

lý về suy dinh dưỡng, hen phế quản -COPD, viêm phổi-viêm phế quản trên bệnh nhân thở với tình trạng nhiễm vi nấm (Bảng 4).

Sử dụng kháng sinh, corticoid. Qua kết quả Bảng 1 ghi nhận được dân số nghiên cứu đa số là người cao tuổi, thở máy, bệnh nặng với nhiều bệnh nền nên hầu hết bệnh nhân được chỉ định sử dụng kháng sinh chiếm 95.1%, có 35.3% bệnh nhân có sử dụng corticoid; do hầu hết bệnh nhân đã dùng kháng sinh nên chưa đánh giá được mối liên quan giữa dùng kháng sinh với tỷ lệ nhiễm nấm trên bệnh nhân thở máy. Tuy nhiên việc bệnh nhân được chỉ định sử dụng kháng sinh, corticoid kéo dài làm tăng khả năng nấm hoại sinh phát triển thành nấm gây bệnh, tăng tỷ lệ dương tính trên bệnh nhân thở máy.

V. KẾT LUẬN

Trong 102 mẫu khảo sát ghi nhận tỷ lệ vi nấm trên bệnh nhân thở máy là 28.4%. Loại vi nấm gây bệnh hay gặp là *Candida* spp (82,8%), trong đó *Candida albicans* chiếm tỷ lệ cao nhất 44,8%, *Aspergillus* spp (17.2%). Có mối liên quan giữa viêm nhiễm vi nấm trên bệnh nhân thở máy với số ngày thở máy, khi ngày thở máy hơn 7 ngày thì tỷ lệ nhiễm nấm cao hơn bệnh nhân thở máy dưới 7 ngày; bệnh nhân nam thở máy dễ tìm thấy vi nấm hơn so với bệnh nhân nữ thở máy; người bệnh đái tháo đường với hệ miễn dịch suy giảm có tỷ lệ nấm cao hơn; triệu chứng sốt cũng cần được quan tâm trong việc theo dõi

chẩn đoán nhiễm nấm nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Xuân Thục (2017), "Thực hành chẩn đoán và điều trị viêm phổi do nấm", Thời sự Y học
2. Phạm Ngọc Trung, Lê Hồ Tiến Phương, Tôn Hoàng Dũng (2013), "Khảo sát nguyên nhân gây viêm phổi liên quan thở máy tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện An Giang", Kỷ yếu Hội nghị khoa học bệnh viện An Giang, (10) tr.79-86.
3. Nguyễn Kim Thư, Lê Thị Vân Anh (2022), "Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi do nấm tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương", Tạp chí Y Học Việt Nam, số 515 (tháng 6 năm 2022), tr 157-161
4. Khorvash F, Abbasi S, Yaran M., et al (2014), "Molecular detection of *Candida* spp. and *Aspergillus fumigatus* in bronchoalveolar lavage fluid of patients with ventilator-associated pneumonia", J Res Med Sci, 19 (Suppl 1), S46-50.
5. Ogawa H, Fujimura M, Takeuchi Y, Makimura K (2009), "The importance of basidiomycetous fungi cultured from the sputum of chronic idiopathic cough:: A study to determine the existence of recognizable clinical patterns to distinguish CIC from non-CIC", Respiratory medicine, 103 (10), 1492-1497.
6. Spencer W Redding, Marta C Dahiya, William R Kirkpatrick, Brent J Coco, Thomas F Patterson, Annette W Fothergill, Micheal G Rinaldi, Charles R Thomas Jr (2004), "Candida glabrata is an emerging cause of oropharyngeal candidiasis in patients receiving radiation for head and neck cancer", Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology 97(1), 47-52

HIỆU QUẢ GIẢI PHÁP CAN THIỆP DỰ PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP TẠI CỘNG ĐỒNG, QUẬN THỦ ĐỨC, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Trần Quốc Cường¹, Lê Văn Bào²,
Nguyễn Anh Tuấn², Phạm Ngọc Bình³, Phạm Xuân Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp dự phòng tăng huyết áp (THA) tại cộng đồng, quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh (2019 – 2020). **Phương pháp:** mô tả ngang, phỏng vấn đối tượng, đo huyết áp; can thiệp truyền thông – giáo dục sức khỏe (TT-

GDSK) và đánh giá mức độ cải thiện về kiến thức, thực hành về phòng chống THA của người dân. **Kết quả:** Hiệu quả can thiệp (HQCT) về kiến thức đạt cao: biết cả 4 biểu hiện và 4 biến chứng của bệnh (345,6% và 799,1%), 6 hành vi nguy cơ (309,4%), 6 biện pháp phòng bệnh (672,3%), 3 biện pháp điều trị (530,0%). HQCT về thực hành và hành vi nguy cơ cải thiện rõ rệt: hoạt động thể lực thường xuyên (96,3%), giảm/bỏ hút thuốc lá (38,7%); hạn chế uống rượu/bia (16,6%); giảm ăn mặn (18,7%), bỏ thói quen tiểu thụ mỡ động vật (39,1%); giảm thừa cân – béo phì (46,5%); giảm tỷ số vòng eo/mông cao (49,9%)... **Kết luận:** Tỷ lệ người dân có kiến thức về dự phòng THA và thực hành giảm hành vi nguy cơ THA được cải thiện rõ rệt so với trước can thiệp.

