

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO - BỘ Y TẾ**  
**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

-----\*\*\*-----

**ĐỖ THÁI HÒA**

**THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP,  
ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở NHÓM TUỔI 40 - 59  
TẠI ĐÔNG SƠN, THANH HÓA  
VÀ HIỆU QUẢ MỘT SỐ BIỆN PHÁP CAN THIỆP**

**Chuyên ngành: Vệ sinh xã hội học và Tổ chức y tế**

**Mã số: 62 72 01 64**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI - 2015**

**Công trình được hoàn thành tại:**

**VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG**

**Người hướng dẫn khoa học:**

- 1. GS.TS. Nguyễn Thanh Long**
- 2. GS.TS. Trương Việt Dũng**

**Phản biện 1:**

PGS.TS. Phạm Văn Thao – Học viện Quân y

**Phản biện 2:**

PGS.TS. Phan Văn Tường – Đại học Y tế Công cộng

**Phản biện 3:**

PGS.TS. Lê Bạch Mai – Viện Dinh dưỡng

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Viện tổ chức tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

Vào hồi:   giờ   ngày   tháng   năm 201...

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia
- Thư viện Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÔNG BỐ  
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU CỦA ĐỀ TÀI LUẬN ÁN**

- 1. Đỗ Thái Hòa, Nguyễn Thị Thùy Dương, Nguyễn Thanh Long, Trương Việt Dũng, Phan Trọng Lĩnh (2015),** “Thực trạng hiện mắc bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường và nhu cầu chăm sóc sức khỏe ở nhóm tuổi trung niên (40 - 59) tại huyện Đông Sơn, Thanh Hóa, năm 1013”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 25, Số 8 (168) 2015, Tr.381 - 390.
- 2. Đỗ Thái Hòa, Nguyễn Thị Thùy Dương, Nguyễn Thanh Long, Trương Việt Dũng, Phan Trọng Lĩnh (2015),** “Thực trạng kiến thức và hành vi nguy cơ đối với bệnh không lây nhiễm ở nhóm tuổi trung niên (40 - 59) tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, năm 1013”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 25, Số 8 (168) 2015, Tr.371 - 380.
- 3. Đỗ Thái Hòa, Trương Việt Dũng, Nguyễn Thanh Long (2015),** “Hiệu quả của một số biện pháp dự phòng, quản lý người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường ở nhóm tuổi trung niên tại huyện Đông Sơn tỉnh Thanh Hóa”, *Tạp chí Y học cộng đồng*, Số 22 - tháng 8/2015, Tr.4 - 8.

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BMI:	Body Mass Index - Chỉ số khối cơ thể
BKLN:	Bệnh không lây nhiễm
BT:	Bình thường
BVĐK:	Bệnh viện đa khoa
CSHQ:	Chỉ số hiệu quả
CSSKBD:	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
ĐTĐ:	Đái tháo đường
HGD:	Hộ gia đình
HQCT:	Hiệu quả can thiệp
IDF:	International Diabetes Foundation (Liên đoàn đái tháo đường Quốc tế)
IGT:	Impaired Glucose Tolerance (Giảm dung nạp glucose)
IFG	Impaired Fasting Glucose (Rối loạn glucose máu lúc đói)
NC:	Nghiên cứu
NCT:	Người cao tuổi
NVYT:	Nhân viên Y tế
OGTT:	Oral Glucose Tolerance Test (Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống)
SCT:	Sau can thiệp
TCT:	Trước can thiệp
TĐTĐ:	Tiền đái tháo đường
THA:	Tăng huyết áp
TP:	Thành phố
TT-GDSK:	Truyền thông - Giáo dục sức khỏe
TTYT:	Trung tâm Y tế
TYT:	Trạm Y tế
VE:	Vòng eo
VM:	Vòng mông
WHR:	Waist - Hip Ratio – tỷ số vòng eo/vòng mông
WHO:	World Health Organisation (Tổ chức Y tế thế giới)

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là hai bệnh lý mạn tính đồng hành, nhiều nghiên cứu đã khẳng định có mối liên quan chặt chẽ giữa chúng. Hậu quả của bệnh để lại rất nặng nề và khó khắc phục nên các khuyến cáo nhấn mạnh vào mục tiêu chiến lược là dự phòng các cấp dựa trên cơ sở chẩn đoán sớm, phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ của bệnh. Ở nước ta, đã có một số nghiên cứu về THA và ĐTĐ nhưng chủ yếu tập trung ở nhóm người cao tuổi (NCT), các nhóm tuổi khác còn ít được đề cập nghiên cứu, đặc biệt là ở nhóm tuổi trung niên, trong khi đó các hoạt động can thiệp phòng bệnh cần được thực hiện sớm từ lứa tuổi trung niên để giảm tỉ lệ mắc bệnh ở nhóm tuổi cao hơn.

Đông Sơn là huyện đồng bằng thuần nông, tiếp giáp với TP. Thanh Hóa thuộc tỉnh Thanh Hóa. Trong những năm gần đây Đông Sơn có bước phát triển mạnh mẽ về kinh tế - xã hội, tuy nhiên, công tác y tế đang đứng trước những khó khăn, thách thức do tỷ lệ các bệnh không lây nhiễm (BKLN) ngày càng gia tăng, nhất là THA và ĐTĐ. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm các mục tiêu:

***1. Mô tả thực trạng tăng huyết áp, đái tháo đường và xác định một số yếu tố liên quan ở nhóm tuổi trung niên (40 - 59) tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, năm 2013.***

***2. Đánh giá hiệu quả một số biện pháp dự phòng, quản lý người bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường ở nhóm tuổi trung niên (40 - 59) tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa.***

**\* Những đóng góp mới của luận án:**

- Mô tả được thực trạng THA, ĐTĐ và xác định được một số yếu tố liên quan ở nhóm tuổi trung niên (40 - 59) đang sống ở một vùng nông thôn ảnh hưởng bởi đô thị hóa, với nhiều phát hiện mới có giá trị và mang tính đặc thù, là cơ sở để xây dựng các biện pháp can thiệp phòng chống THA, ĐTĐ tại cộng đồng.

- Đánh giá được hiệu quả một số biện pháp dự phòng, quản lý người bệnh THA và ĐTĐ ở nhóm tuổi trung niên tại cộng đồng, các biện pháp can thiệp đơn giản, dễ áp dụng, có tính khả thi cao và có hiệu quả rõ rệt.

\* **Bố cục của luận án:** gồm 139 trang: Đặt vấn đề 2 trang; Chương 1-Tổng quan: 36 trang; Chương 2-Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 28 trang; Chương 3-Kết quả nghiên cứu: 35 trang; Chương 4-Bàn luận: 35 trang; Kết luận: 2 trang; Kiến nghị: 1 trang; 52 bảng; 7 biểu đồ; 3 hình; 5 phụ lục; 150 tài liệu tham khảo (87 tài liệu tiếng Việt, 63 tài liệu tiếng Anh).

