường cong thể hiện mối liên hệ giữa lưu lượng máu trong não và HA hệ thống [127]. Các cơ chế thể dịch có thể có tác động quan trọng đối với mạch máu não và dòng máu chảy, cụ thể là các phản ứng phụ thuộc lớp nội mô của các tiểu động mạch não với các thuốc chủ vận thụ thể và không thụ thể bị suy giảm trong THA mạn tính. Sự thay đổi đáp ứng phụ thuộc nội mô trong tiểu động mạch não trong THA mạn tính là do sự giải phóng một yếu tố có nguồn gốc từ nội mô [127].

Do sự dịch chuyển về phía bên phải của đường cong về mối liên hệ áp lực - dòng máu ở BN THA, giảm HA quá mức trong điều trị hạ HA có thể làm cho các BN này giảm lưu lượng tưới máu não vùng gây thiếu máu tế bào [71].

➤ *Vi tuần hoàn của não*

Việc tái cấu trúc đã được quan sát ở BN có THA chủ yếu ở con người, gặp ở các động mạch nhỏ ở dưới da và não [126]. Ngoài ra, sự xuất huyết vi mạch máu và đặc biệt là sự xuất huyết mao mạch, có thể được quan sát thấy ở BN THA, ở một số vùng mạch máu [22], [16], bao gồm mạch máu não [126].

Sự cứng lại của động mạch lớn cũng cho thấy có liên quan đến nhồi máu não lỗ khuyết và vùng chất trắng [31], thường là biểu hiện của bệnh lí mạch

máu nhỏ. Ở những người cao tuổi có áp lực mạch nội sọ cao có khối lượng não nhỏ hơn và não thất lớn hơn, hỗ trợ quan điểm cho rằng nhịp mạch động mạch quá mức làm tổn thương đến não [152]. Do đó, có một mối liên quan giữa tổn thương mạch máu nhỏ trong não và thận và các chỉ số về tuổi và THA (áp lực mạch, vận tốc và tốc độ xung động mạch chủ) [115]. Do đó, cách tiếp cận hợp lý để phòng ngừa và điều trị đòi hỏi phải giảm áp lực mạch trung ương [115]. Vì động mạch chủ và động mạch lớn không trực tiếp bị ảnh hưởng bởi thuốc, điều này đòi hỏi phải làm giãn nở các động mạch ở những nơi khác trong cơ thể [115]. Điều này có thể được thực hiện thông qua tập thể dục thường xuyên và bằng các loại thuốc như nitrat, thuốc chẹn kênh calci, thuốc ức chế men chuyển angiotensin và các thuốc chẹn thụ thể angiotensin [115].

*** Bệnh lí mạch máu lớn**

➤ Tái cấu trúc động mạch lớn

Trong THA, tái cấu trúc động mạch lớn được đặc trưng bởi sự gia tăng độ dày lớp màng trong - lớp giữa (khoảng + 15 đến 40%), mở rộng khẩu kính ở các động mạch đàn hồi đoạn gần và không có thay đổi đường kính khẩu kính đoạn xa [88], [15]. Dày thành bù trừ cho sự gia tăng THA và có khuynh hướng bình thường hóa áp lực thành xung quanh [52]. Sự gia tăng HATT và áp lực mạch làm dày lên thành động mạch lớn, đặc biệt là thành động mạch cảnh [85]. Việc mở rộng các động mạch lớn đàn hồi đoạn gần trong THA trung bình được mô tả rộng rãi trong các nghiên cứu sử dụng siêu âm, đặc biệt là các hệ thống đầu dò siêu âm có độ phân giải cao [88], [85]. THA làm gia tăng ảnh hưởng đến lão hóa, thường do nứt gãy các sợi đàn hồi để đáp ứng với việc làm giảm áp lực sức căng đều đặn và từng lúc. Tuy nhiên, sự tăng trưởng và gây chết tế bào của các tế bào cơ trơn mạch máu có lẽ cũng có liên

quan. Việc mở rộng các động mạch đàn hồi đoạn gần, như động mạch chủ ngực trong THA tương phản với sự thiếu mở rộng các động mạch cơ đoạn xa, như động mạch chậu hoặc đùi. Do đó, độ thon của động mạch chủ (nghĩa là đường kính động mạch chủ đoạn lên hơn đoạn xuống) bị phóng đại bởi THA ở một độ tuổi nhất định. Sự không phù hợp khẩu kính này làm THA trung tâm.

➤ *Sự cứng động mạch lớn*

Ở BN bị THA chủ yếu, độ cứng động mạch lớn tăng lên đáp ứng với sự gia tăng chất liệu làm thành mạch cứng, chẳng hạn như collagen, bởi các mức HA cao. Ngoài ra, sự kích hoạt mãn tính của các hệ renin - angiotensin khu trú và hệ thống thúc đẩy sự tăng sinh tế bào cơ trơn mạch máu, viêm nhiễm ở mức độ thấp, gia tăng thành phần collagen. Những cơ chế có liên quan khác nhau ở BN THA chủ yếu tùy thuộc vào các yếu tố nguy cơ tim mạch hoặc bệnh liên quan. Ví dụ, ở các dạng THA thứ phát, như tăng aldosterol trong máu nguyên phát [84] hoặc THA do bệnh lí mạch máu thận [50], độ cứng động mạch là do tác dụng của xơ với nồng độ aldosterone cao [84] cùng với việc kích hoạt liên tục hệ renin - angiotensin [50].

1.2.2. Một số vấn đề về đột quy tái phát

1.2.2.1. Định nghĩa đột quy tái phát

Theo y văn, có nhiều định nghĩa khác nhau về đột quy tái phát. Chúng tôi xin nêu ra một định nghĩa đã được một số nghiên cứu từ trước đến nay sử dụng [45],[108].

Đột quy tái phát được định nghĩa như là một trường hợp đột quy (theo Tổ chức Y tế thế giới), xảy ra sau lần đột quy trước đó, đồng thời thỏa mãn thêm một trong các tiêu chuẩn sau:

(1) Có bằng chứng lâm sàng cho thấy bệnh khởi phát đột ngột với các triệu chứng thần kinh khu trú mới (khác với lần trước), xuất hiện sau 24 giờ kể từ lần đột quy trước đó mà không có nguyên nhân rõ ràng nào khác như chấn thương, cơn động kinh, nhiễm độc, phẫu thuật, chẹn mạch máu,... ngoài nguyên nhân mạch máu đồng thời đã loại trừ những trường hợp bệnh nặng lên do phù não, hiệu ứng choán chỗ hoặc chảy máu trong ổ nhồi máu, hoặc

(2) Có bằng chứng lâm sàng cho thấy có sự nặng lên đột ngột đối với các triệu chứng thần kinh khu trú đang ổn định trước đó, xuất hiện sau ngày thứ 21 kể từ khi đột quy khởi phát mà không có một nguyên nhân rõ ràng nào khác ngoài nguyên nhân mạch máu. Ngoài ra, hình ảnh học sọ não sẽ giúp củng cố thêm chẩn đoán.

Như vậy, trong nghiên cứu này, biến cố đột quy tái phát có thể xảy ra trước hoặc sau 21 ngày ở những BN đã hồi phục hoàn toàn hoặc mới chỉ hồi phục một phần kể từ lần đột quy trước đó.

1.2.2.2. Nguy cơ tái phát sau đột quy thiếu máu não

Kết quả tổng quan y văn cho thấy sau khi đột quy thiếu máu não, BN có nguy cơ tái phát đột quy rất cao, ngay từ những ngày đầu của bệnh. Trong đó, hầu hết các trường hợp tái phát thường xảy ra trong năm đầu tiên. Điều này trở nên quan trọng hơn khi tuổi thọ con người ngày càng gia tăng và tỉ lệ tử vong do đột quy ngày càng giảm dần [64],[67]. Trên thực tế, đột quy tái phát chiếm khoảng 25 - 40% trong tổng số BN đột quy và có tỉ lệ tử vong, tàn tật và chi phí điều trị cao hơn so với đột quy lần đầu [28],[63].

Vì vậy, mặc dù đã có rất nhiều tiến bộ trong điều trị và dự phòng, song đột quy tái phát vẫn là một mối đe dọa đối với những BN đột quy còn sống. Đây thực sự là một thách thức lớn đối tất cả các quốc gia trên toàn cầu, đặc biệt là các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình [53],[63].

1.2.2.3. Các yếu tố ảnh hưởng tái phát sau đột quy thiếu máu não

Các yếu tố ảnh hưởng quan trọng nhất của sự tái phát đột quy bao gồm: tuổi già, THA, rung nhĩ, ĐTD, tăng lipid máu, hút thuốc lá, uống rượu nhiều, và béo phì [90],[107]. Trong các yếu tố này, THA, ĐTD, rung nhĩ thường được nghiên cứu nhiều nhất. Hầu hết các yếu tố ảnh hưởng tái phát đều có thể điều chỉnh được. Nhận biết những yếu tố ảnh hưởng này và tổ chức phòng ngừa làm giảm tái phát đột quy [77].

Tăng huyết áp

Điều trị THA có thể là can thiệp quan trọng nhất để phòng ngừa thứ phát đột quy thiếu máu não. THA được định nghĩa khi HATT \geq 140 mmHg hoặc HATTr \geq 90 mmHg, ước tính có khoảng 78 triệu người Mỹ có THA [28].

Tất cả các dạng THA đều có liên quan đến đột quy, bao gồm tăng HATTr và tăng HATT, thường thấy ở người cao tuổi và sự kết hợp của cả hai. Tất cả đều cho thấy làm tăng nguy cơ đột quy, mặc dù tác động có thể mạnh hơn đối với tăng HATT so với tăng HATTr. THA là yếu tố nguy cơ có thể thay đổi quan trọng nhất của đột quy, các nghiên cứu dịch tễ học đã phát hiện ra rằng đột quy thường gặp hơn nhồi máu cơ tim ở những BN THA [81],[89],[147]. Các nghiên cứu quan sát quy mô lớn đã chứng minh rằng mức độ HA thông thường có liên quan rõ ràng và liên tục đến nguy cơ đột quy não theo kiểu tuyến tính và mối quan hệ này được quan sát thấy từ mức HATT thấp bằng 115 mmHg và mức HATTr thấp bằng 70 mmHg [89],[147]. Mối quan hệ giữa HA và nguy cơ đột quy hầu như không thay đổi sau khi điều chỉnh mức cholesterol huyết thanh, hút thuốc, rượu hoặc tiền sử bệnh tim mạch [41]. Dữ liệu từ nhóm Hợp tác về TIA của Vương quốc Anh (UK TIA - United Kingdom Transient Ischaemic Attack) cho thấy giảm 10 mmHg

HATT thông thường có liên quan đến giảm 28% nguy cơ đột quỵ tái phát [70].

Các yếu tố ảnh hưởng khác

- ĐTD type 2 là một yếu tố ảnh hưởng chính cho bệnh tim mạch, với 15% - 33% BN bị đột quỵ thiếu máu não có ĐTD type 2 [19],[74],[106]. Đây là yếu tố dự báo độc lập về đột quỵ tái phát ở BN đột quỵ thiếu máu não [133].

- Nhiều tác giả đã khẳng định sự ảnh hưởng lớn của rung nhĩ lên nguy cơ tái phát đột quỵ, đặc biệt ở những BN không dùng thuốc kháng đông, bất chấp nó được phát hiện trước hay sau khi đột quỵ TMNCB xảy ra [159], [141].

- Không có sự đồng nhất về vai trò của tuổi, giới tính đối với nguy cơ tái phát đột quỵ [70].

- Bên cạnh các yếu tố liên quan với sự gia tăng nguy cơ tái phát đột quỵ vừa trình bày ở trên thì vai trò của các yếu tố bảo vệ cũng đã được nhiều nghiên cứu đề cập đến, bao gồm bỏ hút thuốc lá, tập thể dục thường xuyên, giảm rượu bia, nồng độ HDL - C cao, liệu pháp chống kết tập tiểu cầu, statins (phổ biến là atorvastatin, rosuvastatin, simvastatin, pravastatin) [63], [99].

1.3. CÁC NGHIÊN CỨU CÓ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP SAU ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO VÀ ĐỘT QUỴ TÁI PHÁT

1.3.1. Các nghiên cứu trong nước

Cho đến nay tại Việt Nam thông qua việc tra cứu thông tin trên internet trên toàn quốc chúng tôi chưa thấy một nghiên cứu nào khảo sát về sự tuân thủ với thuốc HA trong ngăn ngừa đột quỵ thiếu máu não tái phát. Điều này có lẽ do những nghiên cứu khảo sát nguy cơ tái phát đột quỵ thường là những nghiên cứu dọc với thời gian theo dõi lâu dài nên sẽ gây nhiều tốn kém về

thời gian, nhân lực và tài chính... Một số nghiên cứu ở Việt nam liên quan đến việc đánh giá sự tuân thủ THA:

• **Nghiên cứu của Vũ Xuân Phú và Nguyễn Minh Phương năm 2011 [7]**

- Dân số nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang trên 250 đối tượng tại 4 phường của thành phố Hà Nội.

- Mục tiêu: phân tích về tuân thủ điều trị THA.

- Kết luận:

+ Thực hành tuân thủ điều trị THA chưa tốt chỉ có 44,8% đối tượng nghiên cứu đạt về tuân thủ điều trị THA. 31,6% đối tượng nghiên cứu có trang bị máy đo HA cá nhân, 34% là theo dõi HA thường xuyên. Có 32,8% không uống thuốc. Có đến 54,4% đối tượng nghiên cứu không đi khám định kỳ đều đặn. 36% đối tượng nghiên cứu thực hiện chế độ ăn uống đạt yêu cầu; 66,4% thực hiện hạn chế rượu bia. 64% đối tượng nghiên cứu thực hiện chế độ sinh hoạt, nghỉ ngơi đạt yêu cầu, 62,8% thực hiện luyện tập thường xuyên.

+ Lý do không uống thuốc đầy đủ do bận công việc (10,8%), cho là không quan trọng (6,4%), cho là HA bình thường thì không cần uống thuốc (6,4%), bị tác dụng phụ của thuốc (6,0%) và người nhà không nhắc nhở uống thuốc (4%).

+ Lý do không đi khám chủ yếu là do bận công việc (21,2%), cho rằng không cần thiết (15,2%), ngại đi, không thuận tiện (14%) và do lịch khám không phù hợp (12,4%).

• **Nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Mai Tranh và cộng sự năm 2012 [10]**

- Dân số nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 783 BN THA \geq 60 tuổi đang điều trị ngoại trú tại phòng khám bệnh viện Quận 7.

- Mục tiêu: đánh giá tỉ lệ tuân thủ, nguyên nhân không tuân thủ và các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị THA.

- Kết quả:

+ Tỷ lệ tuân thủ là 25%, không tuân thủ điều trị 75%.

+ Nguyên nhân kém tuân thủ điều trị bao gồm: không đủ điều kiện kinh tế (43%), quên uống thuốc (36%), không biết cần uống thuốc liên tục (34%), sợ uống nhiều thuốc (31%), nghĩ đã khỏi bệnh (23%) chiếm một tỷ lệ đáng chú ý trong các yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị.

+ Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị gồm: bảo hiểm y tế, tình trạng hôn nhân, tuổi, bệnh mạn tính kèm theo, bác sĩ tư vấn, áp dụng biện pháp không dùng thuốc.

• **Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mỹ Hạnh và cộng sự năm 2013 [1]**

- Dân số nghiên cứu: đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 350 BN THA.

- Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc điều trị THA và các yếu tố liên quan đến sự không tuân thủ.

- Kết quả:

+ Tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc của BN THA là 69,4%. Tỷ lệ kiểm soát HA của BN THA là 46%. Có mối liên quan giữa kiểm soát HA với các yếu tố: tuổi và có bệnh ĐTD, suy thận kèm theo ($p < 0,05$).

+ Có mối liên quan giữa sự tuân thủ dùng thuốc với các yếu tố: tuổi, thời gian điều trị THA và có bệnh ĐTD kèm theo ($p < 0,05$).

+ Không tìm thấy mối liên quan giữa tuân thủ dùng thuốc với kiểm soát HA của BN THA ($p > 0,05$).

• **Nghiên cứu của Đinh Hữu Hùng, Vũ Anh Nhị, Đỗ Văn Dũng năm 2014 [2]**

- Dân số nghiên cứu: đây là nghiên cứu đoàn hệ quan sát, tiền cứu trên

405 BN đột quy thiếu máu não cục bộ cấp được tiến hành trong 3 năm từ 2010 đến 2012.

- Mục tiêu: Xác định tỉ suất tái phát tích lũy sau đột quy thiếu máu não cục bộ cấp theo thời gian (30 ngày, 90 ngày, 6 tháng và 1 năm) và xác định một số yếu tố có liên quan độc lập với nguy cơ tái phát sau đột quy thiếu máu não cục bộ cấp.

- Kết quả:

+ Tỉ suất tái phát đột quy tích lũy tại các thời điểm 30 ngày, 90 ngày, 6 tháng và 1 năm lần lượt tương ứng là 6,0%, 11,9%, 16,1% và 23,3%.

+ Một số yếu tố liên quan độc lập với sự gia tăng nguy cơ tái phát đột quy: hẹp động mạch cảnh $\geq 70\%$, rung nhĩ, phân nhóm nguyên nhân của đột quy thiếu máu não cục bộ (nhóm lấp mạch từ tim có nguy cơ tái phát cao nhất và kế đến là nhóm xơ vữa động mạch lớn), trình độ học vấn thấp (từ tiểu học trở xuống), nồng độ HDL - C (High Density Lipoprotein Cholesterol - Cholesterol tỉ trọng cao) thấp và tiền sử đột quy hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua (số lần bị càng nhiều thì nguy cơ tái phát đột quy càng cao). Một số yếu tố liên quan độc lập với sự làm giảm nguy cơ tái phát đột quy: liệu pháp chống kết tập tiểu cầu và statins.

1.3.2. Các nghiên cứu ngoài nước

• Nghiên cứu của Glader E.L. và cộng sự năm 2010 [58]

- Dân số nghiên cứu: đây là nghiên cứu tiền cứu trong thời gian một năm của 21.007 người còn sống sót sau đột quy não ở Thụy Điển.

- Mục tiêu: xác định sự tuân thủ sử dụng các thuốc sau đột quy và các yếu tố liên quan đến sự tuân thủ.

- Kết quả:

+ Tỉ lệ BN kiên trì sử dụng thuốc được kê toa tại bệnh viện giảm dần

trong vòng 2 năm đầu và đạt 74,2% đối với thuốc hạ HA, 56,1% đối với statins, 63,7% đối với thuốc chống huyết khối và 45,0% đối với warfarin.

+ Đối với hầu hết các loại thuốc, độ tuổi cao, bệnh kèm theo, tự nhận thức về sức khoẻ tốt, không có tâm trạng kém, điều trị cấp tính trong một đơn vị đột quy não và sống ở viện lúc theo dõi là các yếu tố liên quan độc lập với kiên trì sử dụng thuốc.

• **Nghiên cứu của Perreault S. và cộng sự năm 2012 [123]**

- Dân số nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện trên 14.227 BN được chẩn đoán là đột quy thiếu máu cục bộ, tuổi từ 65 tuổi trở được điều trị với các thuốc hạ áp từ 1999 - 2007 ở Quebec, Canada.

- Mục tiêu nghiên cứu: nhằm đánh giá mối quan hệ giữa sự tuân thủ điều trị hạ áp và các biến cố tim mạch ở đột quy thiếu máu cục bộ gần đây.

- Kết quả:

+ Tuổi trung bình 75,54% là nam giới, 38% có bệnh động mạch vành, 23% có bệnh tiểu đường, rối loạn lipid máu 47% và 14% rung nhĩ hoặc cuồng nhĩ.

+ Tuân thủ tốt với điều trị hạ áp đã được phản ánh bởi sự tuân thủ tương tự như statin và thuốc kháng tiểu cầu và có liên quan với nguy cơ thấp các biến cố mạch máu không gây tử vong so với sự tuân thủ kém hơn (RR 0,77 (0,70 - 0,86)).

• **Nghiên cứu của Xu J. và cộng sự năm 2013 [160]**

- Dân số nghiên cứu: Sử dụng dữ liệu từ CNSR (China National Stroke Registry), phân tích dữ liệu từ 8.409 BN bị đột quy thiếu máu não có THA. Kiên trì với điều trị THA (kiên trì cao $\geq 75\%$, kiên trì thấp $< 75\%$) được đo bởi BN tự báo cáo ở 3, 6 và 12 tháng sau khi đột quy.

- Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá mối quan hệ giữa sự kiên trì sử dụng thuốc hạ HA và kết quả đột quy thiếu máu não (tái phát đột quy, biến cố mạch máu kết hợp và tử vong) lúc 12 tháng.

- Kết quả cho thấy:

+ 40% là nữ và độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 66,7 năm. 31,6% BN có kiên trì cao với các thuốc hạ HA và 68,4% có kiên trì thấp trong 1 năm sau khi khởi phát đột quy.

+ Kiên trì cao với thuốc hạ HA cho thấy thuốc làm giảm đáng kể nguy cơ tái phát đột quy (OR 0,78; 95% CI = 0,68 - 0,89), biến cố mạch máu kết hợp (0,71; 0,63 - 0,81) và tử vong (0,44; 0,36 - 0,53) so với sự kiên trì thấp.

• **Nghiên cứu Ji R. và cộng sự năm 2013 [70]**

- Dân số nghiên cứu: Nghiên cứu trên 9.998 BN đột quy thiếu máu não hoặc TIA lấy từ CNSR từ 2007 đến 2008.

- Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ BN kiên trì sử dụng các thuốc phòng ngừa thứ phát sau đột quy và xác định các yếu tố quyết định cho kiên trì sử dụng thuốc tại thời điểm 3 tháng.

- Kết quả sau 3 tháng:

+ 63,6% BN tiếp tục dùng tất cả các thuốc phòng ngừa thứ phát được kê đơn vào lúc xuất viện.

+ Tuổi trẻ ($p = 0,05$), nam giới ($p = 0,03$), có tiền sử THA ($p < 0,001$), không có tiền sử rung nhĩ ($p < 0,001$), độc lập trước đột quy não ($p = 0,005$), đang được điều trị tại bệnh viện ($p = 0,003$), thời gian nằm viện dài hơn ($p < 0,001$) và một số ít loại thuốc dự phòng đột quy não thứ phát ($p < 0,001$) được xác định là các yếu tố quyết định cho kiên trì sử dụng thuốc tại thời điểm 3 tháng.

+ Sự kiên trì sử dụng các thuốc dự phòng thứ phát tại thời điểm 3 tháng có liên quan đáng kể với ít tái phát đột quỵ não (OR = 0,78, 95% CI = 0,67 - 0,91, p = 0,002) và kết cục chức năng tốt hơn (mRS \leq 2) (OR = 1,17, 95% CI = 1,04 - 1,32, p = 0,009) tại thời điểm sau xuất viện 3 tháng.

• **Nghiên cứu Xu J. và cộng sự năm 2013 [161]**

- Dân số nghiên cứu: tổng cộng có 7.880 BN THA bị đột quỵ thiếu máu não hoặc cơn thoáng thiếu máu cục bộ từ CNSR.

- Mục tiêu nghiên cứu: xác định tỉ lệ BN sử dụng thuốc hạ HA sau đột quỵ thiếu máu não tại thời điểm 12 tháng và xác định các yếu tố liên quan sự tuân thủ điều trị.

- Kết quả:

+ 4.458 (56,6%) BN đột quỵ thiếu máu não sử dụng thuốc hạ HA lúc xuất viện và tại thời điểm 12 tháng chỉ còn 2.927 (37,1%).

+ Thuốc chẹn kênh calci được sử dụng phổ biến nhất trong số năm loại thuốc hạ HA được kê toa khi ra viện và những người sử dụng nhóm này có sự tuân thủ thuốc hạ HA cao nhất là một năm.

+ Giáo dục sức khỏe trong bệnh viện là yếu tố tiên lượng mạnh nhất của việc sử dụng thuốc hạ HA lúc xuất viện; tuổi và mức độ nặng của đột quỵ là những yếu tố tiên lượng âm tính mạnh nhất tại thời điểm 12 tháng.

• **Nghiên cứu của Yassine M. và cộng sự năm 2016 [164]**

- Dân số nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu cắt ngang dựa trên bảng câu hỏi đã được tiến hành trên một mẫu ngẫu nhiên của 210 BN ngoại trú bị THA được chọn từ các phòng khám ở các bệnh viện tuyến chuyên khoa và các phòng khám tim mạch tư nhân ở Beirut. Mức độ tuân thủ được đo lường bằng thang điểm Morisky - 8 mục.

- Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỉ lệ tuân thủ và các yếu tố liên quan sự tuân thủ tốt với thuốc hạ HA.

- Kết quả:

+ Trong số 210 BN, 50,5% cho thấy tuân thủ tốt, 27,1% tuân thủ trung bình và 22,4% tuân thủ điều trị thuốc. Điểm số Morisky trung bình là $6,59 \pm 2,0$.

+ Trong các phân tích 2 biến, HA được kiểm soát ($p = 0,003$) và dùng thuốc kết hợp ($p = 0,023$) là các yếu tố tiên lượng của sự tuân thủ tốt.

+ Quên ($p < 0,01$), chế độ sử dụng thuốc phức tạp ($p = 0,001$) và tác dụng phụ của thuốc ($p = 0,006$) là các yếu tố tiên đoán cho sự tuân thủ thấp khi phân tích hồi quy đa biến.

+ Kết quả hồi quy logistic cho thấy rằng các thuốc chẹn kênh calci ($p = 0,030$) có liên quan với gia tăng mức độ tuân thủ.

• **Nghiên cứu của Pan J. và Cs năm 2017 [121]**

- Dân số nghiên cứu: Đây là nghiên cứu cắt ngang trên 440 BN đột quy có THA ở Trung Quốc.

- Mục tiêu nghiên cứu: xác định tỉ lệ tuân thủ và các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA.

- Kết quả:

+ 35,23% BN có tuân thủ với sử dụng thuốc hạ HA và 42,95%, 52,27% và 4,77% BN có hiểu biết kém, trung bình và tốt về THA.

+ Giới tính, phân nhóm HA, theo dõi HA và hiểu biết về THA là các yếu tố độc lập của việc tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA.

• **Nghiên cứu của tác giả Hidayah K. và Cs năm 2017 [66]**

- Dân số nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu trên 165 BN đã bị đột quy thiếu máu não lần đầu ở Indonesia. Các BN này được đánh giá mức độ

tuân thủ sử dụng các thuốc ngăn chặn đột quy tái phát bằng bảng câu hỏi Morisky - 8 mục.

- Mục tiêu nghiên cứu: xác định tỉ lệ tuân thủ các thuốc ngăn ngừa đột quy thứ phát và tìm các lí do không tuân thủ điều trị.

- Kết quả:

+ Trong 165 BN thì có 48 BN (29%) tuân thủ thấp (MMAS - 8 < 6), 43 BN (26%) tuân thủ trung bình (MMAS - 8 = 6 - 7), 74 BN (45%) tuân thủ cao (MMAS - 8 = 8) với các thuốc điều trị ngăn đột quy tái phát.

+ Lí do của việc không tuân thủ với thuốc là cảm thấy tốt hơn (34,1%), quên (18,7%), chán nản (16,5%), thiếu sự hỗ trợ từ gia đình (8,8%), không có thời gian (6,6%), cảm thấy tệ hơn (5,5%), tác dụng phụ của thuốc (3,3%), thích các loại thuốc thay đổi (3,3%) và chi phí (3,3%).

Tóm lại, các nghiên cứu ngoài nước cho thấy việc tuân thủ điều trị THA sau đột quy thiếu máu não làm giảm nguy cơ tái phát đột quy, biến cố mạch máu kết hợp hoặc tử vong sau đó. Riêng các nghiên cứu trong nước, hiện chỉ nghiên cứu tỉ lệ tuân thủ hoặc không tuân thủ điều trị THA cũng như tìm ra các lí do không tuân thủ. Đối với những BN có THA mà bị đột quy thiếu máu não, chưa có nghiên cứu nào trong nước đánh giá tỉ lệ tuân thủ điều trị THA hoặc tìm các yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ này hoặc tìm mối liên quan giữa sự tuân thủ điều trị THA và các kết cục (tái phát đột quy, biến cố mạch máu kết hợp, tử vong). Từ đó, đưa ra các chiến lược can thiệp cụ thể nhằm cải thiện tái phát, tử vong, biến cố mạch máu. Đó là lí do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu quan sát, tiền cứu.

2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.2.1. Dân số nghiên cứu

2.2.1.1. Dân số mục tiêu

Tất cả những BN có tiền căn đột quy thiếu máu não và có THA

2.2.1.2. Dân số chọn mẫu

Tất cả những BN được điều trị tại khoa Nội 2 Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Sóc Trăng từ tháng 9/2015 đến tháng 7/2016 và có đủ tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

2.2.2.1. Tiêu chuẩn chọn vào

BN bị đột quy thiếu máu não (trong vòng 24 giờ đến 48 giờ đầu) mà có THA. BN được chẩn đoán xác định là đột quy thiếu máu não cục bộ cấp bằng tiêu chuẩn lâm sàng (theo định nghĩa đột quy của WHO và đã được trình bày trong phần tổng quan tài liệu) và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sọ não, đồng thời có địa chỉ thường trú rõ ràng và/hoặc có số điện thoại. BN được xem là có THA khi đáp ứng bất kì tiêu chuẩn sau đây: có tiền sử THA được bác sĩ kê toa thuốc hạ HA trước khi khởi phát đột quy hoặc khi HATT \geq 140 mmHg hoặc HATTr \geq 90 mmHg [4] và có sử dụng thuốc hạ áp trong thời gian nằm viện.

2.2.2.2. Tiêu chuẩn loại ra

- BN xuất huyết não, xuất huyết khoang dưới nhện, TIA, chẩn đoán không rõ ràng.

- BN hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- BN tử vong trước khi xuất viện.

2.3. THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Thời gian nghiên cứu: tiến hành từ 9/2015 đến 7/2017.

Địa điểm nghiên cứu: khoa nội 2 Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Sóc Trăng

2.4. CỖ MẪU NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi theo dõi BN đột quy thiếu máu não có THA trong 1 năm sau khi xuất viện. Nghiên cứu tiêu biểu có 2 nhóm BN: một nhóm có tuân thủ (tuân thủ cao và trung bình) với điều trị THA và một nhóm không tuân thủ (tuân thủ thấp) với điều trị THA. Với thời gian theo dõi đối tượng được định trước và tỉ lệ tái phát đột quy trong 2 nhóm đó là p_1 và p_2 lấy từ nghiên cứu Xu J. và Cs là 13,7% và 20%, HR là 0,7 [160] thì số cỡ mẫu cần thiết cho từng nhóm có thể ước tính theo công thức:

$$n = \frac{C(h+1)^2}{(2-p_1-p_2)(h-1)^2} \quad [11]$$

$p_1 = 13,7\%$ (tỉ lệ BN có tuân thủ với điều trị THA mà bị tái phát đột quy).

$p_2 = 20\%$ (tỉ lệ BN không tuân thủ với điều trị THA mà bị tái phát đột quy).

HR = 0,7 (tỉ số nguy hại).

Với $\alpha = 0,05$; $\beta = 0,1$ nên $C = 10,51$ (hằng số).

Ta tính được cỡ mẫu $n = 203 \times 2 = 406$ ca.

Trên thực tế chúng ta có thể bị mất mẫu trong quá trình nghiên cứu nên chúng tôi tăng cỡ mẫu lên $10\% \times 2$ (42 đối tượng). Vì vậy cỡ mẫu tối thiểu thực tế cần phải lấy là 448 ca.

2.5. CÁC BIẾN SỐ TRONG NGHIÊN CỨU

2.5.1. Các biến số được thu thập khi bệnh nhân nhập viện

*** Về dân số học**

- Tuổi: biến số định lượng (năm nghiên cứu - năm sinh).
- Giới tính: biến số nhị giá: Nam và Nữ.
- Dân tộc: biến số danh định, có 4 giá trị: Kinh, Hoa, Khơmer và nhóm dân tộc khác.
- Trình độ học vấn: biến số nhị giá, bao gồm từ tiểu học trở xuống và trên tiểu học.
- Tình trạng hôn nhân: biến số nhị giá: sống với vợ (hoặc chồng hoặc con hoặc người thân khác) và sống một mình.
- Nơi cư trú: biến số nhị giá:
 - + Thành thị: địa chỉ thường trú thuộc khu vực thành phố, thị xã, thị trấn.
 - + Nông thôn: địa chỉ thường trú thuộc các khu vực còn lại.

