

CAN THIỆP KIỂM SOÁT TĂNG HUYẾT ÁP Ở CỘNG ĐỒNG NÔNG THÔN

PHẠM NGÂN GIANG,
TRƯƠNG VIỆT DŨNG, TRẦN CHÍ LIÊM,
Bộ Y tế

PHẠM THẮNG, ĐỖ THỊ KHÁNH HỖ, NGUYỄN BÍCH NGỌC
HỒ THỊ KIM THANH, TÔN THỊ HƯƠNG GIANG
Viện Lão khoa Quốc Gia

TÓM TẮT

Tăng huyết áp là một vấn đề sức khỏe phổ biến của người cao tuổi. Tuy nhiên, việc quản lý và điều trị tăng huyết áp hiện nay ở nông thôn vẫn còn nhiều bất cập. Nghiên cứu can thiệp được thực hiện ở hai trạm y tế xã Cộng Hòa và thị trấn Sao Đỏ (đối chứng) nhằm xác định hiệu quả của việc kiểm soát tăng huyết áp cho người cao tuổi ở nông thôn bằng các điều trị thông thường và giáo dục sức khỏe. Kết quả: Can thiệp đóng góp vào tỷ lệ được kiểm soát huyết áp là 9%. Can thiệp có tác động tốt lên chỉ số huyết áp tối đa và tối thiểu với $p < 0,05$ trong hồi qui tuyến tính đa biến. Kết luận: Nên đưa nhiệm vụ điều trị và quản lý người bệnh tăng huyết áp vào trạm y tế có bác sỹ. Điều trị và quản lý người bệnh cần kèm theo giáo dục sức khỏe, vận động thay đổi lối sống.

Từ khóa: can thiệp, tăng huyết áp, hiệu quả điều trị

SUMMARY

Hypertension is a common health problem of the elderly. Current time, there is a number of challenges and obstacles in treatment and management for hypertension in rural area. This intervention was carried out in two communities, Cong hoa and Sao do (control group) for the purpose of identifying the effectiveness of hypertension control for the rural elderly by using popular and cheap medicine and health education. Results: intervention contributed 9% of people who were controled blood presure level. This intervention had good impact into systolic and diatolic blood presure of the elderly with p value less than 0.05 in multi-linear regressions. Conclusion: Community health center with medical doctor should have function in treatment and management of hypertension for the elderly as well others. This management should include health education and changing life style.

Keywords: intervention, hypertension, effectiveness of treatment

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp đã được thông báo là yếu tố thứ tư dẫn tới tử vong sớm ở các nước phát triển và bảy nước đang phát triển[1]. Các báo cáo gần đây cho thấy hiện có gần một tỷ người trưởng thành bị tăng huyết áp vào năm 2000, và dự báo sẽ có khoảng 1,56 tỷ người mắc vào năm 2025[2]. Các báo cáo trước đây cũng gợi ý rằng tỷ lệ tăng huyết áp đang tăng rất nhanh ở các nước phát triển và là một trong các nguyên nhân hàng đầu dẫn tới bệnh tật và tàn tật ở các nước đang phát triển[3,4].

Tình trạng tăng huyết áp luôn luôn được coi là một hậu quả của quá trình lão hóa và hệ quả tất yếu là tỷ lệ tăng huyết áp luôn cao ở trong quần thể những người cao tuổi. Bên cạnh sự lão hóa, nhiều yếu tố thuộc về lối sống như hút thuốc lá, ăn mặn, ăn nhiều chất béo, môi trường sống,... cũng đã được biết đến như là các yếu tố nguy cơ thúc đẩy nhanh hơn quá trình tăng huyết áp trên từng cá nhân. Nghiên cứu trên những người di cư từ vùng kém phát triển sang vùng phát triển kinh tế xã hội cho thấy có sự tăng lên về tỷ lệ tăng huyết áp, đó có thể là hậu quả do thay đổi chế độ ăn, giảm các hoạt động thể lực và tăng sự căng thẳng trong cuộc sống.[5]

Nhiều tài liệu đã đề cập đến mối liên quan giữa tăng huyết áp và bệnh tim mạch[6]. Theo các tài liệu này, những người bị tăng huyết áp có nguy cơ bị tử vong do các bệnh tim mạch, đột quỵ cao hơn. Các thử nghiệm lâm sàng cho thấy khi kiểm soát được huyết áp sẽ làm giảm nguy cơ tử vong, bệnh tim mạch, đột quỵ. Bởi vậy việc kiểm soát tình trạng tăng huyết áp là hết sức cần thiết và can thiệp kiểm soát tăng huyết áp này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả can thiệp đối với tình trạng tăng huyết áp của người cao tuổi ở cộng đồng nông thôn.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu, địa điểm, thời gian.