Từ khóa: Can thiệp, dự phòng, tăng huyết áp, cộng đồng, thành phố Hồ Chí Minh.

¹Trung tâm y tế Thành phố Thủ Đức, TP. Hồ Chí Minh

²Học viện Quân y

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Cường

Email: quoccuong.mph@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2022

Ngày duyệt bài: 7.11.2022

SUMMARY**EFFECTIVE SOLUTION OF INTERVENTION FOR PREVENTION OF HIGH BLOOD PRESSURE IN THE COMMUNITY, IN COMMUNITY, THU DUC DISTRICT, HO CHI MINH CITY**

Objective: To evaluate the effectiveness of interventions to prevent hypertension in the community, Thu Duc district, Ho Chi Minh City (2019 - 2020). **Methods:** horizontal description, subject interview, blood pressure measurement; health education and communication interventions (TT-GDSK) and assess the improvement of people's knowledge and practice about hypertension prevention. **Results:** The effective intervention (EI) on knowledge was high: knowing all 4 manifestations and 4 complications of the disease (345.6% and 799.1%), 6 risk behaviors (309.4%), 6 preventive measures (672.3%), 3 therapeutic measures (530.0%). **EI** on practice and risk behaviors improved significantly: regular physical activity (96.3%), reduce/quit smoking (38.7%); limit alcohol/beer consumption (16.6%); reduce salt intake (18.7%), give up the habit of consuming animal fat (39.1%); reduce overweight – obesity (46.5%); reduce high waist/butt ratio (49.9%)... **Conclusion:** The percentage of people who have knowledge about hypertension prevention and practice to reduce hypertension risk behaviors has improved markedly compared to before the intervention.

Keywords: Intervention, prevention, hypertension, community, Ho Chi Minh city.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng THA là phổ biến và ngày càng gia tăng trên thế giới và ở Việt Nam. Bất kỳ ai cũng có nguy cơ THA, kể cả người lớn và trẻ em. Trên thế giới, tỷ lệ THA chuẩn hóa theo tuổi trên toàn cầu là 24,1% ở nam và 20,1% ở nữ vào năm 2015, dự báo đến năm 2025 tỷ lệ THA chung của cả nam và nữ là khoảng 29,2% (khoảng 1,56 tỷ người) [1]. Tại Việt Nam, năm 2000 có khoảng 16,3% người lớn bị tăng huyết áp, đến năm 2009 tỷ lệ này là 25,4% và năm 2016 là 48% [2], [3].

THA là yếu tố nguy cơ chủ yếu của bệnh mạch vành và tai biến mạch máu não. Đây là các biến chứng hay gặp và có tỷ lệ tử vong cao hoặc để lại di chứng nặng nề như mất ý thức, liệt nửa người... làm mất khả năng lao động, thậm chí cần được chăm sóc và phục vụ lâu dài. Do vậy, gánh nặng bệnh tật và tử vong do THA là một trong các vấn đề sức khỏe cộng đồng cấp bách nhất hiện nay. THA có nguyên nhân từ các hành vi nguy cơ như dinh dưỡng không hợp lý, thiếu hoạt động thể lực, hút thuốc và lạm dụng rượu/bia... Tuy nhiên, các hành vi nguy cơ này bất kỳ ai cũng có thể dự phòng được. Vì vậy, việc tăng cường TT-GDSK cho người dân tại cộng đồng nhằm cung cấp kiến thức, thực hành về

các biện pháp dự phòng THA để từ đó người dân có ý thức hơn trong việc giảm thiểu các hành vi nguy cơ THA là rất cần thiết.

Kết quả điều tra thực trạng kiến thức, thực hành phòng chống THA của người dân từ 18 – 69 tuổi tại 3 phường của quận Thủ Đức, TP. Hồ Chí Minh năm 2018 cho thấy: tỷ lệ hiện mắc THA chung tại 3 phường khá cao (33,5%). Tỷ lệ biết 6 hành vi nguy cơ THA thấp (13,9%), biết 10 biện pháp dự phòng THA rất thấp (8,3%); thực hành hoạt động thể lực thường xuyên thấp (34,4%), Thường xuyên ăn nhiều rau xanh/củ/quả thấp (36,1%). Một số hành vi nguy cơ có tỷ lệ mắc cao: Hút thuốc lá (18,2%), uống rượu/bia (24,9%), ăn mặn (60,9%), thói quen ăn mỡ động vật (10,%)... Từ thực trạng này, đề tài đã triển khai các biện pháp can thiệp tăng cường về TT-GDSK để cung cấp kiến thức, thực hành các biện pháp dự phòng THA cho người dân tại cộng đồng để góp phần làm giảm tỷ lệ THA tại cộng đồng. Mục tiêu nghiên cứu: "Đánh giá hiệu quả can thiệp dự phòng THA tại cộng đồng, quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh (2019 – 2020)".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu**

- Người dân từ 18 – 69 tuổi đã được chọn nghiên cứu thực trạng THA và kiến thức, thực hành phòng chống THA năm 2018, tự nguyện tham gia nghiên cứu can thiệp.