*** Các yếu tố nguy cơ mạch máu**

- Tiền sử đột quy/TIA: Biến số nhị giá:
 - + Có: Đã từng được chẩn đoán là đột quy hoặc đã từng bị cơn thiếu máu não thoáng qua trước khi đột quy lần này xảy ra (xem giấy tờ xuất viện của BN).
 - + Không: Không thỏa tiêu chuẩn trên.
- Tiền sử THA: Biến số danh định, có 4 giá trị:
 - + Không có.
 - + Có nhưng không được điều trị thường xuyên: không được theo dõi định kỳ và/hoặc uống thuốc không đều đặn.
 - + Có và được điều trị thường xuyên: được theo dõi định kỳ và uống thuốc đều đặn mỗi ngày.

+ Không rõ.

- Tiền sử hút thuốc lá: Biến số danh định, có 3 giá trị [28],[113].

+ Không hút.

+ Đã bỏ hút thuốc lá: BN đã từng hút thuốc lá ≥ 1 điếu/ngày nhưng đã bỏ hơn 1 năm.

+ Đang hút thuốc lá: BN có hút thuốc lá ≥ 1 điếu/ngày và không thỏa mãn tiêu chuẩn đã bỏ hút thuốc lá.

- Rung nhĩ: biến số nhị giá:

+ Có: được chẩn đoán xác định bằng lâm sàng và điện tâm đồ [3] [80].

+ Không: không thỏa mãn tiêu chuẩn trên.

- Đái tháo đường: biến số nhị giá:

+ Có: Là những BN đang dùng thuốc điều trị bệnh ĐTD hoặc xét nghiệm đường máu trong khoảng thời gian nằm viện thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội ĐTD Hoa Kỳ năm 2014 [20].

+ Không: là những BN không thỏa mãn tiêu chuẩn trên.

- Rối loạn lipid máu: biến số nhị giá: có và không (dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Tim Châu Âu và Hội Tim Mạch Việt Nam [9],[28],[40]).

- Tập thể dục thường xuyên: biến số nhị giá:

+ Có: tập thể dục đều đặn với thời gian ≥ 30 phút/ngày và ít nhất 5 ngày trong tuần [77],[113].

+ Không: không thỏa mãn tiêu chuẩn trên.

*** Các yếu tố ghi nhận lúc khám lâm sàng**

- BMI [51],[79]: biến số danh định gồm 3 giá trị:

• BMI < 18: người nhẹ cân

• $18 \leq \text{BMI} < 23$: người bình cân

• BMI ≥ 23 : người thừa cân - béo phì

- Thang điểm Glasgow [140]: biến số định lượng và được chuyển thành biến số nhị giá: ≤ 8 và > 8 điểm (xem phần phụ lục 4).

- Thang điểm NIHSS tại thời điểm nhập viện [94],[101]: biến số danh định có 3 giá trị: nhẹ (0 - 4), trung bình (5 - 14), nặng (≥ 15) (xem phần phụ lục 3).

- Rối loạn chức năng nuốt: Biến số nhị giá: có hoặc không, đánh giá bằng thang điểm MBSS [102].

2.5.2. Các yếu tố ghi nhận tại thời điểm xuất viện

- Các loại thuốc HA được kê toa lúc xuất viện: ức chế men chuyển angiotensin (có, không), chẹn kênh calci (có, không), ức chế thụ thể angiotensin (có, không), lợi tiểu (có, không), chẹn beta (có, không), nhiều hơn một nhóm thuốc HA (có, không).

- Thuốc kết hợp tại thời điểm xuất viện: thuốc chống kết tập tiểu cầu (có, không), thuốc kháng đông (có, không), Statin (có, không), thuốc hạ đường huyết (có, không).

2.5.3. Các biến số liên quan đến quá trình theo dõi tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 1 năm

Ghi nhận khi đến nhà, hỏi BN hoặc thân nhân BN kết hợp xem các giấy tờ có liên quan.

- Biến cố đột quy tái phát: đây là biến số nhị giá, được xếp vào loại biến số phụ thuộc (biến số kết cục) và được thu thập trong quá trình theo dõi bệnh nhân với 2 giá trị:

+ Có: dựa theo định nghĩa đột quy tái phát.

+ Không: không thỏa mãn định nghĩa trên.

- Biến cố mạch máu kết hợp: bao gồm cả tái phát đột quy, nhồi máu cơ tim. Biến số nhị giá: có/không.

- Tử vong: biến số nhị giá có/không.

- Dùng thuốc điều trị THA sau khi ra viện: đối với từng nhóm thuốc hạ HA. Biến số danh định, có các giá trị: có (thường xuyên, không thường xuyên) và không.

- Thang điểm Morisky - 8 mục [109] đánh giá sự tuân thủ hạ HA đánh giá tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 1 năm:

Để phục vụ cho mục đích nghiên cứu, BN được phân chia vào 2 nhóm (có và không tuân thủ).

+ Có tuân thủ (tuân thủ cao và trung bình, thang điểm Morisky - 8 mục ≥ 6 điểm).

+ Không tuân thủ (tuân thủ thấp, thang điểm Morisky - 8 mục < 6 điểm).

BN được đánh giá có tuân thủ khi tất cả các thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 1 năm đều tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA (hỏi bệnh nhân dựa vào toa thuốc đang uống kết hợp với kiểm tra thuốc hiện có). Ngược lại là không tuân thủ.

- Dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu sau khi ra viện: biến số danh định, có các giá trị: có (thường xuyên, không thường xuyên) và không.

- Dùng kháng đông sau khi ra viện: biến số danh định, có các giá trị: có (thường xuyên, không thường xuyên) và không.

- Dùng nhóm statins sau khi ra viện: biến số danh định, có các giá trị: có (thường xuyên, không thường xuyên) và không.

- HA được xác định đạt mục tiêu điều trị khi HA $\leq 140/80$ mmHg [156]

* Lí do của việc không tuân thủ sử dụng thuốc hạ huyết áp

Biến số danh định có các giá trị: yếu tố liên quan đến BN, yếu tố liên quan đến điều trị, yếu tố liên quan đến BN - kinh tế - xã hội [36]. Riêng yếu tố liên quan đến BN - kinh tế - xã hội: kết hợp yếu tố liên quan đến BN và yếu tố liên quan đến kinh tế - xã hội.

2.6. PHƯƠNG PHÁP VÀ CÔNG CỤ ĐO LƯỜNG, THU THẬP SỐ LIỆU

2.6.1. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Chúng tôi thu thập số liệu bằng công cụ khám và phỏng vấn trực tiếp + xem hồ sơ bệnh án nhằm thu thập số liệu theo phiếu thu thập số liệu.

Vì đây là một nghiên cứu dọc theo thời gian nên chúng tôi xin trình bày phần này theo thứ tự từng bước:

*** Bước 1: Thu thập thông tin khi bệnh nhân nhập viện**

- Trong nghiên cứu này, chúng tôi giới hạn dân số nghiên cứu là BN đột quy thiếu máu não có THA. Đột quy thiếu máu não được chẩn đoán theo WHO [6] kết hợp với chụp CT Scanner đầu. THA được chẩn đoán khi HA \geq 140/90 mmHg trên các phép đo lặp đi lặp lại trong thời gian nằm viện (ngày 2 lần sáng, chiều), HA vẫn còn cao ngày thứ 3 sau khởi phát (loại trừ THA phản ứng) hoặc BN đang sử dụng thuốc hạ HA.

- Những BN sẽ được hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, thực hiện các cận lâm sàng cần thiết để thu thập các thông tin liên quan đến các biến số nghiên cứu.

- Các thông tin cần thiết khác, bao gồm cả số điện thoại cố định, di động của BN và người nhà BN được ghi chép cẩn thận, theo trình tự dựa trên một bảng thu thập số liệu đã soạn sẵn.

- Đồng thời, chúng tôi cũng đã giải thích rõ ràng về mục đích cũng như lợi ích của nghiên cứu để BN và người nhà BN được hiểu rõ. Từ đó họ cảm thấy yên tâm và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

*** Bước 2: Ghi nhận các thông tin tại thời điểm xuất viện**

Tại thời điểm xuất viện, ghi nhận huyết áp tâm thu, ghi nhận các loại thuốc HA hoặc các thuốc kết hợp bác sĩ kê toa.

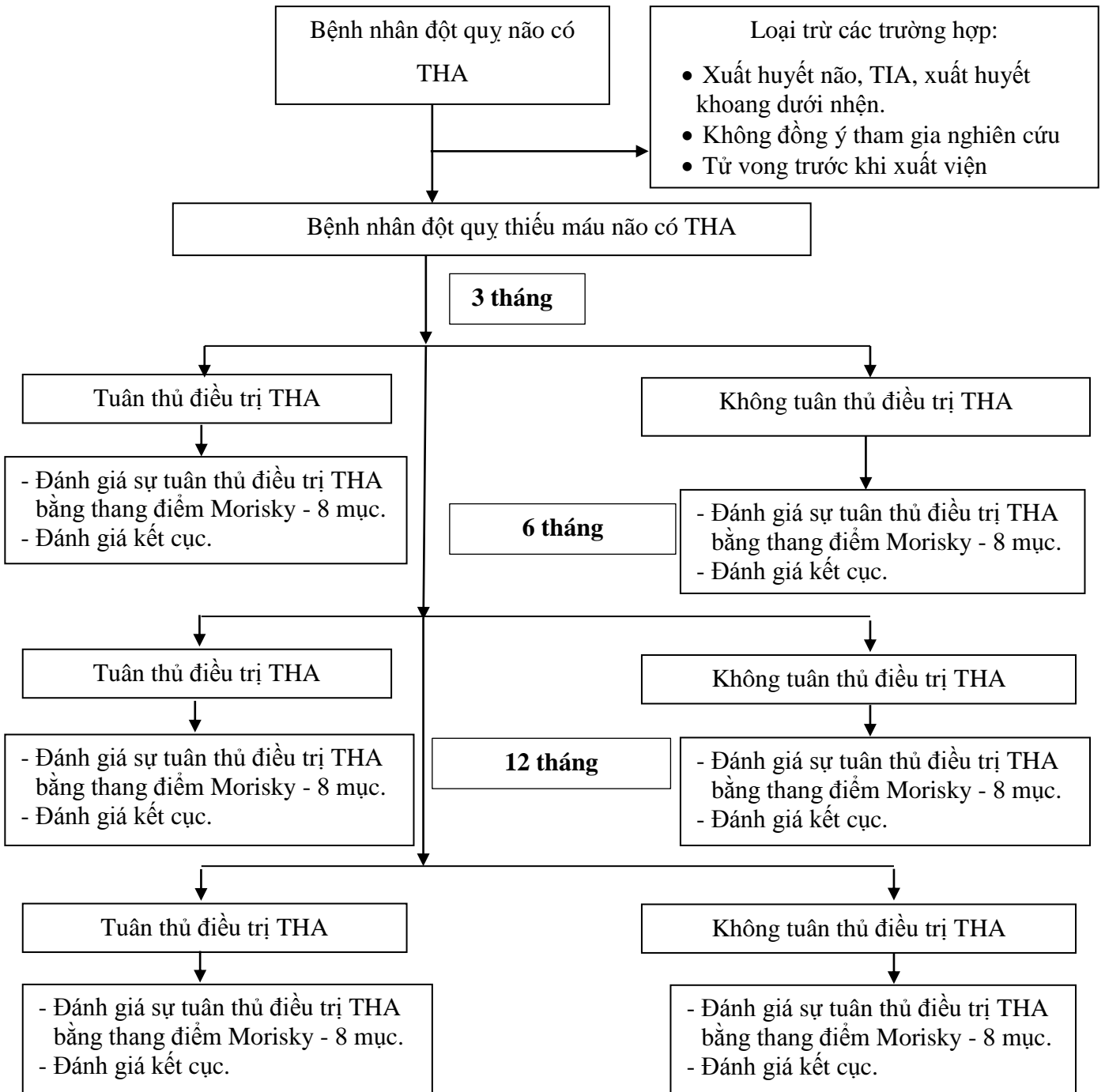
*** Bước 3: Sau khi xuất viện**

Tất cả BN trong mẫu nghiên cứu được điện thoại và thăm khám tại nhà ở các mốc: 3 tháng, 6 tháng, 1 năm. BN sẽ được đo HA, thăm khám và đánh giá sự tuân thủ sử dụng thuốc HA theo bảng câu hỏi Morisky - 8 mục và đánh giá kết cục của BN (tái phát, biến cố mạch máu kết hợp hoặc tử vong), theo dõi sử dụng các thuốc (hạ HA, chống kết tập tiểu cầu, hạ lipid máu, kháng đông, hạ đường huyết). Theo dõi dựa theo toa thuốc BN đang sử dụng mỗi ngày, phỏng vấn theo bảng thu thập số liệu có sẵn.

Bằng sự thân thiện, cởi mở, giúp đỡ và chia sẻ, chúng tôi đã nhận được sự hợp tác tốt từ hầu hết các BN và người nhà BN.

Đặc biệt, đối với những trường hợp có nguy cơ bị mất theo dõi, chúng tôi tăng cường liên lạc thường xuyên hơn, đồng thời xin bổ sung ngay số điện thoại và địa chỉ của người thân BN nhằm giảm thiểu tình trạng mất mẫu.

2.7. SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Hình 2.1. Sơ đồ các bước tiến hành nghiên cứu

2.8. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ SỐ LIỆU

- Đối với thống kê mô tả: các tỉ lệ được sử dụng cho các biến phân loại. Trong khi đó, trung bình và độ lệch chuẩn được sử dụng cho các biến liên tục.

- Đối với thống kê phân tích: các biến số cho thấy có liên quan đáng kể với tính tuân thủ điều trị THA trong phân tích đơn biến ($p < 0,05$) sẽ đem vào phân tích bằng mô hình hồi quy Cox nhằm đánh giá mối liên hệ giữa tính tuân thủ với điều trị THA và tái phát đột quy.

- Để đánh giá các yếu tố nguy cơ độc lập có liên quan đến với đột quy tái phát, chúng tôi sử dụng phân tích hồi quy Cox. Mức có ý nghĩa thống kê cho nghiên cứu là giá trị $p < 0,05$. Các dữ liệu được phân tích sử dụng phiên bản phần mềm thống kê SPSS.

2.9. CÁCH KHẮC PHỤC SAI SỐ

- Kiểm soát sai lệch chọn lựa: Chọn đối tượng nghiên cứu phải chặt chẽ, thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu qua việc thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, toàn diện và cho làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết.

- Kiểm soát sai lệch thông tin:

+ Định nghĩa rõ ràng, cụ thể các biến số nghiên cứu.

+ Tập huấn cẩn thận cho các nhân viên y tế hỗ trợ ghi phiếu chỉ định và hướng dẫn BN đi làm các cận lâm sàng khi BN nhập viện.

+ Chúng tôi đã giải thích cho BN và người nhà BN hiểu rõ mục đích của nghiên cứu, đồng thời có sự chia sẻ và giúp đỡ để họ có thể yên tâm hợp tác trong quá trình tham gia vào nghiên cứu.

+ Tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng chúng tôi có đến nhà khám cho BN, bao gồm đo HA, xem xét các số khám bệnh, cách uống thuốc của BN.

2.10. ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU

- Trước khi được chọn vào mẫu nghiên cứu, BN và người nhà BN đã được giải thích rõ ràng về mục đích và cách tiến hành của nghiên cứu. Từ đó, họ đồng ý tham gia một cách hoàn toàn tự nguyện.

- Đề tài luận án được thực hiện thông qua sự chấp thuận của Hội đồng Y đức

- Đây là nghiên cứu quan sát, tiến cứu, ngoài mục đích duy nhất là phục vụ cho khoa học, công trình nghiên cứu này không còn có bất kỳ mục đích nào khác.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua 3 năm, từ 2015 đến 2017, chúng tôi đã thu thập được 510 BN đợt quy thiếu máu não có THA tại thời điểm xuất viện. Tại thời điểm 3 tháng chỉ còn theo dõi 508 BN (2 trường hợp mất theo dõi), 6 tháng là 471 BN (ngừng theo dõi thêm các BN đã tử vong ghi nhận lúc 3 tháng), 12 tháng là 455 BN (ngừng theo dõi thêm các BN đã tử vong ghi nhận lúc 6 tháng). Kết quả có được như sau:

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu tại thời điểm nhập viện

3.1.1. Các yếu tố về dân số học

Bảng 3.1: Các yếu tố về dân số học (n = 510)

Các yếu tố dân số học		Tần số	Tỉ lệ (%)
Tuổi (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)		70,5 ± 12,4	
Giới tính	Nam	252	49,4
	Nữ	258	50,6
Dân tộc	Kinh	352	69
	Hoa	12	2,4
	Khomer	146	28,6
Trình độ học vấn	≤ Tiểu học	415	81,4
	> Tiểu học	95	18,6
Tình trạng hôn nhân	Sống với vợ/chồng/con	498	97,6
	Sống một mình	12	2,4
Nơi cư trú	Thành thị	106	20,8
	Nông thôn	404	79,2

Nhận xét

Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, tổng cộng có 510 BN thỏa tiêu chí đưa vào với tuổi trung bình là $70,5 \pm 12,4$. Tỷ lệ nam giới và nữ giới gần bằng nhau. Người Kinh chiếm tỷ lệ cao nhất là 69%, kế đến là dân tộc Khomer với tỷ lệ 28,6% và thấp nhất là dân tộc Hoa với tỷ lệ 2,4%. BN có trình độ học vấn thấp (từ tiểu học trở xuống) chiếm tỷ lệ cao (81,4%). Có đến 498 BN (97,65%) sống với vợ/chồng/con, còn lại khoảng 12 BN chiếm tỷ lệ 2,35% BN sống độc thân. Tỷ lệ BN sống ở khu vực nông thôn chiếm tỷ lệ cao gấp 3,5 lần so với khu vực thành thị (79,2% so với 20,8%).

3.1.2. Các yếu tố nguy cơ mạch máu

Bảng 3.2: Các yếu tố nguy cơ mạch máu (n = 510)

Các yếu tố nguy cơ mạch máu	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tiền sử đột quy/TIA	149	29,2
Tiền sử THA Có điều trị thường xuyên	60	11,8
Có điều trị không thường xuyên	419	82,2
Tiền sử hút thuốc lá Không hút	267	52,4
Đã bỏ hút thuốc lá	25	4,9
Đang hút thuốc lá	218	42,7
Tập thể dục thường xuyên	37	7,3
THA	454	89
Rung nhĩ	7	1,4
Đái tháo đường	97	19
Rối loạn lipid máu	171	33,5

Nhận xét

Trong 510 BN có 29,2% BN có tiền sử đột quy/TIA. 94% BN có tiền sử THA, trong số đó có đến 82,2% không được điều trị thường xuyên. Đa số BN

trong mẫu nghiên cứu tập thể dục không thường xuyên chiếm tỉ lệ 92,7%. 454 (89%) trường hợp tại thời điểm nhập viện có HA tăng.

3.1.3. Các yếu tố về tình trạng bệnh trên lâm sàng

**Bảng 3.3: Đặc điểm của một số yếu tố về tình trạng bệnh trên lâm sàng
(n = 510)**

Các yếu tố	Tần số	Tỉ lệ %
BMI		
BMI < 18	20	3,9
$18 \leq \text{BMI} < 23$	238	46,7
$\text{BMI} \geq 23$	252	49,4
Điểm Glasgow lúc nhập viện		
> 8	504	98,8
≤ 8	6	1,2
Thang điểm NIHSS		
0 - 4	197	38,6
5 - 14	289	56,7
≥ 15	24	4,7

Nhận xét

Trong 510 BN đưa vào nghiên cứu, người thừa cân và béo phì chiếm tỉ lệ 49,4% (gần ½ trường hợp). Hầu hết BN nhập viện có thang điểm Glasgow > 8, chiếm tỉ lệ 98,8%. Thang điểm NIHSS lúc nhập viện từ 5 - 14 chiếm tỉ lệ cao nhất 56,7%, kế đến là 0 - 4 (38,6%) và thấp nhất là ≥ 15 (4,7%).

3.1.4. Các yếu tố ghi nhận tại thời điểm xuất viện

Bảng 3.4: Đặc điểm của các yếu tố ghi nhận tại thời điểm xuất viện

(n = 510)

Các yếu tố ghi nhận tại thời điểm xuất viện	Tần số	Tỉ lệ %
HATT tại thời điểm xuất viện (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	128,2 ± 14,3	
Được kê toa thuốc hạ huyết áp	349	68,4
Các loại thuốc hạ huyết áp được kê toa lúc xuất viện		
Chẹn kênh calci	222	43,5
Ức chế thụ thể angiotensin	156	30,6
Nhiều hơn một nhóm thuốc huyết áp	65	12,7
Ức chế men chuyển angiotensin	35	6,9
Lợi tiểu	4	0,8
Chẹn beta	0	0

Nhận xét

Tại thời điểm xuất viện, có 349 (68,4%) BN được kê toa thuốc hạ HA. Trong đó, thuốc chẹn kênh calci chiếm tỉ lệ cao nhất (43,5%), thuốc ức chế thụ thể angiotensin đứng hàng thứ 2 (30,6%), kết hợp nhiều hơn 1 nhóm thuốc hạ áp đứng hàng thứ 3 (12,7%), còn lại là lợi tiểu (0,8%), ức chế men chuyển (6,9%), chẹn beta (0%).

3.1.5. Một số đặc điểm liên quan đến quá trình theo dõi bệnh nhân

Bảng 3.5: Một số đặc điểm chung liên quan đến quá trình theo dõi

(n = 510 BN)

Đặc điểm	3 tháng 508 BN (99,6%)		6 tháng 471 BN (92,4%)		12 tháng 455 BN (89,2%)	
	Tuân thủ 297 (58,2%)	Không tuân thủ 211 (41,4%)	Tuân thủ 320 (62,7%)	Không tuân thủ 151 (29,6%)	Tuân thủ 331 (64,9%)	Không tuân thủ 124 (24,3%)
Tái phát đột quy	11 (3,7%)	20 (9,5%)	11 (3,4%)	12 (7,9%)	15 (4,5%)	27 (21,8%)
Biến cố mạch máu kết hợp	5 (1,7%)	13 (6,2%)	4 (1,2%)	8 (5,3%)	2 (0,6%)	5 (4%)
Tử vong	8 (2,7%)	29 (13,7%)	7 (2,2%)	9 (6%)	3 (0,9%)	18 (14,5%)
Tổng số BN lúc xuất viện là 510. Tổng số BN mất theo dõi là 2 trường hợp (0,4%).						

Nhận xét

Tại thời điểm 3 tháng (510 BN sau xuất viện, 2 trường hợp không liên lạc được): có 31 BN tái phát đột quy, 18 BN có biến cố mạch máu kết hợp và 37 BN tử vong. Tại thời điểm 6 tháng (theo dõi 471 BN): có 23 BN tái phát đột quy, 12 BN có biến cố mạch máu kết hợp và 16 BN tử vong. Tại thời điểm 12 tháng (theo dõi 455 BN) có 42 BN tái phát đột quy, 7 BN có biến cố mạch máu kết hợp và 21 BN tử vong.

Các BN có kết cục tái phát, biến cố mạch máu kết hợp hoặc tử vong ở nhóm tuân thủ thấp hơn so với nhóm tuân thủ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm 3 tháng (tái phát ($p = 0,007$); biến cố mạch máu kết hợp ($p = 0,007$), tử vong ($p < 0,001$)); 6 tháng (tái phát ($p = 0,033$); biến cố mạch máu kết hợp ($p = 0,014$), tử vong ($p = 0,037$)); và 1 năm (tái phát ($p < 0,001$); biến cố mạch máu kết hợp ($p = 0,018$), tử vong ($p < 0,001$)).

Đánh giá tính tuân thủ dựa vào thang điểm Morisky - 8 mục cho thấy mức độ tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA có xu hướng ngày càng gia tăng tại các mốc 3 tháng, 6 tháng, 1 năm theo thứ tự là 297 (58,2%), 320 (62,7%), 331 (64,9%). Trong khi đó mức độ không tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA ngày càng giảm tại các mốc 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng theo thứ tự là 211 (41,4%), 151 (29,6%), 124 (24,3%).

Bảng 3.6: Một số đặc điểm liên quan đến điều trị sau khi bệnh nhân ra viện

Các liệu pháp điều trị	Lúc xuất viện	3 tháng 508 BN (99,6%)	6 tháng 471 BN (92,4%)	12 tháng 455 BN (89,2%)
Dùng thuốc CKTTC				
Có Không thường xuyên	450 (88,2%)	73 (14,3%)	74 (14,5%)	69 (13,5%)
Thường xuyên		118 (23,1%)	110 (21,6%)	105 (20,6%)
Dùng thuốc nhóm statin				
Có Không thường xuyên	222 (43,5%)	37 (7,3%)	41 (8%)	40 (7,8%)
Thường xuyên		82 (16,1%)	89 (17,5%)	98 (19,2%)
Dùng thuốc hạ đường huyết				
Có Không thường xuyên	79 (15,5%)	16 (3,1%)	13 (2,5%)	10 (2%)
Thường xuyên		48 (9,4%)	49 (9,6%)	50 (9,8%)
Dùng thuốc điều trị THA				
Có Không thường xuyên	349 (68,4%)	126 (24,7%)	97 (19%)	81 (15,9%)
Thường xuyên		297 (58,2%)	320 (62,7%)	331 (64,9%)
Dùng thuốc kháng đông ở BN đột quy thiếu máu não có rung nhĩ				
Có Không thường xuyên	2 (0,4%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)	0
Thường xuyên		1 (0,2%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)

Nhận xét

Khoảng 450 (88,2%) BN có dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu sau khi ra viện. Tuy nhiên, có đến 281 (55,1%) BN không sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu, 69 (13,5%) sử dụng không thường xuyên tại thời điểm 12 tháng. Về

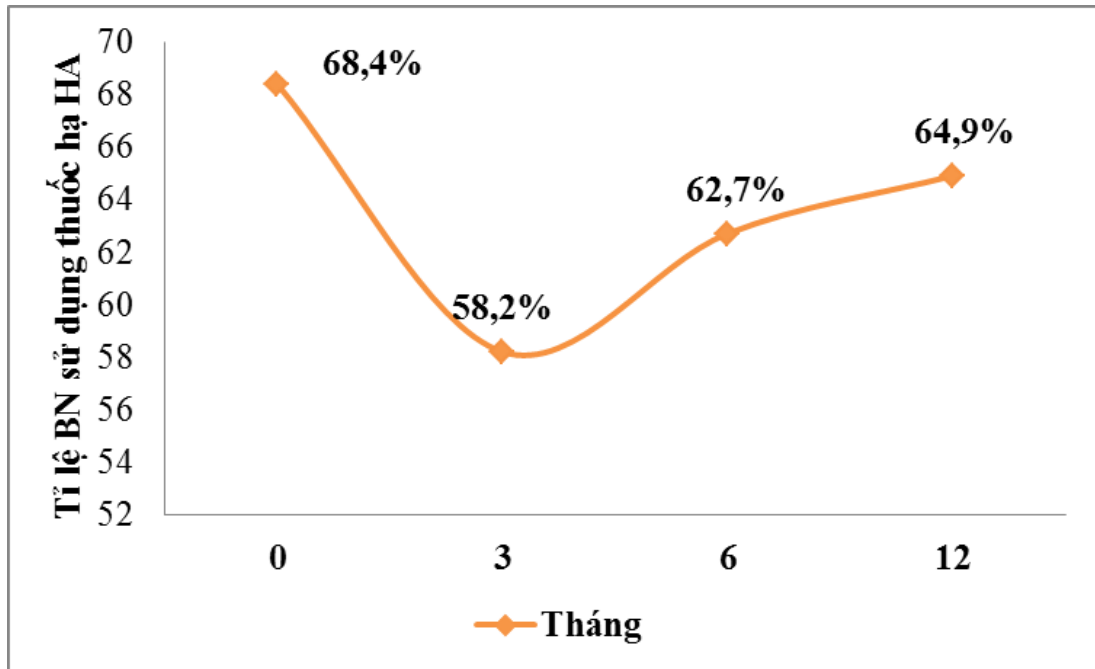
thuốc nhóm statin, khoảng 222 (43,5%) BN được kê toa lúc ra viện, có 317 trường hợp (62,2%) không sử dụng thuốc tại thời điểm 12 tháng và chỉ có 98 trường hợp (19,2%) sử dụng thường xuyên. Còn về thuốc hạ HA, tại thời điểm 12 tháng có 331 trường hợp (64,9%) BN sử dụng thuốc hạ HA thường xuyên.

Bảng 3.7: Mối liên quan giữa tái phát đột quỵ và đạt huyết áp mục tiêu tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng

Tái phát	HA đạt mục tiêu lúc 3 tháng		HA đạt mục tiêu lúc 6 tháng		HA đạt mục tiêu lúc 12 tháng	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không
Có	9 (52,9%)	8 (47,1%)	2 (11,8%)	15 (88,2%)	4 (12,9%)	27 (87,1%)
Không	173 (38,1%)	281 (61,9%)	190 (43,3%)	249 (56,7%)	219 (54,3%)	184 (45,7%)

Nhận xét

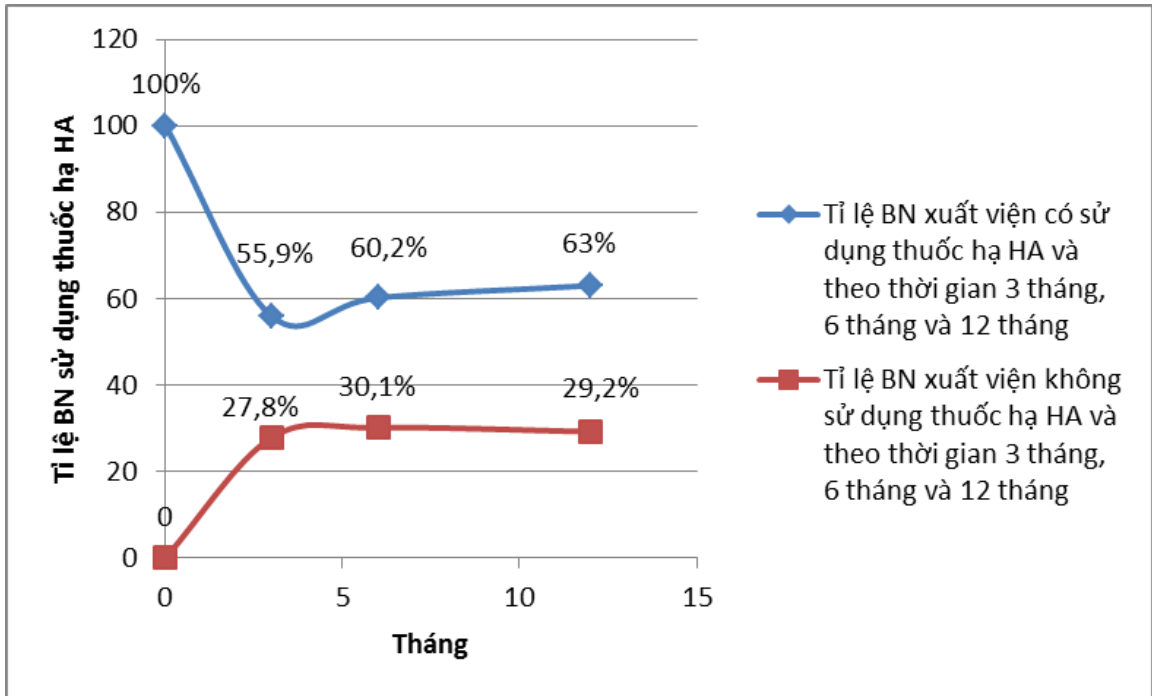
Tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng cho thấy HA không đạt mục tiêu ($\leq 140/80\text{mmHg}$) ở nhóm BN tái phát cao hơn nhóm không tái phát.



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ BN sử dụng thuốc hạ HA từ lúc xuất viện, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng.