Đây là một nghiên cứu thử nghiệm thực địa được thực hiện ở xã Cộng Hòa và thị trấn Sao Đỏ của huyện Chí Linh, Hải Dương. Trong đó, can thiệp được thực hiện ở Cộng Hòa và Sao Đỏ là địa điểm đối chứng. Thời gian thực hiện can thiệp từ tháng 12 năm 2007 đến tháng 12 năm 2008.

2. Phương pháp can thiệp thực hiện.

Can thiệp được thực hiện như sau: toàn bộ người cao tuổi ở hai địa điểm trên được khám sức khỏe và hỏi các thông tin liên quan đến hiểu biết về tăng huyết áp, thông tin cá nhân vào tháng 12 năm 2007. Tình trạng tăng huyết áp được xác định theo hướng dẫn JNC7[7]. Những người bị tăng huyết áp ở cả hai địa điểm đều được thông báo về tình trạng bệnh của mình. Sau đó, những người cao tuổi ở xã can thiệp được lập sổ theo dõi sức khỏe và phát thuốc điều trị hàng tháng. Thuốc được sử dụng là những thuốc thông thường trong điều trị huyết áp, dễ tìm, giá hợp lý. Chiến lược điều trị được áp dụng theo hướng dẫn của JNC7[7]. Người cao tuổi trong xã can thiệp được mời tham gia buổi tuyên truyền giáo dục sức khỏe về

các nội dung liên quan đến phòng và điều trị tăng huyết áp. Đồng thời, trong các buổi khám và phát thuốc, người cao tuổi cũng được tư vấn về điều trị, chế độ ăn, sinh hoạt để kiểm soát huyết áp. Sau một năm can thiệp, những người cao tuổi ở hai địa điểm trên lại được kiểm tra sức khỏe và phỏng vấn các thông tin như trước khi can thiệp.

3. Đối tượng nghiên cứu, cỡ mẫu, chọn mẫu.

Đối tượng nghiên cứu là toàn bộ những người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) sống tại hai xã can thiệp và đối chứng. Cỡ mẫu được xác định theo công thức tính cỡ mẫu cho sự khác biệt giữa hai giá trị trung bình.

$$n = \frac{2\delta^2 (Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lân Việt^[6], huyết áp tối đa trung bình của mẫu nghiên cứu thay đổi từ 157mmHg xuống 147mmHg, và huyết áp tối thiểu trung bình giảm từ 93 xuống 78 mmHg. Với độ lệch chuẩn là 43 và 30 mmHg. Vậy, cỡ mẫu cần thiết cho mỗi nhóm nghiên cứu sẽ là 317 người. Ước lượng theo dân số hiện nay ở khu vực này, toàn bộ người cao tuổi của hai xã được đưa vào nghiên cứu.

4. Xử lý, phân tích.

Số liệu được kiểm tra, làm sạch và nhập liệu bằng Epi-Data, xử lý số liệu trên Stata 10.0. Tham số chính của nghiên cứu là huyết áp trung bình, vì vậy, test t và test t ghép cặp được sử dụng để phân tích đơn biến, hồi qui tuyến tính đa biến được sử dụng để tìm hiểu các yếu tố liên quan đến kết quả huyết áp sau can thiệp.

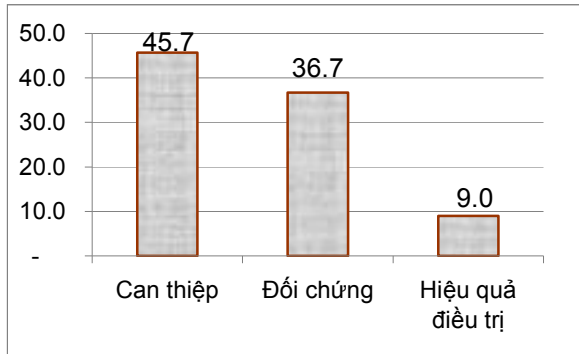
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trước can thiệp có 366 người cao tuổi ở Cộng Hòa (63% nữ và 37% nam) và 373 người cao tuổi ở Sao Đỏ (62% nữ và 38% nam) được khám và thu thập số liệu. Sau can thiệp có 358 người cao tuổi ở Cộng hòa (63% nữ và 37% nam) và 258 người cao tuổi ở Sao Đỏ (67% nữ và 33% nam) được khám và thu thập số liệu. Nhưng do một số người tham gia điều tra trước can thiệp không tham gia vào đợt sau can thiệp và ngược lại, do vậy chỉ có 196 người ở Cộng hòa (61% nữ và 39% nam) và 110 người ở Sao Đỏ (66% nữ và 34% nam), là những người tham gia cả điều tra trước và sau can thiệp, được đưa vào phân tích. Kết quả huyết áp trung bình của hai xã trước và sau can thiệp thu được như sau.