## **Chương 1**

### **TỔNG QUAN**

#### **1.1. Thực trạng bệnh tăng huyết áp và bệnh đái tháo đường trên thế giới và tại Việt Nam**

##### ***1.1.1. Thực trạng bệnh tăng huyết áp***

THA đang trở thành một vấn đề thời sự vì sự gia tăng nhanh chóng trong cộng đồng. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), đến cuối năm 2012, đã có 1,5 tỷ người trên thế giới bị THA. Tỷ lệ THA còn gia tăng nhanh chóng ở cả các nước đang phát triển thuộc châu Á, châu Phi. Ở Việt Nam, theo một điều tra năm 2012 của Viện Tim mạch Quốc gia thì tỷ lệ THA của những người từ 25 tuổi trở lên đã là 27,4%.

##### ***1.1.2. Thực trạng bệnh đái tháo đường***

Bệnh ĐTĐ là một trong những bệnh mạn tính phổ biến trên thế giới, đang gia tăng nhanh chóng, đặc biệt đối với các nước đang phát triển. Theo Liên đoàn đái tháo đường thế giới (IDF), năm 2011 số người bị ĐTĐ trên toàn thế giới là 366 triệu người, dự đoán sẽ tăng lên 552 triệu người vào năm 2030. Ở Việt Nam tỉ lệ ĐTĐ cũng tăng lên rõ rệt trong những năm gần đây. Năm 2012, tỷ lệ mắc ĐTĐ nhóm 30 - 64 tuổi toàn quốc là 5,4% và tỷ lệ rối loạn dung nạp glucose là 12,8%.

## **1.2. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp và đái tháo đường**

### **1.2.1. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp**

Tuổi, cân nặng, giới tính, ăn nhiều muối, uống nhiều rượu, ít hoạt động thể lực, hút thuốc lá...

### **1.2.2. Một số yếu tố liên quan đến đái tháo đường**

Tuổi, giới tính, yếu tố di truyền, hành vi lối sống và các điều kiện môi trường, các yếu tố nguy cơ của ĐTĐ thai kỳ, Béo phì, tăng huyết áp, giảm dung nạp glucose (tiền ĐTĐ)...

## **1.3. Một số mô hình quản lý người bệnh tăng huyết áp và người bệnh đái tháo đường tại cộng đồng**

### **1.3.1. Các can thiệp kiểm soát tăng huyết áp tại cộng đồng**

\* *Các can thiệp về kiểm soát tăng huyết áp trên thế giới:*

- Can thiệp giáo dục sức khỏe nâng cao nhận thức của cộng đồng
- Dự án lồng ghép kiểm soát THA trong CSSKBĐ
- Can thiệp về thể lực: aerobic mức độ nhẹ ...

\* *Các can thiệp về quản lý người bệnh tăng huyết áp tại Việt Nam:*

- Đánh giá công tác GDSK về THA tại TYT
- Quản lý bệnh nhân THA ngoại trú ngành bưu điện
- Can thiệp quản lý, theo dõi, phát hiện THA ở NCT ...

### **1.3.3. Mô hình can thiệp cộng đồng phòng chống đái tháo đường**

\* *Các mô hình trên thế giới:*

- WHO khuyến cáo chiến lược về chế độ ăn kiêng, vận động thể lực
- Thiết lập chương trình theo dõi liên quan đến béo phì, dinh dưỡng
- Kết hợp chế độ ăn và tập thể dục cũng như điều trị bằng thuốc
- Sử dụng Metformin cho những cá thể có nguy cơ cao ĐTĐ...

\* *Tại Việt Nam:*

- Can thiệp thay đổi lối sống ở người tiền ĐTĐ
- Can thiệp lối sống dựa vào cộng đồng phòng chống ĐTĐ typ 2...

## Chương 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

##### 2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Những người ở nhóm tuổi 40 - 59 tuổi (ngày sinh từ 01/5/1954 đến 01/5/1973), không phân biệt giới tính thuộc huyện Đông Sơn, Thanh Hóa.
- Toàn bộ viên chức y tế xã, NVYT thôn tại địa bàn nghiên cứu
- Trạm y tế xã: Cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế, thuốc...

##### 2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

Tại 4/16 xã, thị trấn của huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, gồm: Đông Hoàng, Đông Khê, Đông Quang và Đông Yên.

##### 2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2013 - 12/2014

- Giai đoạn 1: nghiên cứu thực trạng, từ 1/2013 - 5/2013
- Giai đoạn 2: nghiên cứu can thiệp, từ tháng 6/2013 - 12/2014.

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

##### 2.2.1. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

\* *Cỡ mẫu, cách chọn mẫu mô tả cắt ngang:*

- *Cỡ mẫu nghiên cứu mô tả cắt ngang:*

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p \cdot (1-p)}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

*Trong đó:*

n: là cỡ mẫu tối thiểu của người trung niên (40 - 59 tuổi)

Z: là hệ số tin cậy, với ngưỡng xác suất  $\alpha = 5\%$ ,  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

$\varepsilon$ : Độ chính xác tương đối, lấy  $\varepsilon = 0,12$

p: Tỷ lệ hiện mắc THA, mắc ĐTD của đối tượng từ 40 - 59 tuổi. Qua nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ THA bao giờ cũng cao hơn tỷ lệ ĐTD. Để có cỡ mẫu đủ lớn đại diện cho 2 nhóm đối tượng, chúng tôi chọn p là tỷ lệ mắc tiền ĐTD và ĐTD của nhóm từ 40 - 59 tuổi. Theo kết quả nghiên cứu



của Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2012, tỉ lệ tiền ĐTĐ và ĐTĐ của nhóm 40 - 59 tuổi là 19,1%, do đó  $p = 0,191$ .

Thay các giá trị vào công thức, tính được  $n = 1.130$ , lấy 5% dự phòng bỏ cuộc,  $n = 1.187$ , làm tròn số, cỡ mẫu nghiên cứu là 1.200 người. Trên thực tế đã điều tra 300 người/xã, tổng số đối tượng đã được điều tra nghiên cứu là:  $300 \text{ người} \times 4 \text{ xã} = 1.200 \text{ người}$ .

- *Phương pháp chọn mẫu mô tả cắt ngang:*

Chọn 4 xã của huyện Đông Sơn theo phương pháp ngẫu nhiên đơn. Cỡ mẫu được phân bổ đều cho 4 xã, mỗi xã 300 người. Tại mỗi xã chọn đối tượng nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

\* *Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang:*

- Phỏng vấn trực tiếp

- Khám lâm sàng, làm xét nghiệm, đo một số chỉ số nhân trắc

### **2.2.2. Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có nhóm đối chứng**

\* *Cỡ mẫu, cách chọn mẫu nghiên cứu can thiệp cộng đồng:*

- *Cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp cộng đồng:*

$$n = \frac{\left\{ z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right\}^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

*Trong đó:*

$n$ : là cỡ mẫu tối thiểu của người trung niên;  $\alpha = 0,05$ ;  $\beta = 0,02$ .

$Z$ : là hệ số tin cậy, với ngưỡng xác suất  $\alpha = 5\%$ ,  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

$p_1$ : Là tỷ lệ người bệnh ĐTĐ (40 - 59 tuổi) có kiến thức đạt yêu cầu trước can thiệp, theo kết quả nghiên cứu tại huyện Cầu Ngang, tỉnh Trà Vinh, năm 2012 tỷ lệ này là 24,0%, lấy  $p_1 = 0,24$ .