- Nghiên cứu tại 3/12 phường thuộc quận Thủ Đức, TP. Hồ Chí Minh, gồm: Linh Xuân, Tam Phú và Hiệp Bình Chánh. Trong đó chọn phường Linh Xuân để can thiệp (CT), hai phường còn lại làm đối chứng (ĐC).

- Thời gian nghiên cứu: 18 tháng (từ tháng 01/2019 – 06/2020).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, phân tích số liệu thứ cấp, can thiệp cộng đồng có ĐC.

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu:** Sử dụng toàn bộ cỡ mẫu điều tra mô tả thực trạng năm 2018 để đánh giá hiệu quả CT TT-GDSK để làm giảm yếu tố hành vi nguy cơ THA tại địa bàn nghiên cứu. Tại phường CT (Linh Xuân) cỡ mẫu đánh giá sau CT cộng đồng là 581 người từ 18 – 69 tuổi; tại hai phường ĐC (Tam Phú và Hiệp Bình Chánh) cỡ mẫu của nhóm ĐC là 1.622 người (789 + 833) từ 18 – 69 tuổi. Trong 3 phường điều tra thực trạng năm 2018, tiến hành bốc thăm ngẫu nhiên và chọn được một phường (Linh Xuân) để CT, hai phường còn lại (Tam Phú và Hiệp Bình Chánh) làm ĐC.

- Biến số và chỉ số nghiên cứu: các kiến thức về: nguy cơ mắc THA, hành vi nguy cơ THA và các biện pháp dự phòng THA. Thực hành các biện pháp phòng chống THA và hành vi nguy cơ THA. Đánh giá hiệu quả tác động của giải pháp CT lên tỷ lệ THA ở nhóm CT tại phường CT so với nhóm ĐC ở phường ĐC.

- Các hoạt động CT tại phường Linh Xuân:

Tập huấn cho cộng tác viên y tế (CTVYT) của khu phố về kiến thức phòng chống THA, kỹ năng truyền thông, tư vấn phòng, chống bệnh THA tại cộng đồng và thực hành sử dụng máy đo HA. Phát tờ rơi, tờ gấp cho người dân theo hộ gia đình và đặt các pano, áp phích tại nơi công cộng có nội dung về kiến thức, thực hành phòng chống THA. Tổ chức phát trên hệ thống loa truyền thanh của phường các nội dung phòng chống THA tại cộng đồng. Tổ chức các buổi nói chuyện phổ biến kiến thức về bệnh THA, các yếu tố nguy cơ, các biện pháp phòng chống THA và hướng dẫn thực hành sử dụng máy đo HA và theo dõi HA tại nhà. Toàn bộ các tài liệu và nội dung truyền thông đều sử dụng của "Dự án

phòng chống THA thuộc Chương trình mục tiêu quốc gia về y tế" do Viện Tim mạch Việt Nam biên soạn và phát hành [4].

- Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu:

Phòng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu (cả nhóm CT và nhóm ĐC) bằng bảng hỏi; đo HA, chỉ số nhân trắc (BMI). Phân tích số liệu thứ cấp từ kết quả điều tra thực trạng giai đoạn 1. Đánh giá các chỉ số nghiên cứu tại thời điểm trước can thiệp và sau 18 tháng can thiệp. Phương pháp đo HA và chẩn đoán THA theo hướng dẫn của Bộ Y tế [5].

- Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được kiểm tra, làm sạch sau đó nhập được nhập hai lần vào máy vi tính và xử lý bằng các phần mềm Epidata Version 3.1, sau đó sử dụng chương trình SPSS 20.0 để phân tích số liệu. Sử dụng phương pháp phân tích lặp lại theo cá nhân tại hai thời điểm trước và sau can thiệp. Số liệu được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %. Sử dụng các test thống kê McNemar test và giá trị p-value để biểu thị sự khác biệt giữa hai tỷ lệ trước và sau CT. Tính HQCT (%).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Hiệu quả cải thiện kiến thức và thực hành về dự phòng THA