Bảng 1. Huyết áp tối đa và tối thiểu (mmHg) trước và sau can thiệp ở địa điểm can thiệp và chứng

	Cộng hòa	Sao đỏ	Giá trị P (T test)
Huyết áp tối đa			
Trước can thiệp	139,36	141,16	P=0,263
Sau can thiệp	132,70	135,78	P=0,098
Khác biệt	6,67	5,38	
	P=0,000	P=0,006	
Huyết áp tối thiểu			
Trước can thiệp	82,91	82,50	P=0,611
Sau can thiệp	80,49	80,41	P=0,526
Khác biệt	2,42	2,09	
	P=0,002	P=0,052	

Kết quả từ Bảng 1 cho thấy, sau một năm huyết áp tối đa và tối thiểu của cả hai địa điểm can thiệp và không can thiệp đều giảm có ý nghĩa thống kê. Ở xã can thiệp, huyết áp tối đa và tối thiểu đều giảm nhiều hơn so với xã không được can thiệp, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa về thống kê.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ (%) kiểm soát được huyết áp ở hai địa điểm nghiên cứu và hiệu quả điều trị

Kết quả cho thấy trong số những người bị tăng huyết áp ở địa điểm can thiệp, có 45,7% có huyết áp trở về mức bình thường ở thời điểm sau can thiệp, tỷ lệ này ở địa điểm đối chứng chỉ là 36,7%. Như vậy, hiệu quả của can thiệp này là 9%. Tức là can thiệp này đóng góp cho việc kiểm soát được tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi là 9%.

Hồi qui tuyến tính đa biến được sử dụng để phân tích tìm hiệu quả của can thiệp đối với huyết áp tối đa và tối thiểu của người cao tuổi. Các yếu tố được đưa vào mô hình hồi qui bao gồm: có được can thiệp hay không, huyết áp trước can thiệp, tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, tình trạng uống rượu bia, hút thuốc, tập thể dục, BMI trước khi can thiệp, hàm lượng cholesterol, triglycerit, lượng bạch cầu trong máu, tình trạng điều trị tăng huyết áp,...

Bảng 2. Kết quả hồi qui tuyến tính đa biến các yếu tố liên quan đến huyết áp tối đa sau can thiệp

Các yếu tố liên quan	Hệ số hồi qui	Giá trị P
Can thiệp (có/không)	-9,74	0,001
Huyết áp TD trước CT	0,27	0,002
Tuổi	0,73	0,004
BMI trước CT	1,05	0,034
Tập thể thao, dưỡng sinh (có/không)	-9,46	0,002
Thời gian (phút) ngồi nghỉ hoặc dựa/ngày	-0,02	0,019
Bạch cầu	-6,30	0,046
Tình trạng điều trị (không/có)	17,95	0,001

Sử dụng huyết áp tối đa sau can thiệp là biến phụ thuộc, phương trình hồi qui tuyến tính đa biến cho kết quả cuối cùng như trong Bảng 2. Theo kết quả này, can thiệp đã thực hiện tại Cộng hòa có tác động tốt đối với huyết áp tối đa của người cao tuổi, những người thuộc nhóm can thiệp có huyết áp tối đa thấp hơn 9,74mmHg so với nhóm không can thiệp và hiệu quả này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các yếu tố khác có liên quan có ý nghĩa thống kê với huyết áp tối đa sau can thiệp là huyết áp tối đa trước can thiệp,

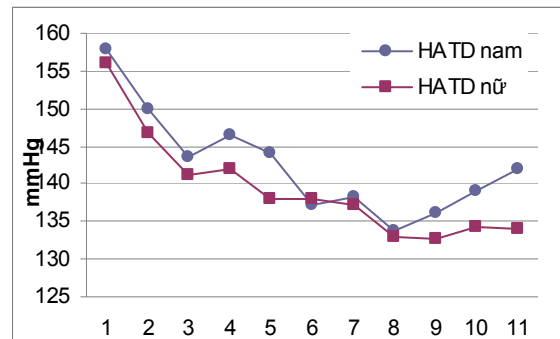
tuổi, BMI ở thời điểm trước can thiệp, tình trạng tập thể thao hay dưỡng sinh và tình trạng được điều trị.