Nhận xét

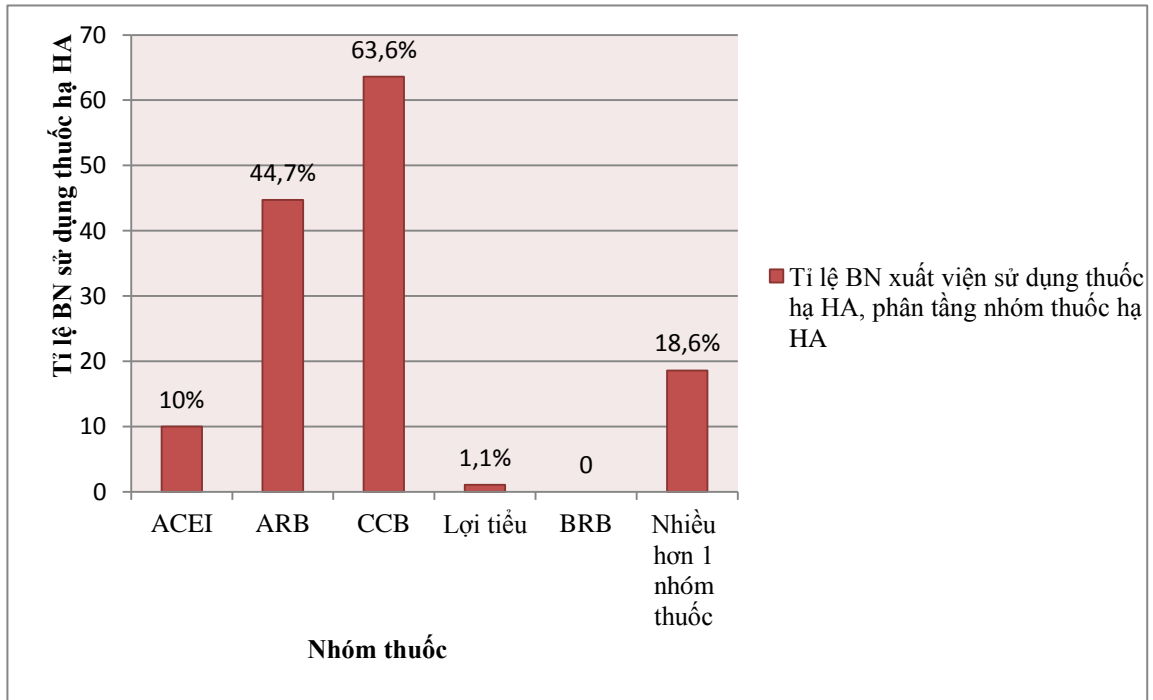
Trong số 510 BN đột quỵ thiếu máu não có THA thì có 349 (68,4%) BN xuất viện có sử dụng thuốc HA lúc xuất viện, 297 (58,2%) BN sử dụng thuốc HA thường xuyên tại thời điểm 3 tháng, 320 (62,7%) lúc 6 tháng, 331 (64,9%) lúc 12 tháng.



Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ BN sử dụng thuốc HA trong 12 tháng ở 2 nhóm BN xuất viện có và không có uống thuốc hạ HA

Nhận xét

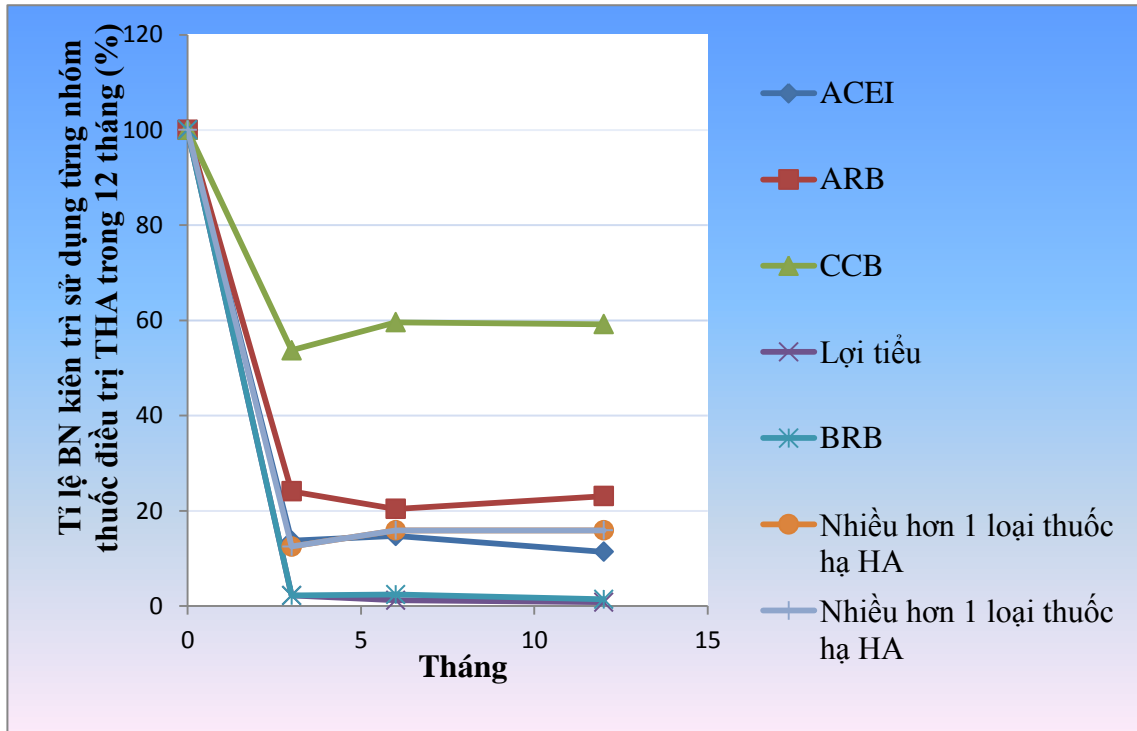
Trong 349 BN xuất viện có sử dụng thuốc HA tại thời điểm xuất viện, 195 (55,9%) BN sử dụng thuốc HA tại thời điểm 3 tháng, 210 (60,2%) BN sử dụng thuốc HA tại thời điểm 6 tháng và 219 (63%) BN sử dụng thuốc HA tại thời điểm tại thời điểm 12 tháng. Trong 161 BN xuất viện không sử dụng thuốc HA có 40 (24,8%) BN chưa từng sử dụng thuốc HA trong suốt thời gian theo dõi 12 tháng.



Biểu đồ 3.3: Tỷ lệ BN xuất viện có sử dụng thuốc hạ HA, phân tầng theo nhóm thuốc HA.

Nhận xét

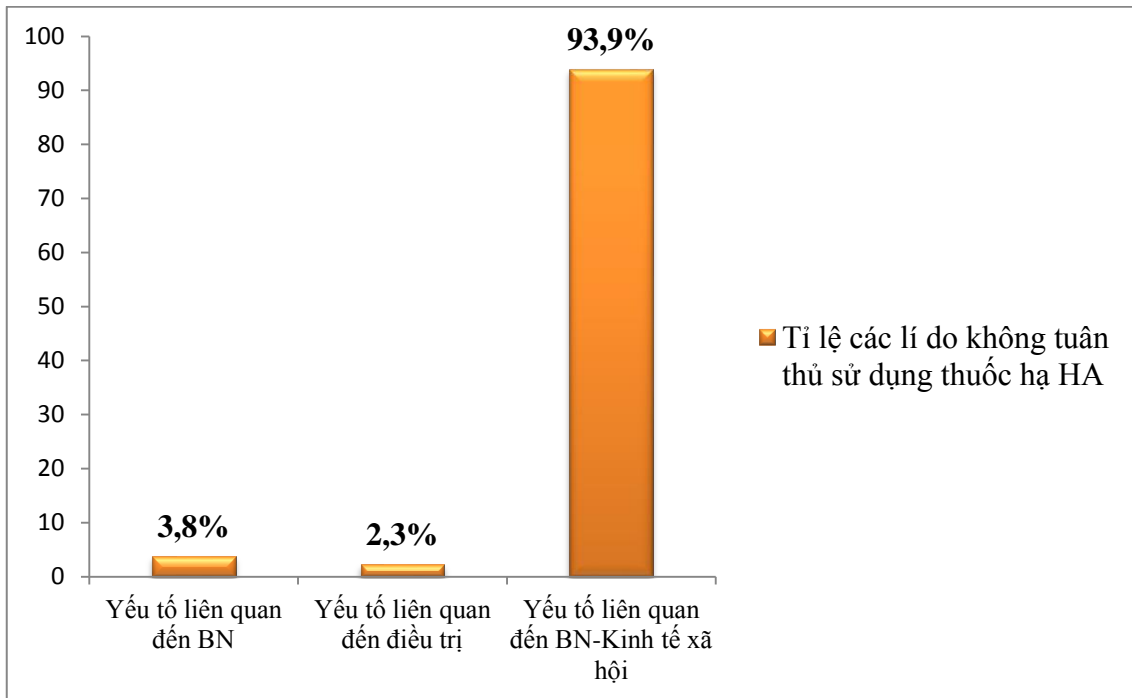
Thuốc chẹn kênh calci được kê toa nhiều nhất lúc xuất viện, kể đến là ARB, không có BN nào sử dụng thuốc chẹn beta. Trong số 349 ca xuất viện có sử dụng thuốc HA, 65 (18,6%) BN xuất viện sử dụng hơn 2 nhóm thuốc hạ HA và 284 (81,4%) BN chỉ sử dụng 1 loại thuốc hạ HA.



Hình 3.4: Tỷ lệ BN kiên trì sử dụng mỗi nhóm thuốc HA trong thời gian 12 tháng ở nhóm BN xuất viện có sử dụng thuốc hạ HA

Nhận xét

Có sự khác biệt trong sự kiên trì sử dụng thuốc HA trong 12 tháng, kiên trì thấp nhất thấy ở thuốc lợi tiểu và thuốc ACEI trong khi đó kiên trì cao nhất thấy ở thuốc CCBs.



Biểu đồ 3.5: Các lí do không tuân thủ thuốc hạ huyết áp

Nhận xét

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm 12 tháng có 132 ca (25,9%) không sử dụng thuốc hạ HA hoặc sử dụng thuốc hạ HA không thường xuyên. Trong đó, có 5 BN (3,8%) liên quan đến yếu tố BN (nhận thức kém về thuốc), 3 BN (2,3%) liên quan đến yếu tố điều trị (suy giảm nhận thức, mất chức năng vận động, chi phí), 124 BN (93,9%) liên quan đến yếu tố kinh tế - xã hội - bệnh nhân (nhận thức kém về thuốc, nghèo, sự hỗ trợ từ thân nhân kém).

3.2. Xác định tỉ lệ bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tăng huyết áp có tuân thủ điều trị và các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ

BN được đánh giá có tuân thủ với điều trị THA khi cả 3 mốc thời gian (3 tháng, 6 tháng, 1 năm) đều có tuân thủ. Như vậy trong 510 BN xuất viện (508 BN theo dõi, 2 BN mất theo dõi) có 262 (51,4%) BN tuân thủ và 246 (48,2%) BN không tuân thủ với điều trị THA.

3.2.1. Đặc điểm cơ bản ở 2 nhóm tuân thủ và không tuân thủ với điều trị tăng huyết áp

Bảng 3.8: Đặc điểm cơ bản ở 2 nhóm có tuân thủ và không tuân thủ với điều trị tăng huyết áp

Đặc điểm cơ bản	Tuân thủ với điều trị THA n = 262 (51,4%)	Không tuân thủ với điều trị THA n = 246 (48,2%)	p
Giới tính			
Nam	122 (46,6%)	129 (52,4%)	0,186
Nữ	140 (53,4%)	117 (47,6%)	
Tuổi (Trung bình ± SD)	68,6 ± 12,1	72,7 ± 12,3	< 0,001
Dân tộc			
Kinh	196 (74,8%)	154 (62,6%)	0,006
Hoa	7 (2,7%)	5 (2%)	
Khmer	59 (22,5%)	87 (35,4%)	
Trình độ học vấn			
≤ Tiểu học	201 (76,7%)	213 (86,6%)	0,004
> Tiểu học	61 (23,3%)	33 (13,4%)	
Tình trạng hôn nhân			
Sống với vợ/ chồng/ Con	259 (98,9%)	238 (96,7%)	0,103
Sống một mình	3 (1,1%)	8 (3,3%)	
Nơi cư trú			
Thành thị	67 (25,6%)	39 (15,9%)	0,007
Nông thôn	195 (74,4%)	207 (84,1%)	

Đặc điểm cơ bản	Tuân thủ với điều trị THA n = 262 (51,4%)	Không tuân thủ với điều trị THA n = 246 (48,2%)	p
Các YTNC về mạch máu			
Tiền căn đột quỵ não/TIA	78 (29,8%)	71 (28,9%)	0,822
Tiền căn THA (có và điều trị thường xuyên)	44 (16,8%)	16 (6,5%)	0,001
HTL (đang hút)	105 (40,1%)	112 (45,5%)	0,079
Tập thể dục thường xuyên	20 (7,6%)	17 (6,9%)	0,754
Rung nhĩ	2 (0,8%)	5 (2%)	0,22
Đái tháo đường	56 (21,4%)	41 (16,7%)	0,177
Rối loạn lipid máu	91 (35,7%)	79 (33,5%)	0,607
Lúc nhập viện			
BMI \geq 23	152 (58%)	99 (40,2%)	< 0,001
Thang điểm Glasgow			
> 8	259 (98,9%)	243 (98,8%)	0,938
\leq 8	3 (1,1%)	3 (1,2%)	
Thang điểm NIHSS			
0 - 4 điểm	125 (47,7%)	70 (28,5%)	< 0,001
5 - 14 điểm	131 (50%)	158 (64,2%)	
\geq 15 điểm	6 (2,3%)	18 (7,3%)	
Rối loạn chức năng nuốt	36 (13,7%)	64 (26%)	0,001
Nhóm thuốc hạ HA kê toa lúc xuất viện			
ACEI	11 (4,2%)	24 (9,8%)	0,013
ARB	85 (32,4%)	70 (28,5%)	0,329
CCB	110 (42%)	111 (45,1%)	0,476
Lợi tiểu	2 (0,8%)	2 (0,8%)	0,95

Đặc điểm cơ bản	Tuân thủ với điều trị THA n = 262 (51,4%)	Không tuân thủ với điều trị THA n = 246 (48,2%)	p
Hơn 1 loại thuốc hạ HA	36 (13,7%)	29 (11,8%)	0,51
Các thuốc cùng kê toa lúc xuất viện			
Chống kết tập tiểu cầu	238 (90,8%)	210 (85,4%)	0,056
Kháng đông	1 (0,4%)	1 (0,4%)	0,964
Nhóm statin	118 (45%)	102 (41,5%)	0,416
Hạ đường huyết	47 (17,9%)	32 (13%)	0,125
Tái phát	28 (10,7%)	60 (24,4%)	< 0,001
Biến cố mạch máu kết hợp	8 (3,1%)	21 (8,5%)	0,008
Tử vong	16 (6,1%)	58 (23,6%)	< 0,001

Nhận xét

Có nhiều BN ở nhóm tuân thủ với thuốc hạ HA hơn so với nhóm không tuân thủ với thuốc hạ HA (51,4% so với 48,2%). Những BN không tuân thủ thuốc có tuổi $72,7 \pm 12,3$, dân tộc Khmer, trình độ học vấn \leq tiểu học, sống ở nông thôn, có rối loạn chức năng ruột, thang điểm NIHSS cao, có sử dụng thuốc hạ HA nhóm ACEI lúc xuất viện. p lần lượt là $< 0,001$; 0,006; 0,004; 0,007; 0,001; $< 0,001$; 0,003.

Ngược lại, có nhiều BN có BMI ≥ 23 , tiền căn THA nhưng không điều trị hoặc điều trị không thường xuyên ở nhóm tuân thủ với thuốc hạ HA so với nhóm không tuân thủ với thuốc hạ HA. p lần lượt là $< 0,001$; $< 0,001$.

Các kết cục sau đột quy thiếu máu não gồm tái phát đột quy, biến cố mạch máu, tử vong ở nhóm không tuân thủ với thuốc hạ HA nhiều hơn nhóm tuân thủ với thuốc hạ HA. p lần lượt là $< 0,001$; 0,008; $< 0,001$.

3.2.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp sau đột quỵ thiếu máu não

3.2.2.1. Kết quả phân tích đơn biến về sự ảnh hưởng của một số yếu tố nguy cơ đến tuân thủ với điều trị tăng huyết áp

* Các yếu tố dân số học

Bảng 3.9: Kết quả phân tích hồi quy Cox đơn biến của các yếu tố dân số học lên sự tuân thủ với điều trị tăng huyết áp

Phân tầng các yếu tố (n = 508)	HR	KTC 95%	Giá trị p
Tuổi	1,45	0,95 – 2,18	0,09
Giới tính			
Nam	0,77	0,55 - 1,09	0,15
Nữ	1		Tham chiếu
Dân tộc			
Kinh	0,96	0,29 – 3,09	0,95
Hoa	1,66	1,18 – 2,35	0,004
Khomer	1		Tham chiếu
Trình độ học vấn			
≤ Tiểu học	0,39	0,22 – 0,7	0,002
> Tiểu học	1		Tham chiếu
Tình trạng hôn nhân			
Sống với vợ/chồng/con	2,86	1,22 - 6,69	0,015
Sống một mình	1		Tham chiếu
Nơi cư trú			
Thành thị	1,23	0,76 - 1,99	0,41
Nông thôn	1		Tham chiếu

Nhận xét

Yếu tố dân tộc Hoa, Trình độ học vấn \leq Tiểu học, Tình trạng hôn nhân (Sống với vợ/chồng/con) là 3 yếu tố liên quan với tuân thủ điều trị THA. Cụ thể:

- Dân tộc Hoa với HR = 1,66 (KTC 95%: 1,18 – 2,35; p = 0,004).
- Trình độ học vấn \leq Tiểu học với HR = 0,39 (KTC 95%: 0,22 – 0,7; p = 0,002).
- Tình trạng hôn nhân (Sống với vợ/chồng/con) với HR = 2,86 (KTC 95%: 1,22 - 6,69; p = 0,015).

Các yếu tố còn lại bao gồm tuổi, giới tính, nơi cư trú thì không có liên quan với tuân thủ điều trị THA (p > 0,05).

* Các yếu tố nguy cơ mạch máu

Bảng 3.10: Kết quả phân tích hồi quy Cox đơn biến của các yếu tố nguy cơ mạch máu lên sự tuân thủ với điều trị tăng huyết áp

Phân tầng các yếu tố (n = 508)	HR	KTC 95%	Giá trị p
Tiền sử đột quỵ/TIA			
Có	0,72	0,49 - 1,05	0,091
Không	1		Tham chiếu
Tiền sử THA			
Không có	0,88	0,48 - 1,61	0,68
Điều trị thường xuyên	0,35	0,12 - 1,04	0,06
Điều trị không thường xuyên	1		Tham chiếu
Tiền sử hút thuốc lá			
Không hút.	1,65	0,77 - 3,52	0,19
Đã bỏ hút thuốc lá	1,1	0,77 – 1,59	0,59
Đang hút thuốc lá	1		Tham chiếu

Phân tầng các yếu tố (n = 508)	HR	KTC 95%	Giá trị p
Tập thể dục thường xuyên			
Có	1,57	0,82 – 2,99	0,17
Không	1		Tham chiếu
Rung nhĩ			
Có	1,42	0,18 - 10,7	0,74
Không	1		Tham chiếu
Đái tháo đường			
Có	1,62	0,85 - 3,1	0,14
Không	1		Tham chiếu
Rối loạn lipid máu			
Có	0,93	0,64 - 1,35	0,69
Không	1		Tham chiếu

Nhận xét

Không có yếu tố nguy cơ mạch máu nào liên quan đến tuân thủ điều trị THA ($p > 0,05$).

* Các yếu tố về tình trạng bệnh trên lâm sàng

Bảng 3.11: Kết quả phân tích hồi quy Cox đơn biến của các yếu tố về tình trạng bệnh trên lâm sàng lên sự tuân thủ với điều trị tăng huyết áp

Phân tầng các yếu tố (n = 508)	HR	KTC 95%	Giá trị p
BMI			
BMI < 18	0,34	0,11 - 1,06	0,22
$18 \leq \text{BMI} < 23$	0,91	0,71 - 1,17	0,471
BMI ≥ 23	1		Tham chiếu
Điểm Glasgow lúc nhập viện			
> 8	1,31	1,16 - 10,6	0,8
≤ 8	1		Tham chiếu

Phân tầng các yếu tố (n = 508)	HR	KTC 95%	Giá trị p
Thang điểm NIHSS			
≥ 15	1,37	0,94 - 2,02	0,1
5 - 14	4,09	1,73 - 9,66	0,001
0 - 4	1		Tham chiếu
Rối loạn nuốt			
Có	0,9	0,57 - 1,43	0,66
Không	1		Tham chiếu

Thang điểm NIHSS 5-14 là yếu tố liên quan đến sự tuân thủ điều trị THA với HR = 4,09 (KTC 95% = 1,73 - 9,66; p = 0,001).

*** Các yếu tố ghi nhận tại thời điểm xuất viện**

Bảng 3.12: Kết quả phân tích hồi quy Cox đơn biến của các yếu tố ghi nhận tại thời điểm xuất viện lên sự tuân thủ với điều trị tăng huyết áp

Phân tầng các yếu tố (n = 508)	HR	KTC 95%	Giá trị p
Các loại thuốc hạ huyết áp được kê toa lúc xuất viện			
Ức chế men chuyển angiotensin	1,08	0,49 - 2,36	0,87
Chẹn kênh calci	0,82	0,52 - 1,3	0,09
Ức chế thụ thể angiotensin	1,26	0,93 - 1,73	0,39
Nhiều hơn một nhóm thuốc HA	0,66	0,77 - 3,59	0,196
Thuốc kết hợp tại thời điểm xuất viện			
Thuốc chống kết tập tiểu cầu	1,45	0,92 - 2,31	0,11
Thuốc kháng đông	0,46	0,06 - 3,51	0,46
Thuốc nhóm statin	1,03	0,73 - 1,45	0,87
Thuốc hạ đường huyết	1,91	1,05 - 3,48	0,03

Nhận xét

Chỉ có yếu tố thuốc hạ đường huyết được kê toa tại thời điểm xuất viện là có liên quan đến tuân thủ điều trị THA với HR = 1,91 (KTC 95% = 1,05 - 3,48; p = 0,03).

Như vậy, qua phân tích đơn biến có 5 yếu tố liên quan đến sự tuân thủ điều trị là: dân tộc, Trình độ học vấn, Tình trạng hôn nhân, thang điểm NIHSS, thuốc hạ đường huyết được kê toa tại thời điểm xuất viện.

3.2.2.2. Kết quả phân tích đa biến về sự ảnh hưởng của một số yếu tố nguy cơ đến tuân thủ với điều trị tăng huyết áp

Các yếu tố có liên quan đến sự tuân thủ điều trị sẽ được vào phân tích hồi quy Cox đa biến

Bảng 3.13: Kết quả phân tích đa biến về sự ảnh hưởng của một số yếu tố nguy cơ đến tuân thủ với điều trị tăng huyết áp

Phân tầng các yếu tố (n = 508)	HR	KTC 95%	Giá trị p
Dân tộc Kinh	0,91	0,28 – 2,92	0,88
Hoa	1,56	1,11 – 2,19	0,01
Khơmer	1		Tham chiếu
Trình độ học vấn ≤ Tiểu học	0,43	0,25 – 0,75	0,003
> Tiểu học	1		Tham chiếu
Tình trạng hôn nhân			
Sống với vợ/chồng/con)	3,22	1,41 – 7,37	0,006
Sống một mình	1		Tham chiếu
Thang điểm NIHSS ≥ 15 điểm	1,41	0,98 – 2,02	0,063
5 - 14 điểm	3,65	1,76 – 7,57	< 0,001
0 - 4 điểm	1		Tham chiếu
Thuốc hạ đường huyết lúc xuất viện	1,77	0,99 – 3,14	0,052

Nhận xét

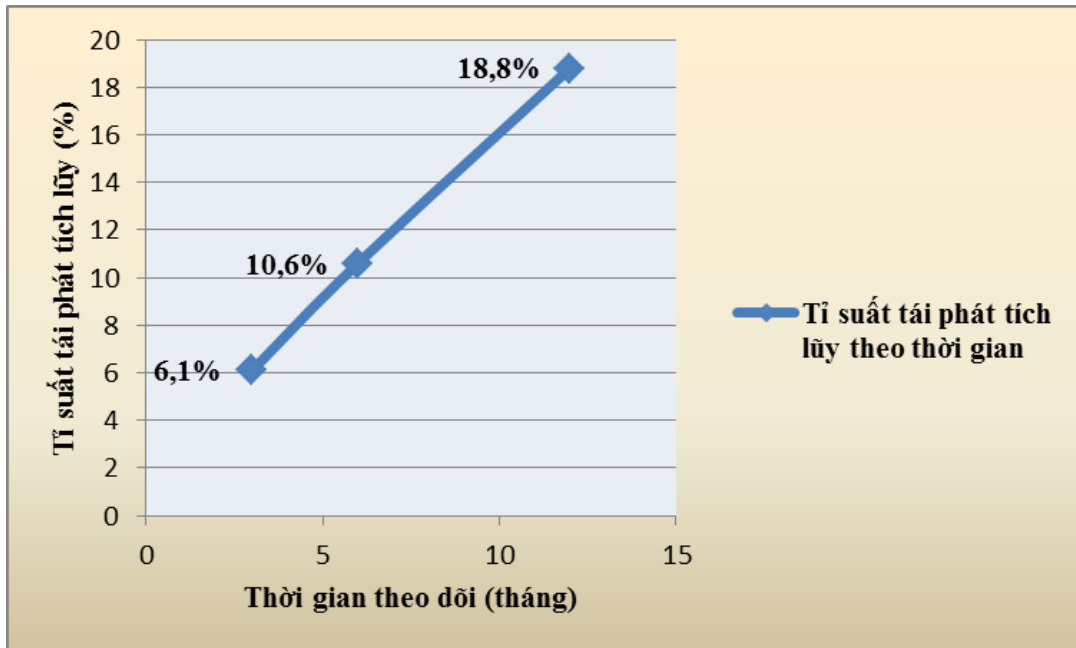
Yếu tố dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, thang điểm NIHSS là các yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến sự tuân thủ điều trị. Cụ thể:

- Dân tộc Hoa là yếu tố làm tăng sự tuân thủ điều trị THA với HR = 1,56 (KTC 95% = 1,11 – 2,19; p = 0,01).
- Trình độ học vấn ≤ Tiểu học là yếu tố giảm sự tuân thủ điều trị THA với HR = 0,43 (KTC 95% = 0,25 – 0,75; p = 0,003).
- Tình trạng hôn nhân (Sống với vợ/chồng/con) là yếu tố làm tăng sự tuân thủ điều trị THA với HR = 3,22 (KTC 95% = 1,41 – 7,37; p = 0,006).
- Thang điểm NIHSS 5 – 14 điểm là yếu tố làm tăng sự tuân thủ điều trị với HR = 3,65 (KTC 95% = 1,76 – 7,57; p < 0,001).

3.3. Tỷ suất tái phát đột quy tích lũy theo thời gian và các yếu tố ảnh hưởng đến tái phát đột quy

3.3.1. Tỷ suất tái phát đột quy tích lũy theo thời gian

Bằng ước tính Kaplan - Meier, chúng tôi đã xác định được tỷ suất tái phát đột quy tích lũy với thời gian theo dõi 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng.



Biểu đồ 3.6: Tỷ suất tái phát đột quy tích lũy theo thời gian

Nhận xét

Tỷ suất tái phát đột quy tích lũy tăng dần theo thời gian. Trong đó, tại thời điểm 3 tháng, trị số này đã là 6,1% và tăng lên tới mức 10,6% và 18,8% tại các thời điểm 6 tháng và 12 tháng.

3.3.2. Các yếu tố nguy cơ dẫn đến tái phát đột quy

Tương tự như khi khảo sát các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị THA, chúng tôi tiến hành đưa các biến về dân số học, yếu tố nguy cơ mạch máu, các yếu tố ghi nhận lúc khám lâm sàng, các yếu tố ghi nhận tại thời điểm nhập viện vào trong phân tích hồi qui Cox đơn biến. Kết quả ghi nhận có 8 yếu tố có liên quan đến tái phát đột quy ($p < 0,05$).

Bảng 3.14: Kết quả phân tích hồi qui Cox đơn biến về sự ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ dẫn đến tái phát đột quỵ

Các yếu tố		HR	KTC 95%	p
Trình độ học vấn				
	≤ Tiểu học	2,12	1,09 – 4,13	0,027
	> Tiểu học			Tham chiếu
Tiền căn đột quỵ/TIA				
	Có	1,82	1,15 – 2,86	0,01
	Không	1		Tham chiếu
Tập thể dục				
	Có	0,19	0,05 - 0,79	0,023
	Không			Tham chiếu
Hút Thuốc lá				
	Đang HTL	2,61	1,23 – 5,55	0,012
	Đã bỏ HTL	0,98	0,61 – 1,59	0,96
	Không HTL	1		Tham chiếu
Đái Tháo Đường				
	Có	2,42	1,06 – 5,57	0,037
	Không	1		Tham chiếu
Thang điểm NIHSS				
	≥ 15 điểm	1,75	1,04 – 2,96	0,037
	5 - 14 điểm	4,79	1,65 – 13,95	0,004
	0 - 4 điểm	1		Tham chiếu
Thuốc chống kết tập tiểu cầu lúc xuất viện				
	Có	0,46	0,27 – 0,77	0,003
	Không	1		Tham chiếu
Tuân thủ với thuốc hạ HA				
	Có	0,48	0,3 – 0,77	0,002
	Không	1		Tham chiếu

Nhận xét

- Sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu lúc xuất viện, tuân thủ điều trị với thuốc hạ HA, tập thể dục có ý nghĩa bảo vệ, tức là làm giảm nguy cơ tái phát đột quy. Trong đó, các giá trị HR của thuốc chống kết tập tiểu cầu lúc xuất viện là 0,46 (KTC 95%: 0,27 – 0,77; p = 0,003); tuân thủ điều trị với thuốc hạ HA là 0,48 (KTC 95%: 0,3 – 0,77; p = 0,002); Tập thể dục là 0,19 (KTC 95%: 0,05 - 0,79; p = 0,023).

- Trình độ học vấn, Tiền căn đột quy/TIA, Hút thuốc lá, Đái tháo đường, Thang điểm NIHSS là 5 yếu tố làm tăng nguy cơ tái phát đột quy. Cụ thể:

+ Yếu tố trình độ học vấn \leq Tiểu học làm gia tăng nguy cơ tái phát đột quy với HR = 2,12 (KTC 95%: 1,09 – 4,13; p = 0,027).

+ Yếu tố tiền căn đột quy/TIA làm gia tăng nguy cơ tái phát đột quy với HR = 1,82 (KTC 95%: 1,15 – 2,86; p = 0,01).

+ Đang hút thuốc lá là yếu tố làm gia tăng nguy cơ tái phát đột quy với HR = 2,61 (KTC 95%: 1,23 – 5,55; p = 0,012).

+ Yếu tố Đái tháo đường làm gia tăng nguy cơ tái phát đột quy với HR = 2,42 (KTC 95%: 1,06 – 5,57; p = 0,037).

+ Thang điểm NIHSS (≥ 15 điểm và 5 - 14 điểm) làm gia tăng nguy cơ tái phát đột quy với HR = 1,75 (KTC 95%: 1,04 – 2,96; p = 0,037) và HR = 4,79 (KTC 95%: 1,65 – 13,95; p = 0,004).

3.3.2.2. Kết quả phân tích hồi qui Cox đa biến về sự ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ dẫn đến tái phát đột quy

Các biến số có ý nghĩa thống kê (8 biến số có p < 0,05) qua phân tích hồi qui Cox đơn biến được đưa vào phân tích hồi qui Cox đa biến.