$p_2$ : Là tỷ lệ người bệnh ĐTĐ (40 - 59 tuổi) có kiến thức đạt yêu cầu sau can thiệp, tỷ lệ mong muốn là 40,0%,  $p_2 = 0,40$ .

Thay các giá trị vào công thức, tính được  $n = 270$  người, thêm 10% dự phòng bỏ cuộc, có  $n = 297$  người, làm tròn số  $n = 300$  người. Trên thực tế đã điều tra 300 người ở xã can thiệp và 300 người ở xã đối chứng.

*\* Phương pháp chọn mẫu can thiệp cộng đồng:*

Trong số 4 xã nghiên cứu cắt ngang, chọn chủ đích 2 xã không tiếp giáp nhau, có điều kiện tương đồng nhất làm địa điểm can thiệp và đối chứng. Kết quả đã chọn được xã Đông Hoàng là xã can thiệp và xã Đông Yên là xã đối chứng. Tất cả các đôi tượng đã tham gia nghiên cứu cắt ngang của hai xã này được mời tham gia nghiên cứu can thiệp. Trên thực tế không có đôi tượng bỏ cuộc, nên đôi tượng trước và sau can thiệp ở xã can thiệp và xã đối chứng là hoàn toàn như nhau.

*- Phương pháp nghiên cứu can thiệp cộng đồng:*

- + Xây dựng các biện pháp can thiệp
- + Triển khai thực nghiệm các biện pháp can thiệp
- + Đánh giá hiệu quả can thiệp

*\* Nhóm chỉ số đánh giá hiệu quả can thiệp:*

- Nhóm chỉ số đánh giá về hoạt động quản lý người bệnh
- Nhóm chỉ số đánh giá hiệu quả giảm các nguy cơ
- Nhóm chỉ số giảm tỷ lệ mắc THA, ĐTĐ, một số chỉ số nhân trắc.

## **2.3. Nội dung và chỉ số trong nghiên cứu**

### **2.3.1. Nội dung phỏng vấn đối tượng nghiên cứu**

- Thông tin cá nhân; nhu cầu và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế
- Kiến thức chung về BKLN, kiến thức về bệnh THA, ĐTĐ
- Tiền sử về bệnh THA, ĐTĐ; về lối sống và thói quen...

### **2.3.2. Nội dung đo chỉ số nhân trắc, khám lâm sàng và xét nghiệm**

*\* Đo chỉ số nhân trắc:*

- Đo chiều cao, cân nặng
- Tính chỉ số BMI = trọng lượng cơ thể (kg)/[chiều cao (m)]<sup>2</sup>
- Đo vòng eo (VE), vòng hông (VM),  $WHR = VE/VM$

\* *Khám lâm sàng*: Đo huyết áp

\* *Xét nghiệm đường huyết*: Bằng phương pháp làm test nhanh

### **2.3.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán và xác định các yếu tố nguy cơ**

- Tăng huyết áp: Áp dụng phân loại THA ở người lớn theo JNC-7 và quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 của Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị THA.

- Đái tháo đường: Dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ và rối loạn đường huyết của WHO năm 1999 và quyết định 3280/QĐ-BYT ngày 9/9/2011 của Bộ Y tế, về tiêu chuẩn sàng lọc tại cộng đồng.

- VE tăng khi: ở nam giới  $\geq 90$  cm; ở nữ giới  $\geq 80$  cm.

- WHR tăng khi: ở nam giới  $\geq 0,95$ ; ở nữ giới  $\geq 0,85$ .

- Thừa cân: BMI  $\geq 23$  đến  $< 25$  kg/m<sup>2</sup>; béo phì: BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>.

### **2.4. Xử lý và phân tích số liệu**

- Số liệu được xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 13.0

- Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến

- Sử dụng các thuật toán thống kê y sinh học

### **2.5. Các biện pháp khống chế sai số**

- Các phiếu điều tra được thiết kế sau đó tiến hành điều tra thử.

- Tập huấn điều tra viên và giám sát viên trước khi thực hiện.

- Tổ chức giám sát, kiểm tra lại ngẫu nhiên 10% số phiếu.

### **2.6. Khía cạnh đạo đức nghiên cứu**

- Đề cương nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức y học thông qua.

- Đề tài chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng.

- Nghiên cứu tiến hành với sự tham gia tự nguyện của các đối tượng.

### **2.7. Tổ chức thực hiện và lực lượng tham gia**

- Phối hợp chặt chẽ với chính quyền và y tế địa phương. Theo dõi, giám sát chặt chẽ trong quá trình nghiên cứu.

- Lực lượng tham gia: nghiên cứu sinh, viên chức y tế của BVĐK huyện, TTYT huyện và các TYT xã, cán bộ Sở Y tế, cán bộ hướng dẫn.

## Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp, đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu

#### 3.1.1. Một số đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu

Tổng số đối tượng nghiên cứu là 1.200 người thuộc nhóm tuổi trung niên (40 - 59 tuổi). Trong đó, nhóm 50 - 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm 40 - 49 tuổi (54,7% so với 45,3%), tỷ lệ nữ cao hơn nam (57,4% so với 42,6%), đại đa số (89,5%) đối tượng là nông dân, có 15,2% đối tượng thuộc diện nghèo/cận nghèo.

#### 3.1.2. Thực trạng tăng huyết áp, đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu

*Bảng 3.5. Tình trạng THA qua kết quả đo HA cho đối tượng NC*

Tình trạng tăng huyết áp	Nam (n = 511)		Nữ (n= 689 )		Chung (n = 1200)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Không tăng	111	21,7	285	41,4	396	33,0	0,000
Tiền THA	271	53,0	297	43,1	568	47,3	0,001
THA giai đoạn I	92	18,0	78	11,3	170	14,2	0,001
THA giai đoạn II	37	7,2	29	4,2	66	5,5	0,023

Tỷ lệ tiền THA là 47,3%, THA giai đoạn 1 là 14,2%, THA giai đoạn 2 là 5,5%, các tỷ lệ này ở nam đều cao hơn nữ, với  $p < 0,05$  và  $p < 0,001$ .

*Bảng 3.7. Kết quả test nhanh đường huyết của đối tượng NC*

Kết quả test nhanh	Nam (n = 511)		Nữ (n= 689 )		Chung (n = 1200)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bình thường	420	82,1	581	84,3	1001	83,4	0,326
Tiền ĐTĐ	68	13,4	80	11,6	148	<b>12,3</b>	0,377
Đái tháo đường	23	4,5	28	4,1	51	<b>5,3</b>	0,711

Có 12,3% đối tượng bị tiền ĐTĐ, tỷ lệ này ở nam cao hơn nữ (13,4% so với 11,6%), với  $p > 0,05$ . Tỷ lệ đối tượng bị ĐTĐ là 5,3%, tỷ lệ này ở nam cao hơn nữ (4,5% so với 4,1%),  $p > 0,05$ .