Bảng 3. Kết quả hồi qui tuyến tính đa biến các yếu tố liên quan đến huyết áp tối thiểu sau can thiệp

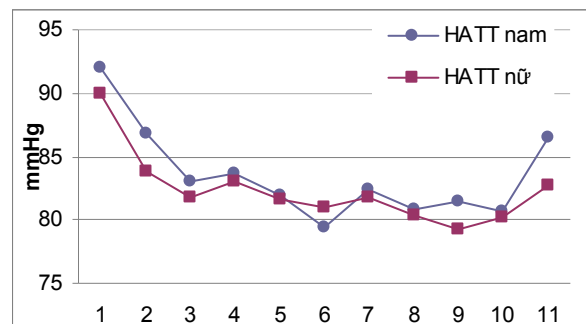
Các yếu tố liên quan	Hệ số hồi qui	Giá trị P
Can thiệp (có/không)	-4,75	0,006
HA tối thiểu trước can thiệp	0,17	0,027
Bạch cầu	-4,00	0,010
Tình trạng điều trị (có/không)	3,70	0,190
Tập thể thao, dưỡng sinh (có/không)	-2,58	0,096
BMI trước can thiệp	0,40	0,097

Đối với huyết áp tối thiểu sau can thiệp, các biến tương tự cũng được đưa vào phân tích với hồi qui tuyến tính đa biến. Phương trình cuối cùng cho thấy can thiệp có hiệu quả có ý nghĩa thống kê đối với huyết áp tối thiểu của người cao tuổi (Bảng 3). Những người được can thiệp có huyết áp tối thiểu thấp hơn những người không được can thiệp là 4,75mmHg. Các yếu tố các như huyết áp tối thiểu trước can thiệp, lượng bạch cầu máu, cũng có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đối với huyết áp tối thiểu sau khi can thiệp.

Ở xã can thiệp có 279 người được xác định là tăng huyết áp ở thời điểm trước can thiệp và cần được điều trị. Nhưng chỉ có 159 người tham gia điều trị chương trình can thiệp chiếm 57% (không kể những người bắt đầu tham gia từ tháng thứ 4 trở đi). Trong số 159 người này, việc tuân thủ điều trị hàng tháng cũng không tốt, chỉ có 15 người (9%) là đến trạm y tế kiểm tra huyết áp và nhận thuốc điều trị hàng tháng và 28 người (18%) đến điều trị 10/11 tháng.



(a)



(b)

Biểu đồ 2. Huyết áp trung bình tối đa (a) và tối thiểu (b) của nhóm nam và nữ theo các tháng can thiệp

Số liệu huyết áp tối đa và tối thiểu trung bình của nhóm được điều trị cho thấy trong những tháng đầu can thiệp, huyết áp trung bình giảm đi đáng kể. Nhưng sau đó huyết áp giảm đi rất ít và thậm chí còn tăng lên (Biểu đồ 2).

BÀN LUẬN

Phòng và quản lý tăng huyết áp là một thách thức trong lĩnh vực y tế công cộng ngay cả ở Mỹ^[7]. Trên thế giới đã có nhiều can thiệp nhằm kiểm soát tình trạng huyết áp của người cao tuổi. Các can thiệp này tập trung vào thay đổi lối sống, giáo dục sức khỏe, quản lý điều trị tăng huyết áp và được thực hiện ở cộng đồng hay tuyến chăm sóc y tế ban đầu^[8-15].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau can thiệp, huyết áp tối đa và tối thiểu của hai nhóm can thiệp và đối chứng đều giảm đi có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đối phù hợp với kết quả can thiệp tăng huyết áp tại xã Vân Canh, Đông Anh, Hà Nội^[6] tại nghiên cứu Vân Canh, huyết áp sau can thiệp giảm đi 10/12mmHg. Kết quả của nghiên cứu này thấp hơn so với kết quả can thiệp về lập hồ sơ và giáo dục sức khỏe ở trạm y tế bưu điện Đông Tháp thời gian 2003-2005 cho thấy sau can thiệp huyết áp của các đối tượng nghiên cứu giảm đi 11/6mmHg. Sự khác biệt này có thể do mức độ can thiệp, ở nghiên cứu Đông Tháp, đối tượng nghiên cứu là những cán bộ bưu điện, nên mức độ tuân thủ điều trị có thể tốt hơn.

