

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH MẠCH VÀNH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP BẰNG TRUYỀN THÔNG Ở BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TÂY NINH NĂM 2019

Nguyễn Việt Dũng¹, Dương Phúc Lam^{2*}

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: dplam@ctump.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay bệnh tim mạch vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế và tử vong trên toàn thế giới chiếm 34,2% tại Việt nam năm 2007 là 24%. Mức độ ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ này vẫn là một câu hỏi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ, mức độ, yếu tố liên quan và đánh giá kết quả can thiệp bằng truyền thông ở bệnh nhân có nguy cơ cao bệnh mạch vành tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh tỉnh Tây Ninh năm 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1067 bệnh nhân ≥ 20 tuổi đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh từ 01/2019-12/2019, kết hợp can thiệp không nhóm chứng trên 125 bệnh nhân có nguy cơ cao bệnh mạch vành. **Kết quả:** Tỷ lệ nguy cơ cao 17,6%. Các yếu tố liên quan đến bệnh mạch vành: giới tính, ăn mặn, uống rượu bia, giảm HDL-C, tăng LDL ($p < 0,001$). Kết quả can thiệp: Nguy cơ bệnh mạch vành giảm từ $24,3 \pm 4,1\%$ xuống $15,8 \pm 10\%$ ($p < 0,001$), kiến thức tăng 47,2%, thực hành tăng 18,4% ($p < 0,001$). **Kết luận:** Tỷ lệ nguy cơ cao bệnh mạch vành còn cao. Các yếu tố liên quan đến bệnh mạch vành: giới tính, ăn mặn, uống rượu bia, giảm HDL-C, tăng LDL. Can thiệp truyền thông có hiệu quả cải thiện kiến thức và thực hành của bệnh nhân có nguy cơ cao bệnh mạch vành.

Từ khóa: nguy cơ cao bệnh động mạch vành

ABSTRACT

STUDY ON THE STATUS OF CORONARY ARTERY DISEASE RISK FACTORS AND ASSESSMENT OF COMMUNICATION PREVENTION RESULTS IN OUTPATIENT AT TAY NINH GENERAL HOSPITAL IN 2019

Nguyen Viet Dung¹ Duong Phuc Lam²

1. Tay Ninh General Hospital

2. Can Tho University of Medicine And Pharmacy

Background: Currently, cardiovascular disease is still the leading cause of disability and death worldwide, accounting for 34.2% in Vietnam in 2007 it was 24%. The influence level of these risk factors remains a question. **Objectives:** Determining the rate, level, related factors and evaluation of the results of communication interventions in patients at high risk of coronary artery disease at Tay Ninh General Hospital in 2019. **Materials and method:** A cross-section descriptive study was conducted on 1067 patients ≥ 20 years old, who visit at Tay Ninh General Hospital from 01/2019 to 12/2019, in combination with the non-control intervention was conducted on 125 patients at high risk of coronary artery disease. **Results:** 17.6% high risk. Factors related to coronary artery disease: sex, salty eating, drinking alcohol, decreased HDL-C, increased LDL ($p < 0.001$). Intervention results: The risk of coronary artery disease decreased from $24.3 \pm 4.1\%$ to $15.8 \pm 10\%$ ($p < 0.001$), knowledge increased 47.2%, practice increased 18.4% ($p < 0.001$). **Conclusion:** The high risk rate for coronary heart disease remains high. Factors related to coronary artery disease include: sex, salty eating, drinking alcohol, decreased HDL-C, increased

LDL-C. Effective communication interventions improve the knowledge and practice of patients at high risk of coronary artery disease.

Keywords: High risk of coronary artery disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế và tử vong trên toàn thế giới, nhất là các nước phát triển và đang phát triển [1].

Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh tim mạch ngày càng tăng đến mức báo động. Trong đó, bệnh mạch vành (BMV) là bệnh thường gặp nhất [2], [3], [7].