Bảng 3.15: Kết quả phân tích hồi quy Cox đa biến của một số yếu tố liên quan với nguy cơ tái phát đột quy

Các yếu tố	HR	KTC 95%	p
Tiền căn đột quy/TIA			
Có	1,83	1,18 – 2,84	0,007
Không	1		Tham chiếu
Tập thể dục			
Có	0,22	0,05 - 0,9	0,036
Không			Tham chiếu
Thang điểm NIHSS			
≥ 15 điểm	1,68	1,01 – 2,79	0,045
5 - 14 điểm	5,57	2,41 – 12,87	<0,001
0 - 4 điểm	1		Tham chiếu
Thuốc chống kết tập tiểu cầu lúc xuất viện			
Có	0,51	0,3 – 0,86	0,011
Không	1		Tham chiếu
Tuân thủ với thuốc hạ HA			
Có	0,45	0,28 – 0,12	0,001
Không	1		Tham chiếu

Nhận xét

Qua phân tích hồi quy Cox đa biến thì có 5 yếu tố liên quan độc lập với nguy cơ tái phát đột quy, bao gồm tiền căn đột quy/ TIA, tập thể dục, thang điểm NIHSS, sử dụng thuốc CKTTC lúc xuất viện và có tuân thủ điều trị với thuốc hạ HA. Trong khi đó thì yếu tố tiền căn đột quy/TIA và thang điểm NIHSS là 2 yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng nguy cơ tái phát đột quy. Cụ thể:

- Yếu tố tiền căn đột quy/TIA làm gia tăng nguy cơ tái phát đột quy với HR = 1,83 (KTC 95%: 1,18 – 2,84; p = 0,007).
- Tập thể dục là yếu tố làm giảm nguy cơ tái phát đột quy với HR = 0,22 (KTC 95%: 0,05 - 0,9; p = 0,036).
- Thang điểm NIHSS (≥ 15 điểm và 5 - 14 điểm) làm gia tăng nguy cơ tái phát đột quy với HR = 1,68 (KTC 95%: 1,01 – 2,79; p = 0,045) và HR = 5,57 (KTC 95%: 2,41 – 12,87; p < 0,001).
- Yếu tố sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu lúc xuất viện là yếu tố làm giảm nguy cơ tái phát đột quy với HR = 0,51 (KTC 95%: 0,3 – 0,86; p = 0,011).
- Tuân thủ điều trị với thuốc hạ HA là yếu tố làm giảm nguy cơ tái phát đột quy với HR = 0,45 (KTC 95%: 0,28 – 0,12; p = 0,001).

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Khảo sát tình trạng tuân thủ với điều trị tăng huyết áp sau đột quy thiếu máu não có tăng huyết áp và các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ

4.1.1. Tỷ lệ tuân thủ điều trị THA sau đột quy thiếu máu não có THA

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 510 BN xuất viện (508 BN theo dõi, 2 BN mất theo dõi tại thời điểm 3 tháng) có 262 (51,4%) BN tuân thủ và 246 (48,2%) BN không tuân thủ với điều trị THA. Kết quả này tương tự một số nước đã phát triển, chẳng hạn ở Mỹ (51,3%), Đức (56,3%), Anh (58,4%) [62],[87],[130]. Tỷ lệ này cao hơn các nghiên cứu của Trung Quốc Xu J. (31,6%) [160], Pan J. (35,23%) [121].

Giải thích lí do khác biệt sự tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA giữa các nghiên cứu cao là do khác biệt về thời gian nghiên cứu, cỡ mẫu, cách tuân thủ sử dụng thuốc (tự uống theo toa thuốc có sẵn hay là uống theo toa của bác sĩ), vùng kinh tế nơi sinh sống. Nghiên cứu của Lee G.K. và Cs cho thấy các vùng Tây - Bắc của Trung Quốc, nơi có mức độ văn hóa thấp, vùng kinh tế kém phát triển nên tỷ lệ tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA thấp [91].

4.1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị tăng huyết áp sau đột quy thiếu máu não có THA

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi đưa các yếu tố vào phân tích hồi qui Cox đa biến thì yếu tố dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, thang điểm NIHSS là các yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến sự tuân thủ điều trị THA.

4.1.2.1. Liên quan giữa yếu tố dân tộc và sự tuân thủ điều trị THA

Trên thế giới, không thấy có nghiên cứu tìm hiểu về ảnh hưởng của yếu tố dân tộc và sự tuân thủ điều trị THA ở BN đột quỵ thiếu máu não. Dân cư địa phương có đặc điểm quan trọng là 3 dân tộc Kinh, Hoa, Khomer cùng sinh sống. Đa số người Hoa sống bằng nghề mua bán, có nhiều kinh nghiệm và nhạy bén trong nắm bắt thông tin kinh tế, thị trường, cung cách làm ăn linh động,... Đặc biệt là người Hoa rất trọng chữ tín trong kinh doanh, buôn bán, nhờ vậy hiệu quả kinh tế nhìn chung khá tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi dân tộc Hoa là yếu tố làm tăng sự tuân thủ điều trị THA với $HR = 1,56$ (KTC 95% = 1,11 – 2,19; $p = 0,01$). Có thể giải thích là người Hoa lanh lợi, có thể trình độ học vấn họ không cao nhưng giao tiếp lanh lợi, kinh tế khá hơn so với dân tộc Kinh và Khomer, hiểu biết về bệnh cao hơn, dẫn đến sự tuân thủ điều trị cao hơn.

Cần nhiều nghiên cứu để khẳng định mối liên quan giữa yếu tố dân tộc và sự tuân thủ điều trị THA.

4.1.2.2. Liên quan giữa yếu tố trình độ học vấn và sự tuân thủ điều trị THA

Trình độ học vấn thấp thường liên quan đến sự hiểu biết của BN về đột quỵ bao gồm hiểu biết các yếu tố nguy cơ, các triệu chứng cảnh báo, các biện pháp dự phòng bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy yếu tố trình độ học vấn (từ tiểu học trở xuống là yếu tố nguy cơ làm giảm sự tuân thủ điều trị THA với $HR = 0,43$ (KTC 95% = 0,25 – 0,75; $p = 0,003$).

Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả AlShaikh A. và cs (2016) [17], tác giả Xu J. và cs (2013) [161], đều cho rằng trình độ học vấn cao làm gia tăng sự tuân thủ điều trị.

Qua đây ta thấy trình độ học vấn là một trong những yếu tố có liên quan với sự tuân thủ điều trị THA.

4.1.2.3. Liên quan giữa yếu tố tình trạng hôn nhân và sự tuân thủ điều trị THA

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng hôn nhân (Sống với vợ/chồng/con) là yếu tố làm gia tăng sự tuân thủ điều trị THA với $HR = 3,22$ (KTC 95% = 1,41 – 7,37; $p = 0,006$). Giải thích điều này do liên quan đến sự chăm sóc, nhắc nhở tái khám, uống thuốc của người thân đối với người bệnh.

Nghiên cứu của tác giả AlShaikh A. và cs (2016) [17] cho rằng yếu tố này có liên quan đến việc gia tăng sự tuân thủ điều trị. Có 4 nghiên cứu khác cho kết quả tương tự [58], [70].

Như vậy, tình trạng hôn nhân là yếu tố tiên lượng độc lập của sự tuân thủ điều trị THA. Chúng ta cần lưu ý đến yếu tố này trong việc tư vấn, giáo dục sức khỏe, tuân thủ điều trị đến thân nhân bệnh nhân để công tác điều trị dự phòng tái phát hiệu quả hơn.

4.1.2.4. Liên quan giữa yếu tố thang điểm NIHSS và sự tuân thủ điều trị THA

Thang điểm đột quy NIHSS dùng để đánh giá sớm tình trạng thần kinh của bệnh nhân được dùng trong điều trị tiêu huyết khối và dùng để theo dõi sau điều trị. Đây là một thang điểm đánh giá nhanh và chính xác thương tổn của não bộ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy thang điểm NIHSS 5 – 14 điểm là yếu tố làm tăng sự tuân thủ điều trị với $HR = 3,65$ (KTC 95% = 1,76 – 7,57; $p < 0,001$). Giải thích điều này liên quan đến mức độ nặng của đột quy, BN hoặc thân nhân quan tâm đến việc tái khám thường xuyên hơn.

Tóm lại, có ít nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ độc lập ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị THA ở BN đột quy thiếu máu não. Tác giả Pan J. và Cs năm 2017 thực hiện ở Trung Quốc cho kết quả giới tính, phân loại HA, theo dõi HA, hiểu biết về THA là các yếu tố tiên lượng độc lập liên quan đến tuân thủ điều trị THA [121]. Nghiên cứu của tác giả AlShaikh A. và Cs năm 2016 ghi nhận các yếu tố gồm không có tiền sử rung nhĩ, tàn phế, tuổi không liên quan đến tuân thủ điều trị THA [17].

Cần nhiều nghiên cứu hơn tìm các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ. Từ đó có chiến lược can thiệp nhằm làm gia tăng sự tuân thủ, cải thiện nguy cơ tái phát, cải thiện tỉ lệ tử vong cho BN sau khi bị đột quy.

4.1.3. Các lí do không tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA tại thời điểm 1 năm

Các thuốc có hiệu quả cao trong việc làm giảm nguy cơ tái phát đột quy nhưng thành công là nhờ vào việc tuân thủ sử dụng thuốc. Do đó, chúng tôi cũng khảo sát các lí do dẫn đến sự không tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA trong nhóm nghiên cứu. Kết quả cho thấy có 132 ca (25,9%) không sử dụng thuốc hạ HA hoặc sử dụng thuốc hạ HA không thường xuyên. Trong đó chiếm đa số là do liên quan đến yếu tố kinh tế - xã hội - bệnh nhân 124 BN (93,9%) (nhận thức kém về thuốc, nghèo, sự hỗ trợ từ thân nhân kém). Có nhiều nghiên cứu về các rào cản sử dụng các thuốc chung sau đột quy. Cụ thể, tác giả Jamison J. và Cs nghiên cứu trên 84 người tham gia gồm BN còn sống sót sau đột quy và người chăm sóc, kết quả cho thấy rào cản thực tế bao gồm khó nuốt viên thuốc, đối phó với gánh nặng về chi phí điều trị và thuốc men. Việc sử dụng các dụng cụ cất giữ thuốc, theo dõi định kỳ và người chăm sóc giúp đỡ trong việc sử dụng thuốc là các yếu tố thuận lợi giúp việc tuân thủ cao hơn [70]. Nghiên cứu của Pan J. và Cs cho rằng giới tính nữ, THA giai đoạn I, giai đoạn II, việc theo dõi HA tại nhà thường xuyên và có hiểu biết tốt về THA làm gia

tăng đến việc tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA [121]. Trong một nghiên cứu khác thì sự tin tưởng về thuốc, tác dụng phụ của thuốc, cung cấp không đầy đủ thông tin là các rào cản quan trọng đối với việc tuân thủ sử dụng thuốc [137].

Hiểu biết các rào cản dẫn đến sự không tuân thủ sử dụng thuốc sau đột quy não giúp chúng ta có định hướng, kế hoạch để cải thiện tính tuân thủ từ đó cải thiện được kết cục sau đột quy. Tuy nhiên mới đây một nghiên cứu của tác giả Bridgwood B. và Cs năm 2018 cho kết quả việc can thiệp vào các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được làm cải thiện mục tiêu HA (OR 1,44, 95% CI = 1,09 - 1,9; 13 nghiên cứu; 23,631 người tham gia). Tuy nhiên, không có sự thay đổi đáng kể trong HATT trung bình (mean difference (MD), - 1,58 mmHg 95% CI = 4,66 - 1,51; 16 nghiên cứu; 17,490 người tham gia) và HATT_r trung bình (MD - 0,91 mmHg 95% CI = 2,75 - 0,93; 14 nghiên cứu; 17,178 người tham gia). Không có sự thay đổi đáng kể về kết cục trong các nghiên cứu [30].

Như vậy, cần có các nghiên cứu về can thiệp cụ thể hóa hơn để cải thiện tính tuân thủ và kết cục lâm sàng dựa vào việc giải quyết nguyên nhân không tuân thủ.

4.2. Xác định tỉ suất tái phát đột quy tích lũy và các yếu tố ảnh hưởng đến tái phát

4.2.1. Tỉ suất tái phát đột quy tích lũy

4.2.1.1. Tỉ suất tái phát đột quy tích lũy tại từng thời điểm theo dõi

*** Tại thời điểm 3 tháng**

Tỉ suất tái phát đột quy tích lũy tại thời điểm 3 tháng trong nghiên cứu này là 6,1% tương tự với Acciarresi và Cs (5%) [14]. Tuy nhiên, chưa có sự đồng nhất với một số nghiên cứu khác. Chẳng hạn như tỉ suất tái phát tích lũy

tại thời điểm này ở mức cao hơn kết quả của chúng tôi, tác giả Vũ Anh Nhị (12,06%) [5], Đinh Hữu Hùng (11,9%) [2], Cao Phi Phong (10,4%) [8], Couillard (10%) [44] và Wang (12,9%) [154], Marnane (22,0%) [100], Johansson (18,6%) [116] và Ois (16,1%) [117].

*** Tỉ suất tái phát đột quy tích lũy tại thời điểm 6 tháng**

Trong nghiên cứu này, tỉ suất tái phát đột quy tích lũy tại thời điểm 6 tháng là 10,6%, cao hơn so với một số tác giả khác Feng và Cs [54] cũng như Lee và Cs [90] chỉ khoảng 5%, Brown (6,6%) [32], Hankey và Cs (8,8%) [63], Hardie và Cs (9%) [64]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả của Wang và Cs ở Trung Quốc (16%) [154], Đinh Hữu Hùng (16,1%) [2], Vũ Anh Nhị và Cs (20,54%) [5].

*** Tỉ suất tái phát tích lũy tại thời điểm 1 năm**

Đây là thời điểm quan trọng vì hầu hết các trường hợp tái phát sau đột quy thiếu máu não cục bộ thường xảy ra trong năm đầu tiên [67],[108],[154]. Sau thời điểm 1 năm, tuy tỉ suất tái phát tích lũy vẫn tăng dần đều nhưng ở mức thấp hơn [64].

Tỉ suất tái phát đột quy tích lũy tại thời điểm 1 năm trong nghiên cứu của chúng tôi là 18,8%, cao hơn so với hầu hết các nghiên cứu khác, chẳng hạn Kono và Cs (18,6%) [82], Wang và Cs (17,7%) [154], Hardie và Cs (16%) [64], Hata và Cs (12,8%) [65], Kuwashiro và Cs (9,6%) [83].

Tại Việt Nam có nghiên cứu của tác giả Đinh Hữu Hùng có tỉ suất tái phát đột quy tích lũy tại thời điểm 1 năm là 23,3% [2] cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Mặc dù có sự khác biệt giữa các nghiên cứu, nhưng các tác giả đều cho rằng BN đột quy thiếu máu não có nguy cơ tái phát rất cao. Do đó, việc dự phòng tái phát nên được thực hiện càng sớm càng tốt.

4.2.1.2. Bàn luận về tỉ suất tái phát đột quy tích lũy tại các thời điểm theo dõi (3 tháng, 6 tháng và 1 năm)

*** Sự khác biệt về tỉ suất tái phát tích lũy giữa các nghiên cứu**

Ta thấy có sự khác biệt về tỉ suất tái phát giữa các nghiên cứu. Các lý do chủ yếu để giải thích điều này là do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu (Ví dụ: BN là TIA, BN đột quy lần đầu và có mức độ nhẹ (điểm Rankin sửa đổi ≤ 2), BN đột quy trẻ tuổi,...); Sự khác nhau về định nghĩa đột quy tái phát được sử dụng; Sự khác biệt về thiết kế nghiên cứu; Sự khác biệt theo thời gian; Sự khác biệt giữa các phân nhóm đột quy.

*** Sự khác biệt về tỉ suất tái phát đột quy tích lũy giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác**

Tỉ suất tái phát tích lũy sau đột quy thiếu máu não trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với hầu hết các nghiên cứu ở ngoài nước. Sự khác biệt quan trọng này có thể liên quan với một số lý do chủ yếu sau đây:

Cho thấy đến nay tại Bệnh viện nơi làm việc chưa có nhiều bác sĩ chuyên khoa Thần kinh và khoa Thần kinh. Cập nhật thường xuyên về các kiến thức liên quan đến đột quy, bao gồm cả các biện pháp dự phòng tái phát vẫn còn chưa được đầy đủ.

Trên thực tế, tại tỉnh chúng tôi, một số BN bị đột quy có thói quen điều trị bằng các phương pháp Y học cổ truyền (châm cứu, bấm huyệt, cạo gió, cắt lễ, thuốc Đông y,...) hoặc chỉ cần tiêm thuốc “bổ não” là được, mà không nhập viện nhất là đối với những BN đột quy nhẹ hoặc ở xa cơ sở y tế.

Như vậy, qua phần bàn luận này chúng ta có thể thấy rằng tỉ suất tái phát đột quy tích lũy trong một số nghiên cứu ở Việt Nam, bao gồm cả nghiên cứu của chúng tôi, cao hơn so với hầu hết các nước khác trên thế giới. Đây là điều đáng báo động đối với công tác dự phòng đột quy tái phát ở nước ta nói

chung, ở các tình lẻ nói riêng bởi lẽ tái phát đột quy là nguyên nhân chủ yếu làm gia tăng tỉ lệ tử vong, tàn tật, suy giảm nhận thức và cả chi phí điều trị [77].

4.2.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến tái phát đột quy

4.2.2.1. Ảnh hưởng của tuổi lên nguy cơ tái phát đột quy

Khi đưa vào phân tích hồi qui Cox đơn biến thì tuổi không là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tái phát đột quy. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu [73],[131].

Còn kết quả nghiên cứu của tác giả Đinh Hữu Hùng thực hiện năm 2014, phân tích đơn biến cho thấy nguy cơ tái phát của nhóm $BN \geq 65$ tuổi cao hơn có ý nghĩa so với nhóm BN còn lại. Tuy nhiên, điều đó không còn tồn tại sau khi phân tích hồi qui Cox đa biến [2].

Nghiên cứu của Kuwashiro và Cs (2012) tại Nhật Bản (thời gian theo dõi là 1 năm) cho thấy tuổi là một yếu tố dự báo nguy cơ tái phát đột quy độc lập với HR hiệu chỉnh là 1,03 (KTC 95%: 1 - 1,05; $p = 0,03$) ứng với mỗi một tuổi tăng lên [83]. Kết quả này cũng tương tự với tác giả Atrelros và Cs với HR hiệu chỉnh là 1,11 (KTC 95%: 1,05 - 1,18) ứng với mỗi tuổi tăng lên [23], tương tự kết quả các tác giả khác [54] [122].

Nghiên cứu của Howard và Cs cho thấy sự ảnh hưởng của tuổi lên nguy cơ đột quy tái phát yếu hơn so với đột quy lần đầu [70].

Như vậy, cần có nhiều nghiên cứu để làm rõ vai trò của tuổi ảnh hưởng đến tái phát đột quy.

4.2.2.2. Ảnh hưởng của giới tính lên nguy cơ tái phát đột quy

Trong nghiên cứu này, không có sự khác biệt về nguy cơ tái phát đột quy giữa 2 giới. Kết quả này phù hợp với nhiều các nghiên cứu khác. Chẳng hạn, nghiên cứu của tác giả Đinh Hữu Hùng thì giới tính không có liên quan với

nguy cơ tái phát sau đột quỵ thiếu máu não tại thời điểm 12 tháng [2]. Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự [100],[138].

Tuy nhiên, theo Arboix A. và Cs thì nữ giới lại có nguy cơ tái phát thấp hơn so với nam giới (OR = 0,63; 95% CI = 0,52 - 0,77) [25].

Như vậy, cần có nhiều nghiên cứu để khảo sát ảnh hưởng của giới tính lên tái phát đột quỵ.

4.2.2.3. Ảnh hưởng của trình độ học vấn lên nguy cơ tái phát

Trình độ học vấn thấp thường ảnh hưởng đến nhiều khía cạnh khác nhau như sự hiểu biết của BN về đột quỵ, bao gồm các yếu tố nguy cơ, các triệu chứng cảnh báo, các biện pháp dự phòng và sự tuân thủ điều trị, nhất là ở các nước đang phát triển [166].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trình độ học vấn \leq Tiểu học là yếu tố nguy cơ độc lập làm gia tăng tái phát đột quỵ trong phân tích hồi quy Cox đơn biến và đa biến. Còn kết quả nghiên cứu của tác giả Đinh Hữu Hùng cho thấy nguy cơ tái phát đột quỵ ở nhóm BN có trình độ học vấn thấp (từ tiểu học trở xuống) cao hơn khoảng 2 lần so với nhóm còn lại. Trong đó, nhóm BN này tập trung chủ yếu vào các đối tượng là nữ giới, \geq 65 tuổi và người dân tộc thiểu số [2]. Tác giả Langagergaard và Cs cho kết quả nếu so với nhóm BN đột quỵ có học vấn cao thì nguy cơ tái nhập viện sau 1 năm ở nhóm BN có học vấn thấp cao hơn (HR = 1,15; KTC 95%: 1,05 - 1,26) [86].

Như vậy, trình độ học vấn là một trong những yếu tố có liên quan với sự gia tăng nguy cơ tái phát đột quỵ. Chúng ta cần quan tâm cải thiện trình độ học vấn của cộng đồng nhằm cải thiện nguy cơ tái phát đột quỵ.

4.2.2.4. Ảnh hưởng của tiền sử đột quỵ/TIA lên nguy cơ tái phát đột quỵ

Qua phân tích hồi quy Cox đơn biến và đa biến, tiền sử đột quỵ/TIA là yếu tố nguy cơ làm gia tăng nguy cơ tái phát đột quỵ với thời gian theo dõi 1

năm với HR = 1,83 (KTC 95%: 1,18 – 2,84; p = 0,007). Kết quả này tương tự tác giả Đinh Hữu Hùng cho kết quả tiền sử đột quy/TIA là yếu tố liên quan độc lập với sự gia tăng nguy cơ tái phát đột quy [2]. Kamouchi và Cs [72] và một số nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự [142].

Tác giả Ay và Cs thì chỉ ra tiền sử đột quy/TIA là một trong các yếu tố dự báo tái phát sớm (90 ngày) [26]. Nghiên cứu có thời gian theo dõi lâu dài của Hart[112] (≥ 3 năm) cũng cho kết luận tương tự. Tương tự, còn có nhiều bằng chứng quan trọng khác cho thấy rằng tiền sử đột quy/TIA là yếu tố dự đoán tái phát ở các mốc thời điểm khác nhau [111],[117].

Nghiên cứu của Atrelros P. và Cs chưa thấy rõ vai trò của yếu tố tiền sử đột quy/TIA đối với nguy cơ tái phát đột quy [23].

Tóm lại, đa số các nghiên cứu cho rằng tiền sử đột quy/TIA có liên quan với sự gia tăng nguy cơ tái phát. Vì vậy, chúng ta cần phải chú ý đến yếu tố này khi đánh giá nguy cơ tái phát đột quy.

4.2.2.5. Ảnh hưởng của hút thuốc lá lên nguy cơ tái phát

Vai trò của hút thuốc lá thể hiện rõ đối với đột quy lần đầu qua nhiều nghiên cứu khác nhau [113],[28]. Tuy nhiên, đối với đột quy tái phát, vai trò của nó chưa được xác định rõ ràng và chắc chắn. Cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi thì hút thuốc lá yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tái phát đột quy trong phân tích hồi quy Cox đơn biến nhưng khi đưa vào phân tích hồi quy Cox đa biến thì HTL không là yếu tố tiên đoán độc lập của tái phát đột quy. Kết quả này tương tự với tác giả Đinh Hữu Hùng [2], Atrelros và Cs [23], Ois và Cs [117], Mohan và Cs [108].

Ngược lại, theo Xu và Cs thì hút thuốc lá làm tăng nguy cơ tái phát đột quy và việc bỏ hút thuốc hơn 1 năm sẽ làm giảm nguy cơ tái phát từ 1,71 còn 1,39 (p < 0,05) [159].

Như vậy, vẫn chưa có sự thống nhất về vai trò của hút thuốc lá đối với nguy cơ tái phát đột quỵ giữa các nghiên cứu. Điều này có thể được giải thích bởi nhiều lý do khác nhau như sự khác biệt về định nghĩa yếu tố hút thuốc lá và thời gian theo dõi giữa các nghiên cứu.

Tuy nhiên, theo khuyến cáo về dự phòng tái phát thì những BN đột quỵ/TIA cần phải bỏ hút thuốc lá [77].

4.2.2.6. Ảnh hưởng của tập thể dục lên nguy cơ tái phát đột quỵ

Tập thể dục làm giảm huyết áp và nguy cơ tăng huyết áp ở một người khỏe mạnh. Theo Hiệp Hội Tim Hoa Kỳ năm 2018 [28] khuyến cáo tập thể dục ở những bệnh nhân sống sót sau đột quỵ vì đây là yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được. Kết quả nghiên cứu của Rimmer J.H. và cs cho thấy tập thể dục làm giảm nguy cơ tim mạch, giảm huyết áp và mức lipid trong máu [125]. Tập thể dục aerobic với cường độ trung bình nên được thực hiện ít nhất 3 ngày 1 tuần, mỗi lần 20 phút đến 60 phút cho kết quả cải thiện về chức năng vận động và phụ thuộc, giảm nguy cơ các bệnh lí về tim mạch [59].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tập thể dục là yếu tố làm giảm nguy cơ tái phát đột quỵ với HR = 0,22 (KTC 95%: 0,05 - 0,9; p = 0,036). Kết quả này tương tự như của tác giả Siobhan G. và cs [135], [12].

Như vậy, tập thể dục là yếu tố nguy cơ có ý nghĩa bảo vệ, làm giảm tái phát đột quỵ ở BN bị đột quỵ thiếu máu não.

4.2.2.7. Ảnh hưởng của huyết áp lên nguy cơ tái phát đột quỵ

*** Mô hình sử dụng thuốc hạ HA ở BN đột quỵ thiếu máu não có THA trong mẫu nghiên cứu**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sử dụng thuốc hạ HA tại thời điểm 1 năm cũng khá cao 322 BN (63,1%), cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Xu J. và Cs ở Trung Quốc năm 2013 tỉ lệ này chỉ có 37,1% [161]. Các

ngiên cứu trước kia thực hiện ở các nước phát triển đã báo cáo tỉ lệ sử dụng thuốc HA tại thời điểm 1 năm sau đột quỵ cao hơn là 86% - 90% [58],[37]. Nghiên cứu của Thụy Điển thấy rằng có 15.809 BN đột quỵ xuất viện sử dụng thuốc hạ HA, 86% sử dụng thuốc hạ HA tại thời điểm 1 năm sau đột quỵ và 74% sau 2 năm [58]. Trong nghiên cứu của AVAIL (Adherence Evaluation After Ischemic Stroke Longitudinal), 88% của 1884 BN đột quỵ xuất viện với thuốc hạ HA có sử dụng thuốc hạ HA tại thời điểm 1 năm [37].

Nghiên cứu QUEST (Quality Evaluation of Stroke Care and Treatment) ở Trung Quốc là nghiên cứu đa trung tâm, tiền cứu cho thấy tỉ lệ sử dụng thuốc hạ HA tại thời điểm 1 năm sau đột quỵ thiếu máu não là 73% [155], cao hơn một ít so với nghiên cứu của chúng tôi (63,1%).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mặc dù thực hiện trên 510 BN đột quỵ thiếu máu não cấp có THA nhưng chỉ có 349 (68,4%) BN xuất viện có sử dụng thuốc HA lúc xuất viện, giảm nhanh ở thời điểm 3 tháng chỉ còn 292 (57,3%) và tăng dần tại thời điểm 6 tháng (61,8%), 12 tháng (63,1%). Giải thích sự suy giảm uống thuốc hạ HA tại thời điểm 3 tháng và tăng lên dần ở các mốc 6 tháng, 12 tháng có thể là do trị số huyết áp của BN gia tăng trong các tháng sau, sự hiểu biết của BN hoặc thân nhân cải thiện do ảnh hưởng truyền thông về sức khỏe tại tỉnh về đột quỵ cấp cũng như trong ngăn ngừa tái phát sau đột quỵ thiếu máu não.

Các nghiên cứu trước đây cho thấy rằng có thể có sự khác biệt quan trọng trong sự tuân thủ giữa các nhóm thuốc hạ HA, thuốc chẹn thụ thể angiotensin và thuốc ức chế men chuyển angiotensin có mức độ tuân thủ cao nhất ở các nước phương Tây. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi thuốc CCB là thuốc hạ HA phổ biến nhất được kê toa tại thời điểm xuất viện và có sự tuân thủ cao nhất trong thời gian 1 năm trong số các loại thuốc chống

THA. Điều này có thể là do thuốc CCB là thuốc đầu tiên được khuyến cáo sử dụng trong điều trị THA, người dân mua dễ dàng tại các tiệm thuốc tây, màu sắc dễ nhớ, dễ truyền tay nhau (viên thuốc hạ HA đầu trắng đầu vàng), chính điều này đã ảnh hưởng đến sự chọn lựa thuốc của cả BN và bác sĩ. Mặc dù vậy, sử dụng thuốc CCB lúc xuất viện, sử dụng ACEI và sử dụng hơn 1 nhóm thuốc hạ HA không là yếu tố dự đoán độc lập của tái phát đột quy.

*** Môi liên quan giữa tái phát đột quy và đạt huyết áp mục tiêu tại các thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng**

Tầm quan trọng của việc kiểm soát HA trong dự phòng tái phát đột quy ở bệnh nhân đột quy thiếu máu não hoặc cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua đã được thực hiện trong nhiều nghiên cứu [29], [27]. Nguy cơ đột quy tái phát tăng ở nhóm HA tăng và guideline khuyến cáo hạ HA có liên quan đến việc làm giảm đột quy tái phát trong thời gian 1 năm [143]. Nghiên cứu của Xuewei X. và cs năm 2019 ghi nhận bệnh nhân đột quy thiếu máu não với HA được kiểm soát trong khoảng 130-139 / 80-89 không làm tăng tỉ lệ kết cục lâm sàng; HA đạt được <140/90 mm Hg có thể là mục tiêu tối ưu để phòng ngừa thứ phát ở bệnh nhân đột quy thiếu máu não hoặc cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua [163].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy việc kiểm soát mục tiêu (HA < 140/90 mmHg) làm giảm nguy cơ tái phát đột quy. Cụ thể tại thời điểm 3 tháng, có 17 ca tái phát đột quy, trong đó có 8 ca (47,1%) tái phát đột quy mà không đạt HA mục tiêu, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p = 0,217). Trong khi đó, tại thời điểm 6 tháng có 17 ca tái phát đột quy, trong đó có 15 ca (88,2%) tái phát đột quy mà không đạt HA mục tiêu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,01). Còn tại thời điểm 12 tháng có 31

ca tái phát đột quy, trong đó có 27 ca (87,1%) tái phát đột quy mà không đạt HA mục tiêu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

*** Ảnh hưởng của tăng huyết áp lên nguy cơ tái phát đột quy**

Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu khảo sát mối liên quan giữa HA và nguy cơ tái phát sau đột quy thiếu máu não. Đối với đột quy lần đầu, THA là yếu tố được xếp vào vị trí số 1 trong 10 yếu tố nguy cơ hàng đầu [113]. Đối với đột quy tái phát, vai trò thực sự của nó chưa được chứng minh rõ ràng.

Trong nghiên cứu này, chọn lựa là nhóm BN đột quy thiếu máu não có tiền sử THA hoặc THA phát hiện lúc nhập viện được đo nhiều lần lúc nằm viện. Nghiên cứu của tác giả Đinh Hữu Hùng thì có kết quả THA không có liên quan với nguy cơ tái phát [2]. Kết quả này tương tự của tác giả Wang và Cs [154].

Bên cạnh đó, một số nghiên cứu khác đã xác định yếu tố THA là yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ tái phát đột quy [95],[131].

