

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Nguyễn Hoàng Định*, Huỳnh Bích Nhiêu**

TÓM TẮT

Mở đầu: Tăng huyết áp (THA) là bệnh lý mạn tính, triệu chứng của bệnh thường diễn tiến âm thầm làm ảnh hưởng đến sức khỏe, sức lao động và làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của người bệnh. Chất lượng cuộc sống của người bệnh THA giảm dần do biến chứng của bệnh, bệnh lý kèm theo, tác dụng phụ của thuốc điều trị và nhận thức bệnh tật của người bệnh. Do đó chất lượng cuộc sống người bệnh THA là một trong những tiêu chí ngày càng được lưu tâm hơn.

Mục tiêu: Khảo sát chất lượng cuộc sống người bệnh tăng huyết áp đang điều trị tại Khoa Nội Tim Mạch bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ.

Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả 334 người bệnh THA đang điều trị tại khoa Nội Tim Mạch bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2013 đến tháng 5/2014. Sử dụng bộ câu hỏi SF-36.

Kết quả: 334 người bệnh tham gia nghiên cứu thì điểm số trung bình của sức khỏe thể chất là 30.8 ± 5.2 , sức khỏe tinh thần là 32.0 ± 7.1 , chất lượng cuộc sống 31.4 ± 4.4 .

Kết luận: Người bệnh có chất lượng cuộc sống thấp theo thời gian THA, kiểm soát huyết áp và tổn thương cơ quan đích. Do đó, việc xét CLCS khi chăm sóc và điều trị bệnh THA là vấn đề ngày càng được quan tâm.

***Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống, tăng huyết áp.

SUMMARY

HEALTH – RELATED QUALITY OF LIFE IN HYPERTENSIVES

Background:

Objective:

Method:

Result:

Conclusion:

***Keywords:** Health – related quality of life, hypertension.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

THA là bệnh lý rất thường gặp trong cộng đồng, và là yếu tố nguy cơ tim mạch liên quan đến bệnh mạch vành, suy tim, bệnh mạch máu não và bệnh thận mạn tính [4]. CLCS của người bệnh THA giảm dần do biến chứng của bệnh, bệnh lý kèm theo, tác dụng phụ của thuốc điều trị và nhận thức bệnh tật của người bệnh [12]. Trên thế giới có rất nhiều đề tài nghiên cứu liên quan đến CLCS, trong khi đó những nghiên cứu trong nước liên quan đến CLCS bệnh THA còn hạn chế. Do đó nghiên cứu này được tiến hành với mong muốn khảo sát CLCS người bệnh THA để việc chăm sóc sức khỏe người bệnh được sát hợp hơn. Mục đích nghiên cứu của chúng tôi là:

Khảo sát CLCS người bệnh THA đang điều trị tại Khoa Nội Tim Mạch bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ.*

2. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả 334 người bệnh THA đang điều trị tại khoa Nội Tim Mạch bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ. Thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2013 đến tháng 5/2014. Sử dụng bộ câu hỏi khảo sát SF-36.

2.2. Xử lý số liệu

Nhập dữ liệu bằng phần mềm Epidata 3.1

Xử lý và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Stata 12.0

Thống kê phân tích - kiểm định sự khác biệt:

+ Biến phụ thuộc là biến định lượng có phân phối bình thường và

- Biến độc lập là biến nhị giá: dùng phép kiểm t

- Biến độc lập là biến danh định và thứ tự: dùng kiểm định ANOVA.

+ Đối với biến định lượng có phân phối không bình thường.

- Biến độc lập là biến nhị giá: dùng phép kiểm phi tham số Mann-Whitney.

- Biến độc lập là biến danh định hay thứ tự: dùng phép kiểm Kruskal-Wallis.

* Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

** Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ

Người chịu trách nhiệm khoa học: TS. Nguyễn Hoàng Định

Ngày nhận bài: 10/01/2016 - Ngày Cho Phép Đăng: 24/02/2016

Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng

GS.TS. Bùi Đức Phú

Xác định điểm số tám lĩnh vực và hai thành phần sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần trong bảng câu hỏi khảo sát sức khỏe tổng quát SF-36 phiên bản Việt Nam bằng phần mềm tính điểm Quality MetricHealth Outcomes Scoring Software 4.5.1.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

