

KẾT QUẢ CAN THIỆP KIỂM SOÁT VI ĐẠM NIỆU VÀ RỐI LOẠN MỠ MÁU Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TỈNH VĨNH LONG

Lê Minh Hữu*, Phạm Thị Tâm, Nguyễn Trung Kiên

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: lmhuu@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc kiểm soát rối loạn mỡ máu và vi đạm niệu nhằm góp phần hạn chế tích cực các biến chứng tim mạch trên bệnh nhân tăng huyết áp. Bên cạnh việc tuân thủ điều trị thuốc, bệnh nhân tăng huyết cần thay đổi lối sống tích cực như luyện tập thể lực, giảm cân, có chế độ nghỉ ngơi và ăn uống hợp lý, giúp bệnh nhân kiểm soát huyết áp, rối loạn mỡ máu, vi đạm niệu.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả kiểm soát vi đạm niệu, rối loạn mỡ máu ở bệnh nhân tăng huyết áp tại tỉnh Vĩnh Long. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng trên 330 bệnh nhân tăng huyết áp có vi đạm niệu hoặc có rối loạn mỡ máu hoặc có rối loạn cả hai. Nghiên cứu can thiệp trong hai năm tại 8 phường/xã của tỉnh Vĩnh Long. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát huyết áp ở nhóm can thiệp tăng từ 32,3% lên 67,7% ($p<0,001$); ở nhóm chứng tăng từ 29,5% lên 39,8%, ($p=0,030$), hiệu quả can thiệp 74,6%. Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát được rối loạn mỡ máu ở nhóm can thiệp đạt tỷ lệ 25,6%, ở nhóm chứng 16,3% ($p=0,037$), hiệu quả can thiệp 9,3%. Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát được vi đạm niệu ở nhóm can thiệp đạt tỷ lệ 44,1%, ở nhóm chứng chỉ đạt 26,2% ($p=0,007$), hiệu quả can thiệp 17,9%. **Kết luận:** Hiệu quả can thiệp kiểm soát rối loạn mỡ máu và vi đạm niệu của đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ 9,3% và 17,9%.

Từ khóa: can thiệp, vi đạm niệu lượng, rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp

ABSTRACT

THE EFFICACY OF INTERVENTION TO CONTROL MICROALBUMINURIA AND DYSLIPIDEMIA IN HYPERTENSIVE PATIENTS IN VINH LONG PROVINCE

Le Minh Huu, Pham Thi Tam, Nguyen Trung Kien

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: The control of dyslipidemia and microalbuminuria contributes positively to limit cardiovascular complications in hypertensive patients. Besides using drugs, patients with hypertension need to have positive lifestyle changes such as exercising, avoiding being overweight, having healthy diet, complying with treatment to help patients control blood pressure, dyslipidemia and microalbuminuria. **Objectives:** Evaluating the effectiveness in controlling microalbuminuria and dyslipidemia in hypertensive patients in Vinh Long province. **Materials and methods:** Using a randomized controlled clinical trial of 330 hypertensive patients with microalbuminuria or dyslipidemia or both. The study was conducted for two years in 8 wards/communes of Vinh Long province. **Results:** The number of patients with blood pressure control in the experimental group increased from 32.3% to 67.7% ($p<0.001$); in the control group increased from 29.5% to 39.8% ($p=0.030$), the intervention efficiency was 74.6%. The rate of patients who controlled dyslipidemia in experimental group was 25.6%, in the control group 16.3% ($p=0.037$), the intervention efficiency was 9.3%. The percentage of patients who controlled microalbuminuria in the intervention group reached 44.1%, the control group only 26.2% ($p=0.007$), the intervention efficiency was 17.9%. **Conclusion:** The effectiveness of interventions to control dyslipidemia and microalbuminuria of the study subjects accounted for 9.3% and 17.9% respectively.