Như vậy, bên cạnh các nghiên cứu cho rằng THA không liên quan với nguy cơ tái phát đột quy thì một số nghiên cứu khác lại cho kết quả trái ngược. Giải thích lí do này là do nguy cơ tái phát sau đột quy thiếu máu não không chịu sự tác động bởi một yếu tố riêng biệt nào, mà có lẽ bởi nhiều yếu tố phối hợp. Ngoài ra, có thể do sự khác biệt về đối tượng và phương pháp nghiên cứu cũng như thời gian theo dõi BN giữa các nghiên cứu. Chẳng hạn, với đối tượng là những BN đột quy thiếu máu não lỗ khuyết, một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng THA là yếu tố liên quan độc lập với nguy cơ tái phát đột quy [24],[144]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Wang và Cs cho thấy THA có liên quan đến tái phát đột quy chỉ ở những BN mạch máu nhỏ, không ở các phân nhóm khác của đột quy thiếu máu não [154]. Về khác biệt thời gian, theo Mohan và Cs, mặc dù không có liên quan với nguy cơ tái phát tại thời

điểm 1 năm ($HR = 1,12$; KTC 95%: 0,76 - 1,65) nhưng THA lại làm tăng nguy cơ tái phát sau 5 và 10 năm với HR lần lượt là 1,47 (KTC 95%: 1,08 - 1,99) và 1,38 (KTC 95%: 1,04 - 1,82) [108]. Một số tác giả khác cho kết quả tương tự [25],[107].

Tóm lại, nếu như THA là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với đột quy lần đầu thì vai trò của nó đối với đột quy tái phát vẫn còn nhiều vấn đề cần được làm sáng tỏ.

4.2.2.8. Ảnh hưởng của đái tháo đường lên nguy cơ tái phát đột quy

Đối với nguy cơ đột quy lần đầu thì vai trò của ĐTD đã được xác định [113]. Riêng đối với đột quy tái phát, sự ảnh hưởng của yếu tố này vẫn còn chưa được thống nhất. Trong nghiên cứu này, ĐTD không có liên quan với nguy cơ tái phát đột quy khi đưa vào phân tích hồi quy Cox đa biến. Điều tương tự cũng đã được chứng minh bởi các tác giả khác [82],[93].

Tuy nhiên, yếu tố thời gian theo dõi cũng ảnh hưởng đến nguy cơ tái phát đột quy. Ví dụ, ĐTD không có liên quan với nguy cơ tái phát tại thời điểm 30 ngày và 90 ngày trong nghiên cứu của Ois và Cs [117], Toyoda và Cs [144]. Còn nghiên cứu của Hart [18] (theo dõi 3,7 năm), Hillen và Cs (theo dõi 5 năm) [67], Putaala và Cs (theo dõi 5 năm) [124], Callahan (theo dõi 4,9 năm) [38], Xu và Cs (theo dõi 1 năm) [160] thì ĐTD là yếu tố nguy cơ của tái phát đột quy.

Ngoài ra, ĐTD còn chịu sự ảnh hưởng bởi phân nhóm đột quy thiếu máu não. Trong đó, ĐTD thường làm tăng nguy cơ tái phát ở BN đột quy thiếu máu não dạng lỗ khuyết hơn là những phân nhóm khác. Chẳng hạn, theo Arboix và Cs, ĐTD có liên quan độc lập với nguy cơ tái phát trên nhóm đối tượng này với $OR = 1,62$ (KTC 95%: 1,07 - 2,46) [24]. Kết quả tương tự còn có trong một nghiên cứu khác ở Trung Quốc [98].

Tương tự với THA, vẫn còn có nhiều ý kiến trái chiều nhau về vai trò thực sự của ĐTD đối với nguy cơ tái phát đột quy. Nhìn chung, ĐTD có liên quan với nguy cơ tái phát lâu dài hơn là tái phát sớm, đặc biệt là ở phân nhóm đột quy thiếu máu não dạng lỗ khuyết. Theo khuyến cáo, BN đột quy thiếu máu não/TIA có ĐTD nên được điều trị tích cực với mức HbA1c mục tiêu là < 7% mặc dù việc kiểm soát tích cực đường máu không làm giảm nguy cơ tái phát đột quy [77].

4.2.2.9. Ảnh hưởng của BMI lên nguy cơ tái phát đột quy

Mối liên quan của BMI và đột quy đã được chứng minh trong 1 vài nghiên cứu [158],[165]. Riêng về mối liên quan giữa BMI và tái phát đột quy thì vẫn còn bàn cãi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BMI không là yếu tố nguy cơ tái phát đột quy. Còn nghiên cứu của Andersen K.K. và Olsen T.S. cho thấy thừa cân và béo phì có nguy cơ tái phát đột quy thấp hơn so với cân nặng bình thường (béo phì: OR = 0,9, KTC 95% 0,82 - 0,98; thừa cân: OR = 0,89, KTC 95% 0,83 - 0,96), thiếu cân là yếu tố nguy cơ cao đáng kể dẫn đến tái phát đột quy (OR = 1,23; KTC 95% 1,06 - 1,43) [21].

Nghiên cứu của Ovbiagele B. và Cs theo dõi 2,5 năm cho thấy thừa cân (HR, 0,95; 95% CI = 0,85 - 1,06) và béo phì (HR, 0,95; 95% CI = 0,83 - 1,08) không có liên quan đến việc làm tăng nguy cơ tái phát đột quy, nhưng BN thừa cân (HR, 0,84; 95% CI = 0,77 - 0,92) hoặc béo phì (HR, 0,86; 95% CI = 0,77 - 0,96) có liên quan nguy cơ thấp của biến cố mạch máu [119]. Kết quả của tác giả Wolfram D. và Cs (theo dõi 30 tháng) cho thấy béo phì có nguy cơ thấp bị tái phát đột quy (OR: 0,56, 95% CI = 0,37 - 0,86) [157]. Huang K. và Cs năm 2016 cũng cho kết quả tương tự [70].

Một cuộc điều tra cắt ngang, đa trung tâm ở Trung Quốc lại cho thấy BN thiếu cân có khả năng có nguy cơ tái phát đột quy nhiều hơn (OR 3,12, 95%

CI = 1,39 - 6,97; $p = 0,006$), trong khi đó BN thừa cân và béo phì có nguy cơ tái phát đột quy tương tự như BN có cân nặng bình thường (OR 0,85, 95% CI = 0,57 - 1,28; $p = 0,435$) [96].

Vì vậy, điều chỉnh đạt bình cân nên được thúc đẩy như là một phần của công tác phòng ngừa thứ phát và phục hồi đột quy.

4.2.2.10. Ảnh hưởng của thang điểm Glasgow lên nguy cơ tái phát đột quy

Thang điểm Glasgow (tiếng anh: Glasgow Coma Scale) dùng để đánh giá mức độ nặng của các tổn thương trong các nghiên cứu đa trung tâm về kết cục sau tổn thương não nghiêm trọng. Có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa thang điểm Glasgow thấp tại thời điểm nhập viện và tử vong [42],[132].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm Glasgow không là yếu tố nguy cơ làm gia tăng tái phát đột quy ở BN sau đột quy thiếu máu não. Mối liên quan giữa thang điểm Glasgow và tái phát đột quy không được nghiên cứu. Giải thích điều này có thể là do thang điểm hôn mê Glasgow là một phương pháp đánh giá tình trạng ý thức của người bệnh một cách lượng hóa. Thang điểm này khá khách quan, đáng tin cậy, có giá trị tiên lượng và rất thuận tiện trong việc theo dõi diễn tiến của người bệnh.

4.2.2.11. Ảnh hưởng của thang điểm NIHSS lên nguy cơ tái phát đột quy

Thang điểm NIHSS dùng để đánh giá sớm tình trạng thần kinh của BN đột quy thiếu máu não và dùng để theo dõi sau điều trị. Đây là một thang điểm đánh giá nhanh và chính xác thương tổn của não bộ.

Nghiên cứu của chúng tôi qua phân tích hồi qui Cox đơn biến và đa biến cho thấy thang điểm NIHSS (≥ 15 điểm và 5 - 14 điểm) làm gia tăng nguy cơ tái phát đột quy với HR = 1,68 (KTC 95%: 1,01 - 2,79; $p = 0,045$) và HR = 5,57 (KTC 95%: 2,41 - 12,87; $p < 0,001$). Còn kết quả nghiên cứu của

tác giả Shrestha Sh. và Cs cho rằng thang điểm NIHSS là yếu tố tiên lượng tử vong/ tàn phế tại thời điểm 3 tháng sau đột quy thiếu máu não. Điều này cũng chứng tỏ rằng tăng 1 điểm trong thang điểm NIHSS sẽ làm gia tăng nguy cơ tử vong/tàn phế gấp 1,55 lần [134]. Nghiên cứu của Jain và Cs cũng cho thấy gia tăng 1 điểm trong thang điểm NIHSS sẽ làm gia tăng khả năng tử vong gấp 2,3 lần và tàn phế gấp 3 lần [70]. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy thang điểm NIHSS lúc nhập viện là yếu tố tiên lượng kết cục sau đột quy thiếu máu não [76],[146].

Còn trong nghiên cứu của Changqing Zh. và Cs cho thấy thang điểm NIHSS ≤ 3 lúc nhập viện là yếu tố tiên lượng độc lập tái phát đột quy hoặc TIA trong vòng 1 năm ở những BN đột quy thiếu máu não nhỏ [168].

Tóm lại, cần nhiều nghiên cứu hơn để khảo sát về mối liên quan giữa thang điểm NIHSS và nguy cơ tái phát đột quy.

4.2.2.12. Ảnh hưởng của liệu pháp chống kết tập tiểu cầu lên nguy cơ tái phát đột quy

Trong nghiên cứu này, kết quả phân tích hồi quy Cox đa biến cho thấy liệu pháp chống kết tập tiểu cầu có tác dụng làm giảm nguy cơ tái phát đột quy với HR = 0,51 (KTC 95%: 0,3 – 0,86; p = 0,011). Kết quả này cũng tương tự tác giả Đinh Hữu Hùng [2].

Theo y văn, đây là một vấn đề kinh điển bởi đã có rất nhiều nghiên cứu và các phân tích tổng hợp chỉ ra lợi ích thực sự của liệu pháp trên đối với dự phòng tái phát ở những BN đột quy thiếu máu não/TIA [61],[77],[63]. Theo Johnston S.C. và Cs kết quả cho thấy việc sử dụng chống kết tập tiểu cầu giúp ngăn chặn đột quy thiếu máu não, nhồi máu cơ tim, tử vong [70]. Theo Ding và Cs thì việc dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu làm giảm đến 42% nguy cơ tái phát (HR = 0,58; KTC 95%: 0,36 - 0,92; p = 0,021) sau theo dõi 1951 BN

đột quy thiếu máu não trong 1 năm [48]. Một phân tích tổng hợp từ 287 thử nghiệm lâm sàng cho thấy liệu pháp này làm giảm tới 22% nguy cơ đột quy, nhồi máu cơ tim và tử vong do bệnh lý mạch máu ở những BN bị các biến cố mạch máu trước đó [145]. Mặt khác, theo Burke và Cs thì việc duy trì đều đặn liệu pháp chống kết tập tiểu cầu hàng ngày làm giảm đến 72,5% nguy cơ tái phát sau đột quy thiếu máu não (HR = 0,275; KTC 95%: 0,134 - 0,564; $p < 0,0004$) [35]. Ngược lại, việc ngưng thuốc trong điều trị lâu dài sẽ làm tăng nguy cơ tái phát các biến cố mạch máu não lên gấp 3,4 lần [103]. Bên cạnh đó, Hong và Cs cũng đã chỉ ra rằng chính việc tăng cường sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu đúng chỉ định là một trong những yếu tố then chốt góp làm giảm tỉ suất tái phát đột quy trong vòng 50 năm qua [69].

Vì thế, sử dụng chống kết tập tiểu cầu là nội dung của các khuyến cáo quan trọng đối với dự phòng đột quy tái phát. Theo đó, các thuốc chống kết tập tiểu cầu nên được chỉ định dùng cho những BN đột quy đột quy thiếu máu não/TIA không do lấp mạch từ tim nhằm làm giảm nguy cơ tái phát đột quy và các biến cố tim mạch khác [77],[63].

4.2.2.13. Ảnh hưởng của tuân thủ điều trị tăng huyết áp lên nguy cơ tái phát đột quy

THA là một yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được đối với đột quy, nhưng không tuân thủ với thuốc hạ HA là mối quan tâm ngày càng gia tăng của bác sĩ trong việc kiểm soát HA vì làm gia tăng nguy cơ đột quy não. Có nhiều nghiên cứu trước đây đánh giá mối liên quan giữa tuân thủ thuốc hạ HA và nguy cơ đột quy. Cụ thể theo tác giả Lee H.J. và Cs, việc không tuân thủ với thuốc hạ HA làm gia tăng đáng kể nguy cơ đột quy cao hơn (tuân thủ trung bình (RR) = 1,13, 95% CI = 1,06 - 1,21; tuân thủ kém: RR = 1,27, 95% CI = 1,17 - 1,38) [92]. Tác giả Xu T. và Cs cho kết quả là việc tuân thủ với

thuốc hạ HA có liên quan với nguy cơ thấp đột quy thiếu máu não (RR, 0,74; 95% CI = 0,69 - 0,79) và xuất huyết não (RR, 0,55; 95% CI = 0,42 - 0,72). Hơn nữa, cả tử vong (RR, 0,51; 95% CI = 0,36 - 0,73) và không tử vong do đột quy (RR, 0,52; 95% CI = 0,28 - 0,94) thì thấp hơn ở người có tuân thủ với thuốc hạ HA [162]. Còn tác giả Kettani F. Z. và Cs cho thấy tuân thủ cao với thuốc hạ HA ($\geq 80\%$) làm giảm nguy cơ đột quy khoảng 20% (RR, 0,78; 95% CI = 0,70 - 0,87) so với tuân thủ thấp [78]. Nghiên cứu của Mayor S. và Cs cho thấy BN không tuân thủ với thuốc hạ HA làm gia tăng tử vong do đột quy gấp 4 lần trong năm thứ 2 sau khi được kê toa thuốc hạ HA (OR 3,81 (95% CI = 2,35 - 3,2)) so với BN tuân thủ và gấp 3 lần trong năm thứ 10 (OR 3,01 (2,37 - 3,83)) [104]. Vì vậy, các bác sĩ cần tập trung vào các chiến lược can thiệp để đảm bảo cho những BN này tuân thủ với điều trị và hỗ trợ liên tục để đạt tuân thủ lâu dài, cuối cùng giảm thiểu được các kết cục xấu.

Riêng trong phòng ngừa thứ phát, thì vai trò của việc tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA và tái phát đột quy, biến cố mạch máu kết hợp, tử vong) chưa thực hiện nhiều.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại tỉnh, là nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu cho thấy trong 510 BN chỉ có 262 (51,4%) BN có tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA và 246 (48,2%) BN không tuân thủ sử dụng thuốc HA. Những BN sau đột quy thiếu máu não có tuân thủ với thuốc điều trị HA thì có kết cục (tái phát đột quy, biến cố tim mạch kết hợp và tử vong) thấp hơn so với nhóm BN không tuân thủ với thuốc điều trị HA. Cụ thể tại thời điểm 12 tháng: tái phát đột quy (10,7% so với 24,4%, $p < 0,001$); biến cố mạch máu kết hợp (3,1% so với 8,5%, $p = 0,008$); tử vong (6,1% so với 23,6%, $p < 0,001$). Ngoài ra, khi đưa vào phân tích hồi qui Cox thì yếu tố tuân thủ sử

dụng thuốc hạ HA là yếu tố nguy cơ độc lập làm gia tăng nguy cơ tái phát đột quy với HR = 0,42, 95% CI = 0,26 - 0,69, p = 0,001.

Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Xu J và Cs năm 2013 [160]. Nghiên cứu này cho thấy việc tuân thủ cao với điều trị THA ($\geq 75\%$) sẽ có ít kết cục xấu hơn so với nhóm BN tuân thủ thấp với việc điều trị THA (tái phát đột quy: 13,7% so với 20%, p < 0,0001; các biến cố mạch máu kết hợp: 16,3% so với 26,3%, p < 0,0001; tử vong: 5,8% so với 18,4%, p < 0,0001). Phân tích đa biến cho kết quả tuân thủ cao ($\geq 75\%$) với thuốc hạ HA có liên quan đến giảm nguy cơ tái phát đột quy (OR, 0,78; 95%CI = 0,68 - 0,89), các biến cố mạch máu kết hợp (0,71; 0,63 - 0,81), tử vong (0,44; 0,36 - 0,53) so với nhóm tuân thủ thấp với thuốc hạ HA.

Tác giả Ovbiagele và Cs theo dõi trong 2 năm, cho kết quả những BN đột quy thiếu máu não tuân thủ tốt với điều trị THA thì ít có các kết cục kết hợp so với nhóm BN tuân thủ kém (13,4% so với 20,6%, p < 0,001) [120].

Trong nghiên cứu này, sau khi phân tích đa biến sử dụng các phương pháp đo khác nhau, cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa tuân thủ $\geq 80\%$ và tuân thủ < 80% nhưng so với tuân thủ < 60% thì các mức độ tuân thủ sử dụng các viên thuốc $\geq 90\%$ đến 99% (HR 0,56, 95% CI = 0,34 - 0,91; p = 0,02) và $\geq 99\%$ (HR 0,46, 95% CI = 0,29 - 0,73; p = 0,001) có liên quan đến sự xảy ra thấp hơn các biến cố kết hợp tại thời điểm 18 tháng.

Ngoài ra Kettani và Cs [78] cho thấy những BN tuân thủ cao với thuốc hạ HA ($\geq 80\%$ được tính bằng tỉ số sở hữu thuốc) có nguy cơ thấp đáng kể đột quy (OR, 0,78, 95% CI = 0,70 - 0,87) so với những BN tuân thủ thấp. Ngược lại với nghiên cứu của chúng tôi, những BN trong nghiên cứu này sử dụng thuốc hạ HA như ngăn chặn nguyên phát đột quy.

Khảo sát về mối quan hệ giữa sự tuân thủ điều trị hạ áp và các biến cố tim mạch ở BN đột quy thiếu máu cục bộ ta có nghiên cứu của Perreault S. và cộng sự năm 2012 cho thấy tuân thủ cao với điều trị thuốc hạ HA có liên quan với nguy cơ thấp các biến cố mạch máu không gây tử vong so với sự tuân thủ thấp hơn (RR 0,77(0,70 - 0,86)) [123].

Mặc dù nghiên cứu về đánh giá tuân thủ sau đột quy thiếu máu não theo chiều dọc (AVAIL - Adherence Evaluation After Ischemic stroke - Longitudinal) [37] tập trung vào tuân thủ sử dụng các thuốc trong ngăn ngừa thứ phát sau đột quy, không thể hiện kết quả về mối liên quan giữa tuân thủ sử dụng thuốc và các kết cục đột quy.

Ngoài việc kiểm soát cải thiện HA của BN, các lí do giải thích mối liên quan giữa tuân thủ cao với thuốc hạ HA và các kết cục tốt sau đột quy nên được đưa ra. Ví dụ, những BN có nguy cơ thấp tử vong tại thời điểm 12 tháng có lẽ là có đột quy khởi đầu nhẹ hơn. Ngoài ra, cũng có thể BN báo có tuân thủ với một loại thuốc thì có khả năng cũng tuân thủ với các điều trị được khuyến cáo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối với những BN được bác sĩ điều trị theo các khuyến cáo mà có tuân theo với thuốc hạ HA cũng sẽ tuân thủ với các thuốc được kê toa, bao gồm thuốc chống kết tập tiểu cầu, kháng đông, thuốc hạ đường huyết và thuốc nhóm statin.

4.3. Một số đóng góp mới và hạn chế của đề tài

4.3.1. Một số điểm mới và tính ứng dụng của đề tài luận án

- Cho đến nay, chúng tôi chưa tìm được công bố nào đánh giá tính tuân thủ điều trị THA và tái phát đột quy sau đột quy thiếu máu não có THA mà có thời gian theo dõi BN trung bình 12 tháng. Trong 408 BN, tỉ lệ tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA là 51,4% và không tuân thủ là 48,2%. Chúng tôi tìm sự ảnh hưởng của việc tuân thủ điều trị THA lên tái phát đột quy. Kết quả cho thấy

những BN sau đột quy thiếu máu não có tuân thủ với thuốc điều trị HA thì có tỉ lệ tái phát đột quy thấp hơn so với nhóm BN không tuân thủ với thuốc điều trị HA. Do đó, cần có những biện pháp cải thiện tính tuân thủ sử dụng thuốc nhằm giảm tỉ lệ các biến cố sau đột quy thiếu máu não.

- Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ suất tái phát đột quy tích lũy tại thời điểm 12 tháng với giá trị lên tới 18,8%, cao hơn so với hầu hết các nghiên cứu ở trong và ngoài nước. Điều đó góp phần cho thấy gánh nặng thực sự do đột quy gây ra tại tỉnh của chúng tôi.

- Các yếu tố như dân tộc Hoa, trình độ học vấn trên tiểu học, sống với vợ/chồng/con và thang điểm NIHSS khi vào viện 5-14 điểm là các yếu tố độc lập làm tăng sự tuân thủ điều trị thuốc THA ở các bệnh nhân đột quy thiếu máu não cục bộ có tăng huyết áp.

- Nghiên cứu cũng đã xác định được các yếu tố như có tập thể dục, có sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu lúc xuất viện và có tuân thủ điều trị THA là 3 yếu tố độc lập làm giảm nguy cơ tái phát đột quy ở các bệnh nhân đột quy thiếu máu não cục bộ có tăng huyết áp. Trong khi đó, tiền căn đột quy/TIA và thang điểm NIHSS là 2 yếu tố có liên quan độc lập với tăng nguy cơ tái phát đột quy.

- Chúng tôi tìm hiểu nguyên nhân tại sao BN không tuân thủ sử dụng thuốc hạ HA. Kết quả cho thấy chiếm đa số là do liên quan đến yếu tố kinh tế - xã hội - bệnh nhân (nhà nghèo, thiếu hiểu biết, đơn chiếc, thiếu người chăm sóc) 124 BN (93,9%).

- Kiểm soát HA đạt mục tiêu làm giảm nguy cơ tái phát đột quy.

- Qua quá trình theo dõi, nghiên cứu này còn cung cấp thêm một số thông tin có ý nghĩa khác như: (1) sự tồn tại một khoảng trống giữa hướng dẫn điều trị theo guideline và thực tế điều trị và (2) sau những số liệu mà

chúng tôi có được là cuộc sống đầy khó khăn của nhiều BN. Thực tế cho thấy rất nhiều BN trong nghiên cứu của chúng tôi khó khăn về kiến thức, con người, tài chính,...(3) vấn đề cập nhật kiến thức cho nhân viên y tế tại các tuyến tỉnh, xã, huyện còn hạn chế. Do đó, việc điều trị dự phòng tái phát đúng theo hướng dẫn của thầy thuốc không phải dễ dàng và (4) hiểu được các lí do BN không tuân thủ điều trị THA sau đột quy thiếu máu não. Từ đó có chiến lược phù hợp cải thiện sự tuân thủ và cải thiện được kết cục điều trị.

Tóm lại, kết quả của đề tài luận án này góp phần giúp chúng ta có cách nhìn toàn diện hơn về đột quy tái phát và tính tuân thủ điều trị thuốc hạ HA ở BN đột quy thiếu máu não có THA tại một tỉnh còn gặp nhiều khó khăn. Từ đó, mới có được những chiến lược điều trị dự phòng tái phát thích hợp.

4.3.2. Một số điểm hạn chế của đề tài:

Bên cạnh một số điểm mạnh, đề tài này cũng có một số điểm hạn chế:

- Với thiết kế nghiên cứu dựa vào bệnh viện, chúng tôi không thể khảo sát được hết tất cả những BN ở ngoài cộng đồng mà không nhập viện. Tuy nhiên, theo Mohan và Cs, không có sự khác biệt đáng kể về nguy cơ tái phát tích lũy tại thời điểm 1 năm giữa những nghiên cứu dựa vào bệnh viện và cộng đồng [108] .

- Tuân thủ được đánh giá dựa vào bảng câu hỏi BN hoặc thân nhân cận kề chăm sóc báo cáo, điều này có thể dẫn tới tỉ lệ tuân thủ quá cao, mặc dù chúng tôi đã hạn chế sự không chính xác của câu trả lời bằng cách tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng chúng tôi đến nhà khám, kết hợp kiểm tra sự chính xác câu trả lời bằng cách xem các toa thuốc khám định kì của BN tại cơ sở y tế địa phương và đo HA xem HA BN có ổn định hay không, đồng thời tư vấn hướng dẫn BN trong ngăn ngừa đột quy tái phát. Tuy nhiên, đây là một phương pháp đo sự tuân thủ với thuốc hạ HA đơn giản, hiệu quả. Chúng tôi

cũng đã ghi nhận rằng phương pháp này cũng được sử dụng để đánh giá sự tuân thủ thuốc trong một vài nghiên cứu về đột quy và tim mạch [57],[110],[43]. Tuân thủ được đánh giá bằng sự tự báo cáo của BN cho thấy có tương quan với tuân thủ được đánh giá bằng đếm số lượng thuốc hoặc theo dõi thuốc bằng điện tử [153].

- Nghiên cứu của chúng tôi cũng bị hạn chế thực tế số liệu HA trong suốt quá trình nghiên cứu có sẵn, phủ nhận khả năng đánh giá hiệu quả của thuốc hạ HA. Một nghiên cứu của John W.G. và Cs năm 2012 cho thấy tuân thủ thuốc điều trị hạ HA có mối liên quan tốt với việc đạt mức HA mục tiêu [60].

- Lí do không tuân thủ thuốc hạ HA chưa thể hiện rõ hết từng nhóm nguyên nhân.

- Chưa phân tích ảnh hưởng các yếu tố nguy cơ lên tái phát đột quy liên quan đạt hay không đường huyết mục tiêu.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 510 BN đột quy thiếu máu não cục bộ cấp có THA tại khoa nội 2 Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Sóc Trăng từ 9/2015 đến 7/2017, chúng tôi có một số kết luận theo các mục tiêu đã đề ra như sau:

1. Xác định tỉ lệ bệnh nhân đột quy thiếu máu não cục bộ cấp tăng huyết áp tuân thủ điều trị tăng huyết áp và các yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ

- Trong 510 BN xuất viện (508 BN theo dõi, 2 BN mất theo dõi) có 262 (51,4%) BN tuân thủ và 246 (48,2%) BN không tuân thủ với điều trị thuốc THA.

- Những BN sau đột quy thiếu máu não có tuân thủ với điều trị thuốc THA thì có nguy cơ tái phát đột quy thấp hơn so với nhóm BN không tuân thủ với điều trị thuốc THA.

- Các yếu tố như dân tộc Hoa, trình độ học vấn trên tiểu học, sống với vợ/chồng/con và thang điểm NIHSS khi vào viện 5-14 điểm là các yếu tố độc lập làm tăng sự tuân thủ điều trị thuốc THA ở các bệnh nhân đột quy thiếu máu não cục bộ có tăng huyết áp.

2. Tỉ suất tái phát đột quy tích lũy và các yếu tố ảnh hưởng đến tái phát

- BN đột quy thiếu máu não cục bộ cấp có nguy cơ tái phát cao. Tỉ suất tái phát đột quy tích lũy tăng dần đều theo thời gian. Trong đó, tại thời điểm 3 tháng, tỉ số này đã là 6,1% trong 3 tháng và tăng lên tới mức 10,6% và 18,8% tại các thời điểm 6 tháng và 12 tháng.

- Các yếu tố như có tập thể dục, có sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu lúc xuất viện và có tuân thủ điều trị THA là 3 yếu tố độc lập làm giảm nguy

ơ tái phát đột quy ở các bệnh nhân đột quy thiếu máu não cục bộ có tăng huyết áp.

- Tiền căn đột quy/TIA và thang điểm NIHSS là 2 yếu tố có liên quan độc lập với tăng nguy cơ tái phát đột quy.

KIẾN NGHỊ

1. Tỷ suất tái phát đột quy ở nhóm không tuân thủ điều trị tăng huyết áp cao hơn nhóm tuân thủ điều trị tăng huyết áp nên các công tác điều trị dự phòng tái phát sau đột quy thiếu máu não cục bộ cấp cần được tiến hành kịp thời và duy trì thường xuyên.

2. Cần chú ý đến trình độ học vấn thấp (\leq Tiểu học) khi kê toa thuốc điều trị THA và có những biện pháp để cải thiện tính tuân thủ điều trị THA ở các đối tượng này.

3. Cần tiến hành các nghiên cứu đưa vào các mô hình cải thiện tính tuân thủ sử dụng thuốc hạ huyết áp, nhằm giảm tỷ lệ tái phát đột quy cũng như các biến cố mạch máu kết hợp và tử vong sau đột quy thiếu máu não cục bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Thị Mỹ Hạnh, cộng sự (2013), "Khảo sát mối liên quan giữa sự tuân thủ dùng thuốc và kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú ", *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 17 (4).
2. Đinh Hữu Hùng, Vũ Anh Nhị (2014), "Nguy cơ tái phát sau đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp theo phân tầng một số yếu tố liên quan", *Luận án tiến sĩ y khoa, Đại học Y Dược TP.HCM*.
3. Phạm Quốc Khánh, Nguyễn Lâm Việt (2016), "Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rung nhĩ 2016", *Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam 2016*.
4. Huỳnh Văn Minh, Cộng sự (2015), "Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị Tăng Huyết Áp 2015", *Hội Tim Mạch Học quốc gia Việt Nam*.
5. Vũ Anh Nhị, Bùi Châu Tuệ (2011), "Tiên lượng bệnh nhân nhồi máu não tái phát bằng bảng điểm nguy cơ đột quỵ Essen", *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 15 (Phụ bản của Số 1), tr. 579 - 586.
6. Vũ Anh Nhị, Các giảng viên bộ môn thần kinh (2015), "Điều trị bệnh thần kinh", Đại học Y Dược TP.HCM Bộ môn thần kinh, Editor, Nhà xuất bản Đại học quốc gia Thành Phố Hồ Chí Minh, tr. 52-78.
7. Vũ Xuân Phú, Nguyễn Minh Phương (2011), "Thực trạng thực hành tuân thủ trong điều trị tăng huyết áp của bệnh nhân 25-60 tuổi ở 4 phường thành phố Hà Nội, năm 2011", *Tạp chí Y Học Thực Hành*, 817 (4/2012).
8. Cao Phi Phong, Ngô Bá Minh (2011), "Xác định bệnh nhân có nguy cơ cao đột quỵ thiếu máu sau cơn thiếu máu não thoáng qua hoặc đột quỵ nhẹ

bằng thang điểm ABCD2", *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 15 (Phụ bản của Số 1), tr. 603 - 608.

9. Đặng Vạn Phước, cộng sự (2015), "Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu 2015", *Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam 2015*.
10. Bùi Thị Mai Trinh, Nguyễn Minh Đức, Nguyễn Đỗ Nguyên (2012), "Sự tuân thủ dùng thuốc hạ áp trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp", *Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 16 (4).
11. Nguyễn Văn Tuấn (2008), "Phương pháp ước tính cỡ mẫu", *Y học chứng cứ*, Nhà xuất bản Y Học, tr. 75-106.

TIẾNG ANH

12. Seamant C., et al. (2017), "The Importance of Physical Activity in Preventing Recurrent Stroke", *NEJM Journal Watch*.
13. Abegaz T.M., et al. (2017), "Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis", *Medicine*, 96 (4), pp. e5641-e5641.
14. Acciarresi M., et al. (2006), "First-Ever Stroke and Outcome in Patients Admitted to Perugia Stroke Unit: Predictors for Death, Dependency, and Recurrence of Stroke within the First Three Months", *Clinical and Experimental Hypertension*, 28 (3-4), pp. 287-294.
15. Adam H., Augusto C.M., Rhian M.T. (2015), "Vascular biology of ageing—Implications in hypertension", *Journal of Molecular and Cellular Cardiology*, 83, pp. 112-121.
16. Agabiti Rosei E., Rizzoni D. (2007), "Chapter 47: The effects of hypertension on the structure of human resistance arteries", *Comprehensive hypertension*. Mosby.