334 người bệnh được khảo sát từ tháng 11/2013 đến tháng 5/2014

Bảng 1: Đặc điểm dân số học

Biến số	N	%
Giới		
Nữ	228	68.26
Nam	106	31.74
Nhóm tuổi		
<=40	5	1.5
40-59	65	19.46
60-79	178	53.29
>=80	86	25.75
Nơi cư trú		
Cần thơ	260	77.84
Khác	74	22.16
Trình độ học vấn		
Mù chữ	57	17.07
Biết đọc-viết/cấp 1	19	59.28
Cấp 2/Cấp 3	63	18.86
Trung cấp/Cao đẳng	7	2.01
Đại học/Sau đại học	9	2.69
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	8	2.40
Có gia đình sống với vợ/chồng,	17	52.40
Ly dị/ chia tay/ ở góa	151	45.21
Nghề nghiệp		
Công nhân	2	0.60
Nông dân	15	4.49
Viên chức	6	1.80
Buôn bán	14	4.19
Già/ Hưu trí	225	76.35
Thất nghiệp/nội trợ	25	7.49
Khác	17	5.09
Tập thể dục		
Có	84	25.15
Không	250	74.85
Tình trạng dinh dưỡng (BMI)		
Gầy: <18,5 kg/m ²		
Bình thường : 18,5-24,99 kg/m ²	40	11.98
Thừa cân: 25-29,99 kg/m ²	242	72.46
Béo phì: >=30 kg/m ²	49	14.67
	3	0.90

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng các đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Kiểm soát đượ HA		
Có	208	62.28
Không	126	37.72
Tổn thương cơ quan đích		
Có	129	38.62
Không	205	61.38
Tiền sử THA		
Có	62	18.56
Không	272	81.44
Thời gian THA		
<1 năm	62	19.46
1-5 năm	167	49.10
6-10 năm	45	13.47
>10 năm	60	17.96

Bảng 3. Điểm số 8 lĩnh vực sức khỏe của SF-36

Lĩnh vực sức khỏe	Điểm số (TB± ĐLC)	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Hoạt động chức năng	15.9 ± 20.9	0	100
Giới hạn chức năng	19.6 ± 17.3	0	100
Cảm nhận đau đớn	38.4 ± 21.3	0	100
Đánh giá sức khỏe	17.9 ± 8.0	0	92
Cảm nhận sức sống	30.9 ± 13.3	0	75
Hoạt động xã hội	30.4 ± 13.6	0	87.5
Giới hạn tâm lý	27.9 ± 20.6	0	100
Tinh thần tổng quát	37.3 ± 16.8	5	90

334 người bệnh tham gia nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy điểm trung bình của 8 lĩnh vực sức khỏe dao động từ 15.9 đến 38.4, tất cả các lĩnh vực sức khỏe có điểm số dưới 50.

Bảng 4. Điểm số 2 thành phần SKTC và SKTT của SF-36

Thành phần sức khỏe	Điểm số (TB± ĐLC)	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Sức khỏe thể chất	30.8 ± 5.2	16.8	56.7
Sức khỏe tinh thần	32.0 ± 7.1	15.57	61.93
Chất lượng cuộc sống	31.4 ± 4.4	22.3	45.63

Điểm số trung bình của sức khỏe thể chất là 30.8 ± 5.2 thấp hơn điểm số của sức khỏe tinh thần là 32.0 ± 7.1

4. BÀN LUẬN

Qua khảo sát 334 người bệnh tham gia nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có 228 người bệnh là nữ (68.26%) và 106 người bệnh nam (31.74%). Tỷ lệ nữ giới nhập viện do bệnh THA tại khoa Tim Mạch nhiều hơn so với nam giới. Nghiên cứu này tương tự với một số nghiên cứu khác như: Nghiên cứu của tác giả Trần Kim Trang năm 2010 thì nữ giới chiếm 63.1% và nam chiếm 36.9% [12].

Đa số người bệnh THA tập trung nhóm tuổi trên 60 chiếm gần 80% nhiều nhất ở nhóm tuổi 60-79 chiếm 53.29% và nhóm ≥ 80 chiếm 25.75%. Nghiên cứu Fabiana và cộng sự tại Brazil năm 2013 thì nhóm tuổi >60 chiếm tỉ lệ cao hơn 83.1% [2].

Người bệnh có gia đình đang sống chung với vợ hoặc chồng chiếm tỷ lệ cao nhất 52.4%, thấp nhất là độc thân chiếm 2.4% và ly dị, ly thân hoặc ở góa chiếm 45.21%. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Erin Stanley và cộng sự tại Mỹ năm 2011 tỷ lệ người bệnh đã kết hôn chiếm 68.3% [1].