### 3.1.3. Thực trạng kiến thức và thực hành về phòng chống bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.9. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về THA (n = 1.200)

	Nội dung	SL	%
1. Biểu hiện của THA	Nhức đầu, chóng mặt	756	63,0
	Cảm giác nóng bừng mặt	273	22,8
	Không có biểu hiện gì	409	34,1
	Khác	18	1,5
	Không biết/không trả lời	363	30,3
2. Cần thiết kiểm tra HA định kỳ	Có	975	81,3
	Không	222	18,5
	Không biết/không trả lời	3	0,2
3. Hiểu biết về thời gian kiểm tra HA định kỳ	≤ 6 tháng/lần	801	82,1
	Trên 6 tháng - 1 năm/lần	135	13,8
	Trên 1 năm/lần	7	0,7
	Không biết//Không trả lời	33	3,4
4. Biến chứng của THA	Biến chứng tim	192	16,0
	Biến chứng thận	84	7,0
	Biến chứng não	659	54,9
	Biến chứng mắt	60	5,0
	Biến chứng về mạch máu	45	3,8
	Không biết/Không trả lời	477	39,8
5. Các biện pháp điều trị bệnh THA	Dùng thuốc	471	39,3
	Tập thể dục	203	16,9
	Chế độ ăn	381	31,8
	Thay đổi lối sống	129	10,8
	Không biết/Không trả lời	509	42,4
6. Hạn chế hoạt động thể lực khi bị THA	Có	254	21,2
	Không	730	60,8
	Không biết/không trả lời	216	18,0
7. Kiến thức chung về THA	Đạt < 3 câu	454	37,8
	Đạt từ 3 – 5 câu	736	61,4
	Đạt 6 câu	10	0,8

Kiến thức chung về THA còn rất hạn chế, chỉ có 0,8% đối tượng đạt cả 6 câu, 61,4% đối tượng đạt từ 3 - 5 câu, còn lại 37,7% đối tượng chỉ đạt dưới 3 câu.

Bảng 3.10. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về bệnh ĐTĐ (n = 1200)

	<b>Nội dung</b>	<b>SL</b>	<b>%</b>
1. Triệu chứng của bệnh ĐTĐ	Mệt mỏi, sút cân	376	<b>31,3</b>
	Ăn, uống nhiều, đái nhiều	222	<b>18,5</b>
	Nước tiểu có kiến, ruồi bâu	206	<b>17,2</b>
	Có thể không có triệu chứng	197	16,4
	Khác	5	0,4
	Không biết/không trả lời	637	53,1
2. Các biến chứng của bệnh ĐTĐ	Bệnh tim mạch	177	<b>14,8</b>
	Tai biến mạch máu não	86	7,2
	Bệnh mắt	115	<b>9,6</b>
	Bệnh thận/Suy thận	145	<b>12,1</b>
	Viêm, loét bàn chân	70	5,8
	Viêm thần kinh ngoại biên	37	3,1
	V.thương lâu lành, dễ nhiễm trùng	34	2,8
	Không biết/không trả lời	873	72,8
3. Các phương pháp điều trị bệnh ĐTĐ	Điều chỉnh chế độ ăn	490	<b>40,8</b>
	Rèn luyện thể lực	139	11,4
	Không uống rượu/bia	167	<b>13,9</b>
	Không hút thuốc lá/lào	104	8,7
	Xét nghiệm đường máu định kỳ	441	36,8
	Dùng thuốc	146	<b>12,2</b>
	Không biết/Không trả lời	511	42,6
4. Chế độ ăn dành cho người ĐTĐ	Hạn chế đồ ngọt, tinh bột	350	<b>29,2</b>
	Không ăn đồ ăn nhiều mỡ	202	16,8
	Ăn kiêng	824	<b>68,7</b>
	Ăn nhiều rau, quả	208	17,3
	Không nhịn ăn, bỏ bữa	525	<b>43,8</b>
	Không biết/Không trả lời	259	21,6
5. Kiến thức chung về ĐTĐ	Đạt <2 câu	808	67,3
	Đạt từ 2 – 3 câu	385	32,1
	Đạt 4 câu	7	0,6

Kiến thức chung về bệnh ĐTĐ với các nội dung: các triệu chứng, các biến chứng, các phương pháp điều trị, chế độ ăn còn rất hạn chế: chỉ có 0,6% đối tượng đạt cả 4 câu, 32,1% đối tượng đạt từ 2 - 3 câu, còn lại 67,3% đối tượng chỉ đạt dưới 2 câu.

*Bảng 3.11. Thực trạng sử dụng thuốc lá, thuốc Lào của đối tượng nghiên cứu (n = 1200)*

Nhóm tuổi	Nam (n <sub>1</sub> )		Nữ (n <sub>2</sub> )		Tổng (n=n <sub>1</sub> + n <sub>2</sub> )	
	SL	%	SL	%	SL	%
Từ 40 - 49 tuổi (n <sub>1</sub> = 221, n <sub>2</sub> = 322)	149	67,4	0	-	149	27,4
Từ 50 - 59 tuổi (n <sub>1</sub> = 290, n <sub>2</sub> = 367)	193	66,6	4	1,1	197	30,0
Cộng (n <sub>1</sub> = 511, n <sub>2</sub> = 689)	342	<b>66,9</b>	4	<b>0,6</b>	346	<b>28,8</b>
<b>p (χ<sup>2</sup>)</b>	0,060		0,836		0,333	

Tỷ lệ hút thuốc chung của nhóm tuổi trung niên là 28,8%, trong đó tỷ lệ này ở nam cao hơn rất nhiều so với nữ (66,9% so với 0,6%). Tỷ lệ hút thuốc ở nhóm từ 50 - 59 tuổi cao hơn ở nhóm tuổi 40 - 49 (30,0% so với 27,4%). Tuy nhiên, tỷ lệ hút thuốc ở nam giới cả 2 nhóm tuổi là rất cao và tương đương nhau (67,4% và 66,6%), với p>0,05.

*Bảng 3.13. Thực trạng uống rượu, bia của đối tượng NC (n=1200)*

Tình trạng	Nam		Nữ		Chung	
	40-49 SL(%)	50-59 SL(%)	40-49 SL(%)	50-59 SL(%)	40-49 SL(%)	50-59 SL(%)
- Hiện có uống	179 (81,0)	226 (77,9)	12 (3,7)	27 (7,4)	191 (35,1)	253 (38,5)
- Hiện không uống	14 (6,3)	22 (7,6)	7 (2,2)	13 (3,5)	21 (3,9)	35 (5,3)
- Chưa hề uống	28 (12,7)	42 (14,5)	303 (94,1)	327 (89,1)	331 (61,0)	369 (56,2)
- Cộng	221 (100)	290 (100)	322 (100)	367 (100)	543 (100)	657 (100)
<b>p</b>	0,695		0,062		0,181	

Tình trạng sử dụng rượu bia trong 30 ngày trước điều tra như sau: tỷ lệ có uống rượu bia ở nhóm từ 50 - 59 tuổi cao hơn nhóm 40 - 49 tuổi (38,5% so với 35,1%). Tỷ lệ này của nam ở cả 2 nhóm tuổi đều cao hơn ở nữ rất nhiều (77,9% và 81,0% so với 7,4% và 3,7%).