Nguyên nhân chính của bệnh mạch vành là xơ vữa động mạch dẫn đến giảm lưu lượng dòng chảy gây triệu chứng thiếu máu cục bộ cơ tim [7]. Một số nguy cơ tim mạch như: tăng huyết áp (THA), đái tháo đường, hút thuốc lá, rối loạn mỡ máu, ít vận động thể lực là nguyên nhân chính gây bệnh. Nếu được kiểm soát tốt giúp cho việc dự phòng, điều trị bệnh mạch vành hiệu quả hơn, thang điểm Framingham là một thang điểm đánh giá nguy cơ bệnh mạch vành được sử dụng rộng rãi trên thế giới trong việc dự đoán bệnh mạch vành trong tương lai.

Nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới cho thấy mối nguy hại của các yếu tố nguy cơ (YTNC) tim mạch lên bệnh mạch vành, nhưng ở Việt Nam mức độ ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ này vẫn là một câu hỏi, nên chúng tôi tiến hành “Nghiên cứu thực trạng các yếu tố nguy cơ tim mạch và đánh giá kết quả can thiệp bằng truyền thông ở bệnh nhân đến khám tại khoa khám Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh tỉnh Tây Ninh năm 2019-2020” với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ và dự báo nguy cơ bệnh mạch vành trong 10 năm tới theo thang điểm Framingham ở Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh năm 2019.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả truyền thông đến nguy cơ cao bệnh mạch vành ở bệnh nhân đến khám tại khoa khám Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 20 tuổi đến khám tại khoa khám Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh từ 01/2019 đến 12/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang với can thiệp cộng đồng không có nhóm chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu: với công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ cho mục tiêu 1

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p(1-p)}{d^2} \text{ Trong đó: } Z_{1-\alpha/2} = 1,96; d=0,04; p= 51,4\% \text{ (nghiên cứu}$$

Trương Thanh Sơn tỷ lệ THA là 51,4% [7]. Tính ra $n=1067$.

Cỡ mẫu cho mục tiêu can thiệp: bằng công thức sau

$$n = \left[\frac{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_0(1-P_0) + P_1(1-P_1)}}{(P_1 - P_0)^2} \right]^2$$

Trong đó:

- p_0 : tỷ lệ kiến thức, thực hành đúng về các yếu tố nguy cơ trước can thiệp ở người nguy cơ cao BMV trong nghiên cứu của mục tiêu 1, $p_0= 31,2\%$ và $9,6\%$.

- p_1 : tỷ lệ kiến thức, thực hành đúng về các YTNC sau can thiệp ở người nguy cơ cao BMV, tương ứng tăng 15%, $\bar{p} = (p_0 + p_1)/2$.

- α : mức ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($\alpha = 0,05$).

- β : xác suất của việc phạm phải sai lầm loại II. Chọn $\beta = 0,2$. $Z^2_{(\alpha,\beta)} = 7,9$.

- Tính ra $n = 118$ người, thực tế điều tra 125 người.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

- Xác định tỷ lệ và dự báo nguy cơ bệnh mạch vành: hỏi tiền sử gia đình, bệnh nhân; dấu hiệu lâm sàng, hành vi hút thuốc lá, đo huyết áp (HA), BMI, chỉ số lipide máu, đường huyết, HbA1C, dự báo nguy cơ bằng thang điểm Framingham bằng đo lường nguy cơ bệnh mạch vành trong 10 năm tới gồm các yếu tố tuổi, giới tính, cholesterol toàn phần, HDL-C, tăng huyết áp có hay không có điều trị, hút thuốc lá. Chia 3 mức, nguy cơ thấp ($<10\%$), nguy cơ trung bình (10% đến 20%) và nguy cơ cao ($\geq 20\%$).

- Xác định các yếu tố liên quan: đặc điểm nhân khẩu, các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, hỏi các hành vi hoạt động thể lực (HĐTL), uống rượu.

- Đánh giá kết quả can thiệp bằng truyền thông giáo dục: so sánh thay đổi kiến thức, thực hành trước và sau can thiệp và một số chỉ số cận lâm sàng bằng chỉ số

$p_2 - p_1$

hiệu quả CSHQ = $\frac{p_2 - p_1}{p_1}$ trong đó p_1 là tỷ lệ trước can thiệp, p_2 là tỷ lệ sau can thiệp

p_1

2.2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi soạn sẵn, tra cứu sổ khám bệnh.