Bảng 1. Kiến thức về nguy cơ mắc tăng huyết áp

Kiến thức (Biết các nguy cơ)	Nhóm CT (n=581)		Nhóm ĐC (n=1622)		HQCT (%)	p-value (2-4)
	Trước CT SL (%) (1)	Sau CT SL (%) (2)	Đầu kỳ SL (%) (3)	Cuối kỳ SL (%) (4)		
Rối loạn mỡ máu, đái tháo đường...	143 (24,6)	470 (80,9)	436 (26,9)	484 (29,8)	218,2	<0,001
Tuổi cao (nam > 55; nữ > 65)	270 (46,5)	455 (78,3)	728 (44,9)	749 (46,2)	65,5	<0,001
Tiền sử gia đình mắc bệnh THA sớm	64 (11,0)	342 (58,9)	211 (13,0)	277 (17,1)	404,0	<0,001
Thừa cân, béo phì	250(43,0)	534(91,9)	662(40,8)	924(57,0)	74,0	<0,001
Stress và căng thẳng tâm lý	148 (25,5)	517 (89,0)	454 (28,0)	662 (40,8)	203,3	<0,001
Biết cả 5 đối tượng có nguy cơ	46 (7,9)	324 (55,8)	149 (9,2)	182 (11,2)	584,6	<0,001

Ở nhóm CT, tỷ lệ biết cả 5 đối tượng có nguy cơ mắc THA tăng lên rõ rệt, từ 7,9% lên 55,8%; ở nhóm ĐC, tỷ lệ này tăng rất ít, từ 9,2% lên 11,2%. HQCT đạt 584,6%; p<0,001.

Bảng 2. Kiến thức về hành vi nguy cơ mắc bệnh tăng huyết áp

Kiến thức (Biết hành vi nguy cơ)	Nhóm CT (n=581)		Nhóm ĐC (n=1622)		HQCT (%)	P-value (2-4)
	Trước CT SL (%) (1)	Sau CT SL (%) (2)	Đầu kỳ SL (%) (3)	Cuối kỳ SL (%) (4)		
Ăn mặn	219(37,7)	494(85,0)	674(41,5)	701(43,2)	121,4	<0,001
Ăn nhiều đường	113(19,4)	327(56,3)	359(22,1)	382(23,6)	188,7	<0,001
Ăn nhiều chất béo	519(89,3)	581(100,0)	1.485(91,6)	1.510(93,1)	10,4	<0,001
Ít vận động thể lực	201(34,6)	508(87,4)	594(36,6)	738(45,5)	128,3	<0,001
Uống nhiều rượu/bia	460(79,2)	547(94,1)	1.265(78,0)	1.379(85,0)	9,8	<0,05

Hút thuốc lá	472(81,2)	560(96,4)	1.354(83,5)	1.380(85,1)	16,8	<0,001
Biết cả 6 hành vi nguy cơ	75(12,9)	318(54,7)	232(14,3)	266(16,4)	309,4	<0,001

Ở nhóm CT, tỷ lệ biết cả 6 hành vi nguy cơ THA tăng lên rõ rệt, từ 12,9% lên 54,7%; ở nhóm ĐC, tỷ lệ biết cả 6 hành vi nguy cơ THA tăng rất ít, từ 14,3% lên 16,4%. HQCT đạt 309,4%; $p < 0,001$.

Bảng 3. Kiến thức về biện pháp dự phòng tăng huyết áp

Kiến thức (Biết các biện pháp)	Nhóm CT (n=581)		Nhóm ĐC (n =1622)		HQCT (%)	p-value (2-4)
	Trước CT SL (%) (1)	Sau CT SL (%) (2)	Đầu kỳ SL (%) (3)	Cuối kỳ SL (%) (4)		
Tập luyện thể dục thường xuyên	196 (33,7)	554 (95,4)	573 (35,3)	732 (45,1)	155,3	<0,001
Bỏ hoặc không hút thuốc	487(83,8)	565(97,2)	1.339(82,6)	1.376(84,8)	13,2	<0,001
Bỏ hoặc giảm uống rượu/bia	438 (75,4)	538 (92,6)	1.237 (76,3)	1.276 (78,7)	19,7	<0,001
Giảm cân nặng	172 (29,6)	512(88,1)	523 (32,2)	706(43,5)	162,8	<0,001
Ăn nhiều rau xanh/củ/quả	219(37,7)	558(96,0)	597(36,8)	680(41,9)	140,7	<0,001
Ăn ít chất béo	516(88,8)	572(98,5)	1.478(91,1)	1.497(92,3)	9,6	<0,05
Ăn ít muối	235(40,4)	508(87,4)	686(42,3)	726(44,8)	110,4	<0,001
Ăn ít đường	114(19,6)	345(59,4)	364(22,4)	401(24,7)	192,8	<0,001
Không thức quá khuya	99(16,9)	360(62,0)	305(18,8)	383(23,6)	241,4	<0,001
Kiểm tra HA định kỳ	229(39,4)	509(87,6)	739(45,5)	885(54,6)	102,3	<0,001
Biết cả 10 biện pháp	42(7,2)	329(56,6)	140(8,6)	157(9,7)	672,3	<0,001

Ở nhóm CT, tỷ lệ đối tượng biết cả 10 biện pháp phòng bệnh THA tăng lên rõ rệt (7,2% lên 56,6%); ở nhóm ĐC, tỷ lệ này rất ít (8,6% lên 9,7%). HQCT đạt 672,3%; $p < 0,001$.