Bảng 3.14. Thực trạng ăn rau, quả của đối tượng nghiên cứu (n =1200)

Tình trạng ăn rau, quả	Nam		Nữ		Tổng	
	40-49 SL(%)	50-59 SL(%)	40-49 SL(%)	50-59 SL(%)	40-49 SL(%)	50-59 SL(%)
- Không ăn	10 (4,5)	21 (7,2)	12 (3,7)	15 (4,1)	22 (4,1)	36 (5,5)
- Ăn 1 - 4 suất/ngày	169 (76,5)	225 (77,6)	226 (70,2)	265 (72,2)	395 (72,7)	490 (74,6)
- Ăn $\geq$ 5 suất/ngày	25 (11,3)	29 (10,0)	51 (15,8)	50 (13,6)	76 (14,0)	79 (12,0)
-Không biết/không trả lời	17 (7,7)	15 (5,2)	33 (10,3)	37 (10,1)	50 9,2	52 (9,7)
Cộng	221 (100)	290 (100)	322 (100)	367 (100)	543 (100)	657 (100)
<b>p</b>	0,695		0,434		0,327	

Tỷ lệ người trung niên ở 2 nhóm (40 - 49 tuổi và 50 - 59 tuổi) ăn rau, quả từ 5 suất trở lên/ngày là 14,0% và 12,0%, từ 1 - 4 suất/ngày là 72,7% và 74,6%. Tuy nhiên vẫn có 4,1% và 5,5% đối tượng không ăn rau, quả. Các tỷ lệ trên phân bố tương đối đồng đều ở 2 nhóm tuổi, ở nam và nữ.

### 3.1.4. Một số yếu tố liên quan tới THA và ĐTD ở nhóm tuổi trung niên

Bảng 3.16. Chỉ số khối cơ thể, vòng eo/vòng hông của đối tượng NC

Nội dung	Nam (n = 511)		Nữ (n = 689)		Chung (n = 1200)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
<b>1. Chỉ số khối cơ thể (BMI):</b>							
- Không tăng	405	79,2	533	77,3	938	78,2	0,635
- Thừa cân	75	14,7	103	14,9	178	<b>14,8</b>	
- Béo phì độ 1	28	5,5	51	7,4	79	<b>6,5</b>	
- Béo phì độ 2	2	0,4	1	0,2	3	0,3	
- Béo phì độ 3	1	0,2	1	0,2	2	0,2	
<b>2. Vòng eo:</b>							
- Tăng hơn BT	18	3,5	118	17,1	136	<b>11,3</b>	0,000
- Bình thường	493	96,5	571	82,9	1064	88,7	
<b>3. Tỷ số vòng eo/vòng hông:</b>							
- Tăng hơn BT	28	5,5	262	38,0	290	<b>24,2</b>	0,000
- Bình thường	483	94,5	427	62,0	910	75,8	



Có 14,8% đối tượng ở mức thừa cân, 6,5% đối tượng béo phì độ 1, tỷ lệ đối tượng béo phì độ 2 và độ 3 là (0,3% và 0,2%). Có 11,3% đối tượng có vòng eo tăng hơn bình thường. Có 24,2% đối tượng có tỷ số vòng eo/vòng hông tăng hơn bình thường.

*Bảng 3.21. Mô hình hồi quy logistic xác định một số yếu tố liên quan tới tình trạng mắc THA (n=1200)*

Yếu tố	Mức tăng huyết áp	
	OR	CI <sub>95%</sub>
<b>1. Giới tính</b>		
- Nữ	1	-
- Nam	2,03	1,27 - 3,23
<b>2. Nhóm tuổi</b>		
- Từ 40 - 49 tuổi	1	-
- Từ 50 - 59 tuổi	1,88	1,34 - 2,57
<b>3. Công việc chính</b>		
- Nông dân	1	-
- Nhân viên văn phòng	1,39	0,74 - 2,61
- Các nghề khác	2,07	1,17 - 3,64
<b>4. Tình trạng kinh tế HGD</b>		
- Nghèo và cận nghèo	1	-
- Trung bình trở lên	1,00	0,65 - 1,53
<b>5. Tình trạng béo phì (theo BMI)</b>		
- Bình thường	1	-
- Thừa cân, béo phì	2,04	1,45 - 2,53
<b>6. Chỉ số vòng eo/mông</b>		
- Bình thường	1	-
- Tăng hơn BT	1,52	1,03 - 2,24
<b>7. Hành vi uống rượu bia</b>		
- Uống <1 ngày/tuần + chưa uống	1	-
- Uống từ 1 ngày/tuần trở lên	1,16	0,76 - 1,76
<b>8. Hút thuốc</b>		
- Không hút, không hút hàng ngày	1	-
- Hút hàng ngày	0,93	0,60 - 1,46
<b>9. Chất béo dùng nấu ăn</b>		
- Dầu thực vật	1	-
- Mỡ động vật	0,83	0,60 - 1,15

Yếu tố	Mức tăng huyết áp	
	OR	CI <sub>95%</sub>
<b>10. Mức độ hoạt động thể lực</b>		
- Hoạt động thể lực thấp	1	-
- Hoạt động thể lực TB	0,93	0,67 - 1,30
- Hoạt động thể lực cao	1,35	0,85 - 2,16
<b>11. Kiến thức về bệnh THA</b>		
- Kiến thức không đạt	1	-
- Kiến thức đạt	0,82	0,60 - 1,13
<b>12. Kiến thức về bệnh không lây nhiễm</b>		
- Kiến thức không đạt	1	-
- Kiến thức đạt	1,17	0,82 - 1,66
<b>13. Tình trạng rối loạn đường huyết</b>		
- Không RL đường huyết	1	-
- RL đường huyết	1,15	0,78 - 1,68

Kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy nếu đã khống chế yếu tố nhiễu và các yếu tố trong mô hình là không đổi thì xác suất mắc THA của nam cao hơn gấp 2,03 lần (CI<sub>95%</sub>= 1,27 - 3,23). Những người thuộc nhóm 50 - 59 tuổi có xác suất mắc THA cao gấp 1,88 lần (CI<sub>95%</sub>= 1,34 - 2,57). Những người làm nghề khác (như công việc không chính thức, lao động tự do...) có xác suất mắc THA cao gấp 2,07 lần (CI<sub>95%</sub>= 1,17 - 3,64) so với những người làm nông dân. Những người thừa cân béo phì và có chỉ số vòng eo/mông cao hơn bình thường có xác suất mắc THA cao tương ứng gấp 2,04 (CI<sub>95%</sub>= 1,45 - 2,53) và 1,52 (CI<sub>95%</sub>= 1,03 - 2,24) lần so với những người bình thường. Tuy nhiên, chưa tìm thấy mối liên hệ rõ ràng giữa tình trạng THA và hành vi uống rượu bia, hút thuốc, dùng mỡ động vật nấu ăn, hoạt động thể lực thấp, kiến thức về bệnh THA, bệnh không lây nhiễm và tình trạng rối loạn đường huyết.