Keywords: intervention, microproteinuria, dyslipidemia, hypertensive patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là vấn đề y tế công cộng của toàn thế giới, THA ước tính gây ra 7,5 triệu ca tử vong, chiếm khoảng 12,8% tổng số ca tử vong trên toàn thế giới [15]. Bệnh THA nếu không điều trị sẽ tiến triển âm thầm và gây nhiều biến chứng nguy hiểm [4]. Theo nghiên cứu ở các nước có thu nhập trung bình, có 31,1% người trưởng thành bị THA, tỷ lệ được phát hiện 58,2%, tỷ lệ có điều trị 44,5% và kiểm soát được huyết áp chỉ 17,9% [13]. Tại Việt Nam, một cuộc điều tra dịch tễ trên 8 tỉnh thành phố tại Việt Nam năm 2015, kết quả cho thấy tỷ lệ THA là khá cao 47,3% [11]. Tại tỉnh Vĩnh Long, năm 2012-2013, tỷ lệ mắc bệnh THA của người dân tuổi từ 25-64 là 32,2%, [5].

Rối loạn mỡ máu đã được chứng minh là một yếu tố nguy cơ đối với các bệnh tim mạch. Nếu có một người THA kèm theo rối loạn mỡ máu (RLMM), vi đạm niệu (VDN) được xếp trong nhóm có nguy cơ bệnh tim mạch rất cao. Tình trạng vi đạm niệu xuất hiện cho thấy có rối loạn chức năng nội mô hoặc phát triển xơ vữa động mạch và tổn thương nội tạng, các bệnh tim mạch hoặc tai biến não và các biến chứng tim mạch khác [14]. Tại Việt Nam, theo các nghiên cứu của tỷ lệ vi đạm niệu ở những người THA Việt trong cuộc điều tra toàn quốc là 70,8%, theo một nghiên cứu tại Khu vực Đồng Bằng sông Cửu Long tỷ lệ 37,8% [8]. Tỷ lệ RLMM ở người THA rất cao, theo nghiên cứu Nguyễn Thị Hồng Thủy kết quả 77,4%, nghiên cứu của Phạm Vũ Thụy là 94,5% [9], [10]

Việc kiểm soát huyết áp, RLMM và VDN nhằm góp phần hạn chế tích cực các biến chứng tim mạch trên bệnh nhân THA. Bệnh nhân THA, bên cạnh việc uống thuốc đều đặn, liên tục kết hợp chế độ điều trị không dùng thuốc như điều chỉnh chế độ ăn, giảm cân, vận động thể lực, bỏ thuốc lá và uống rượu vừa phải, kiểm soát huyết áp có hiệu quả kiểm soát vi đạm niệu và rối loạn mỡ máu trên bệnh nhân THA huyết áp hay không? Để trả lời cho câu hỏi nghiên cứu vừa nêu chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả kiểm soát vi đạm niệu, rối loạn mỡ máu ở bệnh nhân tăng huyết áp tại tỉnh Vĩnh Long.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người được chẩn đoán THA tại tỉnh Vĩnh Long với tiêu chuẩn chọn bệnh nhân tăng huyết áp có kèm theo rối RLMM hoặc VDN hoặc cả hai, đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chí chẩn đoán THA, RLMM, VDN theo tiêu chuẩn chẩn đoán Hiệp hội tim mạch quốc gia, Hiệp hội tim mạch Mỹ [4], [12]. Tiêu chuẩn loại trừ bỏ địa bàn trong thời gian nghiên cứu, không giao tiếp được do rối loạn tâm thần, bệnh nhân tăng huyết áp đang có thai

2.2 Thiết kế nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng nghiên cứu can thiệp có nhóm chứng để đánh giá hiệu quả can thiệp kiểm soát vi đạm niệu và rối loạn mỡ máu ở bệnh nhân THA. Thời gian can thiệp trong 2 năm 2018 - 2019

- **Cỡ mẫu:** cỡ mẫu được tính theo công thức so sánh tỷ lệ giữa hai nhóm:

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}\}^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Với: $\alpha = 0.05$, lực mẫu 95%. p_1 : tỷ lệ bệnh nhân có vi đạm niệu (hoặc rối loạn mỡ

máu) được kiểm soát thành công ở nhóm can thiệp, kỳ vọng của chúng tôi là 45%. p₂: tỷ lệ bệnh nhân có vi phạm niệu (hoặc rối loạn mỡ máu) được kiểm soát thành công ở nhóm can thiệp, ước tính của chúng tôi là 20%. Thay vào công thức, bệnh nhân tăng huyết áp được chọn vào mỗi nhóm là 89, ước tính tỷ lệ bệnh nhân không theo dõi được trong khoảng thời gian 2 năm là 10%, làm tròn tối thiểu 100 bệnh nhân ở mỗi nhóm.

- **Phương pháp chọn mẫu:** áp dụng phương pháp chọn mẫu chủ đích: Nhóm can thiệp gồm tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chí tại 4 xã/phường Phường Thành Phước, xã Thuận An, xã Đông Thạnh, xã Đông Thành của thị xã Bình Minh tỉnh Vĩnh Long. Nhóm chứng là tất cả các bệnh nhân thỏa tiêu chí tại 4 xã/phường của 4 xã/thị trấn: Thị trấn Cái Nhum, xã Tân Hội, xã Chánh Hội, xã Mỹ An của huyện Mang Thít.

- **Nội dung nghiên cứu:** Bệnh nhân bỏ hút thuốc lá; bệnh nhân bỏ/giảm uống rượu bia; Ăn rau quả đạt khi bệnh nhân ăn ≥ 5 đơn vị/ngày; Ăn mặn đạt khi bệnh nhân có số ngày ăn mặn < 3 ngày/tuần; Ăn đồ chiên xào đạt khi bệnh nhân có số ngày ăn đồ chuyên xào < 3 ngày/tuần; Hoạt động thể lực đạt khi có thời gian hoạt động thể lực ≥ 150 phút/tuần; Bệnh nhân có tuân thủ điều trị theo thang đo lường của Morisky 8 với điểm < 3 ; Kiểm soát chỉ số BMI đạt khi chỉ số BMI < 23 . Kiểm soát HA, VĐN, RLMM theo theo khuyến cáo Hiệp hội tim mạch quốc gia, Hiệp hội tim mạch Mỹ [4],[12]: Kiểm soát huyết áp mức huyết áp mục tiêu (huyết áp $< 140/90$ mmHg); Kiểm soát Cholesterol toàn phần đạt khi Cholesterol toàn phần $< 5,2$ mmol/L; Kiểm soát Triglyceric đạt khi Triglyceric $< 1,7$ mmol/L; Kiểm soát LDL cholesterol đạt khi LDL cholesterol $< 3,4$ mmol/L; Kiểm soát HDL cholesterol đạt khi HDL cholesterol ≥ 1 mmol/L; Kiểm soát RLMM khi tất cả các chỉ số Cholesterol toàn phần, Triglyceric, LDL; Cholesterol, HDL cholesterol đều ở mức đạt. Kiểm soát vi phạm niệu khi chỉ số Albumin niệu chia cho chỉ số Creatine niệu < 30 .

- **Biện pháp can thiệp truyền thông trực tiếp:** Bệnh nhân được tư vấn và hướng dẫn để thực hiện các nội dung như vận động thể lực, thực hiện chế độ ăn hợp lý, kiểm soát rượu, không thuốc lá, kiểm soát cân nặng, tuân thủ điều trị, theo dõi huyết áp và kiểm soát huyết áp. Kết quả can thiệp được đánh giá sau 2 năm.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Cán bộ điều tra thu thập số liệu là cán bộ của Khoa Y tế công cộng, sinh viên Y tế công cộng, Y học dự phòng năm cuối Trường đại học Y Dược Cần Thơ được tập huấn, thống nhất về phương pháp trước khi tiến hành điều tra và giám sát trong thời gian điều tra. Quy trình và kỹ thuật thu thập số liệu trước sau can thiệp giống nhau giữa 2 nhóm. Các xét nghiệm Cholesterol toàn phần, HDL-c, LDL-c và Triglycerid. xét nghiệm vi phạm niệu được thực hiện tại Khoa xét nghiệm, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