Các yếu tố liên quan đến hiệu quả can thiệp huyết áp bao gồm BMI, tình trạng điều trị, tập thể thao, dưỡng sinh, thời gian nghỉ ngơi, lượng bạch cầu trong máu, mức huyết áp trước khi can thiệp là các yếu tố có liên quan đến kết quả can thiệp. Các can thiệp trong nước không đề cập đến thông tin này, nên không thể so sánh được. Nhưng kết quả này phù hợp với kết quả của nhiều can thiệp khác ở nước ngoài về hiệu quả của thay đổi lối sống dẫn tới giảm huyết áp, như tập aerobic mức độ nhẹ hay các bài tập thể dục.

Tỷ lệ người tham gia điều trị và tuân thủ điều trị ở trong nghiên cứu này khá thấp. Tỷ lệ tham gia điều trị chỉ là 57%, thấp hơn ở một số quốc gia khác như ở Mỹ tỷ lệ điều trị tăng huyết áp là 80%. Nhưng ở Anh, tỷ lệ người cao tuổi tham gia điều trị tăng huyết áp là 62%, cao hơn trong nghiên cứu này, nhưng không nhiều lắm.

Huyết áp tối đa và tối thiểu của những người được theo dõi điều trị trong 12 tháng có giảm đi đáng kể ở các thời điểm đầu can thiệp, nhưng ở những tháng cuối, tốc độ giảm không đáng kể (huyết áp tối đa), và thậm chí còn tăng lên ở tháng cuối. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả can thiệp trong nghiên cứu Vân Canh^[6] ở điểm huyết áp giảm đáng kể trong những tháng đầu, còn sau đó giảm đi ít, không đáng kể. Tuy nhiên, trong nghiên cứu Vân Canh, huyết áp tối đa và tối thiểu không bị tăng trở lại ở thời gian cuối.

KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Can thiệp về điều trị và quản lý bệnh nhân bị tăng huyết áp ở nông thôn có hiệu quả đáng kể đối với việc giảm chỉ số huyết áp cho người bệnh. Can thiệp này đóng góp cho việc kiểm soát tăng huyết áp là 9%. Các yếu tố liên quan đến hiệu quả can thiệp huyết áp bao gồm BMI, tình trạng điều trị, tập thể thao, dưỡng sinh, thời gian nghỉ ngơi, lượng bạch cầu trong máu, mức huyết áp trước khi can thiệp là các yếu tố có liên quan đến kết quả can thiệp.

Kết quả cho thấy việc kiểm soát tình trạng tăng huyết áp ở cộng đồng cho người cao tuổi là có hiệu quả, vì vậy nên đưa nhiệm vụ theo dõi và điều trị huyết áp vào thành nhiệm vụ của trạm y tế nơi có bác sỹ để có thể kiểm soát tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi. Trong quá trình điều trị cần phối hợp với giáo dục sức khỏe để thay đổi lối sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Deepa R, Shanthirani CS, Pradeepa R, Mohan V. Is the 'rule of halves' in hypertension still valid? Evidence from the Chennai Urban Population Study. *J Assoc Physicians India* 2003; 51: 153-7.
2. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365: 217-23.
3. Reddy KS. Hypertension control in developing countries. Genetic issues. *J Hum Hypertens* 1996; 10: S33-8.
4. Nissinen A, Bothig S, Granroth H, Lopez AD. Hypertension in developing countries. *World Health Stat Q* 1988; 41: 141-54.
5. Elisabete Pinto. Blood pressure and ageing. *Postgrad Med J* 2007;83:109-114. doi: 10.1136/pgmj.2006.048371
6. Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Doãn Lợi, Vũ Thị Vụng, Phạm Thái Sơn, Nguyễn Ngọc Quang, Phạm Trần Linh, Nguyễn Thu Hoài, Nguyễn Thị Quỳnh Mai, Phạm Thiện Ngọc. áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng, chữa bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng. Báo cáo kết quả đề tài NC cấp Bộ. 2007
7. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 2008
8. David M. Levine, Donald E. Morisky, Lee R. Bone, Carol Lewis, William B. Ward, Lawrence W. Green. Data-Based Planning for Educational Interventions Through Hypertension Control Programs for Urban and Rural Populations in Maryland. *Achievements and challenges in hypertension control. March-April 1982, Vol. 97, No. 2. PP 107-112*
9. Marilyn A. Winkleby, June A. Flora, Helena C. Kraemer. A Community-Based Heart Disease Intervention: Predictors of Change. *American Journal of Public Health. May 1994, Vol. 84, No. 5. 767-772*