2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Phân tích bằng phần mềm Excel Microsoft 2010 và SPSS 22.0. Kết quả mô tả dạng tần số, tỷ lệ phần trăm (%), tỷ số chênh (OR), khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) của OR; kiểm định có ý nghĩa với $\alpha = 0,05$. Sử dụng kiểm định McNemar Test để so sánh hai tỷ lệ trước và sau can thiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1 Tần số phân bố nhóm tuổi theo giới tính

Giới Nhóm tuổi	Chung n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)	p
20-29	24 (2,2)	14 (2,7)	10 (1,8)	0,128 $\chi^2 = 8,565$
30-39	82 (7,7)	42 (8,2)	40 (7,2)	
40-49	142 (13,3)	64 (12,5)	78 (14,1)	
50-59	266 (24,9)	139 (27,1)	127 (22,9)	
60-69	330 (30,9)	162 (31,6)	168 (30,3)	
≥ 70	223 (20,9)	91 (17,8)	132 (23,8)	
Tổng	1067	512	555	

Nhận xét: Kết quả bảng 1 cho thấy sự phân bố nhóm tuổi theo giới tính thì nhóm tuổi từ 60 – 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 30,9% trong đó tỷ lệ nữ chiếm 30,3% thấp hơn so với nam chiếm tỷ lệ 31,6%, kể đến là nhóm tuổi 40-49 tuổi chiếm 24,9% trong đó nữ chiếm 22,9% thấp hơn nam (27,1%). Nhóm tuổi 20-29 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,2% trong đó tỷ lệ nữ chiếm 1,8% thấp hơn nam (2,7%).

Nhóm tuổi từ 70 trở lên chiếm 20,9%, trong đó nhóm nữ chiếm tỷ lệ 23,8% cao hơn so với nhóm nam chiếm tỷ lệ 17,8%, Tuổi của nhóm nghiên cứu từ 20 đến 100, trung bình là $59,2 \pm 14,2$ tuổi.

Tuy nhiên kết quả cho thấy sự khác biệt về nhóm tuổi giữa nam và nữ chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Một số yếu tố nguy cơ tim mạch và dự báo nguy cơ bệnh mạch vành

Bảng 2. Tình hình hút thuốc lá ở bệnh nhân

Giới Hút thuốc lá	Chung (n= 1067)	Nam (n= 512)	Nữ (n=555)	p
Có	239 (22,4%)	208 (40,6%)	31 (5,6%)	<0,001 $\chi^2=188,1$
Không	828 (77,6%)	304 (59,4)	524 (94,4%)	
Tổng	1067	512	555	

Nhận xét: Hút thuốc lá đã được chứng minh từ lâu là YTNC chính của BMV. Tỷ lệ HTL trong nghiên cứu này chiếm 22,4% thấp hơn so với nhóm không hút thuốc lá (77,6%); tỷ lệ HTL ở nam 59,4% cao hơn hẳn so với nữ 5,6% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)

Bảng 3. Tình hình hoạt động thể lực ở đối tượng nghiên cứu

Giới Hoạt động thể lực		Chung n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)	p
HĐTL	Có	239 (22,4)	208 (40,6)	31 (5,6)	<0,001 $\chi^2=188,1$
	Không	828 (77,6)	304 (59,4)	524 (94,4)	
HDLT mỗi ngày	Có	225 (21,1)	195 (38,1)	30 (5,4)	<0,001 $\chi^2=170,9$
	Không	842 (78,9)	317 (61,9)	525 (94,6)	
Tổng		1067	512	555	

Nhận xét: tỷ lệ có hoạt động thể lực chung chiếm tỷ lệ 22,4%; trong đó ở nam chiếm tỷ lệ 40,6% cao hơn hẳn nữ chiếm tỷ lệ 5,6%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Hiện tại có hoạt động thể lực mỗi ngày chiếm 21,1% trong đó nam chiếm tỷ lệ 38,1% cao hơn tỷ lệ của nữ (5,4%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 4. Tình hình và mức độ uống rượu bia ở đối tượng nghiên cứu