- **Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:** Sử dụng phần mềm Epi Data nhập số liệu và SPSS phiên bản 18.0 để xử lý số liệu với các thuật toán thống kê y học. Sử dụng McNemar test để so sánh tỷ lệ trước sau can thiệp. Nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp, chúng tôi sử dụng các chỉ số Chỉ số đánh giá hiệu quả (CSHQ) và hiệu quả can thiệp

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 330 trường hợp người THA hoàn thành sau 2 năm nghiên cứu. Đối tượng VĐN là 102 ở nhóm can thiệp và 103 nhóm chứng. Có 164 trường có rối loạn mỡ máu nhóm can thiệp 166 trường hợp ở nhóm chứng. Kết quả trước sau can thiệp được trình bày trong các bảng sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng được can thiệp ở hai nhóm

Thông tin		Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		P
		N	%	N	%	
Giới	Nam	67	40,9	62	37,3	0,514
	Nữ	97	59,1	104	62,7	
Tuổi	<50	8	4,9	8	4,8	0,871
	50-59	44	26,8	38	22,9	
	60-69	77	47,0	83	50,0	
	≥ 70	35	21,3	37	22,3	
Dân tộc	Kinh	159	97,0	163	98,2	0,463
	Khác	5	3,0	3	1,8	
Học vấn	< Cấp 1	37	22,6	36	21,7	0,934
	Cấp 1	68	41,5	74	44,6	
	Cấp 2	32	19,5	32	19,3	
	≥ Cấp 3	27	16,5	24	14,5	
Thời gian THA	< 5 năm	94	57,3	106	63,9	0,330
	5-9 năm	45	27,4	32	19,3	
	10-14 năm	15	9,1	19	11,4	
	≥ 15 năm	10	6,1	9	5,4	

Đối tượng được chọn của nhóm can thiệp và nhóm chứng tương đồng về giới, tuổi, dân tộc, học vấn, thời gian tăng huyết áp

Bảng 2. Sự thay đổi rối loạn mỡ máu ở 2 nhóm nghiên cứu can thiệp

Nội dung	Nhóm can thiệp		Nhóm chứng		p
	n	%	n	%	
Kiểm soát RLMM					0,037
Có	42	25,6	27	16,3	
Không	122	74,4	139	83,7	
Tổng	164	100	166	100	
Kiểm soát vi đạm niệu					0,007
Có	45	44,1	27	26,2	
Không	57	55,9	76	73,8	
Tổng	102	100	103	100	

Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát rối loạn mỡ máu ở nhóm can thiệp đạt tỷ lệ 25,6% trong khi ở nhóm chứng chỉ đạt 16,3% (p=0,037). Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát được vi đạm niệu ở nhóm can thiệp đạt tỷ lệ 44,1% trong khi ở nhóm chứng chỉ đạt 26,2% (p=0,007).

Bảng 3. Hiệu quả can thiệp huyết áp và một số nội dung ở đối tượng nghiên cứu

Nội dung		Trước CT		Sau CT		CSHQ (%)	HQCT (%)
		n	%	n	%		
Uống rượu bia	Can thiệp	140	85,4	147	89,6	0,167	7,0
	Chứng	141	84,9	138	83,1	0,678	
Hút thuốc lá	Can thiệp	126	76,8	137	83,5	0,035	3,5
	Chứng	134	80,7	141	84,9	0,065	
Ăn rau quả	Can thiệp	15	9,1	47	28,7	<0,001	134,6
	Chứng	20	12,0	36	21,7	0,007	