Bảng 3.26. Mô hình hồi quy logistic xác định một số yếu tố liên quan tới tình trạng mắc đái tháo đường ở nhóm tuổi trung niên (n=1200)

Yếu tố	Mắc đái tháo đường	
	OR	CI <sub>95%</sub>
<b>1. Giới tính:</b>		
- Nữ	1	-
- Nam	1,28	0,78 - 2,09
<b>2. Nhóm tuổi:</b>		
- Từ 40 - 49 tuổi	1	-
- Từ 50 - 59 tuổi	1,23	0,9 - 1,68
<b>3. Công việc chính:</b>		
- Nông dân	1	-
- Nhân viên văn phòng	0,87	0,42 - 1,81
- Các nghề khác	0,95	0,49 - 1,84
<b>4. Tình trạng kinh tế HGD:</b>		
- Nghèo và cận nghèo	1	-
- Trung bình trở lên	1,05	0,68 - 1,62
<b>5. Tình trạng béo phì (theo BMI):</b>		
- Bình thường	1	-
- Thừa cân, béo phì	1,05	0,72 - 1,53
<b>6. Chỉ số vòng eo/mông:</b>		
- Bình thường	1	-
- Tăng hơn bình thường	1,25	0,85 - 1,86
<b>7. Hành vi uống rượu bia</b>		
- Uống <1 ngày/tuần + chưa uống	1	-
- Uống từ 1 ngày/tuần trở lên	1,21	0,76 - 1,93
<b>8. Hút thuốc:</b>		
- Không hút, không hút hàng ngày	1	-
- Hút hàng ngày	0,87	0,53 - 1,42
<b>9. Chất béo dùng nấu ăn:</b>		
- Dầu thực vật	1	-
- Mỡ động vật	1,16	0,82 - 1,64
<b>10. Mức độ hoạt động thể lực:</b>		
- Hoạt động thể lực thấp	1	-
- Hoạt động thể lực trung bình	1,30	0,92 - 1,82
- Hoạt động thể lực cao	0,94	0,55 - 1,61

Yếu tố	Mức đái tháo đường	
	OR	CI <sub>95%</sub>
<b>11. Kiến thức về bệnh ĐTD:</b>		
- Kiến thức không đạt	1	-
- Kiến thức đạt	1,01	0,91 - 1,13
<b>12. Kiến thức về bệnh không lây nhiễm</b>		
- Kiến thức không đạt	1	-
- Kiến thức đạt	1,22	0,83 - 1,78

Kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy khi các yếu tố được điều chỉnh, không có yếu tố nào thực sự rõ ràng cho thấy có mối liên quan tới tình trạng mắc ĐTD ở nhóm tuổi trung niên. Tuy nhiên, có xu hướng tăng tỷ lệ mắc ĐTD ở nhóm đối tượng là nam giới; nhóm 50 - 59 tuổi; nhân viên văn phòng; thừa cân béo phì... với OR từ 1,05 - 1,52.

### 3.2. Hiệu quả một số biện pháp dự phòng, quản lý bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường ở nhóm tuổi trung niên

#### 3.2.1. Sự thay đổi về tỷ lệ mắc tăng huyết áp, đái tháo đường và một số chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp

Bảng 3.30. Hiệu quả giảm tỷ lệ thừa cân, béo phì và tỷ lệ mắc tăng huyết áp, đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu.

Đơn vị tính: %

BMI	Xã can thiệp (n = 300)			Xã đối chứng (n = 300)			HQCT
	TCT	SCT	CSHQ	TCT	SCT	CSHQ	
<b>1. Thừa cân béo phì:</b>							
- Thừa cân	16,7	12,7	24,0	12,0	20,3	69,2	93,2
- Béo phì	9,0	8,7	3,3	8,3	7,7	7,2	- 3,9
<b>2. Mức tiền ĐTD và ĐTD:</b>							
- Tiền ĐTD	13,0	4,0	69,2	5,7	20,3	256,1	325,4
- Đái tháo đường	4,7	3,3	29,8	2,7	2,3	14,8	15,0
<b>3. Mức tiền THA và THA:</b>							
- Tiền THA	45,7	39,3	14,0	44,3	44,0	0,7	13,3
- THA giai đoạn 1	15,3	11,3	26,1	15,3	19,3	26,1	52,3
- THA giai đoạn 2	4,3	4,0	7,0	8,4	6,4	23,8	- 16,8

Sau can thiệp tỷ lệ đối tượng mắc thừa cân, béo phì giảm hơn trước can thiệp (12,7% và 8,7% so với 16,7% và 9,0%). Tuy nhiên, tỷ lệ đối tượng béo phì sau can thiệp vẫn cao hơn nhóm chứng (8,7% so với 7,7%). Tỷ lệ đối tượng mắc tiền ĐTĐ và ĐTĐ giảm hơn trước can thiệp và giảm hơn so với đối chứng, HQCT đạt 325,4% và 15,0%. Tỷ lệ đối tượng mắc tiền THA và THA giai đoạn 1 đều giảm hơn trước can thiệp và giảm hơn so với đối chứng, HQCT đạt 13,3% và 52,3%. Tuy nhiên tỷ lệ đối tượng mắc THA giai đoạn 2 có giảm hơn trước can thiệp (4,0% so với 4,3%) nhưng so với đối chứng mức độ giảm thấp hơn, do đó CSHQ ở xã can thiệp thấp hơn xã đối chứng.

### 3.2.2. Hiệu quả thay đổi kiến thức và thực hành của đối tượng nghiên cứu về phòng chống tăng huyết áp, đái tháo đường

Bảng 3.37. Hiệu quả thay đổi kiến thức của đối tượng nghiên cứu về triệu chứng, biến chứng và cách điều trị bệnh tăng huyết áp

Đơn vị tính: %

Chỉ số	Xã can thiệp (n = 300)			Xã đối chứng (n = 300)			HQCT
	TCT	SCT	CSHQ	TCT	SCT	CSHQ	
Hiểu đúng về triệu chứng của THA	48,3	70,3	45,5	38,7	50,3	30,0	15,6
Biến chứng của THA	4,7	62,0	1219,1	5,3	18,3	245,3	973,9
Hiểu đúng cách điều trị THA	1,0	19,3	1830,0	1,0	3,0	200,0	1630,0

Sau can thiệp tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức đúng về triệu chứng, biến chứng và cách điều trị bệnh THA có cải thiện rõ rệt so với trước can thiệp và so với đối chứng, hiệu quả can thiệp đạt từ 15,6% - 1630,0%. Tuy nhiên ngay cả nhóm can thiệp, tỷ lệ cải thiện khi so sánh tỷ lệ trước - sau can thiệp vẫn cách xa mục tiêu, nhất là tỷ lệ hiểu đúng cách điều trị mới đạt 19,3%.

*Bảng 3.39. Hiệu quả thay đổi kiến thức của đối tượng nghiên cứu về triệu chứng, biến chứng và phương pháp điều trị bệnh đái tháo đường*

*Đơn vị tính: %*

<i>Chỉ số</i>	<i>Xã can thiệp (n = 300)</i>			<i>Xã đối chứng (n = 300)</i>			<i>HQCT</i>
	<i>TCT</i>	<i>SCT</i>	<i>CSHQ</i>	<i>TCT</i>	<i>SCT</i>	<i>CSHQ</i>	
- Hiểu đúng về triệu chứng bệnh ĐTD	11,0	56,7	415,5	10,0	12,7	27,0	388,5
- Hiểu đúng về biến chứng của bệnh ĐTD	0,3	38,0	12566,7	4,7	9,7	106,4	12460,3
- Hiểu đúng về các phương pháp điều trị ĐTD	8,0	59,0	637,5	7,3	16,7	128,8	508,7

Sau can thiệp tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức đúng về triệu chứng, biến chứng và phương pháp điều trị bệnh ĐTD có cải thiện rõ rệt so với trước can thiệp và so với đối chứng, CSHQ đạt từ 388,5% - 12460,3%. Sau 1 năm tỷ lệ người hiểu đúng về các triệu chứng bệnh, biến chứng và phương pháp điều trị ĐTD vẫn còn thấp xa so với mục tiêu.