Uống rượu bia		Chung n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)	p
Uống rượu bia	Có	295 (27,6)	272 (51,3)	23 (4,1)	<0,001 $\chi^2=319,4$
	Không	772 (72,4)	240 (46,9)	532 (95,9)	
Mức độ thường xuyên uống rượu bia	>5 ngày/một tuần	53 (5)	52 (10,2)	1 (0,2)	<0,001 $\chi^2=320,7$
	1-5 ngày/một tuần	97 (9,1)	88 (17,2)	1 (0,2)	
	1-3 ngày/một tháng	43 (4)	41 (8)	9 (1,6)	
	<1 ngày/ một tháng	102 (9,6)	91 (17,8)	2 (0,4)	
	Không	772 (72,4)	240 (46,9)	11 (2)	
Tổng		1067	512	555	

Nhận xét: Tỷ lệ có uống rượu bia chiếm tỷ lệ 27,6%; trong đó tỷ lệ ở nam chiếm 53,1% cao hơn hẳn tỷ lệ ở nữ 4,1% ($p < 0,001$). Về mức độ uống rượu bia, mức độ uống rượu bia nhiều nhất với thời gian < 1 ngày/tháng chiếm 9,6%, và mức độ uống rượu bia ít

nhất với thời gian là từ 1-3 ngày một tháng chiếm 4% trong đó nam chiếm tỷ lệ 8% cao hơn nữ (1,6%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

Bảng 5. Dự báo nguy cơ BMV trong 10 năm tới theo thang điểm Framingham

Giới	Chung (n= 1067)	Nam (n= 512)	Nữ (n=555)	p
Mức nguy cơ				
Nguy cơ thấp (<10%)	580 (54,4)	158 (30,9)	422 (76)	<0,001 $\chi^2=239,6$
Nguy cơ TB (10-<20%)	299 (28)	193 (37,7)	106 (19,1)	
Nguy cơ cao ($\geq 20\%$)	188 (17,6)	161 (31,4)	27 (4,9)	

Nhận xét: Nhóm nguy cơ thấp 54,4%, trong đó nam 30,9% thấp hơn nữ 76% ($p<0,001$). Nhóm nguy cơ trung bình 28%; trong đó nam 37,7% cao hơn nữ (19,1%) $p<0,001$. Nguy cơ cao chung 17,6%; trong đó nam 31,4% cao hơn nữ (4,9%); sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$.

3.3. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ cao bệnh mạch vành

Bảng 6. Mối liên quan một số yếu tố với nguy cơ cao BMV

Biến số		Mức độ nguy cơ BMV				OR (95% KTC)	p
		Cao		Thấp, trung bình			
		n	%	n	%		
Nhóm YTNC	> 3	50	41,3	71	58,7	4,123	<0,001
	≤ 3	138	14,6	808	85,4	2,752-6,178	
Giới	Nữ	27	17,6	529	95,1	8,97	<0,001
	Nam	161	4,9	351	68,6	5,839-13,780	
HDL-C	Giảm	40	36	71	64	3,076	<0,001
	Không giảm	148	15,5	808	84,5	2,010-4,706	
LDL-C	Tăng	39	28,3	89	71,7	2,062	<0,001
	Không tăng	149	16	780	84	1,369-3,107	
Uống rượu bia	Có	103	34,9	192	65,1	4,336	<0,001
	Không	85	11	687	89	3,121-6,204	

Nhận xét: Kết quả bảng 5 cho thấy nhóm lớn hơn 3 yếu tố nguy cơ thì nguy cơ cao bệnh động mạch vành gấp 4,1 lần so với nhóm ≤ 3 yếu tố nguy cơ ($p<0,001$), Nhóm Nam giới thì nguy cơ cao bệnh động mạch vành gấp 9 lần so với nhóm nữ giới ($p<0,001$), Nhóm có HDL-C không giảm thì nguy cơ cao bệnh động mạch vành gấp 3 lần so với nhóm HDL-C giảm ($p<0,001$), nhóm có LDL-C không tăng thì nguy cơ cao bệnh động mạch vành gấp 2 lần so với nhóm có LDL-C tăng ($p<0,001$), nhóm có uống rượu bia thì nguy cơ cao bệnh động mạch vành gấp 4,3 lần so với nhóm không uống rượu bia ($p<0,001$).