17. AlShaikh A., et al. (2016), "Predictive factors of non-adherence to secondary preventative medication after stroke or transient ischaemic attack: A systematic review and meta-analyses", *European Stroke Journal*, pp. 2396987316647187.
18. Amarenco P., Goldstein L.B., et al. (2009), "Baseline blood pressure, low- and high-density lipoproteins, and triglycerides and the risk of vascular events in the Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) trial", *Atherosclerosis*, 204 (2), pp. 515-520.
19. American Diabetes Association (2018), "Introduction: Standards of Medical Care in Diabetes—2018", *Diabetes Care*, 41 (Supplement 1), pp. S1-S2.
20. American Diabetes Association (2014), "Standards of medical care in diabetes", *Diabetes Care*, 37 Suppl 1, pp. S14-80.
21. Andersen K.K., Olsen T.S. (2013), "Body Mass Index and Stroke: Overweight and Obesity Less Often Associated with Stroke Recurrence", *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22 (8), pp. e576-e581.
22. Antonios T.F.T., Rattray F.M., et al. (2003), "Rarefaction of skin capillaries in normotensive offspring of individuals with essential hypertension", *Heart*, 89 (2), pp. 175-178.
23. Appelros P., Nydevik I., Viitanen M. (2003), "Poor outcome after first-ever stroke: predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year", *Stroke*, 34 (1), pp. 122-126.

24. Arboix A., et al. (2007), "Recurrent lacunar infarction following a previous lacunar stroke: a clinical study of 122 patients", *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 78 (12), pp. 1392-1394.
25. Arboix A., Massons J., et al. (2011), "[Recurrent ischemic stroke. Study of 605 patients]", *Med Clin (Barc)*, 137 (12), pp. 541-5.
26. Ay H., et al. (2010), "A score to predict early risk of recurrence after ischemic stroke", *Neurology*, 74 (2), pp. 128-135.
27. Benavente O.R., Coffey C.S., et al. (2013), "Blood-pressure targets in patients with recent lacunar stroke: the SPS3 randomised trial", *Lancet*, 382 (9891), pp. 507-15.
28. Benjamin E.J., et al. (2018), "Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association", *Circulation*, 137 (12), pp. e67-e492.
29. Boan A.D., Lackland D.T., Ovbiagele B. (2014), "Lowering of blood pressure for recurrent stroke prevention", *Stroke*, 45 (8), pp. 2506-13.
30. Bridgwood B., et al. (2018), "Interventions for improving modifiable risk factor control in the secondary prevention of stroke", *Cochrane Database Syst Rev*, 5, pp. Cd009103.
31. Brisset M., Boutouyrie P., Pico F., et al. (2013), "Large-vessel correlates of cerebral small-vessel disease", *Neurology*, 80 (7), pp. 662-669.
32. Brown D.L., et al. (2005), "Recurrent Stroke Risk Is Higher Than Cardiac Event Risk After Initial Stroke/Transient Ischemic Attack", *Stroke*, 36 (6), pp. 1285-1287.
33. Brown M.T., Bussell J.K. (2011), "Medication adherence: WHO cares?", *Mayo Clinic proceedings*, 86 (4), pp. 304-314.

34. Bryan W., Giuseppe M., et al. (2018), "2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension", *European Heart Journal*, 39 (33), pp. 3021-3104.
35. Burke J.P., et al. (2010), "Impact of persistence with antiplatelet therapy on recurrent ischemic stroke and predictors of nonpersistence among ischemic stroke survivors", *Curr Med Res Opin*, 26 (5), pp. 1023-30.
36. Burkhart P.V., Sabate E. (2003), "Adherence to long-term therapies: evidence for action", *J Nurs Scholarsh*, 35 (3), pp. 207.
37. Bushnell C.D., et al. (2011), "Secondary preventive medication persistence and adherence 1 year after stroke", *Neurology*, 77 (12), pp. 1182-1190.
38. Callahan A., et al. (2011), "Risk of stroke and cardiovascular events after ischemic stroke or transient ischemic attack in patients with type 2 diabetes or metabolic syndrome: Secondary analysis of the stroke prevention by aggressive reduction in cholesterol levels (sparcl) trial", *Archives of Neurology*, 68 (10), pp. 1245-1251.
39. Can O.T., Hamner J.W., et al. (2013), "The role of myogenic mechanisms in human cerebrovascular regulation", *The Journal of physiology*, 591 (20), pp. 5095-5105.
40. Catapano A.L., et al. (2016), "2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias", *European Heart Journal*, 37 (39), pp. 2999-3058.
41. Chalmers J., et al. (2003), "International Society of Hypertension (ISH): statement on blood pressure lowering and stroke prevention", *J Hypertens*, 21 (4), pp. 651-63.

42. Chaurasia A.K. (2016), "Stroke mortality: predictive value of simple laboratory tests and acute physiology, age, chronic health evaluation III scoring system: a hospital based study", *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4 (5), pp. 1496-1500.
43. Colivicchi F., et al. (2007), "Discontinuation of statin therapy and clinical outcome after ischemic stroke", *Stroke*, 38 (10), pp. 2652-7.
44. Couillard P., et al. (2009), "Predicting recurrent stroke after minor stroke and transient ischemic attack", *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 7 (10), pp. 1273-1281.
45. Coull A.J., Rothwell P.M. (2004), "Underestimation of the Early Risk of Recurrent Stroke", *Evidence of the Need for a Standard Definition*, 35 (8), pp. 1925-1929.
46. Damiano R., Enzo P., et al. (2003), "Prognostic Significance of Small-Artery Structure in Hypertension", *Circulation*, 108 (18), pp. 2230-2235.
47. Dew M.A., et al. (2009), "Meta-analysis of medical regimen adherence outcomes in pediatric solid organ transplantation", *Transplantation*, 88 (5), pp. 736.
48. Ding D., et al. (2009), "Association of antiplatelet therapy with lower risk of death and recurrent cerebrovascular events after ischemic stroke--results from the China Ischemic Stroke Registry Study", *Circ J*, 73 (12), pp. 2342-7.
49. Dragomir A., et al. (2010), "Impact of adherence to antihypertensive agents on clinical outcomes and hospitalization costs", *Med Care*, 48 (5), pp. 418-25.

50. Eberth J.F., Cardamone L., et al. (2011), "Evolving biaxial mechanical properties of mouse carotid arteries in hypertension", *Journal of Biomechanics*, 44 (14), pp. 2532-2537.
51. Eknoyan G. (2008), "Adolphe Quetelet (1796–1874)—the average man and indices of obesity", *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23 (1), pp. 47-51.
52. Engelen L., Ferreira I., Stehouwer C.D., et al. (2013), "Reference intervals for common carotid intima-media thickness measured with echotracking: relation with risk factors", *European Heart Journal*, 34 (30), pp. 2368-2380.
53. Feigin V.L., et al. (2014), "Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010", *Lancet*, 383 (9913), pp. 245-54.
54. Feng W., et al. (2010), "Risk of recurrent stroke, myocardial infarction, or death in hospitalized stroke patients", *Neurology*, 74 (7), pp. 588-593.
55. Fischer M.A., et al. (2010), "Primary Medication Non-Adherence: Analysis of 195,930 Electronic Prescriptions", *Journal of General Internal Medicine*, 25 (4), pp. 284-290.
56. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators (2016), "Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *Lancet*, 388 (10053), pp. 1459-1544.
57. Gehi A.K., et al. (2007), "Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: the heart and soul study", *Arch Intern Med*, 167 (16), pp. 1798-803.

58. Glader E.L., et al. (2010), "Persistent use of secondary preventive drugs declines rapidly during the first 2 years after stroke", *Stroke*, 41 (2), pp. 397-401.
59. Gordon N.F., Gulanick M., et al. (2004), "Physical activity and exercise recommendations for stroke survivors: an American Heart Association scientific statement from the Council on Clinical Cardiology, Subcommittee on Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention; the Council on Cardiovascular Nursing; the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the Stroke Council", *Stroke*, 35 (5), pp. 1230-40.
60. Graves J.W., et al. (2012), "Predictors of lowering SBP to assigned targets at 12 months in the Secondary Prevention of Small Subcortical Strokes study", *J Hypertens*, 30 (6), pp. 1233-40.
61. Grotta J.C. (2018), "Antiplatelet Therapy after Ischemic Stroke or TIA", *New England Journal of Medicine*, 379 (3), pp. 291-292.
62. Gupta P., et al. (2017), "Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment", *Hypertension*, 69 (6), pp. 1113-1120.
63. Hankey G.J. (2014), "Secondary stroke prevention", *Lancet Neurol*, 13 (2), pp. 178-94.
64. Hardie K., et al. (2004), "Ten-Year Risk of First Recurrent Stroke and Disability After First-Ever Stroke in the Perth Community Stroke Study", *Stroke*, 35 (3), pp. 731-735.
65. Hata J., Tanizaki Y., et al. (2005), "Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study", *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76 (3), pp. 368-372.

66. Hidayah K., Zullies I., Abdul G. (2017), "Adherence to secondary stroke prevention therapies in ischemic stroke patients at teaching hospital in Central Java Indonesia", *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 10, pp. 28.
67. Hillen T., Coshall C., et al. (2003), "Cause of stroke recurrence is multifactorial: patterns, risk factors, and outcomes of stroke recurrence in the South London Stroke Register", *Stroke*, 34 (6), pp. 1457-1463.
68. Ho P.M., Bryson C.L., et al. (2009), "Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes", *Circulation*, 119 (23), pp. 3028-35.
69. Hong K.S., et al. (2011), "Declining Stroke and Vascular Event Recurrence Rates in Secondary Prevention Trials over the Past 50 Years and Consequences for Current Trial Design", *Circulation*, 123 (19), pp. 2111-2119.
70. Howard G., et al. (2014), "Abstract 97: The Impact of “Traditional” Risk Factors for Incident Versus Recurrent Stroke", *Stroke*, 45 (suppl_1), pp. A97-A97.
71. Jordan J.D., Powers W.J. (2012), "Cerebral Autoregulation and Acute Ischemic Stroke", *American Journal of Hypertension*, 25 (9), pp. 946-950.
72. Kamouchi M., et al. (2012), "Risk score for predicting recurrence in patients with ischemic stroke: the fukuoka stroke risk score for Japanese", *Cerebrovasc Dis*, 34 (5-6), pp. 351-357.
73. Kaplan R.C., et al. (2005), "Vascular events, mortality, and preventive therapy following ischemic stroke in the elderly", *Neurology*, 65 (6), pp. 835-842.

74. Karapanayiotides T., et al. (2004), "Stroke patterns, etiology, and prognosis in patients with diabetes mellitus", *Neurology*, 62 (9), pp. 1558-62.
75. Katsanos A.H., et al. (2017), "Blood Pressure Reduction and Secondary Stroke Prevention: A Systematic Review and Metaregression Analysis of Randomized Clinical Trials", *Hypertension*, 69 (1), pp. 171-179.
76. Kenmuir C.L., et al. (2015), "Predictors of Outcome in Patients Presenting with Acute Ischemic Stroke and Mild Stroke Scale Scores", *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 24 (7), pp. 1685-9.
77. Kernan W.N., et al. (2014), "Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association", *Stroke*, 45 (7), pp. 2160-2236.
78. Kettani F.Z., et al. (2009), "Impact of a better adherence to antihypertensive agents on cerebrovascular disease for primary prevention", *Stroke*, 40 (1), pp. 213-20.
79. Keys A., et al. (2014), "Indices of relative weight and obesity*", *International Journal of Epidemiology*, 43 (3), pp. 655-665.
80. Kirchhof P., et al. (2016), "2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS", *European Heart Journal*, 37 (38), pp. 2893-2962.
81. Kjeldsen S.E., et al. (2001), "Stroke is more common than myocardial infarction in hypertension: analysis based on 11 major randomized intervention trials", *Blood Press*, 10 (4), pp. 190-2.

82. Kono Y., et al. (2011), "Recurrence risk after noncardioembolic mild ischemic stroke in a Japanese population", *Cerebrovasc Dis*, 31 (4), pp. 365-72.
83. Kuwashiro T., et al. (2012), "Lower Levels of High-density Lipoprotein Cholesterol on Admission and A Recurrence of Ischemic Stroke: A 12-month Follow-up of the Fukuoka Stroke Registry", *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 21 (7), pp. 561-568.
84. Lacolley P, Labat C, Pujol A, et al. (2002), "Increased Carotid Wall Elastic Modulus and Fibronectin in Aldosterone-Salt-Treated Rats", *Effects of Eplerenone*, 106 (22), pp. 2848-2853.
85. Lam C.S., et al. (2010), "Aortic Root Remodeling Over the Adult Life Course: Longitudinal Data from the Framingham Heart Study", *Circulation*, 122 (9), pp. 884-890.
86. Langagergaard V., et al. (2011), "Socioeconomic differences in quality of care and clinical outcome after stroke: a nationwide population-based study", *Stroke*, 42 (10), pp. 2896-902.
87. Lauffenburger J.C., et al. (2017), "Effect of Combination Therapy on Adherence Among US Patients Initiating Therapy for Hypertension: a Cohort Study", *J Gen Intern Med*, 32 (6), pp. 619-625.
88. Laurent S., Boutouyrie P. (2015), "The Structural Factor of Hypertension", *Large and Small Artery Alterations*, 116 (6), pp. 1007-1021.
89. Law M.R., et al. (2009), "Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies", *BMJ*, 338.

90. Lee A.H., et al. (2004), "*Risk factors for ischaemic stroke recurrence after hospitalisation*", pp. 244-6.
91. Lee G.K., et al. (2013), "Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale", *PLoS One*, 8 (4), pp. e62775.
92. Lee H.J., et al. (2017), "Effect of adherence to antihypertensive medication on stroke incidence in patients with hypertension: a population-based retrospective cohort study", *BMJ Open*, 7 (6), pp. e014486.
93. Lee M., et al. (2013), "Risk–benefit profile of long-term dual- versus single-antiplatelet therapy among patients with ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis", *Annals of Internal Medicine*, 159 (7), pp. 463-470.
94. Leira E.C., et al. (2008), "Baseline NIH Stroke Scale Responses Estimate the Probability of Each Particular Stroke Subtype", *Cerebrovascular Diseases (Basel, Switzerland)*, 26 (6), pp. 573-577.
95. Leonardi-Bee J., et al. (2002), "Blood Pressure and Clinical Outcomes in the International Stroke Trial", *Stroke*, 33 (5), pp. 1315-1320.
96. Leung D., et al. (2016), "Associations between body-mass index and second-hand smoke exposure and stroke recurrence in Chinese patients in Xi'an, Shantou, and Chongqing: a multicentre cross-sectional survey", *The Lancet*, 388, pp. S50.
97. Liu L., et al. (2009), "Blood pressure reduction for the secondary prevention of stroke: a Chinese trial and a systematic review of the literature", *Hypertension Research*, 32 (11), pp. 1032-1040.

98. Lv Y., et al. (2013), "Five-year Prognosis after Mild to Moderate Ischemic Stroke by Stroke Subtype: A Multi-Clinic Registry Study", *PLoS ONE*, 8 (11), pp. e75019.
99. Mansoor A.H., Mujtaba M.T., Silver B. (2013), "Antiplatelet therapy to prevent recurrent stroke: Three good options", *Cleve Clin J Med*, 80 (12), pp. 787-95.
100. Marnane M., et al. (2012), "*Carotid plaque inflammation on 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography predicts early stroke recurrence*", pp. 709-18.
101. Marsh E.B., et al. (2016), "The NIH Stroke Scale Has Limited Utility in Accurate Daily Monitoring of Neurologic Status", *The Neurohospitalist*, 6 (3), pp. 97-101.
102. Massey R., Jedlicka D. (2002), "The Massey Bedside Swallowing Screen", *J Neurosci Nurs*, 34 (5), pp. 252-3, 257-60.
103. Maulaz A.B., et al. (2005), "Effect of discontinuing aspirin therapy on the risk of brain ischemic stroke", *Arch Neurol*, 62 (8), pp. 1217-20.
104. Mayor S., et al. (2013), "Non-adherence to medication increases stroke risk in patients with high blood pressure", *BMJ : British Medical Journal*, 347, pp. f4586.
105. Mazzaglia, et al. (2009), "Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients", *Circulation*, 120 (16), pp. 1598-1605.
106. Megherbi S.E., et al. (2003), "Association between diabetes and stroke subtype on survival and functional outcome 3 months after stroke: data from the European BIOMED Stroke Project", *Stroke*, 34 (3), pp. 688-94.

107. Melkas S., et al. (2012), "*Extensive White Matter Changes Predict Stroke Recurrence up to 5 Years after a First-Ever Ischemic Stroke*", pp. 191-198.
108. Mohan M.K., et al. (2009), "*Frequency and Predictors for the Risk of Stroke Recurrence up to 10 years after stroke: The South London Stroke Register*", pp. 1012-8.
109. Morisky D.E., et al. (2008), "Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting", *The Journal of Clinical Hypertension*, 10 (5), pp. 348-354.
110. Muntner P., et al. (2011), "Low medication adherence and the incidence of stroke symptoms among individuals with hypertension: the REGARDS study", *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn.)*, 13 (7), pp. 479-486.
111. Nedeltchev K., et al. (2005), "Ischaemic stroke in young adults: predictors of outcome and recurrence", *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 76 (2), pp. 191-195.
112. NICE (2011), "*Hypertension in adults: diagnosis and management*", Clinical Guideline 127.
113. O'Donnell M.J., et al. (2010), "Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study", *The Lancet*, 376 (9735), pp. 112-123.
114. O'Donnell M.J., et al. (2016), "Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study", *Lancet*, 388 (10046), pp. 761-75.

115. O'Rourke M.F., Safar M.E. (2005), "Relationship Between Aortic Stiffening and Microvascular Disease in Brain and Kidney", *Cause and Logic of Therapy*, 46 (1), pp. 200-204.
116. Ohansson E. P., et al. (2013), "Risk of recurrent stroke before carotid endarterectomy: The ANSYSCAP study", *International Journal of Stroke*, 8 (4), pp. 220-227.
117. Ois A., et al. (2008), "Factors Associated With a High Risk of Recurrence in Patients With Transient Ischemic Attack or Minor Stroke", *Stroke*, 39 (6), pp. 1717-1721.
118. Osterberg L., Blaschke T. (2005), "Adherence to medication", *New England Journal of Medicine*, 353 (5), pp. 487-497.
119. Ovbiagele B., et al. (2011), "Obesity and Recurrent Vascular Risk After a Recent Ischemic Stroke", *Stroke*, 42 (12), pp. 3397-3402.
120. Ovbiagele B., et al. (2010), "Relationship between non-specific prescription pill adherence and ischemic stroke outcomes", *Cerebrovascular diseases (Basel, Switzerland)*, 29 (2), pp. 146-153.
121. Pan J., et al. (2017), "Post-discharge evaluation of medication adherence and knowledge of hypertension among hypertensive stroke patients in northwestern China", *Patient preference and adherence*, 11, pp. 1915-1922.
122. Pennlert J., et al. (2014), "Long-Term Risk and Predictors of Recurrent Stroke Beyond the Acute Phase", *Stroke*, 45 (6), pp. 1839-1841.
123. Perreault S., et al. (2012), "Adherence to antihypertensive agents after ischemic stroke and risk of cardiovascular outcomes", *Neurology*, 79 (20), pp. 2037-2043.

124. Putaala J., et al. (2010), "Recurrent Ischemic Events in Young Adults after First-Ever Ischemic Stroke", *Ann Neurol*, 68, pp. 661-71.
125. Rimmer J.H., Rauworth A.E., et al. (2009), "A preliminary study to examine the effects of aerobic and therapeutic (nonaerobic) exercise on cardiorespiratory fitness and coronary risk reduction in stroke survivors", *Arch Phys Med Rehabil*, 90 (3), pp. 407-12.
126. Rizzoni D., Ciuceis C., Porteri E., et al. (2009), "Altered structure of small cerebral arteries in patients with essential hypertension", *Journal of Hypertension*, 27 (4), pp. 838-845.
127. Salinet A.S.M., Panerai R.B., Robinson T.G. (2014), "The Longitudinal Evolution of Cerebral Blood Flow Regulation after Acute Ischaemic Stroke", *Cerebrovascular Diseases Extra*, 4 (2), pp. 186-197.
128. Schiffrin, Ernesto L. (2004), "Remodeling of resistance arteries in essential hypertension and effects of antihypertensive treatment*", *American Journal of Hypertension*, 17 (12), pp. 1192-1200.
129. Schrader J., et al. (2005), "Morbidity and mortality after stroke, eprosartan compared with nitrendipine for secondary prevention", *Stroke*, 36 (6), pp. 1218-1224.
130. Schulz M., et al. (2016), "Medication adherence and persistence according to different antihypertensive drug classes: A retrospective cohort study of 255,500 patients", *Int J Cardiol*, 220, pp. 668-76.
131. Shaya F.T., et al. (2006), "Drug therapy persistence and stroke recurrence", *The American Journal of Manage Care*, 12 (6), pp. 313-319.

132. Sheikh E.L., et al. (2010), "Stroke Mortality: Predictive Value of Simple Laboratory Tests and APACHE III Scoring System", *Department of Neurology, Minoufiya University; Egypt*, 47 (1).
133. Shou J., et al. (2015), "Diabetes is an Independent Risk Factor for Stroke Recurrence in Stroke Patients: A Meta-analysis", *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 24 (9), pp. 1961-8.
134. Shrestha S., et al. (2015), "Stroke subtype, age, and baseline NIHSS score predict ischemic stroke outcomes at 3 months: a preliminary study from Central Nepal", *Journal of multidisciplinary healthcare*, 8, pp. 443-448.
135. Siobhan G., Terry J.Q., et al. (2011), "Physical activity in the prevention and treatment of stroke", *ISRN neurology*, 2011, pp. 953818-953818.
136. Solomon M.D., Majumdar S.R. (2010), "Primary non-adherence of medications: lifting the veil on prescription-filling behaviors", *Journal of general internal medicine*, 25 (4), pp. 280-281.
137. Souter C., et al. (2014), "Optimisation of secondary prevention of stroke: a qualitative study of stroke patients' beliefs, concerns and difficulties with their medicines", *Int J Pharm Pract*, 22 (6), pp. 424-32.
138. Suanprasert N., Tantirithisak T. (2011), "Impact of risk factors for recurrent ischemic stroke in Prasat Neurological Institute", *J Med Assoc Thai*, 94 (9), pp. 1035-43.
139. Tan X., et al. (2014), "Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)".
140. Teasdale G., Jennett B. (1974), "ASSESSMENT OF COMA AND IMPAIRED CONSCIOUSNESS", *The Lancet*, 304 (7872), pp. 81-84.

141. Thygesen S.K., Frost L., et al. (2009), "Atrial fibrillation in patients with ischemic stroke: A population-based study", *Clinical epidemiology*, 1, pp. 55-65.
142. Toni D., et al. (2014), "Types of stroke recurrence in patients with ischemic stroke: a substudy from the PRoFESS trial", *Int J Stroke*, 9 (7), pp. 873-8.
143. Toschke A.M., Gulliford M.C., et al. (2011), "Antihypertensive treatment after first stroke in primary care: results from the General Practitioner Research Database", *J Hypertens*, 29 (1), pp. 154-60.
144. Toyoda K., et al. (2007), "Early Recurrence of Ischemic Stroke in Japanese Patients: The Japan Standard Stroke Registry Study", *Cerebrovascular Diseases*, 24 (2-3), pp. 289-295.
145. Trialists' Collaboration Antithrombotic (2002), "*Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients*".
146. Tseng M.C., Chang K.C. (2006), "Stroke severity and early recovery after first-ever ischemic stroke: results of a hospital-based study in Taiwan", *Health Policy*, 79 (1), pp. 73-8.
147. Turnbull F., et al. (2008), "Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials", *Bmj*, 336 (7653), pp. 1121-3.
148. Velligan D.I., et al. (2007), "Relationships among subjective and objective measures of adherence to oral antipsychotic medications", *Psychiatric Services*, 58 (9), pp. 1187-1192.

149. Vermeire E., et al. (2001), "Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review", *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 26 (5), pp. 331-342.
150. Vik S.A., et al. (2004), "Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors", *Ann Pharmacother*, 38 (2), pp. 303-12.
151. Vrijens B., et al. (2012), "A new taxonomy for describing and defining adherence to medications", *British journal of clinical pharmacology*, 73 (5), pp. 691-705.
152. Wahlin A., Ambarki K., et al. (2014), "Intracranial pulsatility is associated with regional brain volume in elderly individuals", *Neurobiol Aging*, 35 (2), pp. 365-72.
153. Walsh J.C., et al. (2002), "Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome", *Aids*, 16 (2), pp. 269-77.
154. Wang Y., et al. (2013), "Association of Hypertension With Stroke Recurrence Depends on Ischemic Stroke Subtype", *Stroke*, 44, pp. 1232-1237.
155. Wei J.W., et al. (2010), "Secondary Prevention of Ischemic Stroke in Urban China", *Stroke*, 41 (5), pp. 967-974.
156. William J.P., et al. (2018), "2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", *Stroke*, 49 (3), pp. e46-e99.
157. Wolfram D., et al. (2013), "Overweight and obesity are associated with improved survival, functional outcome, and stroke recurrence after

- acute stroke or transient ischaemic attack: observations from the TEMPiS trial", *European Heart Journal* 34, pp. 268–277.
158. Wormser D., et al. (2011), "Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: collaborative analysis of 58 prospective studies", *Lancet*, 377 (9771), pp. 1085-95.
159. Xu G., et al. (2007), "Recurrence after Ischemic Stroke in Chinese Patients: Impact of Uncontrolled Modifiable Risk Factors", *Cerebrovascular Diseases*, 23 (2-3), pp. 117-120.
160. Xu J., et al. (2013), "Impact of a better persistence with antihypertensive agents on ischemic stroke outcomes for secondary prevention", *PLoS one*, 8 (6), pp. e65233.
161. Xu J., et al. (2013), "Patterns and predictors of antihypertensive medication used 1 year after ischemic stroke or TIA in urban China", *Patient preference and adherence*, 7, pp. 71.
162. Xu T., et al. (2017), "Adherence to Antihypertensive Medications and Stroke Risk: A Dose-Response Meta-Analysis", *J Am Heart Assoc*, 6 (7).
163. Xuewei X., Hong-Qiu G., et al. (2019), "Assessing the applicability of 2017 ACC/AHA hypertension guidelines for secondary stroke prevention in the BOSS study", *The Journal of Clinical Hypertension*, 21 (10), pp. 1534-1541.
164. Yassine M., et al. (2016), "Evaluation of medication adherence in Lebanese hypertensive patients", *Journal of Epidemiology and Global Health*, 6 (3), pp. 157-167.

165. Yatsuya H., et al. (2010), "Associations of Obesity Measures with Subtypes of Ischemic Stroke in the ARIC Study", *Journal of Epidemiology*, 20 (5), pp. 347-354.
166. Yusuf S., et al. (2011), "Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey", *Lancet*, 378 (9798), pp. 1231-43.
167. Yusuf S., et al. (2008), "Telmisartan to prevent recurrent stroke and cardiovascular events", *New England Journal of Medicine*, 359 (12), pp. 1225-1237.
168. Zhang C., et al. (2015), "Prediction factors of recurrent ischemic events in one year after minor stroke", *PLoS One*, 10 (3), pp. e0120105.

Số thứ tự:

Số bệnh án:

PHỤ LỤC 1

BẢNG THU THẬP SỐ LIỆU

I. NHỮNG THÔNG TIN CỦA BỆNH NHÂN KHI NHẬP VIỆN

A. Phần hành chính:

Họ và tên bệnh nhân :

Tuổi :

Dân tộc : Kinh Hoa

Khmer Dân tộc khác

Giới tính : Nam Nữ

Trình độ học vấn : ≤ Tiểu học > Tiểu học

Địa chỉ :

Số điện thoại cố định :

Số điện thoại di động :

Khi cần báo tin cho :

Số điện thoại cố định :

Số điện thoại di động :

Địa chỉ email :

Ngày nhập viện :

Nơi cư trú : Thành thị Nông thôn

Tình trạng hôn nhân : Đang sống với vợ hoặc chồng

Đang sống một mình

B. Phần chuyên môn:

1. Tiền sử y khoa:

1.1. Tiền sử đột quỵ hoặc TIA:

Có Không

1.2. Tập thể dục thường xuyên:

Có Không

1.3. Hút thuốc lá:

Không hút

Đã bỏ hút thuốc lá

Đang hút thuốc lá

1.4. Tăng huyết áp:

Không có

Có nhưng không điều trị thường xuyên

Có và được điều trị thường xuyên

Không rõ

2. Các yếu tố liên quan lâm sàng

2.1. Điểm Glasgow lúc nhập viện:

2.2. Huyết áp lúc nhập viện:.....

2.3. Thang điểm NIHSS: 0 - 4 điểm ; 5 - 14 điểm ; ≥ 15 điểm

2.4. Rối loạn nuốt: Có Không

2.5. BMI: BMI < 18 $18 \leq$ BMI < 23 BMI \geq 23

3. Các yếu tố liên quan cận lâm sàng:

3.1. Đường máu nhập viện (mmol/L): HbA1c (%):

3.2. Cholesterol toàn phần (mmol/L):

3.3. Triglycerid (mmol/L):

3.4. HDL - C (mmol/L):

3.5. LDL - C (mmol/L):

3.6. Rối loạn lipid máu: Có Không

3.7. Đái tháo đường: Có Không

3.8. Rung nhĩ: Có Không

4. Các yếu tố ghi nhận tại thời điểm xuất viện:

4.1. Ngày xuất viện:

4.2. HA tại thời điểm xuất viện:

4.3. Thuốc hạ áp:

Ức chế men chuyển: Có Không

Ức chế thụ thể Angiotensin: Có Không

Chẹn kênh calci Có Không

Lợi tiểu: Có Không

Chẹn beta: Có Không

≥ 2 nhóm thuốc hạ áp : Có Không

4.4. Thuốc kết hợp:

Kháng kết tập tiểu cầu: Có Không

Kháng đông uống: Có Không

Statins Có Không

Hạ đường huyết : Có Không

II. NHỮNG THÔNG TIN CỦA BỆNH NHÂN TRONG QUÁ TRÌNH THEO DÕI

1. Tại thời điểm 3 tháng:

1.1. Thuốc điều trị THA:

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

Nếu bệnh nhân không tuân thủ điều trị HA thì xác định lý do không tuân thủ:

Hệ thống SK Điều kiện BN Điều trị Kinh tế xã hội

❖ *Các loại thuốc HA sử dụng :*

ACEI CCB ARB Lợi tiểu Nhiều hơn 1 nhóm thuốc

1.2. Thuốc chống kết tập tiểu cầu:

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

1.3. Thuốc hạ đường huyết:

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

1.4. Nhóm statins:

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

1.5. Thuốc kháng đông:

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

1.6. HA trong vòng 1 tuần so với thời điểm 3 tháng:.....

1.7. Thang điểm Morisky - 8 mục: < 6 điểm 6 - 7 điểm 8 điểm

1.8. Kết cục sau 3 tháng:

Tái phát đột quy: Có Không

(cụ thể.....)

Biến cố mạch máu kết hợp: Có Không

(cụ thể.....)

Tử vong: Có Không

(cụ thể.....)

2. Tại thời điểm 6 tháng:

2.1. Thuốc điều trị THA

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

Nếu bệnh nhân không tuân thủ điều trị HA thì xác định lý do không tuân thủ:

Hệ thống SK Điều kiện BN Điều trị Kinh tế xã hội

❖ *Các loại thuốc HA sử dụng :*

ACEI CCB ARB Lợi tiểu Nhiều hơn 1 nhóm thuốc

2.2. Thuốc chống kết tập tiểu cầu:

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

2.3. Thuốc hạ đường huyết:

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

2.4. Nhóm statins:

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

2.5. Thuốc kháng đông:

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

2.6. HA trong vòng 1 tuần so với thời điểm 6 tháng:.....

2.7. Thang điểm Morisky - 8 mục: < 6 điểm 6 - 7 điểm 8 điểm

2.8. Kết cục sau 6 tháng:

Tái phát đột quy: Có Không

(cụ thể.....)

Biến cố mạch máu kết hợp: Có Không

(cụ thể.....)

Tử vong: Có Không

(cụ thể.....)

3. Tại thời điểm 12 tháng:

3.1. Thuốc điều trị THA

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

Nếu bệnh nhân không tuân thủ điều trị HA thì xác định lý do không tuân thủ:

Hệ thống SK Điều kiện BN Điều trị Kinh tế xã hội

❖ *Các loại thuốc HA sử dụng :*

ACEI CCB ARB Lợi tiểu Nhiều hơn 1 nhóm thuốc

3.2. Thuốc chống kết tập tiểu cầu:

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

3.3. Thuốc hạ đường huyết:

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

3.4. Nhóm statins:

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

3.5. Thuốc kháng đông:

Không dùng Không thường xuyên Dùng thường xuyên

3.6. HA trong vòng 1 tuần so với thời điểm 12 tháng:.....

3.7. Thang điểm Morisky - 8 mục: < 6 điểm 6 - 7 điểm 8 điểm

3.8. Kết cục sau 12 tháng:

Tái phát đột quy: Có Không

(cụ thể.....)