Về trình độ học vấn đa số người bệnh THA có trình độ học vấn thấp biết đọc, viết và cấp 1 chiếm tỷ lệ cao 59.28%, 17.07% mù chữ, 18.86% cấp 2 cấp 3, 4.79% có trình độ cao đẳng, đại học và sau đại học, nghề nghiệp chủ yếu của người bệnh là thất nghiệp và nông dân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Khaw W. F tại Malaysia năm 2011 người bệnh có trình độ học vấn biết đọc, viết cấp 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 54.7% [5].

Đa số người bệnh kiểm soát được HA chiếm 62.28% và không kiểm soát được HA chiếm tỷ lệ 37.72%. Trong nghiên cứu của Youssef và cộng sự tại Ai Cập năm 2005 [13] thì tỷ lệ người bệnh THA được kiểm soát chiếm tỷ lệ thấp 53.2%. Chúng tôi nhận thấy rằng sự khác nhau về kiểm soát huyết

áp có thể do sự khác nhau về văn hóa, nhận thức, điều kiện sống và hành vi liên quan.

Đối với tổn thương cơ quan đích, trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ người bệnh không có tổn thương cơ quan đích chiếm tỉ lệ cao 61.38%, người bệnh có tổn thương cơ quan đích 38.62%. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu Youssef và cộng sự tại Ai Cập năm 2005 [13]. Người bệnh không có tổn thương cơ quan đích chiếm 65.5%. Chúng tôi nhận thấy rằng người bệnh không có tổn thương cơ quan đích chiếm tỷ lệ cao hơn có thể do người bệnh kiểm soát tốt được HA, hệ thống điều trị và chăm sóc tại khoa tốt.

Về tiền sử và thời gian THA, phần lớn người bệnh không có tiền sử THA chiếm 81.44% và có tiền sử THA chỉ chiếm 18.56%, người bệnh có thời gian THA từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 49.10% so với thời gian THA <1 năm chiếm 19.46%, 6-10 năm 13.47% và >10 năm chiếm 17.96%. Kết quả nghiên cứu này tương tự kết quả nghiên cứu của Fabiana và cộng sự tại Brazil năm 2013, tỷ lệ người bệnh có thời gian THA từ 1-5 năm chiếm 41.5% cao hơn so với nhóm thời gian khác [2].

Kết quả khảo sát cho thấy người bệnh THA có điểm số trên các lĩnh vực sức khỏe đều thấp <50 điểm, thấp nhất là hoạt động chức năng 15.9 ± 20.9 , cao nhất là cảm nhận sự đau đớn 38.4 ± 21.3 .

Điểm số cho lĩnh vực hoạt động chức năng là 15.9 ± 20.9 . Kết quả nghiên cứu rất khác so với những nghiên cứu trước. Trong nghiên cứu của Michelle tại Brazil năm 2012 điểm trung bình cho lĩnh vực này 58.7 ± 27.8 [9]. Nghiên cứu của Erin Stanley và cộng sự tại New Orleans năm 2011 trung bình của hoạt động chức năng 64.6 ± 30.0 [20], nghiên cứu khác của Khaw W. F tại Malaysia năm 2011 thì điểm trung bình của lĩnh vực hoạt động chức năng 73.15 ± 27.68 [5]. So sánh kết quả điểm trung bình về lĩnh vực hoạt động chức năng, rõ ràng

ngiên cứu của chúng tôi có điểm số thấp hơn so với nghiên cứu ở Brazil, Mỹ và Malaysia. Điểm số thấp trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do người bệnh đa số lớn tuổi, thời gian THA lâu xảy ra nhiều biến chứng nên ảnh hưởng đến khả năng vận động của người bệnh. Người bệnh đôi khi bị hạn chế khi thực hiện tất cả hoạt động chức năng bao gồm tự tắm rửa hoặc thay quần áo.

Điểm số giới hạn hoạt động do khiếm khuyết chức năng, lĩnh vực này có điểm số thấp sẽ làm cho người bệnh bị trở ngại trong công việc hoặc sinh hoạt hàng ngày do tình trạng sức khỏe chức năng, với điểm số trung bình 19.6 ± 17.3 , so sánh kết quả này với nghiên cứu khác cho kết quả khác nhau về điểm số, được nghiên cứu bởi Gavin và cộng sự tại Mỹ năm 2012 với giá trị trung bình là 68.0 ± 2.0 [3]. Trong nghiên cứu của Mohammed tại Saudi Arabia năm 2002 điểm số 43.93 ± 41.24 [10], sự hiện diện của tổn thương cơ quan đích cũng ảnh hưởng tích cực đến giới hạn hoạt động của người bệnh.