Nội dung		Trước CT		Sau CT			CSHQ (%)	HQCT (%)
Ăn mặn	Can thiệp	56	34,1	92	56,1	0,001	64,5	48,2
	Chứng	56	33,7	65	39,2	0,200	16,3	
Ăn đồ chiên xào	Can thiệp	101	61,6	125	76,2	<0,001	23,7	12,7
	Chứng	101	60,8	112	67,5	0,342	11,0	
Hoạt động thể lực	Can thiệp	67	40,9	108	65,9	<0,001	61,1	50,6
	Chứng	66	39,8	73	44,0	0,419	10,6	
Tuân thủ điều trị	Can thiệp	83	50,6	152	92,7	<0,001	83,2	56,2
	Chứng	81	48,8	103	62,0	0,010	27,0	
Kiểm soát chỉ số BMI	Can thiệp	92	56,1	122	74,4	<0,001	32,6	13,9
	Chứng	85	51,2	101	60,8	0,002	18,8	
Kiểm soát huyết áp	Can thiệp	53	32,3	111	67,7	<0,001	109,6	74,7
	Chứng	49	29,5	66	39,8	0,030	34,9	

* Test Mcnemar

Tỷ lệ bệnh nhân ăn rau quả ≥ 5 đơn vị/ngày ở nhóm can thiệp tăng từ 9,1% lên 28,7% ($p<0,001$); ở nhóm chứng tăng từ 12,0% lên 21,7% ($p=0,007$). Tỷ lệ bệnh nhân ăn mặn giảm < 3 ngày/tuần ở nhóm can thiệp tăng từ 34,1% lên 56,1% ($p=0,001$); ở nhóm chứng tăng từ 33,7% lên 39,2% ($p=0,200$). Tỷ lệ bệnh nhân ăn đồ chiên xào giảm < 3 ngày/tuần ở nhóm can thiệp tăng từ 60,6% lên 76,2% ($p<0,001$); ở nhóm chứng tăng từ 60,8% lên 67,5% ($p=0,342$). Tỷ lệ bệnh nhân có hoạt động thể lực ở nhóm can thiệp tăng từ 40,9% lên 65,9% ($p<0,001$); ở nhóm chứng chỉ tăng từ 39,8% lên 44,0% ($p=0,419$). Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị ở nhóm can thiệp tăng từ 50,6% lên 92,7% ($p<0,001$); ở nhóm chứng tăng từ 48,8% lên 62,0% ($p=0,010$). Tỷ lệ bệnh nhân có kiểm soát được chỉ số BMI <23 ở nhóm can thiệp tăng từ 56,1% lên 74,4% ($p<0,001$); ở nhóm chứng chỉ tăng từ 51,2% lên 60,8% ($p=0,002$). Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát huyết áp ở nhóm can thiệp tăng từ 32,3% lên 67,7% ($p<0,001$); ở nhóm chứng tăng từ 29,5% lên 39,8% ($p=0,030$). Hiệu quả can thiệp về ăn rau quả của các đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất (134,6%) tiếp theo là hiệu quả trong việc kiểm soát huyết áp 74,4%. Thấp nhất là hiệu quả can thiệp trong bỏ hút thuốc lá của các đối tượng nghiên cứu (3,5%).

Bảng 4. Hiệu quả can thiệp kiểm soát các chỉ số của đối tượng nghiên cứu

Nội dung		Trước CT		Sau CT		p*	CSHQ (%)	HQCT (%)
		n	%	n	%			
Kiểm soát Cholesterol	Can thiệp	35	21,3	77	47,0	<0,001	120,7	21,2
	Chứng	29	17,5	58	34,9	<0,001	99,4	
Kiểm soát Triglyceric	Can thiệp	13	7,9	70	42,7	<0,001	440,5	276,9
	Chứng	25	15,1	66	39,8	<0,001	163,6	
Kiểm soát LDL cholesterol	Can thiệp	120	73,2	137	83,5	0,014	14,1	2,7
	Chứng	114	68,7	127	76,5	0,029	11,4	
Kiểm soát HDL cholesterol	Can thiệp	138	84,1	151	92,1	0,011	9,5	2,3
	Chứng	141	84,9	151	91,0	0,087	7,2	
Kiểm soát RLMM	Can thiệp	0	0	42	25,6		25,6	9,3
	Chứng	0	0	27	16,3		16,3	