3.4. Kết quả can thiệp bằng truyền thông

Bảng 7. So sánh các yếu tố trước và sau can thiệp bằng truyền thông

Các yếu tố	Trước can thiệp n (%)	Sau can thiệp n (%)	p	CSHQ %
HATT (mmHg)	149,1 $\pm$ 22,2	130 $\pm$ 14,4	<0,001	12,7
HATT _r (mmHg)	81,6 $\pm$ 11,2	77,2 $\pm$ 8,7	0,001	05,4
TC (mmol/L)	5,6 $\pm$ 2	5,4 $\pm$ 1,3	0,343	03,8
HDL (mmol/L)	1,3 $\pm$ 0,5	1,4 $\pm$ 0,9	0,159	07,1
TG (mmol/L)	2,8 $\pm$ 2,5	2,6 $\pm$ 1,7	0,435	07,2
Nguy cơ BMV (%)	24,3 $\pm$ 4,1	15,8 $\pm$ 10	<0,001	34,9

Kiến thức chung (%)	Đúng	39 (31,2)	98 (78,4)	<0,001	151,2
	Sai	86 (68,8)	27 (21,6)		
Thực hành chung (%)	Đúng	12 (9,6)	36 (28)	<0,001	191,4
	Sai	113 (90,4)	89 (71,2)		

Nhận xét: Các nhóm HATT HATTr nguy cơ BMV, kiến thức về các YTNC và thực hành về các YTNC giảm sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$. Trong đó, HA tt giảm 19,1mmHg (HQCT=12,7%); HA ttr giảm 4,4mmHg (HQCT=05,4%); nguy cơ BMV giảm 8,5% (HQCT=34,9%); kiến thức đúng về nguy cơ tim mạch tăng 47,2% (HQCT=151,2%); thực hành đúng về nguy cơ tim mạch tăng 18,4% (HQCT=191,4%). Sau can thiệp. Các nhóm HTL, TC, HDL và TG không khác nhau trước và sau can thiệp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Độ tuổi trung bình là $59,2 \pm 14,2$ trẻ nhất 20 tuổi và lớn nhất 100 tuổi. Kết quả này cao hơn tác giả Vrentzos là 53 tuổi [12], cũng cao hơn tác giả Casmir E. Amadi và Pedro Pallangyo là 41,7 tuổi và 40,5 tuổi [10], [11]

Về giới tính nữ chiếm tỷ lệ 52% cao hơn nam chiếm tỷ lệ 48% giống kết quả Nghiên cứu của Nguyễn Hồng Huệ thì nữ chiếm tỷ lệ 65% cao hơn nam là 34% [4] và của Võ thành nhân nữ chiếm 39,7% thấp hơn nam chiếm 60,3% [6].

4.2. Các yếu tố nguy cơ tim mạch và dự báo nguy cơ bệnh mạch vành

Hút thuốc lá đã được chứng minh từ lâu là YTNC chính của BMV. Tỷ lệ HTL trong nghiên cứu này chiếm 22,4% thấp hơn so với nhóm không hút thuốc lá; tỷ lệ HTL ở nam 59,4% cao hơn hẳn so với nữ 5,6% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ này cao rất nhiều so với nghiên cứu của Trương Thanh Sơn là 8,06% [7], của Nguyễn Hồng Huệ 19,6% [4].

Tỷ lệ uống rượu bia chung 27,6%, nam chiếm 51,3% nhiều hơn nữ là 4,1%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Kết quả này mặc dù có thấp hơn tác giả Trịnh Xuân Thắng là nam uống rượu bia chiếm tỷ lệ 84,4% và nữ uống rượu bia là 10,6% [8], Nói chung, các nghiên cứu đều cho thấy rằng việc lạm dụng bia rượu chủ yếu xảy ra ở nam giới, nên việc tác động để nam giới hạn chế uống rượu bia sẽ làm giảm YTNC này.