Lĩnh vực cảm nhận về sự đau đớn của người bệnh với điểm số có giá trị trung bình 38.4 ± 21.3 . Trong những nghiên cứu khác điểm số lĩnh vực cảm nhận sự đau đớn cho kết quả cao hơn như nghiên cứu của Michelle tại Brazil năm 2012 là 60.4 ± 26.3 [9], nghiên cứu của Michael O và cộng sự tại Nigeria năm 2009 điểm số là 76.28 ± 30.17 [41]. THA là bệnh mãn tính, bệnh được cho là kẻ giết người thầm lặng và đôi khi không có triệu chứng, không có dấu hiệu nào báo trước vì vậy đau không phải là triệu chứng đi kèm với bệnh THA, mà đau thường xuất hiện khi người bệnh có các bệnh lý khác đi kèm hoặc có một số biến chứng tim mạch khác như nhồi máu cơ tim cấp. Như vậy, tổn thương cơ quan đích và các yếu tố nguy cơ tim mạch có thể là làm nặng thêm cơn đau đớn cho người bệnh và làm cho lĩnh vực này có điểm số thấp.

Lĩnh vực đánh giá sức khỏe có điểm số trung bình 17.9 ± 8.0 , kết quả nghiên cứu của Monika Z

và cộng sự tại Ba Lan năm 2012 giá trị trung bình là 44.39 ± 20.53 [11] và nghiên cứu của Mamas và cộng sự ở Brazil năm 2012 điểm số lĩnh vực này 60.7 ± 22.7 [6]. Chúng tôi nhận thấy rằng kết quả này có thể xảy ra như kết quả biểu hiện lâm sàng liên quan đến nguyên nhân và điều trị bệnh tăng huyết áp, nhìn chung bệnh THA được nhận thấy là một tình trạng nghiêm trọng và điều này được khẳng định trong nghiên cứu của chúng tôi.

Lĩnh vực thứ năm sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống, lĩnh vực này có điểm số trung bình 30.9 ± 13.3 . Kết quả này rất thấp so với nghiên cứu của Khaw ở Malaysia năm 2011 thì điểm số lĩnh vực này là 58.39 ± 19.45 [9]. Điểm số thấp chỉ ra sự suy giảm trong cảm nhận cuộc sống của người bệnh THA có liên quan đến tâm trạng của người bệnh, người bệnh lúc nào cũng cảm thấy ưu tư buồn và mệt mỏi. Trong nghiên cứu của Erin Stanley và cộng sự tại Mỹ năm 2011 thì điểm trung bình của lĩnh vực này 53.6 ± 26.5 [1]. Chúng tôi nhận thấy rằng bệnh THA gây trở ngại cho tình trạng thể chất của người bệnh như mệt mỏi liên quan đến tuổi tác và thời gian mắc bệnh.

Lĩnh vực sáu: sức khỏe liên quan đến hoạt động xã hội với giá trị trung bình 30.4 ± 13.6 . Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Monika Z tại Ba Lan năm 2012 điểm số là 65.42 ± 26.32 [11]. Huyết áp ảnh hưởng đến người bệnh tham gia các hoạt động xã hội như thăm viếng người thân bạn bè hay hàng xóm, do đó sự cần thiết phải thay đổi lối sống bao gồm cả thói quen ăn uống của người bệnh để kiểm soát được huyết áp. Như vậy, tình trạng bệnh THA có thể dẫn đến sự suy giảm trong các mối quan hệ xã hội, các hoạt động giải trí và vui chơi, dẫn đến suy giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Điểm trung bình của lĩnh vực giới hạn tâm lý là 27.9 ± 20.6 , điểm số thấp cho thấy người bệnh bị trở ngại trong công việc hoặc sinh hoạt hàng

ngày do tình trạng sức khỏe tâm lý làm suy giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. HA tăng thường do cảm xúc và căng thẳng liên quan, người bệnh dường như không biết cách để giảm lo âu căng thẳng. Người bệnh thường cho rằng cảm xúc của họ phụ thuộc vào người khác. Điều này có thể dẫn đến sự suy giảm trong chất lượng cuộc sống.

Điểm số lĩnh vực sức khỏe tinh thần tổng quát là 37.3 ± 16.8 , trong nghiên cứu của chúng tôi điểm số này cao thứ nhì trong tám lĩnh vực sức khỏe nhưng cũng thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Maria và cộng sự ở Brazil năm 2013 là 66.6 ± 21.0 [7]. Tăng huyết áp là bệnh mạn tính do đó ảnh hưởng trực tiếp đến cuộc sống của người bệnh, người bệnh đa số lớn tuổi họ luôn có sự lo lắng về bệnh tật dẫn đến cảm xúc tiêu cực như trầm cảm và lo âu.