Nội dung		Trước CT		Sau CT		p*	CSHQ (%)	HQCT (%)
Kiểm soát vi đạm niệu	Can thiệp	0	0	45	44,1		44,1	17,9
	Chứng	0	0	27	26,2		26,2	

* Test Mcnemar

Tỷ lệ bệnh nhân có kiểm soát được Cholesterol ở nhóm can thiệp tăng từ 21,3% lên 47,0% ($p < 0,001$); ở nhóm chứng chỉ tăng từ 17,5% lên 34,9% ($p < 0,001$). Tỷ lệ bệnh nhân kiểm Triglyceric ở nhóm can thiệp tăng từ 7,9% lên 42,7% ($p < 0,001$); ở nhóm chứng tăng từ 15,1% lên 39,8% ($p < 0,001$). Tỷ lệ bệnh nhân có kiểm soát được LDL Cholesterol ở nhóm can thiệp tăng từ 73,2% lên 83,5% ($p = 0,014$); ở nhóm chứng tăng từ 68,7% lên 76,5% ($p = 0,029$). Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát HDL Cholesterol ở nhóm can thiệp tăng từ 84,1% lên 92,% ($p = 0,011$); ở nhóm chứng tăng từ 84,9% lên 91,0% ($p < 0,087$).

Hiệu quả can thiệp về kiểm soát Triglyceric của các đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất (276,9%) thấp nhất là hiệu quả can thiệp kiểm soát LDL cholesterol, kiểm soát HDL cholesterol của các đối tượng nghiên cứu (2,7% và 2,3%). Hiệu quả can thiệp kiểm soát RLMM và vi đạm niệu của đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ 9,3% và 17,9%

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 330 trường hợp người THA hoàn thành sau 2 năm nghiên cứu. Đối tượng bị vi đạm niệu là 102 ở nhóm can thiệp và 103 nhóm chứng. 164 trường có rối loạn mỡ máu nhóm can thiệp 166 trường hợp ở nhóm chứng. Đối tượng được chọn của nhóm can thiệp và nhóm chứng tương đồng về giới, tuổi, thời gian tăng huyết áp.

Kết quả can thiệp truyền thông tích cực cho thấy có sự thay đổi lối sống và tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tăng rõ rệt trước sau điều trị. Hiệu quả can thiệp trên việc tuân thủ điều trị huyết áp và hoạt động thể lực của các đối tượng nghiên cứu (56,2% và 50,6%). Thấp nhất là hiệu quả can thiệp trong bỏ hút thuốc lá của các đối tượng nghiên cứu (3,5%). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Trần Đỗ Thanh Phong nghiên cứu của cũng có sự thay đổi về chế độ ăn, kiểm soát cân nặng, huyết áp trước và sau can thiệp bằng truyền thông [6]. Nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Hạnh về đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành tự theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp trên 50 tuổi tại một số xã thuộc huyện Tiền Hải, tỉnh Thái Bình năm 2015 thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị của nhóm can thiệp từ 34,4% lên 57,0%, hiệu quả can thiệp 89,3% [3]. Tuy nhiên, can thiệp của chúng tôi trong việc ngưng hút thuốc lá và uống rượu bia của các đối tượng vẫn chưa thực sự có hiệu quả. Việc nghiện thuốc lá và uống rượu bia là những thói quen khó thay đổi ở bệnh nhân. Mặc dù có kiến thức và sự hỗ trợ, tuy nhiên việc cai thuốc không phải là điều dễ dàng. Đây cũng là khía cạnh cần khai thác và can thiệp sâu hơn trong các nghiên cứu sau này.