Tỷ lệ có hoạt động thể lực chung chiếm tỷ lệ 22,4%; trong đó ở nam chiếm tỷ lệ 40,6% cao hơn hẳn nữ chiếm tỷ lệ 5,6%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Hiện tại có hoạt động thể lực mỗi ngày chiếm 21,2% trong đó nam chiếm tỷ lệ 38,1% cao hơn tỷ lệ của nữ (5,4%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Nhìn chung hoạt động thể còn thấp, đặc biệt là nữ giới cần cần tư vấn và khuyến khích tăng cường hoạt động thể lực.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm nguy cơ thấp chiếm tỷ lệ thấp, ngược lại nhóm nguy cơ trung bình, nguy cơ cao chiếm tỷ lệ cao hơn nhiều so với các tác giả trong và nước ngoài. Tỷ lệ này cần phải báo động, và nguy cơ trung bình BMV trong 10 năm tới ở nam là $13,8 \pm 8,5\%$; nguy cơ trung bình BMV trong 10 năm tới ở nữ là $6,3 \pm 6,2\%$; nguy cơ BMV ở nam cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả của chúng tôi phù hợp và có tỷ lệ cao hơn với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước như nghiên cứu Jamal S. Rana theo dõi trong 10 năm trên 5.251 người da trắng thấy nguy cơ BMV ở nam là 8%, ở nữ là 2,8% [15].

4.3. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ cao bệnh mạch vành

Số lượng YTNC càng nhiều thì có mối liên quan rõ rệt với nguy cơ cao BMV. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhóm có > 3 YTNC có nguy cơ cao BMV gấp 4,1 lần nhóm ≤ 3 YTNC. Vì vậy, cần can thiệp vào nhóm đối tượng nguy cơ cao BMV đặc biệt là nhóm có trên 3 YTNC sẽ có hiệu quả đáng kể trong việc phòng BMV.

Nam giới có mối liên quan với nguy cơ cao BMV với $OR=9$ so với nữ giới, cho thấy Giới tính là một YTNC không thể thay đổi được. Các nghiên cứu trên Thế giới và Việt Nam chỉ ra rằng, nam giới có nguy cơ BMV cao hơn nữ giới [5], [6].

Uống rượu bia có nguy cơ cao BMV gấp 4,1 lần nhóm không uống rượu bia, sự khác biệt có ý nghĩa với $p<0,001$. Đặc biệt, tình trạng lạm dụng rượu bia chủ yếu ở nam giới chiếm 27,6%, Cơ chế của mối liên quan này có thể là do tác động trực tiếp của rượu bia lên thành mạch, tăng tính nhạy cảm với các chất gây tăng áp lực của máu, kích thích thần kinh giao cảm.

Các đối tượng nguy cơ cao BMV trong nghiên cứu của chúng tôi cần kiểm tra HDL-C và LDL-C vì đây là những yếu tố có liên quan đến nguy cơ BMV, việc kiểm soát chúng sẽ giúp cải thiện nguy cơ tim mạch.

Về hoạt động thể lực có sự liên quan rõ rệt ở nhóm HTL có nguy cơ cao BMV gấp 8,7 lần so với nhóm không HTL. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các tác giả Nguyễn Hồng Huệ, Trương Thanh Sơn về nguy cơ BMV trong 10 năm tới [4], [7].

Có sự liên quan giữa ăn mặn với nguy cơ cao BMV gấp 1,5 lần so với người không ăn mặn. Kết quả này phù hợp với tác giả Trương Quang Bình [2], nhận thấy có sự liên quan ăn mặn và nguy cơ BMV, theo chúng tôi cần phải có một chiến lược truyền thông giáo dục sức khỏe để hạn chế, giảm đến mức tối thiểu sự ảnh hưởng của các yếu tố này để giảm nguy cơ BMV.

4.4. Kết quả bằng truyền thông ở đối tượng có nguy cơ cao bệnh mạch vành

Qua kết quả nghiên cứu trước và sau can thiệp, đối tượng nguy cơ cao có biến số sau được cải thiện: HATT, HATT_r, nguy cơ BMV, kiến thức chung về các YTNC và thực hành chung về các YTNC tăng sau can thiệp có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$), cho thấy, việc can thiệp bằng truyền thông-giáo dục sức khỏe đã có hiệu quả trong việc làm giảm một số YTNC tim mạch, góp phần giảm đáng kể nguy cơ BMV của các đối tượng nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nguy cơ cao bệnh mạch vành chiếm 17,6%. Dự báo nguy cơ bệnh mạch vành trong 10 năm tới theo thang điểm Framingham nhóm nguy cơ thấp 54,4%, nhóm nguy cơ trung bình 28,0%, nhóm nguy cơ cao 17,6%.