Biến cố mạch máu kết hợp: Có Không

(cụ thể.....)

Tử vong: Có Không

(cụ thể.....)

Diễn giải thêm về quá trình theo dõi:

Thuận lợi:

Khó khăn:

Thông tin khác

5. Những thông tin liên quan đến những trường hợp mất theo dõi:

5.1. Thời điểm mất theo dõi:

5.2. Nguyên nhân mất theo dõi:

PHỤ LỤC 2**DANH SÁCH BỆNH NHÂN TRONG NGHIÊN CỨU**

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
1	LÂM VĂN KH.	10/09/2015	34583	68	nam
2	LÊ THỊ A.	01/01/2016	212	68	nữ
3	ĐÌNH THỊ A.	22/08/2015	31987	61	nữ
4	TRẦN THỊ H.	16/05/2016	19351	79	nữ
5	HỨA VĂN S.	18/11/2015	45644	91	nam
6	TRẦN VĂN Y.	18/02/2016	6706	84	nam
7	QUÁCH THỊ NGH.	07/12/2015	48853	48	nữ
8	LỆ THỊ Q.	10/02/2016	5436	62	nữ
9	PHAN VĂN KH.	18/10/2015	42028	58	nam
10	DƯƠNG VĂN O.	22/12/2015	51223	63	nam
11	LÂM THỊ D.	29/12/2015	52248	74	nữ
12	LÝ VĂN H.	20/11/2015	46124	72	nam
13	LÊ VĂN D.	31/07/2015	28803	68	nam
14	NGUYỄN THỊ CH.	04/08/2015	29360	78	nữ
15	LÝ Q.	14/09/2015	35223	73	nam
16	NGUYỄN THỊ C.	19/06/2016	24297	60	nữ
17	ĐOÀN THỊ MỸ H.	25/01/2016	3340	51	nữ
18	TRẦN THỊ N.	25/02/2016	7703	90	nữ
19	PHAN THỊ G.	01/08/2015	28936	91	nữ
20	NGUYỄN THỊ A.	30/11/2015	47705	81	nữ
21	LÂM THỊ L.	14/08/2015	30793	58	nữ

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
22	CHÂU VĂN KH.	01/10/2015	37792	68	nam
23	ĐỖ THỊ G.	16/10/2015	40027	63	nữ
24	VÕ THỊ X.	12/02/2016	5818	78	nữ
25	NGUYỄN THỊ TH.	01/01/2016	42672	80	nữ
26	LỆ THỊ L.	15/10/2015	39843	67	nữ
27	TRẦN VĂN N.	02/03/2016	8493	56	nam
28	TRẦN THỊ S.	28/08/2015	32853	81	nữ
29	TRIỆU THỊ CH.	15/12/2015	50152	63	nữ
30	DIỆP PHƯỚC L.	22/09/2015	36366	80	nam
31	HỨA VĂN D.	08/10/2015	38781	70	nam
32	LÊ THỊ M.	18/12/2015	50648	69	nữ
33	HÀ VĂN H.	06/05/2016	17791	60	nam
34	LÊ VĂN CH.	11/06/2016	23110	70	nam
35	NGUYỄN VĂN TH.	16/03/2016	10406	80	nam
36	TRẦN THỊ TH.	25/06/2016	25213	77	nữ
37	TRẦN THỊ H.	09/02/2016	5341	82	nữ
38	LIÊU NGỌC M.	15/03/2016	10316	87	nam
39	HUỲNH VĂN H.	01/11/2015	42717	77	nam
40	TRẦN VĂN C.	29/03/2016	12235	61	nam
41	DƯƠNG VĂN K.	06/04/2016	13329	51	nam
42	NGÔ VĂN E.	09/04/2016	13817	71	nam
43	PHẠM THỊ H.	08/12/2015	48982	84	nữ
44	NGUYỄN VĂN H.	18/05/2016	19597	83	nam

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
45	NGUYỄN THỊ D.	02/06/2016	21730	87	nữ
46	NGUYỄN THỊ O.	16/07/2016	28694	94	nữ
47	LÂM THANH M.	02/06/2016	21833	57	nam
48	LÂM TH.	06/04/2016	13319	88	nam
49	THẠCH THỊ L.	18/04/2016	14970	93	nữ
50	TRƯƠNG THỊ KIM S.	16/03/2016	10447	59	nữ
51	HUỖNH S.	09/11/2015	44198	65	nam
52	HUỖNH VĂN A.	22/12/2015	51454	79	nam
53	TRẦN HOÀNG D.	15/01/2016	2000	61	nam
54	THẠCH S.	07/05/2016	17948	65	nam
55	SƠN THỊ CH.	11/05/2016	18638	80	nữ
56	HUỖNH THỊ T.	06/06/2016	22324	83	nữ
57	PHAN THỊ S.	02/02/2016	4421	69	nữ
58	TRẦN VĂN M.	29/06/2016	30638	81	nam
59	ĐOÀN VĂN B.	30/05/2016	21411	72	nam
60	VÕ VĂN N.	12/04/2016	14192	85	nam
61	TRẦN THỊ CH.	03/07/2016	26507	69	nữ
62	BÙI VĂN NG.	13/12/2015	49823	58	nam
63	BÙI THỊ TH.	03/12/2015	48293	78	nữ
64	HUỖNH VĂN V.	29/03/2016	12176	76	nam
65	NGUYỄN THỊ D.	14/08/2015	30868	51	nữ
66	PHAN THANH H.	12/11/2015	44656	75	nam
67	NGÔ THỊ C.	26/08/2015	32646	60	nữ

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
68	NGUYỄN THỊ NG.	14/10/2015	39640	52	nữ
69	NGUYỄN THANH Q.	28/07/2016	30569	67	nam
70	LÊ THỊ B.	30/06/2016	26051	71	nữ
71	NGUYỄN VĂN O.	25/03/2016	11690	81	nam
72	TRẦN THỊ B.	21/01/2016	2852	63	nữ
73	TRẦN THỊ CH.	23/07/2016	29717	90	nữ
74	THẠCH D.	04/06/2016	22097	63	nam
75	HUỖNH VĂN PH.	09/06/2016	22783	68	nam
76	LÂM THỊ B.	24/11/2015	46781	91	nữ
77	NGUYỄN VĂN N.	19/01/2016	2566	81	nam
78	LÂM THỊ G.	12/11/2015	44721	69	nữ
79	NGUYỄN THỊ C.	23/05/2016	20300	83	nữ
80	DƯƠNG THỊ NG.	06/01/2016	747	79	nữ
81	SƠN THỊ X.	16/05/2016	19353	71	nữ
82	VÕ THỊ D.	10/06/2016	23000	68	nữ
83	THẠCH THỊ TH.	12/05/2016	18806	69	nữ
84	LIÊU THỊ TH.	16/04/2016	14828	59	nữ
85	LÂM THỊ L.	11/07/2016	27776	58	nữ
86	TẶNG HOÀNG N.	13/07/2016	28189	62	nam
87	SƠN H.	16/04/2016	14826	37	nam
88	QUÁCH THỊ T.	15/01/2016	1973	66	nữ
89	HUỖNH TH.	05/01/2016	589	60	nam
90	MAI HOÀNG D.	14/01/2016	1820	52	nam

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
91	LAI S.	09/05/2016	18313	54	nam
92	NGUYỄN THỊ BÍCH L.	13/05/2016	18869	53	nữ
93	NGUYỄN VĂN H.	04/12/2015	48405	75	nam
94	THẠCH THỊ R.	17/06/2016	24060	85	nữ
95	DƯƠNG THỊ MỸ NH.	22/05/2016	20154	61	nữ
96	HUỖNH KIM TH.	11/02/2016	5712	64	nam
97	NGUYỄN THỊ B.	18/06/2016	24200	69	nữ
98	TRẦN VĂN B.	06/09/2015	34015	77	nam
99	TẶNG THỊ L.	28/08/2015	29920	70	nữ
100	LÊ THỊ T.	25/08/2015	32506	59	nữ
101	NGUYỄN THỊ L.	18/08/2015	31407	82	nữ
102	LƯU VĂN L.	26/08/2015	32596	75	nam
103	NGUYỄN VĂN Q.	05/08/2015	29515	73	nam
104	PHẠM VĂN H.	06/08/2015	29685	69	nam
105	NGÔ VĂN S.	09/02/2016	5358	85	nam
106	LÊ THỊ NGH.	24/02/2016	7534	70	nữ
107	TRẦN THỊ NG.	02/05/2016	17234	60	nữ
108	NGUYỄN VĂN TR.	21/05/2016	20080	84	nam
109	NGUYỄN VĂN B.	30/07/2016	30770	96	nam
110	TÔ THỊ KIM L.	25/12/2015	51629	46	nữ
111	LÂM VĂN TH.	11/09/2015	34754	69	nam
112	CHÂU VĂN N.	12/09/2015	34863	88	nam
113	TRẦN THỊ D.	16/10/2015	40053	68	nữ

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
114	TRẦN THỊ NH.	28/07/2016	30550	94	nữ
115	VÕ VĂN C.	31/10/2015	42526	66	nam
116	CÔ THỊ NG.	13/10/2015	39465	75	nữ
117	LÝ D.	21/09/2015	36145	91	nam
118	THẠCH V.	28/09/2015	37288	64	nam
119	THẠCH PH.	01/10/2015	37713	65	nam
120	DƯƠNG THỊ NGỌC Y.	21/12/2015	51025	60	nữ
121	THẠCH KH.	15/12/2015	50234	74	nam
122	TRÂM VĨNH PH.	24/12/2015	51517	80	nam
123	LÂM SI D.	25/12/2015	51684	65	nam
124	DANH THỊ H.	03/02/2016	4512	79	nữ
125	TRẦN THỊ H.	22/01/2016	2985	69	nữ
126	HUỶNH THỊ L.	15/01/2016	2048	91	nữ
127	CAO THỊ TH.	29/12/2015	52268	95	nữ
128	LÂM THỊ PH.	25/05/2016	20633	86	nữ
129	HÀNG THỊ S.	13/03/2016	9984	89	nữ
130	LÝ THỊ T.	10/03/2016	9624	92	nữ
131	DƯ THANH L.	03/04/2016	12877	60	nam
132	TÔ THỊ B.	07/04/2016	13494	76	nữ
133	TRẦN VĂN GI.	16/04/2016	14795	60	nam
134	LÝ NGỌC Đ.	14/04/2016	14493	56	nữ
135	HỒ MINH T.	28/11/2015	47317	62	nam
136	TRẦN VĂN T.	30/11/2015	47751	67	nam

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
137	LÊ VĂN TH.	20/06/2016	24520	83	nam
138	NGUYỄN THỊ Đ.	08/04/2016	13617	75	nữ
139	TRẦN VĂN NH.	14/01/2016	1938	65	nam
140	NGUYỄN THỊ CH.	12/02/2016	5747	78	nữ
141	LÂM THỊ L.	16/02/2016	6382	86	nữ
142	NGUYỄN HÙNG TR.	01/12/2015	47786	76	nam
143	TRẦN THỊ TH.	12/04/2016	14178	77	nữ
144	NGUYỄN THỊ H.	09/06/2016	22871	88	nữ
145	TRẦN THỊ CÚC A.	27/11/2015	47252	81	nữ
146	LÂM S.	15/12/2015	50177	89	nam
147	LÊ THỊ B.	02/05/2016	17225	86	nữ
148	LÝ CHI X.	01/11/2015	42697	75	nam
149	SƠN CH.	18/10/2015	40337	60	nam
150	VÕ THỊ NG.	25/06/2016	25250	76	nữ
151	TRẦN VĂN M.	05/10/2015	38374	63	nam
152	DANH S.	07/09/2015	34099	65	nam
153	TRƯƠNG THỊ M.	03/09/2015	33686	65	nữ
154	TRẦN THỊ D.	25/08/2015	32407	55	nữ
155	TRẦN VĂN TH.	24/08/2015	32226	89	nam
156	LÊ THỊ B.	20/08/2015	31735	87	nữ
157	TRẦN THỊ CH.	10/08/2015	30222	96	nữ
158	VÕ VĂN S.	31/07/2015	28862	62	nam
159	TRƯƠNG THỊ B.	02/08/2015	29053	81	nữ

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
160	MẠCH THỊ H.	08/09/2015	34353	85	nữ
161	TRẦN THỊ D.	05/11/2015	43438	76	nữ
162	TRÀ U.	04/11/2015	43337	88	nam
163	ĐỘ CH.	25/10/2015	41544	82	nam
164	TRẦN VĂN K.	16/10/2015	40016	87	nam
165	NGUYỄN THỊ T.	20/10/2015	40708	85	nữ
166	TRẦN QUANG GI.	19/02/2016	6795	85	nam
167	LÊ VĂN TH.	27/02/2016	7997	98	nam
168	PHẠM VĂN X.	24/02/2016	7533	61	nam
169	VÕ THỊ TH.	29/10/2015	42178	66	nữ
170	PHAN VĂN H.	12/11/2015	44619	64	nam
171	TUỖNG VĂN B.	24/11/2015	46745	63	nam
172	MÃ THỊ L.	10/04/2016	13889	79	nữ
173	SƠN THỊ H.	10/06/2016	22967	53	nữ
174	PHÙNG VĂN PH.	31/05/2016	21517	84	nam
175	SƠN THỊ CH.	19/05/2016	19860	83	nữ
176	TRỊNH MINH TR.	29/12/2015	52313	55	nam
177	NGUYỄN THỊ T.	12/01/2016	1645	81	nữ
178	DƯƠNG THỊ NG.	10/02/2016	5466	72	nữ
179	LÝ C.	16/11/2015	45287	78	nam
180	LÂM TRƯỜNG S.	20/03/2016	11046	68	nam
181	SƠN THỊ CH.	11/04/2016	14013	70	nữ
182	LÊ HỮU TH.	14/08/2015	30866	81	nam

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
183	LÊ VĂN T.	26/04/2016	16308	71	nam
184	LÝ VĂN Â.	23/05/2016	20240	75	nam
185	PHAN VĂN G.	26/10/2015	41683	88	nam
186	THẠCH THỊ X.	29/02/2016	8260	64	nữ
187	THẠCH C.	28/07/2016	30518	66	nam
188	LẠC XUÂN H.	26/09/2015	36952	62	nam
189	ĐẶNG VĂN N.	11/10/2015	39161	79	nam
190	SƠN THỊ CH.	08/04/2016	13668	79	nữ
191	TÔ THỊ NH.	21/10/2015	40836	71	nữ
192	TRIỆU THỊ S.	11/12/2015	49573	53	nữ
193	THẠCH THỊ Đ.	14/10/2015	39748	62	nữ
194	HỒ THỊ CH.	08/01/2016	1023	77	nữ
195	ĐẶNG VĂN Đ.	28/12/2015	52101	102	nam
196	LÝ THỊ P.	31/01/2016	4127	88	nữ
197	NGUYỄN VĂN T.	01/03/2016	8320	63	nam
198	ĐINH Y.	20/04/2016	15375	84	nam
199	LÝ THỊ H.	30/12/2015	52430	54	nữ
200	HÈNG THỊ D.	25/04/2016	16265	86	nữ
201	TRẦN N.	12/05/2016	18735	59	nữ
202	LÂM VĂN H.	17/06/2016	23994	61	nam
203	TRẦN THỊ B.	24/05/2016	20486	65	nữ
204	NGUYỄN VĂN L.	11/11/2015	44483	56	nam
205	NGUYỄN THỊ NG.	30/10/2015	42339	61	nữ

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
206	BÙI THỊ D.	27/04/2016	16456	80	nữ
207	NGUYỄN THỊ V.	29/04/2016	16714	59	nữ
208	TRỊNH MINH Đ.	13/02/2016	5922	60	nam
209	NGUYỄN THỊ T.	03/05/2016	17310	78	nữ
210	LÂM THỊ V.	22/10/2015	41054	78	nữ
211	TÔ MINH Q.	27/10/2015	41928	70	nam
212	THẠCH PH.	23/10/2015	41185	63	nam
213	TRẦN NGỌC L.	23/10/2015	41279	64	nữ
214	LÝ THỊ S.	18/02/2016	6686	60	nữ
215	ĐÀM CH.	21/02/2016	7119	79	nam
216	NGUYỄN HỒNG CH.	28/02/2016	8113	64	nữ
217	NGUYỄN VĂN CH.	27/02/2016	7987	68	nam
218	LÊ TẤN L.	01/03/2016	8402	68	nam
219	NGUYỄN VĂN B.	06/03/2016	9004	64	nam
220	TRẦN VĂN X.	11/10/2015	39212	73	nam
221	TRẦN S.	05/10/2015	38322	80	nam
222	THẠCH THỊ SÁ B.	29/09/2015	37491	54	nữ
223	THẠCH THỊ LINH Đ.	11/09/2015	34786	68	nữ
224	LÂM THỊ H.	04/09/2015	33822	78	nữ
225	LÊ VĂN Đ.	06/09/2015	34005	75	nam
226	NGUYỄN THỊ NH.	04/09/2015	33821	81	nữ
227	NGUYỄN NGỌC A.	05/09/2015	33891	83	nữ
228	HỨA THỊ T.	26/08/2015	32587	67	nữ

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
229	NGUYỄN VĂN H.	24/08/2015	32276	65	nam
230	NGUYỄN THỊ HỒNG N.	21/08/2015	31861	63	nữ
231	LÂM SA TH.	19/08/2015	31583	75	nam
232	PHAN VĂN D.	11/08/2015	30372	72	nam
233	CHÂU M.	09/08/2015	30107	63	nam
234	BÁ NGỌC B.	11/08/2015	30314	77	nam
235	TRANG ANH K.	12/08/2015	30549	64	nam
236	TRẦN S.	19/11/2015	45816	68	nam
237	ĐÀU THỊ V.	16/11/2015	45246	76	nữ
238	VÕ THỊ THU H.	19/11/2015	45883	54	nữ
239	DƯƠNG THÁI H.	17/11/2015	45484	53	nam
240	THẠCH THỊ XA V.	11/11/2015	44519	58	nữ
241	LÂM THỊ KH.	31/10/2015	42510	78	nữ
242	LƯƠNG THỊ D.	05/11/2015	43382	72	nữ
243	THẠCH THỊ S.	02/11/2015	42884	77	nữ
244	TRẦN VĂN NH.	26/10/2015	41678	84	nam
245	NGUYỄN VĂN Đ.	08/10/2015	38741	82	nam
246	DƯƠNG VĂN M.	09/03/2016	9503	71	nam
247	LƯƠNG THỊ M.	23/11/2015	46511	86	nữ
248	MÃ THỊ L.	31/03/2016	12514	91	nữ
249	NGÔ THANH M.	21/03/2016	11226	62	nam
250	THỊ S.	11/07/2016	27757	89	nữ
251	BÙI THỊ PH.	16/07/2016	28579	63	nữ

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
252	LÊ THỊ B.	01/07/2016	26259	89	nữ
253	THỊ CH.	21/06/2016	24566	78	nữ
254	NHÂM THỊ NH.	27/06/2016	25598	82	nữ
255	TRẦN THỊ L.	17/06/2016	24062	56	nữ
256	PHAN THỊ THÙY L.	02/01/2016	192	47	nữ
257	TẠ PH.	05/01/2016	653	79	nam
258	NGÔ THỊ TUYẾT H.	26/01/2016	3555	50	nữ
259	MÃ THỊ T.	26/01/2016	3534	64	nữ
260	TRẦN THỊ SÀ B.	28/01/2016	3792	52	nữ
261	DƯƠNG THỊ NGỌC D.	27/01/2016	3636	70	nữ
262	THẠCH D.	28/01/2016	3738	78	nam
263	NGHIÊM CÔNG M.	26/01/2016	3518	75	nữ
264	TRẦN VĂN H.	22/12/2015	51179	64	nam
265	LÊ THỊ Đ.	05/12/2015	48508	63	nữ
266	TRẦN VĂN T.	01/12/2015	47787	84	nam
267	NGÔ H.	02/12/2015	48098	91	nam
268	TIÊU H.	26/11/2015	47043	61	nam
269	TRẦN PH.	23/11/2015	46467	62	nam
270	THỊ CH.	07/03/2016	9077	81	nữ
271	NGUYỄN THANH TR.	12/03/2016	9758	69	nam
272	PHẠM CÔNG TH.	08/03/2016	9273	92	nam
273	LÝ THỊ Q.	23/03/2016	11502	67	nữ
274	LÂM THỊ M.	01/04/2016	12620	68	nữ

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
275	LÂM S.	17/03/2016	10570	82	nam
276	LÝ THỊ O.	08/04/2016	13657	87	nữ
277	TẠ VĂN PH.	04/01/2016	487	60	nam
278	DƯƠNG THỊ KIM L.	13/05/2016	18975	52	nữ
279	DANH NH.	27/04/2016	16445	57	nam
280	TẶNG HOÀNG PH.	02/08/2016	16998	50	nam
281	LÝ THỊ KHA L.	18/06/2016	24176	65	nữ
282	LÂM THỊ Đ.	19/01/2016	2594	69	nữ
283	LÝ T.	29/07/2016	30690	65	nam
284	THẠCH SÀ R.	28/07/2016	30516	73	nam
285	NGUYỄN VĂN NGH.	15/10/2015	39848	62	nam
286	TRIỆU CHẤT D.	14/07/2016	28633	84	nam
287	MAI T.	09/07/2016	27508	54	nam
288	VÕ THỊ H.	21/05/2016	20094	96	nữ
289	TRẦN THỊ CH.	18/10/2015	40347	84	nữ
290	THẠCH THỊ PH.	15/10/2015	39841	90	nữ
291	LÝ THỊ S.	17/08/2015	31165	65	nữ
292	LÂM THỊ S.	18/08/2015	31468	67	nữ
293	HỨA VĂN T.	16/11/2015	45339	68	nam
294	NGUYỄN VĂN L.	06/11/2015	43657	63	nam
295	NGUYỄN THANH T.	27/07/2016	30360	55	nam
296	NGUYỄN THỊ H.	25/02/2016	7699	94	nữ
297	PHAN VĂN L.	25/06/2016	25244	61	nam

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
298	VÕ THỊ H.	15/02/2016	6289	80	nữ
299	LÝ T.	17/07/2016	28716	55	nam
300	TRẦN VĂN O.	20/11/2015	46059	76	nam
301	LÊ THỊ CH.	20/07/2016	29291	82	nữ
302	HUỖNH THỊ M.	14/05/2016	19018	37	nữ
303	NGUYỄN VĂN S.	26/06/2016	25373	87	nam
304	NGUYỄN THỊ N.	21/07/2016	29398	95	nữ
305	SƠN M.	19/08/2015	31573	61	nam
306	NGUYỄN VĂN L.	24/03/2016	11573	83	nam
307	LÂM THỊ KIM S.	08/03/2016	9304	51	nữ
308	NGUYỄN THỊ L.	10/02/2016	5504	81	nữ
309	PHƯƠNG PH.	21/05/2016	20054	62	nam
310	LÝ PH.	24/03/2016	11555	71	nam
311	LÂM KH.	13/05/2016	18961	85	nam
312	LÂM THỊ L.	25/02/2016	7682	45	nữ
313	THỊ R.	06/03/2016	8992	87	nữ
314	LÊ VĂN T.	18/05/2016	19616	58	nam
315	TRƯƠNG QUỐC GH.	07/04/2016	13471	51	nam
316	TRƯƠNG THỊ NH.	28/01/2016	3739	67	nữ
317	CHÂU THỊ T.	18/06/2016	24221	68	nữ
318	LƯƠNG VĂN Đ.	22/08/2015	32070	74	nam
319	NGUYỄN VĂN TH.	20/02/2016	6935	80	nam
320	LÝ M.	18/04/2016	15033	60	nam

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
321	TRẦN THỊ M.	18/08/2015	31442	65	nữ
322	TRẦN Â.	15/12/2015	50222	93	nam
323	THẠCH THỊ KIM H.	10/03/2016	9547	61	nữ
324	LÝ THỊ H.	18/07/2016	28931	65	nữ
325	LÂM PH.	09/10/2015	38903	73	nam
326	TRIỆU B.	15/06/2016	23717	82	nam
327	DANH THỊ H.	14/09/2015	35176	74	nữ
328	LÂM THỊ TH.	10/09/2015	34662	69	nữ
329	LÂM THỂ KH.	27/10/2015	41799	53	nam
330	KIM THỊ S.	18/04/2016	15406	68	nữ
331	LÂM SI TH.	13/03/2016	9973	66	nữ
332	TRIỆU THÀNH A.	09/03/2016	9511	54	nam
333	TRẦN VĂN D.	17/02/2016	6588	63	nam
334	CA VĂN BÉ	21/02/2016	7120	51	nam
335	VÕ HÙNG TH.	27/10/2015	41874	70	nam
336	PHAN VĂN Đ.	02/11/2015	42964	61	nam
337	ĐẶNG THỊ T.	07/11/2015	43722	90	nữ
338	LÝ THỊ B.	30/10/2015	42444	83	nữ
339	LÂM VĂN TH.	02/05/2016	17209	95	nam
340	LÝ THỊ TH.	03/05/2016	17349	60	nữ
341	LÝ THỊ PH.	13/04/2016	14304	52	nữ
342	TRẦN THỊ H.	23/04/2016	15847	83	nam
343	LÂM THỊ H.	20/01/2016	2769	81	nữ

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
344	TRANG THỊ D.	28/12/2015	52052	64	nữ
345	DANH THỊ T.	21/06/2016	24632	37	nữ
346	TRẦN THỊ PHÚC M.	12/09/2015	34875	74	nữ
347	TRỊNH TÚY H.	31/08/2015	33278	73	nam
348	NGUYỄN THỊ L.	17/08/2015	31274	88	nữ
349	TRẦN TH.	09/11/2015	44069	73	nam
350	LÝ HIỆP TH.	08/08/2015	29988	39	nam
351	NGUYỄN VĂN L.	02/10/2015	37911	71	nam
352	NGUYỄN THANH M.	13/10/2015	39459	60	nam
353	LÝ THÀNH L.	16/03/2016	10471	75	nam
354	NGUYỄN THỊ TR.	05/04/2016	13222	62	nữ
355	TRẦN THỊ KH.	29/05/2016	21181	77	nữ
356	NGUYỄN THỊ K.	29/04/2016	16783	84	nữ
357	VÕ THỊ B.	06/10/2015	38443	84	nữ
358	CHÂU NGỌC A.	21/06/2016	24645	72	nữ
359	TRẦN THỊ H.	29/02/2016	8222	73	nữ
360	TRẦN VĂN S.	10/07/2016	27583	55	nam
361	LIÊU THỊ B.	29/05/2016	21135	70	nữ
362	NGÔ THỊ N.	14/12/2015	49889	63	nữ
363	HUỶNH C.	09/02/2016	5351	91	nam
364	THẠCH S.	12/01/2016	1572	73	nam
365	THẠCH Đ.	06/01/2016	731	75	nam
366	LÊ VĂN M.	04/06/2016	22054	68	nam

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
367	ĐỖ THỊ O.	15/06/2016	23765	79	nữ
368	NGUYỄN THỊ NG.	12/05/2016	18763	91	nữ
369	LÝ E.	07/03/2016	9211	70	nam
370	SƠN THỊ H.	14/02/2016	6107	58	nữ
371	NGUYỄN THỊ T.	11/02/2016	5723	85	nữ
372	TRẦN THỊ T.	06/07/2016	27075	80	nữ
373	NGUYỄN VĂN S.	03/07/2016	26561	79	nam
374	HUỖNH KIM Đ.	06/03/2016	9006	74	nữ
375	HUỖNH THỊ L.	03/04/2016	12906	54	nữ
376	HUỖNH VĂN B.	13/04/2016	14333	82	nam
377	LÝ THỊ TH.	03/12/2015	48196	67	nữ
378	NGUYỄN THỊ L.	27/10/2015	41842	83	nữ
379	LÝ HOÀNG H.	03/08/2015	29160	51	nam
380	LÝ H.	15/09/2015	35423	57	nam
381	TRÀ THỊ SÔ PH.	15/10/2015	39923	62	nữ
382	KIM THỊ M.	02/10/2015	37958	73	nữ
383	LÊ THỊ PH.	21/08/2015	31842	81	nữ
384	LÝ I.	01/06/2016	21711	91	nam
385	HUỖNH THỊ L.	09/06/2016	22888	81	nữ
386	TRƯƠNG THỊ TH.	17/06/2016	24053	96	nữ
387	LÝ THỊ CH.	05/03/2016	8854	81	nữ
388	DƯƠNG VĂN TH.	01/03/2016	8368	59	nam
389	HUỖNH THỊ Đ.	13/02/2016	5903	78	nữ

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
390	NGUYỄN THỊ M.	09/02/2016	5291	78	nữ
391	LÂM THỊ V.	19/11/2015	45826	55	nữ
392	LÝ S.	19/11/2015	45879	83	nam
393	ĐẶNG VĂN D.	24/11/2015	46667	81	nam
394	TRẦN THỊ TH.	30/09/2015	37596	84	nữ
395	HUỶNH VĂN T.	14/04/2016	14424	52	nam
396	DƯƠNG TẤN H.	14/12/2015	49949	53	nam
397	TRẦN THỊ T.	17/06/2016	23978	83	nữ
398	SƠN THỊ THU NG.	13/11/2015	44894	63	nữ
399	TRẦN VĂN Đ.	26/03/2016	11839	72	nam
400	TRẦN VĂN H.	20/01/2016	2705	55	nam
401	SƠN K.	03/05/2016	17359	68	nam
402	NGUYỄN VĂN H.	09/04/2016	13750	88	nam
403	VÕ THỊ KH.	26/12/2015	51855	71	nữ
404	TRƯƠNG VĂN U.	02/02/2016	4358	64	nam
405	NGUYỄN VĂN TH.	05/05/2016	17621	84	nam
406	HUỶNH THỊ H.	11/11/2015	44472	95	nữ
407	TRIỆU THỊ NGỌC X.	13/11/2015	44848	59	nữ
408	TRẦN THỊ S.	01/04/2016	12629	74	nữ
409	TRẦN VĂN PH.	15/05/2016	19167	65	nam
410	THẠCH THỊ S.	21/10/2015	40842	74	nữ
411	PHẠM THỊ U.	15/07/2016	28410	69	nữ
412	LÂM NH.	17/06/2016	24000	53	nam

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
413	LÝ B.	24/06/2016	25110	77	nam
414	ĐẶNG VĂN S.	14/07/2016	28307	60	nam
415	NGUYỄN THỊ B.	17/03/2016	10612	71	nữ
416	NGÔ KH.	09/04/2016	13777	70	nam
417	NGUYỄN VĂN S.	13/04/2016	14361	76	nam
418	TRƯƠNG NGỌC M.	06/04/2016	13288	68	nam
419	HUỖNH THỊ Đ.	26/11/2015	46984	64	nữ
420	ĐẶNG VĂN V.	23/11/2015	46510	64	nam
421	THỊ NH.	23/11/2015	46409	84	nữ
422	PHẠM THỊ O.	03/12/2015	48173	83	nữ
423	LIÊU THỊ PH.	02/12/2015	48144	47	nữ
424	LÝ THỊ SÁI T.	14/12/2015	49964	81	nữ
425	LÝ BỬU V.	17/12/2015	50568	68	nam
426	TỪ Ê.	26/12/2015	51809	81	nam
427	DANH S.	16/01/2016	2221	53	nam
428	PHAN DUY K.	09/01/2016	1136	80	nam
429	NGUYỄN TẤN Q.	28/12/2015	52099	60	nam
430	TRẦN VĂN N.	31/01/2016	4156	55	nam
431	PHAN THỊ T.	27/11/2015	47228	55	nữ
432	NGUYỄN THỊ L.	05/10/2015	38309	58	nữ
433	ĐỖ VĂN CH.	10/10/2015	39082	78	nam
434	NGUYỄN VĂN Đ.	11/09/2015	34774	51	nam
435	ĐỖ VĂN T.	24/06/2016	25139	61	nam