Việc thay đổi chế độ ăn, tăng cường vận động thể lực, kiểm soát chỉ số BMI có hiệu quả trong việc kiểm soát các chỉ số Lipid máu nhiều nhất kiểm soát Triglyceric kể đến Cholesterol toàn phần ở nhóm can thiệp. Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát rối loạn mỡ máu ở nhóm can thiệp đạt tỷ lệ 25,6% trong khi ở nhóm chứng chỉ đạt 16,3%. Tỷ lệ kiểm soát mỡ máu trong nghiên cứu của chúng tôi không bằng nghiên cứu của Nguyễn Thiện Tuấn về kết quả kiểm soát LDL-c giữa hai nhóm điều trị rosuvastatin và atorvastatin ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên có LDL-c phát tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

cho thấy cả hai nhóm tỷ lệ đạt LDL-c mục tiêu 86,8%, 78% nhưng có biến chứng tăng men gan 14% sau 12 tuần điều trị[7]. Nghiên cứu Phạm Vũ Thụy Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ có tỷ lệ Lipid máu điều giảm sau điều trị[10]. Tuy nhiên, việc nghiên cứu của chúng tôi cũng đạt được tỷ lệ kiểm soát một số chỉ số lipid nhất định, nhất là chỉ số kiểm soát Triglyceric và Cholesterol toàn phần vì vậy cần thiết nhân rộng mô hình can thiệp.

Đạm niệu hiện là vấn đề mang tính thời sự được khuyến cáo như là chiến lược sàng lọc ưu tiên cho tất cả bệnh nhân THA. Sự hiện diện của đạm niệu cảnh báo vấn đề nghiêm trọng trong rối loạn chức năng nội mô, bệnh mạch máu[14]. Kiểm soát đạm niệu, HA được duy trì dưới 140/80mmHg, albumin trong nước tiểu 30mg/ngày là yêu cầu cần thiết trong điều trị hiện nay[4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi việc thay đổi chế độ ăn, tăng cường vận động thể lực, kiểm soát chỉ số BMI, tuân thủ điều trị THA, kiểm soát được chỉ số huyết áp góp phần làm tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát được vi đạm niệu ở nhóm can thiệp đạt tỷ lệ 44,1% trong khi ở nhóm chứng chỉ đạt 26,2%, hiệu quả can thiệp 17,9%. So với điều trị bằng thuốc chế men chuyển như nghiên cứu của Nguyễn Văn Thanh nghiên cứu sự thay đổi vi đạm niệu và độ lọc cầu thận ở bệnh nhân THA nguyên phát điều trị bằng thuốc Perindopril tại Bệnh viện Cà Mau, năm 2013; sau điều trị, vi đạm niệu chuyển sang âm tính là 84,7%[8]. Bùi Văn Bảy khảo sát vi đạm niệu ở người bệnh THA nguyên phát, đánh giá kết quả điều trị thuốc Enalapril lên sự thay đổi vi đạm niệu trên bệnh nhân THA tại Bệnh viện Đa khoa Nguyễn Đình Chiểu, tỉnh Bến Tre, tỷ lệ vi đạm niệu (-) sau can thiệp 76,5% [2]. Một số tác giả khác sử dụng thuốc ức chế thụ thể Angiotensin II như Nguyễn Hoàng Ân thực hiện nghiên cứu tính hình và đánh giá kết quả kiểm soát vi đạm niệu ở bệnh nhân THA nguyên phát bằng Irbesartan tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang kết quả tỷ lệ bệnh nhân có vi đạm niệu (-) 68,7%[1]. Tuy nhiên, các nghiên cứu này thực hiện tại bệnh viện tuyến tỉnh trở lên có kiểm soát vi đạm niệu bằng xét nghiệm thuốc và phải theo dõi được các biến chứng, không thể áp dụng tại cộng đồng, nơi có rất nhiều bệnh nhân không có điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế cao.