Bảng 4. Thực hành phòng chống tăng huyết áp

Thực hành	Nhóm CT (n=581)		Nhóm ĐC (n =1622)		HQCT (%)	p- value (2-4)
	Trước CT SL(%) (1)	Sau CT SL(%) (2)	Đầu kỳ SL(%) (3)	Cuối kỳ SL(%) (4)		
Để nhận biết THA, đến cơ sở y tế để kiểm tra HA, xét nghiệm cholesterol, đường máu	427 (73,5)	541 (93,1)	1.147 (70,7)	1.298 (74,5)	21,0	<0,001
Tập luyện thể dục thường xuyên	186(32,0)	466(80,2)	572(35,3)	627(38,6)	96,3	<0,001
Theo dõi thành phần dinh dưỡng bữa ăn hàng ngày	212 (36,5)	383 (65,9)	562 (34,6)	607 (37,4)	72,4	<0,001
Ăn nhiều rau xanh củ/quả hàng ngày	213 (36,7)	395 (67,8)	583 (35,9)	623 (38,4)	77,8	<0,001

Tỷ lệ đối tượng ở nhóm CT thực hiện 4 biện pháp phòng bệnh THA đều tăng cao hơn so với nhóm ĐC. HQCT đạt từ 21,0 – 96,3%; $p < 0,001$.

Bảng 5. Hành vi nguy cơ tăng huyết áp

Hành vi	Nhóm CT (n=581)		Nhóm ĐC (n =1622)		HQCT (%)	p-value (2-4)
	Trước CT SL (%) (1)	Sau CT SL (%) (2)	Đầu kỳ SL (%) (3)	Cuối kỳ SL (%) (4)		
Hút thuốc lá	114(19,6)	60(10,3)	288(17,8)	263(16,2)	38,7	<0,001
Uống rượu/bia	147(25,3)	97(16,9)	402(24,8)	332(20,5)	16,6	<0,001
Thường xuyên thêm muối, gia vị mặn hoặc nước xốt mặn vào thức ăn	369 (63,5)	162 (27,9)	972 (59,9)	608 (37,5)	18,7	<0,001
Thói quen ăn/tiêu thụ mỡ động vật	68 (11,7)	37 (6,4)	153 (9,4)	143 (8,8)	39,1	<0,05

Thừa cân béo phì	125(21,5)	61(10,5)	318(19,6)	303(18,7)	46,5	<0,001
Tỷ số vòng eo/mông cao	201(34,6)	94(16,2)	512(31,6)	495(30,5)	49,9	<0,001

HQCT làm giảm hành vi nguy cơ THA ở nhóm CT đạt từ 16,6% đến 49,9%; $p < 0,001$ và $0,05$.

3.2. Hiệu quả tác động lên tỷ lệ tăng huyết áp tại cộng đồng

Bảng 6. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm can thiệp (n=581)

Thời điểm	THA		Không THA	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Trước CT	205	35,3	376	64,7
Sau CT	226	38,9	355	61,1
Mức độ THA	Tăng 21=3,6%		> 0,05	
p-value	>0,05			

Tỷ lệ THA ở nhóm CT tại thời điểm trước CT là 35,3%. Sau CT tăng lên 38,9% (tăng 3,6%). Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ THA giữa hai thời điểm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 7. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm đối chứng (n=1.622)

Thời điểm	THA		Không THA	
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %
Đầu kỳ	533	32,9	1.089	67,1
Cuối kỳ	650	40,1	972	59,9
Mức độ THA	Tăng 117 =7,2		< 0,05	
p-value	< 0,05			

Tỷ lệ THA ở nhóm ĐC tại thời đầu kỳ là 32,9%. Đến thời điểm cuối kỳ theo dõi tăng lên 40,1% (tăng 7,2%). Sự khác biệt về tỷ lệ THA giữa hai thời điểm là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 8. Mối liên quan giữa tác động can thiệp và tăng huyết áp

Tác động	THA	Không THA	OR (95%CI) p-value
Nhóm ĐC (n=1622)	650 (40,1)	972 (59,9)	1,05 (0,98 -1,27) < 0,05
Nhóm CT (n=581)	226 (38,9)	355 (61,1)	

Tỷ lệ THA ở nhóm CT (3,6%), thấp hơn so với nhóm ĐC (7,2%). Sự khác biệt giữa hai tỷ lệ là có ý nghĩa thống kê (OR= 1,05; $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về hiệu quả cải thiện kiến thức và thực hành về dự phòng THA