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
436	LÊ TỰ Đ.	10/05/2016	18435	64	nam
437	KIM VĂN B.	22/07/2016	29501	68	nam
438	LÂM SÀ L.	19/06/2016	24334	66	nam
439	LÂM PH.	04/06/2016	31491	65	nam
440	LÊ HOÀNG B.	23/03/2016	11522	66	nam
441	TRẦN B.	12/07/2016	27944	54	nam
442	LÝ S.	28/05/2016	21079	89	nam
443	HUỶNH NH.	14/05/2016	19102	79	nam
444	LÂM THỊ K.	13/09/2015	34982	61	nữ
445	KIM KH.	26/09/2015	36934	57	nam
446	PHÙ THỊ KIM CH.	05/05/2016	17657	68	nữ
447	NGUYỄN VĂN H.	25/05/2016	20655	47	nam
448	THẠCH S.	23/05/2016	20272	63	nam
449	SƠN THỊ D.	05/08/2015	29540	72	nữ
450	TRẦN KIM H.	16/06/2016	23943	66	nam
451	LÊ VĂN D.	11/06/2016	23075	64	nam
452	LÂM S.	14/01/2016	1881	90	nam
453	PHẠM QUỐC Đ.	13/03/2016	10041	41	nam
454	SƠN THỊ T.	06/05/2016	17809	86	nữ
455	TRẦN SÔ PH.	11/06/2016	23192	75	nam
456	KIM THỊ V.	07/02/2016	4991	62	nữ
457	THẠCH THỊ R.	06/05/2016	17828	64	nữ
458	THẠCH THỊ S.	01/07/2016	26310	66	nữ

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
459	NGUYỄN KHẮC L.	01/02/2016	4327	56	nam
460	TÔ VĂN D.	02/03/2016	8451	61	nam
461	LÝ Q.	27/11/2015	47255	51	nam
462	ĐẶNG THỊ Đ.	25/08/2015	32455	68	nữ
463	SOEUNG S.	24/01/2016	3225	62	nam
464	TRẦN THANH X.	30/06/2016	26067	80	nữ
465	NGUYỄN HOÀNG M.	09/04/2016	13830	53	nam
466	TÔ R.	18/10/2015	40329	76	nam
467	LÀO K.	21/11/2015	46236	84	nam
468	PHẠM THÀNH D.	27/07/2016	30295	67	nam
469	TRẦN THỊ CH.	25/05/2016	20641	77	nữ
470	ĐOÀN THỊ H.	29/06/2016	25964	70	nữ
471	PHẠM VĂN B.	22/05/2016	20195	70	nam
472	SƠN KIM A.	17/05/2016	19482	62	nữ
473	VƯƠNG VĂN M.	02/01/2016	221	85	nam
474	LÊ THỊ NGỌC Q.	05/01/2016	591	61	nữ
475	ĐẶNG VĂN TH.	01/06/2016	21723	81	nam
476	DƯƠNG THỊ TH.	31/05/2016	21533	63	nữ
477	LÝ Đ.	28/05/2016	21077	72	nam
478	NGUYỄN VĂN Đ.	02/07/2016	26418	74	nam
479	LÂM S.	16/07/2016	28600	51	nam
480	TRƯƠNG THỊ L.	17/05/2016	19566	96	nữ
481	TRẦN THỊ C.	16/06/2016	23834	68	nữ

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
482	NGUYỄN NGỌC GI.	22/04/2016	15721	53	nữ
483	THẠCH PH.	17/05/2016	19540	67	nam
484	NGUYỄN VĂN T.	15/02/2016	6297	65	nam
485	KIỀU VĂN V.	22/04/2016	15774	45	nam
486	NGUYỄN THỊ THU H.	24/06/2016	25172	55	nữ
487	NGUYỄN THỊ ANH Đ.	04/04/2016	12963	75	nữ
488	DƯƠNG THỊ NH.	07/07/2016	27161	58	nữ
489	TRẦN THỊ CH.	17/06/2016	23962	63	nữ
490	THẠCH THỊ TH.	28/08/2015	32898	61	nữ
491	ĐỖ VĂN M.	15/12/2015	50250	54	nam
492	LÝ THỊ H.	03/12/2015	48261	83	nữ
493	TRẦN KIM PH.	17/03/2016	10662	33	nữ
494	VÕ VĂN PH.	21/01/2016	2841	62	nam
495	TRẦN THỊ D.	01/07/2016	26186	87	nữ
496	LƯU TUYẾT T.	20/08/2015	31699	59	nữ
497	BÀNH HỒNG TH.	15/09/2015	35416	51	nam
498	HỮU E.	11/10/2015	39190	51	nữ
499	ĐUỠNG MỸ H.	06/02/2016	4849	65	nữ
500	NGUYỄN THỊ KIM TH.	04/05/2016	17423	53	nữ
501	NGUYỄN THỊ Đ.	09/05/2016	18097	87	nữ
502	LÊ VĂN D.	23/05/2016	20309	74	nam
503	TRẦN VĂN M.	27/07/2016	30285	61	nam
504	DANH D.	07/01/2016	909	67	nam

Stt	Họ và tên bệnh nhân	Ngày nhập viện	Số nhập viện	Tuổi	Giới
505	VÕ THỊ XUÂN H.	16/05/2016	19377	77	nữ
506	NGUYỄN THÚY H.	14/04/2016	14252	59	nữ
507	KHƯƠNG L.	12/06/2016	23241	56	nam
508	LÂM THỊ SA L.	19/04/2016	15173	70	nữ
509	NGUYỄN THỊ L.	25/04/2016	16223	65	nữ
510	LÊ THỊ S.	04/07/2016	26748	75	nữ

Xác nhận của Bệnh Viện Đa Khoa

PHỤ LỤC 3

BẢN THÔNG TIN DÀNH CHO ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU VÀ CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài nghiên cứu: *Đánh giá sự tuân thủ điều trị tăng huyết áp trong ngăn ngừa điều trị thiếu máu não tái phát.*

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

1. Lí do nghiên cứu được tiến hành

Tuân thủ dùng thuốc huyết áp là một mối quan tâm ngày càng tăng đối với bác sĩ và các hệ thống chăm sóc sức khỏe bởi vì có bằng chứng cho rằng việc không tuân thủ dùng thuốc thì phổ biến và gây kết cục xấu.

2. Các nguy cơ và bất lợi

- Không có ảnh hưởng gì đến sức khỏe người.

- Lợi ích có thể có đối với người tham gia: Tại các mốc theo dõi 3 tháng, 6 tháng, 1 năm sau đột quy, các BN được Bác sĩ gọi điện thoại (hoặc khám trực tiếp) đánh giá về sự tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm Morisky và xem HA của BN có được kiểm soát hay không. Từ đó, Bác sĩ tư vấn về tình trạng sức khỏe hiện tại cũng như hướng theo dõi điều trị trong những tháng tới.

Tại những lần tái khám tại bệnh viện chúng tôi vẫn sử dụng đúng theo chế độ bảo hiểm y tế hoặc tự chi trả nếu BN không có bảo hiểm y tế.

II. CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trên đây, đã có cơ hội xem xét và đặt câu hỏi về thông tin liên quan đến nội dung trong nghiên cứu này. Tôi đã nói chuyện trực tiếp với nghiên cứu viên và được trả lời thỏa đáng tất cả các câu hỏi. Tôi tự nguyện đồng ý tham gia.

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên_____ Chữ ký_____

Ngày tháng năm_____

Chữ ký của người làm chứng hoặc của người đại diện hợp pháp (nếu áp dụng):

Họ tên_____ Chữ ký_____

Ngày tháng năm_____

PHỤ LỤC 4

THANG ĐIỂM ĐỘT QUY CỦA CÁC VIỆN SỨC KHOẺ QUỐC GIA HOA KỲ

(National Institutes of Health (NIH) Stroke Scale - NIHSS)

Dịch và chú giải: TS Nguyễn Hữu Công

Khám	Biểu hiện chi tiết	điểm
1a. Ý thức:	Tỉnh táo (hoàn toàn tỉnh táo, đáp ứng ngay khi gọi, hợp tác tốt)	0
	Lơ mơ (ngủ gà, tỉnh khi gọi hoặc lay, đáp ứng chính xác)	1
	Sững sờ (chỉ thức tỉnh khi kích thích mạnh, đáp ứng kém chính xác)	2
	Hôn mê (không đáp ứng với kích thích)	3
1b. Hỏi tháng và tuổi bệnh nhân (2 câu hỏi):	Trả lời chính xác cả 2 câu	0
	Trả lời chính xác được 1 câu	1
	Không chính xác cả 2 câu	2
1c. Yêu cầu mở/nhắm mắt + nắm chặt tay (2 yêu cầu):	Làm theo đúng cả 2 yêu cầu	0
	Làm theo đúng chỉ 1 yêu cầu	1
	Không theo đúng cả 2 yêu cầu	2
2. Nhìn phối hợp:	Bình thường	0
	Liệt vận nhãn một phần của 1 hay 2 mắt	1
	Xoay mắt đầu sang một bên hoặc liệt đờ vận nhãn (nghiệm pháp mắt - đầu)	2
3. Thị trường:	Bình thường	0
	Bán manh một phần	1
	Bán manh hoàn toàn	2
	Bán manh 2 bên	3

4. Liệt mặt:	<p>Không liệt</p> <p>Liệt nhẹ(chỉ mất cân đối khi cười và nói, vận động chủ động vẫn bình thường)</p> <p>Liệt một phần (liệt rõ rệt, nhưng vẫn còn cử động phần nào)</p> <p>Liệt hoàn toàn (hoàn toàn không có chút cử động nào của nửa mặt)</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
5. Vận động tay phải: (đuôi thẳng tay 90 độ néungôi, hoặc 45 độ nếu nằm, trong 10 giây)	<p>Không lệch (giữ được hơn 10 giây)</p> <p>Lệch (giữ được, nhưng lệch thấp xuống trước 10 giây)</p> <p>Không chống được trọng lực (lệch nhanh, nhưng có cố giữ lại)</p> <p>Rơi tự do (tay rơi hoàn toàn, cố nhưng không cưỡng lại được)</p> <p>Không hề cử động</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
Vận động tay trái:	<p>Không lệch (giữ được hơn 10 giây)</p> <p>Lệch (giữ được, nhưng lệch thấp xuống trước 10 giây)</p> <p>Không chống được trọng lực (lệch nhanh, nhưng có cố giữ lại)</p> <p>Rơi tự do (tay rơi hoàn toàn, cố nhưng không cưỡng lại được)</p> <p>Không hề cử động</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>

6. Vận động chân phải: (nằm ngửa, gối chân tạo góc 30 độ trong 5 giây)	Không lệch (giữ được 30 độ hơn 5 giây)	0
	Lệch (lệch xuống ở tư thế trung gian khi gần hết 5 giây)	1
	Không chống được trọng lực (rơi xuống giường trước 5 giây)	2
	Rơi tự do	3
	Không hề cử động	4
Vận động chân trái:	Không lệch (giữ được 30 độ hơn 5 giây)	0
	Lệch (lệch xuống ở tư thế trung gian khi gần hết 5 giây)	1
	Không chống được trọng lực (rơi xuống giường trước 5 giây)	2
	Rơi tự do	3
	Không hề cử động	4
7. Mất điều hòa vận động: (nghiệm pháp ngón trở - mũi và gót - gôi)	Không có mất điều hòa	0
	Có nhưng chỉ ở tay hoặc chỉ ở chân	1
	Có ở cả tay lẫn chân	2
8. Cảm giác:	Bình thường (không mất cảm giác)	0
	Giảm một phần	1
	Giảm nặng	2
9. Chứng lãng quên một bên: (neglect/agnosia)	Không có lãng quên nửa người	0
	Lãng quên 1 thứ: thị giác hoặc xúc giác hoặc thính giác	1
	Lãng quên ít nhất là 2 thứ kể trên	2

10. Loạn vận ngôn:	Nói bình thường	0
	Nhẹ/trung bình (nói nhịu nói lắp vài từ, hiểu được nhưng có khó khăn)	1
	Nói lắp/nhịu không thể hiểu được (nhưng không loạn ngôn ngữ - dysphasia)	2
11. Ngôn ngữ:	Bình thường	0
	Mất ngôn ngữ nhẹ/trung bình	1
	Mất ngôn ngữ nặng (đầy đủ biểu hiện thể Broca hay Wernicke, hay biến thể)	2
	Chứng câm lạng hoặc mất ngôn ngữ toàn bộ	3
	Tổng điểm	42

GIẢI THÍCH:

Nhớ điền điểm số vào ngay sau khi khám từng mục, đừng khám lại và ghi điểm số lại. Điểm số phải phản ánh cái mà BN đã thực sự làm được, chứ không phải cái mà BS cho rằng BN có thể làm được. Nói chung, không nên gợi ý cho BN. Thang điểm này được xây dựng nhằm đánh giá tác dụng của thuốc kích hoạt tiêu sợi huyết tổ chức (rTPA) trên đột quỵ thiếu máu não (ischemic stroke) trong vòng 6 giờ sau khởi phát.

Ý thức: (Level of Consciousness) BS kích thích BN bằng cách gọi hay gõ nhẹ để xác định mức độ tỉnh táo. Đôi khi phải kích thích mạnh (cấu véo). Dù trở ngại như đang đặt nội khí quản, chấn thương miệng – khí quản hoặc băng kín miệng hay khác biệt về ngôn ngữ.

0 - Tỉnh táo hoàn toàn và đáp ứng rõ ràng.

1 - Không tỉnh táo, nhưng thức tỉnh khi có kích thích nhẹ (khi gọi, hoặc lay lắc), BN trả lời chính xác, thực hiện y lệnh tốt.

2 - Không tỉnh, thức dậy khó khăn, khi thức dậy cũng không hoàn toàn tỉnh táo, cần kích thích lặp đi lặp lại để duy trì chú ý, hoặc phải dùng kích thích mạnh và đau mới tạo được cử động.

3 - Hôn mê, không đáp ứng với mọi kích thích và mất hết các phản xạ, hoặc đáp ứng bằng các phản xạ vận động hoặc thực vật.

Hỏi thảng và tuổi bệnh nhân: (Level of Consciousness - Questions) BS hỏi về thảng trong năm và hỏi tuổi BN. Chỉ tính điểm cho câu trả lời đầu tiên. Nếu mới đầu BN trả lời sai, rồi lại sửa lại đúng, thì vẫn tính điểm như là trả lời sai. Nếu có mất ngôn ngữ (Aphasia), thì BS phải đánh giá câu trả lời với cân nhắc về rối loạn ngôn ngữ của BN. BN mất ngôn ngữ và sưng sờ không hiểu được câu hỏi thì cho điểm 2. BN không thể nói do nội khí quản hay loạn vận ngôn (dysarthria) nặng hoặc bất kỳ rối loạn nào không do mất ngôn ngữ (aphasia) thì cho điểm 1

0 - Trả lời đúng cả 2 câu.

1 - Trả lời chỉ đúng 1 câu.

2 - Trả lời không đúng cả 2 câu hỏi.

Yêu cầu mở/nhắm mắt + nắm chặt rồi thả bàn tay: (Level of Consciousness - Commands) BS yêu cầu BN mở rồi nhắm mắt, sau đó nắm chặt rồi xòe bàn tay bên không bị liệt. Chỉ chấm điểm cho lần làm đầu tiên, nếu không thực hiện được thì làm ngay bước tiếp sau, không yêu cầu lặp lại. Nếu BN bị mất ngôn ngữ và không thể làm theo y lệnh bằng lời, thì BS làm mẫu cho BN bắt chước. Nếu BN bị liệt, có cố gắng cử động làm theo y lệnh nhưng không thể nắm chặt tay được, thì vẫn chấm là bình thường.

0 - Thực hiện đúng cả 2 y lệnh.

1 - Thực hiện đúng 1 y lệnh.

2 - Thực hiện cả 2 đều sai.

Nhìn phối hợp: (Best Gaze) Quan sát vị trí nhãn cầu khi nghỉ, rồi, khám vận nhãn chỉ theo chiều ngang. Yêu cầu nhìn chủ ý sang bên, hoặc làm thao tác mắt đầu, không làm thử nghiệm caloric. Không chấm điểm cho các rối loạn vận nhãn theo chiều dọc, rung giật nhãn cầu. Nếu BN có nhìn lệch phối hợp cả 2 mắt sang bên, nhưng hết khi làm thao tác mắt đầu hay khi nhìn chủ ý, thì chấm điểm 1. Nếu liệt một dây vận nhãn đơn độc (dây III, IV hay VI), thì cũng điểm 1. Phải khám cả ở BN bị mất ngôn ngữ, chấn thương mắt, mù từ trước hoặc có rối loạn thị lực hay thị trường (có thể dùng thao tác mắt đầu). Nếu BN có trở ngại về quay mắt, ví dụ tật lác mắt, nhưng vẫn rời được khỏi đường giữa và cố gắng nhìn sang cả phía phải lẫn trái, thì vẫn coi là bình thường.

0 - Bình thường.

1 - Liệt vận nhãn một phần: vận nhãn bất thường ở 1 hay 2 mắt, nhưng không có tình trạng nhìn phối hợp bắt buộc sang 1 bên, hay hiện tượng liệt vận nhãn hoàn toàn.

2 - Lệch mắt cưỡng bức: Nhìn phối hợp bắt buộc sang 1 bên, hoặc liệt vận nhãn hoàn toàn dù làm nghiệm pháp mắt - đầu (oculocephalic maneuver) cũng không khắc phục được.

Thị trường: (Best Visual - Visual Fields) Phải kiểm tra thị trường cả 2 mắt. Thông thường BS yêu cầu BN dùng từng mắt để đếm ngón tay ở 4 góc. Nếu BN không thể trả lời bằng lời nói, thì xem đáp ứng với kích thích thị giác từng góc 1/4, hay bảo BN ra hiệu chỉ rõ số các ngón tay nhìn thấy được. Mắt 1 góc phần tư thì tính 1 điểm, mắt toàn bộ nửa thị trường (góc trên + góc dưới) tính 2 điểm. Nếu mù do bản thân bệnh mắt hoặc bị khoét bỏ nhãn cầu và thị trường ở mắt bên kia bình thường, thì phải coi là bình thường (0 điểm),

chấm điểm 1, 2, hay 3 dựa vào thiếu hụt thị trường của mắt bên kia. Mù không do bệnh mắt tính 3 điểm.

0 - Không có thiếu hụt thị trường.

1 - Bán manh một phần: mất thị trường một phần ở cả 2 mắt, bao gồm cả mất góc phần tư hay kiểu hình quạt.

2 - Bán manh hoàn toàn: mất thị trường nhiều ở cả 2 mắt, bao gồm cả bán manh đồng danh

3 - Bán manh 2 bên: mất thị trường cả 2 bên và ở cả 2 mắt, bao gồm cả mù vỏ não.

Liệt mặt: (Facial Palsy) Quan sát nét mặt và cử động mặt tự nhiên, sau đó yêu cầu cơ cơ mặt chú ý. Nếu BN bị mất ngôn ngữ và không thể làm theo y lệnh thì BS phải làm mẫu để BN bắt chước. Nếu không tinh táo hoặc không hợp tác, thì có thể dùng kích thích đau gây nhăn mặt.

0 - Bình thường: không mất cân đối mặt.

1 - Liệt rất nhẹ: mờ nếp mũi má, mất cân đối khi cười.

2 - Liệt một phần: liệt hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn phần dưới, nhưng phần trên còn cơ được.

3 - Liệt hoàn toàn: liệt (không cử động) cả phần trên lẫn phần dưới mặt. Liệt hoàn toàn 1 hoặc cả 2 bên.

Vận động của tay trái và phải: (Right/Left Motor Arm). Bảo BN duỗi thẳng 2 tay (sấp bàn tay) 90 độ khi ngồi, hoặc 45 độ khi nằm ngửa. Cố giữ trong 10 giây, có thể BS phải đếm to từ 1 tới 10. Nếu có rối loạn ngôn ngữ thì BS phải làm mẫu cho BN. BS có thể nâng tay BN tới vị trí khám rồi nhắc cố giữ. Nếu vận động hạn chế do bệnh lý xương khớp (không do đột quỵ) thì cố gắng đánh giá sao cho loại bỏ yếu tố đó. Nếu BN không tinh táo, thì ước lượng thông qua đáp ứng với kích thích đau. Vận động chủ ý thực hiện tốt 0

điểm, nếu có đáp ứng kiểu phản xạ (tư thế duỗi hay co khi kích thích) điểm 4. Người ta còn chấm điểm 9 (hoặc điểm X) nếu cụt chi hay cứng khớp vai. Nhưng nếu chỉ bị cụt chi một phần, thì vẫn chấm điểm như bình thường.

0 - Không lệch: BN giữ tay duỗi thẳng được 10 giây.

1 - Lệch: BN giữ tay duỗi thẳng không được 10 giây, tay giao động hoặc hạ thấp xuống, nhưng không chạm vào giường.

2 - Có gắng sức chống trọng lực nhưng không giữ được, tay hạ thấp chạm giường nhưng vẫn còn ít sức chống lại trọng lực.

3 - Không thể chống được trọng lực: BN không giơ tay lên rời mặt giường được, nhưng vẫn có chút ít cơ cơ. Nếu nâng tay BN lên rồi thả, thì tay rơi ngay xuống.

4 - Không nhúc nhích: không có bất kỳ sức cơ nào.

9 - Không thể khám: chỉ chấm điểm này khi không có tay, hoặc tay bị cắt cụt, hoặc cứng khớp lan tỏa. Còn thay bằng điểm X.

Vận động của chân phải và trái: (Right/Left Motor Leg). BN nằm ngửa và chân duỗi thẳng, nâng tạo góc 30 độ, yêu cầu giữ vững trong 5 giây. BS nên đếm to từ 1 tới 5 để BN cố giữ chân cho đủ 5 giây. Nếu BN không hợp tác bằng lời được, thì ra hiệu hoặc đặt chân ở tư thế chấm điểm. Nếu BN không tỉnh táo, thì ước lượng dựa vào đáp ứng với kích thích đau. Cử động chủ ý tốt chấm điểm 0. Nếu BN có đáp ứng kiểu phản xạ (tư thế co hay duỗi) thì chấm điểm 4. Chỉ chấm điểm 9 chỉ khi không có chân hoặc cứng khớp háng. BN có khớp giả hay cắt cụt chân một phần cũng vẫn phải khám để chấm.

0 - Không lệch: BN giữ chân duỗi thẳng được 5 giây.

1 - Lệch: chân hạ thấp xuống lúc sắp hết 5 giây, không chạm giường, hoặc chân giao động.

2 - Có sức cơ phần nào chống lại trọng lực: chân rơi chạm giường trong vòng 5 giây, nhưng vẫn có chút ít sức cơ chống trọng lực.

3 - Không thể chống được trọng lực: Không thể đưa chân lên rời mặt giường được nhưng vẫn còn chút ít sức cơ chống trọng lực, nếu nâng chân BN lên đúng tư thế khám rồi thả, thì chân rơi ngay xuống giường.

4 - Không nhúc nhích: không có bất kỳ sức cơ nào..

9 - Không thể khám: chỉ chấm điểm này khi không có chân hoặc cứng khớp lan tỏa. Còn thay bằng điểm X.

Mất điều hòa vận động: (ataxia). Mục này nhằm tìm biểu hiện tổn thương tiểu não một bên và cũng để phát hiện bất thường vận động do rối loạn chức năng vận động hay cảm giác. BN phải mở mắt nhìn, nếu có khiếm khuyết thị trường thì phải bảo đảm dùng được thị trường bên còn lành. Dùng thao tác ngón trở - mũi và gót - gôi cả 2 bên. Cần khám bên bình thường trước. Chỉ chấm điểm có mất điều hòa vận động nếu mất điều hòa không liên quan tỉ lệ với độ liệt. BS có thể ra hiệu cho BN làm. Nếu có loạn tầm (dysmetria) hay loạn phối hợp (dyssynergia) ở 1 chi thể thì chấm điểm 1, nếu ở cả tay và chân một bên thì điểm 2, nếu cả 2 bên cũng điểm 2. Khi chấm điểm không cần đếm xia tới bệnh căn của chứng rối loạn. Nếu hôn mê, hoặc liệt hoàn toàn cả tay lẫn chân, thì chấm điểm 9, có người chấm là X.

0 - Không có: BN thực hiện tốt cả thao tác trở - mũi lẫn gót - gôi, cử động đều không giật cục và chính xác.

1 - Có ở chỉ 1 chi thể (tay hoặc chân), BN vẫn có thể thực hiện tốt được 1 thao tác.

2 - Có ở 2 chi thể: một bên cả tay lẫn chân, hoặc có ở cả 2 bên.

Cảm giác: (Sensory) dùng kim để khám ở cánh tay (không ở bàn tay) và đùi ở cả tứ chi và mặt, hỏi BN cảm nhận kích thích ra sao. Không nhất thiết

phải nhắm mắt, hỏi xem cảm thấy nhọn hay tù và so sánh 2 bên xem cảm giác có đều nhau không. Chỉ tính điểm cho mất cảm giác do đột quy gây nên (thường đó là mất cảm giác nửa người). Không tính điểm cho các loại mất cảm giác khác, ví dụ do viêm đa dây thần kinh. Nếu BN không tỉnh táo, hoặc không thể giao tiếp bằng lời, hoặc bị chứng lãng quên nửa người, thì chấm điểm dựa vào đáp ứng không bằng lời của BN, kiểu như nhắm mắt, hay rút chân tay lại khi kích thích. Nếu BN có đáp ứng với kích thích, chấm điểm 0. Phải so sánh đáp ứng với kích thích ở bên phải với bên trái, nếu không đáp ứng với kích thích đau ở 1 bên, thì chấm điểm 2. BN đột quy thân não gây mất cảm giác 2 bên chấm điểm 2, hôn mê và không đáp ứng kích thích chấm điểm 2, liệt tứ chi và không đáp ứng cũng điểm 2.

0 - Bình thường: không có mất cảm giác khi khám bằng kim.

1 - Mất cảm giác từ nhẹ tới vừa: cảm thấy châm kim ít nhọn hơn hoặc không rõ châm kim, nhưng vẫn biết đụng chạm.

2 - Mất cảm giác nặng hoặc hoàn toàn: BN không nhận biết được là có vật chạm vào. BN không đáp ứng với kích thích đau ở 1 bên.

Loạn vận ngôn: (Dysarthria). Yêu cầu BN đọc và phát âm một danh sách chuẩn các từ trên tờ giấy. Nếu Bn không thể đọc do mất thị giác, BS có thể đọc và yêu cầu nhắc lại. Nếu BN có mất ngôn ngữ nặng, thì chấm điểm dựa vào phát âm rõ rệt của BN khi nói chuyện tự nhiên. Nếu bị chứng câm lãng hoặc hôn mê, hoặc đặt nội khí quản, thì chấm điểm 9 (không thể thử).

0 - Phát âm bình thường: phát âm từng từ rõ ràng.

1 - Loạn vận ngôn nhẹ tới trung bình: có rối loạn phát âm, BN nói nhịu, có thể hiểu lời BN nói nhưng hơi khó.

2 - Nặng: nói nhịu đến mức không thể hiểu được trong khi không có rối loạn ngôn ngữ (dysphasia), hoặc câm lãng hay mất khả năng nói.

9 - Không thể tính điểm: có nội khí quản hoặc trở ngại cơ học không nói được. Còn thay bằng điểm X.

Ngôn ngữ: (Best Language). BS yêu cầu BN nhận biết một nhóm chuẩn các đồ vật, rồi đọc một loạt câu. BS có thể vừa khám thần kinh vừa tìm hiểu về khả năng ngôn ngữ của BN. Đưa cho BN một tờ giấy có liệt kê hình các đồ vật và phải cho BN có thời gian nhận biết. Chỉ tính điểm cho lần trả lời đầu tiên. Nếu ban đầu BN nói sai, sau lại sửa đúng, thì vẫn chấm là sai. Sau đó đưa cho BN 1 tờ giấy có ghi sẵn các câu. Yêu cầu BN đọc ít nhất là 3 câu. Chấm điểm dựa vào lần đọc đầu tiên. Nếu BN đọc sai lần đầu, sau sửa lại đúng, thì vẫn chấm điểm là sai. Nếu BN có mất thị giác, không nhận biết đồ vật và đọc bằng mắt được, thì BS phải: đặt đồ vật vào tay BN và yêu cầu xác định, đánh giá khả năng nói tự nhiên và khả năng nhắc lại câu nói. Nếu BN bị đặt nội khí quản, hay không thể nói, phải kiểm tra bằng viết.

0 - Không mất ngôn ngữ: BN có thể đọc tốt các câu và nói chính xác tên đồ vật vẽ trên tờ giấy.

1 - Mất ngôn ngữ (aphasia) nhẹ tới trung bình: diễn đạt không trôi chảy nhưng vẫn diễn đạt được cơ bản ý kiến của mình. Giảm khả năng nói và/hoặc hiểu lời làm cho việc nói về các đồ vật khó khăn (có sai sót trong khi nói tên đồ vật, tìm kiếm từ thích hợp khi nói, bị chứng loạn dùng từ ngữ - paraphasias), nhưng BS vẫn dễ dàng đoán được BN ý muốn nói gì..

2 - Mất ngôn ngữ nặng: khó khăn khi đọc cũng như khi nói tên đồ vật, diễn đạt bằng những câu ngắn rời rạc. Bao gồm hoặc mất ngôn ngữ Broca's hoặc Wernicke's. Người khám phải hỏi đi hỏi lại và khó đoán được ý của BN.

3 - Câm lạng, mất ngôn ngữ toàn bộ.

Chứng lạng quên một bên: (Neglect, extinction & inattention). Tìm hiểu khả năng nhận biết kích thích cảm giác da và thị giác 2 bên (phải và trái) cùng

một lúc của BN. Đưa 1 bức vẽ cho BN và yêu cầu mô tả. Nhắc BN nhìn chăm chú vào bức vẽ và nhận biết các nét đặc điểm của cả nửa bên phải và bên trái của bức tranh. Nhớ nhắc BN cố nhìn bù lại bất kỳ một khiếm khuyết thị giác (mất thị trường nếu có). Nếu BN không nhận biết được các phần của bức vẽ ở một bên, thì cần coi là bất thường. Sau đó BS kiểm tra khả năng nhận biết cảm giác sờ cùng lúc cả 2 bên (BN phải nhắm mắt). Nếu BN không biết đến kích thích ở một bên cơ thể, thì phải coi là bất thường. Nếu BN có mất thị lực nặng nề, nhưng kích thích ngoài da bình thường, thì chấm điểm 0. Nếu BN bị mất ngôn ngữ và không thể mô tả bức vẽ, nhưng nhận biết được cả 2 phía, thì chấm điểm 0.

0 - Không lãng quên một bên: BN có thể nhận biết kích thích ngoài da ở 2 bên cơ thể (kích thích cùng một lúc) và có thể nhận biết hình ảnh cả bên phải và trái của bức tranh.

1 - Lãng quên một phần: BN chỉ nhận biết được hoặc kích thích da hoặc kích thích thị giác ở cả 2 bên. 1 trong 2 loại kích thích 2 bên đó vẫn còn nhận biết được.

2 - Lãng quên hoàn toàn với cả 2 loại kích thích (thị giác và ngoài da) ở 1 bên (phải hoặc trái), nếu kích thích cùng lúc cả 2 bên.

PHỤ LỤC 5

THANG ĐIỂM HÔN MÊ GLASGOW

Mở mắt	Nhắm và mở mắt tự nhiên	4
	Chỉ mở mắt khi kêu gọi	3
	Chỉ mở mắt khi kích thích đau	2
	Không mở mắt với mọi kích thích đau	1
Đáp ứng lời nói	Trả lời đúng và đầy đủ	5
	Trả lời lúc đúng lúc sai	4
	Chỉ nói những câu vô nghĩa	3
	Ú ớ thành tiếng nhưng không rõ ràng	2
	Hoàn toàn im lặng	1
Đáp ứng vận động (bên không liệt)	Thực hiện được các y lệnh vận động	6
	Đáp ứng chính xác với kích thích đau	5
	Không đáp ứng chính xác với kích thích đau	4
	Đáp ứng co cứng với kích thích đau	3
	Đáp ứng duỗi cứng với kích thích đau	2
	Hoàn toàn không đáp ứng	1