Chúng tôi nhận thấy điểm số SKTC và SKTT trong nghiên cứu của chúng tôi (30.8 ± 5.2 , 32.0 ± 7.1) thấp hơn so với nghiên cứu của Gavin W và cộng sự tại Mỹ năm 2012 (44.0 ± 2.0 , 52.0 ± 1.0) [3] và nghiên cứu của tác giả Mohammed S ở Saudi Arabia năm 2002 thì điểm trung bình SKTC và SKTT là (39.31 ± 12.80 , 43.69 ± 10.70) [10]. Điểm số thấp hơn so với nghiên cứu khác, có thể do nghiên cứu của chúng tôi người bệnh lớn tuổi >60 chiếm tỉ lệ cao hơn, nữ chiếm tỉ lệ cao hơn so với nghiên cứu trên. Tuổi >60 là nhóm tuổi được nhận định CLCS giảm đi, BN nữ nhiều hơn là đối tượng thường được cho là có khả năng chịu đựng thấp dễ bị lo âu, căng thẳng nên ảnh hưởng đến CLCS.

5. KẾT LUẬN

Dù được biết là một bệnh thường không có triệu chứng, nhưng THA làm cho CLCS giảm dần do biến chứng của bệnh, bệnh lý kèm theo, tác dụng phụ của thuốc điều trị và nhận thức bệnh tật của người bệnh. Do đó, cần lưu tâm hơn đến CLCS của người THA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Erin Stanley, MPH, Paul Muntner, PhD, MHS, Richard N. Re, MD, Edward D. Frohlich, MD, Elizabeth Holt, PhD, MPH, Marie A. Krousel-Wood, MD, MSPH (2011), "Quality of Life in Hypertensive Clinic Patients Following Hurricane Katrina", *The Ochsner Journal*, pp. 226–231.
2. Fabiana Coriolano Ribeiro Cavalcanti, Eduardo Tavares Gomes, Eugênia Velludo Veiga, Simone Maria Muniz da Silva Bezerra (2013), "Profile of health and quality of life assessment of hypertensive patients by the specific instrument Minichal-Brazil", *J Nurs UFPE on line, Recife*, 7(12), pp.6732-6740.
3. Gavin W. Lambert, Dagmara Hering, Murray D, et, al (2012), "Health-Related Quality of Life After Renal Denervation in Patients With Treatment-Resistant Hypertension", *Hypertension*, pp.1479-1484.
4. Hội tim mạch quốc gia Việt Nam (2010), "Tăng huyết áp – kẻ giết người thầm lặng". *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*, 54(4).
5. Khaw W. F, Hassan S. T. S, Latiffah A. L (2011), "Health-related Quality of Life among Hypertensive patients Compared with General Population Norms", *J. Med. Sci.* 11(2), pp.84-89.
6. Mamas Theodorou, Daphne Kaitelidou, Petros Galanis, Nicos Middleton, Panagiotis Theodorou, Panagiotis Stafylas, Olga Siskou, Nikos Maniadakis (2011), "Quality of Life Measurement in Patients with Hypertension in Cyprus", *Hellenic J Cardiol*, pp. 407-415.
7. Maria Virginia de Carvalho1, Liza Batista Siqueira2, et, al(2013), "The Influence of Hypertension on Quality of Life", *Arq Bras Cardiol*, 100(2), pp.164-174.
8. Michael O Ogunlana, Babatunde Adedokun, Magbagbeola D Dairo and

- Nse A Odunaiya (2009), “Profile and predictor of health-related quality of life among hypertensive patients in south-western Nigeria”, *BMC Cardiovascular Disorders*.
9. Michelle Adler Normando Carvalho; Isabela Bispo Santos Silva, et,al (2012), “ Quality of Life of hypertensive patients and comparison of two instruments of HRQOL measure”, *Arq. Bras. Cardiol*, vol.98 no.5
10. Mohammed S. Al-Ghamdi, FFCM (KFU, et, al (2002), “Quality of life in a sample of hypertensive patients attending primary health care facilities in Al-Khobar, Saudi Arabia”, *J Family Community Med*, 9(1), pp.25–32.
11. Monika Zygmuntowicz, Aleksander Owczarek, Adam Elibol, Jerzy Chudek1 (2012), ” Comorbidities and the quality of life in hypertensive patients”, *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej* , pp.333-340.
12. Trần Kim Trang(2010), “ Chất lượng cuộc sống ở người tăng huyết áp”, *Tạp chí y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*, 15(1), tr.104-111.
13. Youssef. R. M, Moubarak I. I and Kamel M.I (2005), “Factors affecting the quality of life of hypertensive patients”, *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 11.