- Mức độ cải thiện về kiến thức dự phòng THA:

+ Kiến thức về hành vi nguy cơ THA: Khả năng hiểu biết về các hành vi nguy cơ mắc bệnh THA của người dân được cải thiện tăng lên cùng đồng nghĩa với việc làm hạn chế và kiểm soát

được các yếu tố nguy cơ dẫn đến giảm tỷ lệ mắc bệnh THA tại cộng đồng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở nhóm CT, tỷ lệ có kiến thức đúng cả 6 hành vi nguy cơ mắc THA là 54,7% tăng cao hơn so với nhóm ĐC với 14,4% (HQCT = 309,4%). Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình, CT tại Trà Vinh, tỷ lệ có kiến thức đúng về các yếu tố nguy cơ THA ở nhóm CT 47,5% tăng cao hơn nhóm ĐC với 30,0% (HQCT = 41,9%) [6].

- Kiến thức về biện pháp phòng bệnh

THA: Ở nhóm CT, tỷ lệ có kiến thức đúng cả 10 biện pháp phòng bệnh THA là 56,6% tăng cao hơn so với nhóm ĐC với 9,7% (HQCT = 672,3%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Trương Thị Thùy Dương, ở nhóm CT tỷ lệ có kiến thức đúng về 10 biện pháp phòng bệnh THA đạt 38,5 - 79,7% tăng cao hơn so với nhóm ĐC với 5,5 - 24,9%, (HQCT đạt từ 134,6 - 786,0%) [7].

- Hiệu quả cải thiện thực hành phòng chống THA và hành vi nguy cơ THA:

+ Về hành vi đối tượng chủ động đến cơ sở y tế để kiểm tra HA và nhận biết THA: THA là một bệnh nguy hiểm, bởi nó gây ra các biến chứng làm tổn thương các cơ quan đích của cơ thể, trong đó biến chứng trên tim và não là hai biến chứng thường gặp nhất. Chính vì sự nguy hiểm đó mà các bác sĩ khuyên mọi người nên thận trọng đề phòng bệnh THA, đặc biệt là cần biết và hiểu rõ các dấu hiệu nhận biết bệnh THA để điều trị thích hợp. Do đó, người dân nên đến ngay cơ sở y tế để được khám xác định có THA hay không, nếu mắc THA sẽ được cán bộ y tế tư vấn và điều trị kịp thời. Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở nhóm CT, tỷ lệ đối tượng đến cơ sở y tế để kiểm tra HA và nhận biết có THA hay không đã tăng lên 93,1%; ở nhóm ĐC, tỷ lệ cuối kỳ là 74,5%. HQCT = 21,0%; $p > 0,05$).

+ Về hoạt động thể lực thường xuyên: Kết quả nghiên cứu ở nhóm CT, tỷ lệ tập thể dục, đi bộ hoặc vận động thể lực ≥ 30 phút/ngày hoặc 150 phút/tuần là 80,2% tăng cao hơn nhóm ĐC với 38,6% (HQCT=96,3%). Lu CH. và cs (2015) cho thấy, sau CT bằng các biện pháp nói chuyện chuyên đề, tờ rơi, tờ gấp, pano về các biện pháp phòng chống THA tại cộng đồng, tỷ lệ luyện tập thể lực đã tăng lên 82,9% so với 30,8% trước CT (CSHQ=169,2%) [8].

- Về theo dõi thành phần dinh dưỡng

bữa ăn hàng ngày: Trong dự phòng THA, chế độ dinh dưỡng hợp lý kết hợp với việc rèn luyện cơ thể đều đặn cùng với việc ngưng thuốc lá, hạn chế rượu bia và các chất kích thích, giữ tinh thần luôn vui tươi lạc quan là thể hiện lối sống tích cực có tác động tốt đến việc giữ HA luôn ổn định. Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở nhóm CT, tỷ lệ theo dõi thành phần dinh dưỡng bữa ăn hàng ngày là 65,9% tăng cao hơn so với nhóm ĐC với 37,4% (HQCT = 72,4%).

- **Về thường xuyên ăn nhiều rau xanh/củ/quả hàng ngày:** Có một lời khuyên mà bác sĩ, nhân viên y tế vẫn hay nhắc nhở bệnh nhân THA - đó là nên thường xuyên bổ sung rau, củ, quả trong thực đơn bởi chúng rất tốt cho sức khỏe (kể cả có bị THA hay không). Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở nhóm CT, tỷ lệ ăn ≥ 400 gam (tương ≥ 5 đơn vị chuẩn) tổng cộng rau xanh/củ/quả mỗi ngày là 67,8% tăng cao hơn so với nhóm ĐC với 38,4% (HQCT=77,8%; $p<0,001$).