Các yếu tố liên quan đến nguy cơ bệnh mạch vành bao gồm: giới tính, ăn mặn, uống rượu bia, giảm HDL-C, tăng LDL ($p<0,001$).

Kết quả can thiệp: Nguy cơ bệnh mạch vành giảm từ $24,3\pm 4,1\%$ xuống $15,8\pm 10\%$ (CSHQ=34,9%); kiến thức tăng 47,2% (CSHQ=151,1%), thực hành tăng 18,4% (CSHQ=191,4%); ($p<0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Anh Bình (2004), "Đánh giá tổn thương động mạch vành qua chụp mạch và sự tương quan với rối loạn lipid máu ở bệnh nhân suy vành", Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học tại Đại hội tim mạch học quốc gia Việt Nam lần thứ X, tr. 119-126.

2. Trương Quang Bình (2001), *Nghiên cứu các rối loạn lipid ,lipoprotein ở bệnh nhân bệnh động mạch vành*, Luận án tiến sĩ Y học.
3. Trương Thị Thủy Dương (2016), *Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh 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 dược Hà Nội.
4. Nguyễn Hồng Huệ, Nguyễn Đức Công (2013), "Ứng dụng thang điểm Framingham ước tính nguy cơ bệnh động mạch vành ở cán bộ thuộc diện ban bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh quản lý", *Đề tài cấp tỉnh*.
5. Phạm Mạnh Hùng (2016), "*Liều của statin đối với người bệnh Châu Á: Có gì mới?*", Hội nghị khoa học Tim mạch toàn quốc 2016.
6. Võ Thành Nhân (2017), "*Giải pháp nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân mạch vành*", Hội nghị khoa học Tim mạch toàn quốc 2017.
7. Trương Thanh Sơn, Nguyễn Văn Trí, Trương Quang Bình (2011), "Nghiên cứu ứng dụng thang điểm Framingham nhằm lượng định nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm tới tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh,tập 15, phụ bản số 1*, tr. 207-212.
8. Trịnh Xuân Thắng (2012), *Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ tim mạch ở người từ 25 tuổi tại 2 quận huyện Hà Nội*, Luận văn Thạc sỹ Y học.
9. Nguyễn Văn Tảo (1986), *Đặc điểm tổn thương vừa xơ động mạch qua quan sát 1.000 trường hợp giải phẫu thi thể ở Viện Quân Y 108*, Luận án Phó tiến sỹ y học, Học viện Quân y.
10. Phạm Minh Vị (2018), *Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp và đánh giá kết quả một số giải pháp can thiệp phòng bệnh tăng huyết áp ở người từ 25 tuổi trở lên tại huyện U Minh, tỉnh Cà Mau năm 2017-2018*, Luận Án Chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
11. M. H. Luria, J. Erel, D. Sapoznikov, M. S. Gotsman (1991), "Cardiovascular risk factor clustering and ratio of total cholesterol to high-density lipoprotein cholesterol in angiographically documented coronary artery disease", *Am J Cardiol*, 67 (1), pp. 31-36.
12. Donna M. Polk (2015), "*Diabetes Management Guidelines*", ASPC Manual of Preventive Cardiology, Demos Medical Publishing, pp. 63-69
13. P. W. Wilson (1990), "High-density lipoprotein, low-density lipoprotein and coronary artery disease", *Am J Cardiol*, 66 (6), pp. 7a-10a.
14. P. W. Wilson, J. C. Evans (1993), "Coronary artery disease prediction", *Am J Hypertens*, 6 (11 Pt 2), pp. 309s-313s.
15. Jamal S. Rana and Alan S. Go (2015), "*National Burden of Cardiovascular Disease and Associated Risk Factors*", *ASPC Manual of Preventive Cardiology*, Demos Medical Publishing, pp. 1-9.

(Ngày nhận bài: 12/09/2020 - Ngày duyệt đăng: 14/12/2020)