*Bảng 3.40. Hiệu quả thay đổi hành vi hút thuốc và uống rượu, bia của đối tượng nghiên cứu*

*Đơn vị tính: %*

<i>Chỉ số</i>	<i>Xã can thiệp (n = 300)</i>			<i>Xã đối chứng (n = 300)</i>			<i>HQCT</i>
	<i>TCT</i>	<i>SCT</i>	<i>CSHQ</i>	<i>TCT</i>	<i>SCT</i>	<i>CSHQ</i>	
- Tỷ lệ đối tượng hiện có hút thuốc lá, thuốc lào	32,0	27,0	15,6	28,7	26,3	8,4	7,2
- Tỷ lệ đối tượng uống rượu, bia ít nhất 1 ngày/tuần	23,7	17,3	27,0	30,3	22,3	26,4	0,6

Tỷ lệ đối tượng hiện hút thuốc giảm hơn trước can thiệp (27,0% so với 32,0%) tuy nhiên vẫn còn cao tương đương với nhóm đối chứng (28,7%

so với 26,3%). Tỷ lệ đối tượng uống rượu bia ít nhất 1 ngày/tuần giảm hơn so với trước can thiệp (17,3% so với 23,7%) và giảm hơn so với đối chứng (22,3% so với 30,3%).

*Bảng 3.41. Hiệu quả thay đổi hành vi ăn rau, quả và hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu*

*Đơn vị tính: %*

<i>Chỉ số</i>	<i>Xã can thiệp (n = 300)</i>			<i>Xã đối chứng (n = 300)</i>			<i>HQCT</i>
	<i>TCT</i>	<i>SCT</i>	<i>CSHQ</i>	<i>TCT</i>	<i>SCT</i>	<i>CSHQ</i>	
- Tỷ lệ đối tượng ăn từ 5 suất rau, quả/ngày trở lên	15,7	29,0	84,7	14,7	16,7	13,6	73,5
- Tỷ lệ đối tượng có mức độ hoạt động thể lực thấp	49,7	45,3	8,9	44,7	43,3	3,1	5,8

Tỷ lệ đối tượng ăn từ 5 suất rau, quả/ngày trở lên có cải thiện rõ rệt so với trước can thiệp (29,0% so với 15,7%) và so với đối chứng (29,0% so với 16,7%). Tỷ lệ đối tượng có mức độ hoạt động thể lực thấp, giảm hơn so với trước can thiệp (45,3% so với 49,7%), HQCT chỉ đạt 5,8%.

## **Chương 4 BÀN LUẬN**

### **4.1. Về thực trạng và một số yếu tố liên quan đến THA, ĐTD ở nhóm tuổi trung niên tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, năm 2013**

*\* Về một số đặc điểm cá nhân của đối tượng nghiên cứu:*

Trong nghiên cứu này đối tượng nghiên cứu được chọn là nhóm tuổi trung niên (40 - 59 tuổi), không phân biệt giới tính. Đây chưa phải là nhóm NCT, nhưng họ là những người sẽ thuộc vào nhóm NCT trong một tương lai gần, có khi chỉ một vài năm tới. Nhóm tuổi này do chịu tác động của nhiều yếu tố phơi nhiễm nên có nguy cơ cao, có thể đã mắc một số bệnh mạn tính nhất là các BKLN, mà đặc biệt là THA và ĐTD. Việc phát hiện sớm những người có nguy cơ cao, từ đó can thiệp các giải pháp phòng

bệnh, ngăn chặn tình trạng tiến triển thành bệnh ở độ tuổi cao hơn. Đó cũng là lý do mà chúng tôi chọn những người trong nhóm tuổi này để nghiên cứu. Tổng số đối tượng được điều tra nghiên cứu là 1.200 người được phân bố đều cho 4 xã thuộc huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa.

*\* Về Tỷ lệ THA và ĐTD của đối tượng trung niên*

Về tỷ lệ mắc THA, kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ đối tượng bị tiền THA là 47,3%, THA giai đoạn 1 là 14,2%, THA giai đoạn 2 là 5,5%. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Cục Quản lý khám chữa bệnh, năm 2012. Tuy nhiên, so với các nước trong khu vực thì THA ở Việt Nam thấp hơn nhưng mức độ chênh lệch không lớn, tỷ lệ THA ở Thái Lan năm 2005 là 22,4%, ở Malaysia năm 2006 là 25,7%. Về tỷ lệ mắc ĐTD, kết quả nghiên cứu cho thấy, có 12,3% đối tượng tiền ĐTD và 5,3% đối tượng ĐTD. Kết quả này thấp hơn kết quả điều tra STEPS của Malaysia, năm 2005 (11,0%), ở Thái Lan, năm 2005 (8,6%) và ở Indonesia, năm 2004 (5,2%). Qua kết quả nghiên cứu gợi ý cho chúng ta thấy, tại các vùng nông thôn Việt Nam nên tập trung vào việc nâng cao hiểu biết của cộng đồng về THA, ĐTD giúp mọi người có hiểu biết sâu sắc về các yếu tố nguy cơ để làm giảm tỷ lệ mắc, giảm biến chứng, tăng cường hiệu quả quản lý, điều trị.

*\* Về một số yếu tố liên quan đến THA, ĐTD ở nhóm tuổi trung niên*

Kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy sau khi khống chế các yếu tố nhiễu, đã xác định được một số yếu tố liên quan đến THA là: nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tình trạng béo phì, tỷ số vòng eo/vòng hông. Tuy nhiên, chưa tìm thấy mối liên hệ rõ ràng giữa THA và hành vi uống rượu bia, hút thuốc, dùng mỡ động vật nấu ăn, hoạt động thể lực thấp... Kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến cũng cho thấy, không có yếu tố nào thực sự rõ ràng có mối liên quan tới tình trạng mắc ĐTD ở nhóm tuổi trung niên. Có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, mặt khác đối tượng nghiên cứu lại chỉ nhóm tuổi trung niên, ở một địa bàn thuần nông của tỉnh Thanh Hóa... nên kết quả còn hạn chế nhất định. Cần



có thêm các nghiên cứu tiếp theo ở các địa bàn tương tự với cỡ mẫu lớn hơn để xác định chính xác các yếu tố liên quan đến THA, ĐTD.