- **Về hành vi hút thuốc lá:** Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự cải thiện đáng kể về thói quen hút thuốc lá sau CT. Ở nhóm CT, tỷ lệ hiện còn hút thuốc lá là 10,3% so với 19,6% trước CT. Ở nhóm ĐC, tỷ lệ hiện còn hút thuốc lá tại thời điểm cuối kỳ theo dõi là 16,2% so với 17,8% ở thời điểm đầu kỳ (HQCT = 38,7%; $p<0,001$). Như vậy, chứng tỏ biện pháp CT bằng TT - GDSK có hiệu quả tích cực trong việc thay đổi hành vi hút thuốc lá (hành vi có hại cho sức khỏe) trong cộng đồng.

- **Về hành vi uống rượu/bia:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở nhóm CT tỷ lệ uống rượu/bia vượt về số lượng quy ra ml đơn vị chuẩn/người/ngày giảm từ 25,3% xuống 16,9%. Ở nhóm đối chứng, tỷ lệ này giảm từ 24,8% xuống 20,5% (HQCT = 16,6%; $p<0,001$).

- **Về hành vi thường xuyên thêm muối, gia vị mặn hoặc nước xốt mặn vào thức ăn:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở nhóm CT tỷ lệ thường xuyên thêm muối, gia vị mặn hoặc nước xốt mặn vào thức ăn giảm từ 63,5% xuống 27,9%. Ở nhóm ĐC, tỷ lệ này giảm từ 59,9% xuống 37,5% (HQCT = 18,7%; $p<0,001$).

- **Về hành vi thói quen tiêu thụ mỡ động vật:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở nhóm CT tỷ lệ đối tượng có thói quen tiêu thụ mỡ động vật giảm từ 11,7% xuống 6,4%. Ở nhóm đối chứng, tỷ lệ này giảm từ 9,4% xuống 8,8% (HQCT = 39,1%; $p<0,05$).

- **Về thừa cân béo phì:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở nhóm CT tỷ lệ thừa cân - béo phì giảm từ 21,5% xuống 10,5%. Ở nhóm ĐC, tỷ lệ này giảm từ 19,6% xuống 18,7% (HQCT =

46,5%; $p<0,001$). Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình (2015-2016) tại Trà Vinh, ở nhóm CT tỷ lệ thừa cân - béo phì tăng từ 63,0% lên 65,0%. Ở nhóm ĐC, tỷ lệ này cũng tăng từ 65,0% lên 68,7% [6].

4.2. Hiệu quả tác động lên tỷ lệ tăng huyết áp tại cộng đồng

Sau 18 tháng CT bằng giải pháp tăng cường TT - GDSK tại cộng đồng về các biện pháp phòng chống THA tại công đồng. Kết thúc thời gian CT, tiến hành đánh giá lại về chỉ số HA các đối tượng đã được điều tra trong mẫu nghiên cứu của mục tiêu 1 để đánh giá tỷ lệ THA trước - sau và so sánh với nhóm ĐC. Kết quả ở nhóm CT, tỷ lệ THA ở thời điểm trước CT là 35,3%, đến thời điểm sau CT tăng lên 38,9% (tăng 3,6%). Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ THA giữa hai thời điểm là không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Ở nhóm ĐC, tỷ lệ THA ở thời điểm đầu kỳ là 32,9%, đến thời điểm cuối kỳ theo dõi tăng lên 40,1%. Sự khác biệt về tỷ lệ THA giữa hai thời điểm là có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Như vậy, tỷ lệ THA ở nhóm CT (3,6%), thấp hơn so với nhóm ĐC (7,2%). Sự khác biệt giữa hai tỷ lệ là có ý nghĩa thống kê (OR= 1,05; $p < 0,05$). Kết quả này cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa tác động can thiệp và tỷ lệ THA. Ở nhóm ĐC tỷ lệ THA cao hơn nhóm CT ở mức có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

- Hiệu quả can thiệp về kiến thức và thực hành về dự phòng THA đạt cao: biết ngưỡng huyết áp cao (315,9%); biết cả 4 biểu hiện của bệnh (345,6%), 4 biến chứng của bệnh (799,1%), 5 đối tượng có nguy cơ mắc bệnh (584,6%), 6 hành vi nguy cơ (309,4%), 6 biện pháp phòng bệnh (672,3%), 3 biện pháp điều trị (530,0%). Đến cơ sở y tế để kiểm tra huyết áp (21,0%), hoạt động thể lực thường xuyên (96,3%), theo dõi thành phần dinh dưỡng bữa ăn hàng ngày (72,4%), thường xuyên ăn nhiều rau xanh, củ, quả (77,8%). Hút thuốc lá (38,7%); uống rượu/bia (16,6%); ăn mặn (18,7%), thói quen tiêu thụ mỡ động vật (39,1%); thừa cân - béo phì (46,5%); tỷ số vòng eo/mông cao (49,9%).