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả can thiệp về kiểm soát Triglyceric của các đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất (276,9%), thấp nhất là hiệu quả can thiệp kiểm soát LDL cholesterol, kiểm soát HDL cholesterol của các đối tượng nghiên cứu (2,7% và 2,3%). Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát rối loạn mỡ máu ở nhóm can thiệp đạt tỷ lệ 25,6% trong khi ở nhóm chứng chỉ đạt 16,3% ($p=0,037$). Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát được vi đạm niệu ở nhóm can thiệp đạt tỷ lệ 44,1% trong khi ở nhóm chứng chỉ đạt 26,2% ($p=0,007$). Hiệu quả can thiệp kiểm soát RLMM và vi đạm niệu của đối tượng nghiên cứu chiếm tỷ lệ 9,3% và 17,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Ân, Mai Long Thủy và Trần Ngọc Dung (2016), "Nghiên cứu tính hình và đánh giá kết quả kiểm soát đạm niệu vi lượng ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát bằng Irbesartan tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 7, tr. 14-20.
2. Bùi Văn Bảy (2013), *Khảo sát đạm niệu vi lượng ở người bệnh tăng huyết áp nguyên phát, đánh giá kết quả điều trị thuốc Enalapril lên sự thay đổi đạm niệu vi lượng*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

3. Trần Thị Mỹ Hạnh (2017), *Đánh giá kết quả can thiệp nâng cao thực hành tự theo dõi huyết áp và tuân thủ điều trị ở người tăng huyết áp trên 50 tuổi tại một số xã thuộc huyện Tiên Hải, tỉnh Thái Bình năm 2015*, Luận án tiến sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
4. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2018), *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018*, Phân hội Tăng Huyết Áp Việt Nam, Hà Nội.
5. Phạm Hùng Lực, Lê Minh Hữu và CS (2012), "Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch tại tỉnh Vĩnh Long", *Tạp chí Y học thực hành*. 852-853.
6. Trần Đỗ Thanh Phong, Nguyễn Trung Kiên (2018), "Nghiên cứu tình hình kiểm soát huyết áp và đánh giá kết quả can thiệp ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại huyện Châu Thành A, tỉnh Hậu Giang năm 2016 - 2017", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 11-12, tr. 22-30.
7. Nguyễn Thiện Tuấn, Ngô Văn Truyền (2019), "Rối loạn lipid máu và kết quả kiểm soát LDL-c giữa hai nhóm điều trị rosuvastatin và atorvastatin ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. số 19, tr. 160-165.
8. Nguyễn Văn Thanh (2014), *Nghiên cứu sự thay đổi đạm niệu vi lượng và độ lọc cầu thận ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát điều trị bằng thuốc Perindopril tại Bệnh viện Cà Mau, năm 2013*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
9. Nguyễn Thị Hồng Thủy (2014), "Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp tại tỉnh Phú Yên", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 66, tr. 120-131.
10. Phạm Vũ Thụy (2017), *Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2016-2017*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
11. Nguyễn Lâm Việt (2016), *Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015-2016*, Việt Nam, Hà Nội.
12. American Heart Association (2014), "2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines", *Circulation*. 129(25 Suppl 2), p. S1-45.
13. Katherine T. Mills cộng sự (2016), "Global Disparities of hypertension Prevalence and control - A systematic analysis of Population-Based studies From 90 countries", *Circulation*. 134, p. 441-450.
14. Volpe, M. (2008), "Microalbuminuria screening in patients with hypertension: recommendations for clinical practice", *Int J Clin Pract*. 62(1), p. 97-108.
15. World Health Organization (2019), *Raised blood pressure*, Global Health Observatory.

(Ngày nhận bài: 04/12/2020 - Ngày duyệt đăng: 14/04/2021)