#### **4.2. Về hiệu quả biện pháp dự phòng, quản lý người bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường ở nhóm tuổi trung niên.**

*\* Cải thiện tỷ lệ mắc THA, ĐTD và một số chỉ số nhân trắc của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp*

Trong nghiên cứu này chúng tôi đã áp dụng các biện pháp: Truyền thông - Giáo dục sức khỏe; Sàng lọc phát hiện sớm THA, ĐTD; Tập huấn nâng cao trình độ chuyên môn cho CBYT xã và thôn; Thiết lập mạng lưới quản lý, theo dõi người bệnh THA, ĐTD. Sau 1 năm thực hiện các biện pháp trên tại xã Đồng Hoàng huyện Đông Sơn tỉnh Thanh Hóa đã cho thấy hiệu quả rõ rệt so với trước can thiệp và so với xã đối chứng (Đông Yên).

Tỷ lệ đối tượng mắc tiền ĐTD và ĐTD giảm hơn trước can thiệp và giảm hơn so với đối chứng, hiệu quả can thiệp (HQCT) đạt 325,4% và 15,0%. Tỷ lệ đối tượng mắc tiền THA và THA giai đoạn 1 đều giảm hơn trước can thiệp và giảm hơn so với đối chứng, HQCT đạt 13,3% và 52,3%.

*\* Thay đổi kiến thức và thực hành của đối tượng nghiên cứu về phòng chống THA, ĐTD:*

Hiểu biết về các triệu chứng, biến chứng và phương pháp điều trị bệnh THA, ĐTD... là rất cần thiết, giúp người bệnh phát hiện sớm bệnh, ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra và tuân thủ đúng phương pháp điều trị bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau can thiệp tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức đúng về triệu chứng, biến chứng và cách điều trị bệnh THA, ĐTD... có cải thiện rõ rệt so với trước can thiệp và so với đối chứng, HQCT đạt từ 15,6% - 1630,0% và từ 14,9% - 163,9%. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy đã có những thay đổi về thực hành phòng chống THA và ĐTD theo chiều hướng tích cực HQCT đạt từ 5,8% - 73,5%.

## KẾT LUẬN

### **1. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường ở nhóm tuổi trung niên (40 - 59 tuổi) tại huyện Đông Sơn, tỉnh Thanh Hóa, năm 2013.**

#### **\* *Thực trạng bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường:***

- Tỷ lệ đối tượng có tiền sử tăng huyết áp là 11,3%, có tiền sử đái tháo đường là 2,1%.

- Kết quả đo huyết áp: tỷ lệ tiền tăng huyết áp là 47,3%, tăng huyết áp giai đoạn 1 là 14,2%, tỷ lệ tăng huyết áp giai đoạn 2 là 5,5%, các tỷ lệ này ở nam đều cao hơn nữ, với  $p < 0,05$  và  $p < 0,001$ .

- Kết quả test nhanh đường huyết: tỷ lệ tiền đái tháo đường là 12,3% và tỷ lệ đái tháo đường là 5,3%. Các tỷ lệ này ở nam đều cao hơn nữ, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

#### **\* *Một số yếu tố liên qua đến tăng huyết áp và đái tháo đường:***

- Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp: giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, thừa cân béo phì, vòng eo tăng hơn bình thường, hoạt động thể lực thấp, với OR từ 1,45 - 2,24.

- Những yếu tố khác như thiếu kiến thức phòng chống tăng huyết áp, bệnh không lây nhiễm; vòng eo/vòng hông cao hơn bình thường; kinh tế hộ gia đình nghèo/cận nghèo có tác động lên tỷ lệ tăng huyết áp với OR từ 1,17 - 1,34.

- Có xu hướng tăng tỷ lệ mắc đái tháo đường: ở nhóm đối tượng là nam giới; từ 50 - 59 tuổi; nhân viên văn phòng; thừa cân béo phì; vòng eo, tỷ lệ vòng eo/vòng hông tăng hơn bình thường; lạm dụng bia rượu; hút thuốc... với OR từ 1,05 - 1,52.

**2. Hiệu quả sau một năm tăng cường can thiệp dự phòng, quản lý người bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường ở nhóm tuổi trung niên (40 - 59 tuổi) tại xã can thiệp so với xã chứng tại địa bàn nghiên cứu:**

***\* Đã làm thay đổi chỉ số nhân trắc, giảm tỷ lệ mắc tăng huyết áp, đái tháo đường rõ rệt so với trước can thiệp và so với nhóm chứng:***

- Tỷ lệ đối tượng thừa cân, tỷ lệ mắc tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp, tiền đái tháo đường, đái tháo đường sau can thiệp đều giảm hơn trước can thiệp và giảm hơn đối chứng, hiệu quả can thiệp đạt từ 13,3% - 325,4%

- Sau can thiệp tỷ lệ kiểm soát huyết áp về bình thường ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm đối chứng (45,3% so với 32,3%), kiểm soát đường huyết về bình thường (đạt mục tiêu) rất tốt ở cả 2 nhóm (92,3% và 94,1%).

- Tỷ lệ đối tượng có huyết áp về bình thường ở nhóm can thiệp cao hơn nhóm đối chứng (45,8% so với 31,0%). Tất cả đối tượng đái tháo đường ở cả 2 nhóm đều kiểm soát được đường huyết về bình thường.

***\* Thay đổi kiến thức, thực hành về phòng chống tăng huyết áp, đái tháo đường có sự tiến bộ khá rõ rệt nhưng nhiều chỉ số vẫn chưa đạt mục tiêu:***

- Tỷ lệ đối tượng hiểu đúng về tác hại của một số hành vi nguy cơ đối với các bệnh không lây nhiễm có cải thiện rõ rệt ở xã can thiệp, hiệu quả can thiệp đạt từ 102,2% - 1511,0%.

- Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về triệu chứng, biến chứng và phương pháp điều trị bệnh tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường có cải thiện rõ rệt so với xã chứng, hiệu quả can thiệp đạt từ 15,6% - 12460,3%. Song vẫn còn chỉ số không đạt mục tiêu như: chỉ có 19,3% biết điều trị tăng huyết áp và 59,0% biết điều trị đái tháo đường.

- Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đúng về đo huyết áp, xét nghiệm đường huyết định kỳ khá cao (tương ứng 82,6% và 79,9%).

- Tỷ lệ đối tượng thay đổi hành vi nguy cơ đối với tăng huyết áp, đái tháo đường theo chiều hướng tích cực.

**KIẾN NGHỊ**

1. Truyền thông thay đổi hành vi cần được tiếp tục triển khai tại địa bàn nghiên cứu để tăng cường hơn nữa kiến thức phòng giảm nguy cơ và điều trị bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường (giảm tác hại) cho người bệnh, đây là vấn đề đang tồn tại sau một năm can thiệp.
2. Tiếp tục áp dụng những kinh nghiệm quản lý người bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường tại cộng đồng, mở rộng diện can thiệp tại xã đối chứng và các địa phương khác có điều kiện tương đồng để khẳng định hiệu quả và tính bền vững của các biện pháp can thiệp làm cơ sở nhân rộng mô hình.
3. Y tế xã, thôn cần thiết lập hệ thống theo dõi, quản lý bệnh nhân ngoại trú, đối tượng có nguy cơ cao về tăng huyết áp và đái tháo đường tại gia đình và cộng đồng (theo cách tiếp cận y học gia đình), hỗ trợ người bệnh tuân thủ điều trị song song với truyền thông thay đổi hành vi.