- Có mối liên quan giữa việc tác động giải pháp can thiệp dự phòng tăng huyết áp với tỷ lệ tăng huyết áp (OR=1,47, $p<0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prevention Centers for Disease Control and Cost-Effectiveness analysis. Access at October 20, 2021.
2. Son P. T., Quang N. N., Viet N. L., et al. (2012). Prevalence, awareness, treatment and

- control of hypertension in Vietnam-results from a national survey", J Hum Hypertens. 26(4):268-280.
3. **Nguyễn Lâm Việt** (2017). Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015-2016, truy cập ngày 25-12-2017, tại trang web http://vnha.org.vn/upload/hoinghi/hntha2016/nguyen-lan-viet-THA_dieutra_final.pdf.
 4. **Viện Tim mạch Bệnh viện Bạch Mai – Chương trình Quốc gia phòng chống tăng huyết áp** (2011). Bộ tài liệu truyền thông Pano, áp pích, tờ rơi và 21 bài phát thanh. <http://huyetap.vn/detail/22583/bai-giang-tap-huan-truyen-thong.html>.
 5. **Bộ Y tế** (2010). Quyết định ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010, Hà Nội.
 6. **Nguyễn Thanh Bình** (2017). Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số biện pháp can thiệp. Luận án tiến sĩ y tế công cộng, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, 92.
 7. **Trương Thị Thùy Dương** (2016). Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục sức khỏe định dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 116.
 8. **Lu C. H., Tang S. T., Lei Y. X., et al.** (2015). Community-based intervention in hypertension patients a comparison of three health education strategies. BMC Public Health, 15(1):33.

KIẾN THỨC VỀ BỆNH ĐẬU MÙA KHÍ CỦA NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Huỳnh Giao¹, Võ Ý Lan¹, Trần Văn Khanh²,
Võ Kim Ngân^{2,3}, Nguyễn Phi Hồng Ngân², Phạm Xuân Quang²,
Trương Thị Tuyên⁴, Phan Thị Hồng Lệ⁵, Nguyễn Thị Ngọc Hân⁶

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh có kiến thức tốt về bệnh đậu mùa khí và các yếu tố liên quan năm 2022. Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện từ tháng 7 đến tháng 9 năm 2022 tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh, thành phố Hồ Chí Minh. Số liệu được thu thập thông qua bộ câu hỏi tự điền, với 17 câu hỏi đánh giá kiến thức về bệnh đậu mùa khí, với điểm cắt có ý nghĩa là 70% (trả lời 12/17 câu đúng sẽ được đánh giá có kiến thức tốt). Tổng số 330 người bệnh tham gia nghiên cứu, tuổi <50 tuổi chiếm 67,3%, giới nam chiếm đa số (54,9%). Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt ghi nhận 56,1%. Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức với tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, bệnh kèm theo (tăng huyết áp) và nguồn thông tin tiếp cận ($p < 0,05$). Tỷ lệ kiến thức chung tốt ở đối tượng này còn thấp, điều này cho thấy sự cần thiết phải có chương trình giáo dục sức khỏe để nâng cao kiến thức cho người dân trong phòng ngừa bệnh.

Từ khóa: đậu mùa khí, người bệnh, kiến thức, thành phố Hồ Chí Minh

SUMMARY

KNOWLEDGE ABOUT MONKEYPOX ON OUTPATIENTS AT LE VAN THINH HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

This study aims to assess the percentage of good knowledge and associated factors among outpatients at Le Van Thinh Hospital in 2022. A cross-sectional study was performed between July to September 2022 on all outpatients treating the hospital. Data is collected through a self-completed questionnaire, with 17 questions assessing general knowledge, the cut-off point is 70% (12/17). A total of 330 patients completed the survey, the aged <50 years old (67.3%), and male (54.9%). The rate of general knowledge was 56.1%. The study found a relationship between good knowledge and age, education level, Occupation, history of hypertension and access to information sources ($p < 0.05$). The rate of good knowledge achieved in this population is still low, which shows the need for a health education intervention program to improve people's knowledge.

Keywords: monkeypox, patient, knowledge, Ho Chi Minh City

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đậu mùa khí được mô tả từ năm 1958, với tác nhân gây bệnh là vi rút đậu mùa khí (MPXV). Trường hợp bệnh đầu tiên ở người được ghi nhận vào năm 1970 tại Cộng hòa Dân chủ Công Gô, kể từ đó bệnh Đậu mùa khí ở người trở thành bệnh lưu hành ở khu vực Trung Phi và Tây Phi. Bệnh Đậu mùa khí là bệnh lây truyền từ động vật sang người, việc lây truyền từ người sang người khi tiếp xúc trực tiếp gần, lây qua vết

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh

³Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

⁴Trung tâm Y tế Quận 5

⁵Bệnh viện Nhi đồng 2

⁶Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM - Cơ sở 2

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Giao

Email: hgiaoytcc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 8.11.2022