KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ TĂNG HUYẾT ÁP CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TÂY BẮC, 2024-2025

Trần Thị Khuyên[1] , Lê Giang Nam[2] , Lê Trần Hoàng[2*]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Bắc, Nghệ An giai đoạn 2024-2025.

Phương pháp: Điều tra cắt ngang trên 200 người bệnh điều trị nội trú tại khoa Nội Tim Mạch - Lão Khoa, Bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Bắc-Nghệ An. Phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Kiến thức (C1-C9) đánh giá 'đạt' khi đạt trên 50% tổng 18 điểm (> 9 điểm); thực hành (C10-C24) đánh giá 'đạt' khi đạt trên 50% tổng 15 điểm (> 7 điểm).

Kết quả: Kiến thức về bệnh tăng huyết áp (THA) với 80,5% đạt. Nguồn thông tin chủ yếu từ nhân viên y tế (91,0%). Đa số người bệnh xác định tai biến mạch máu não là biến chứng nguy hiểm nhất (72,5%), các yếu tố nguy cơ chính như ăn mặn (60,5%), hút thuốc lá (55,0%). Tuy nhiên, thực hành về tăng huyết áp đạt 59,5%. 75,5% người bệnh đo huyết áp khi đi khám định kỳ, 39,0% thường xuyên tập thể dục, 68,0% tuân thủ dùng thuốc theo đơn và 4,0% tự điều trị.

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt về tăng huyết áp là 80,5%, thực hành đạt là 59,5%. Phần lớn người bệnh đã thực hiện các biện pháp kiểm soát bệnh như ăn hạn chế mỡ động vật (90,0%), ăn nhạt hơn trước (68,0%), dùng thuốc thường xuyên theo đơn (68,0%); 75,5% người bệnh chỉ đo huyết áp khi đi khám định kỳ.

Từ khóa: Tăng huyết áp, Kiến thức và thực hành.

KNOWLEDGE AND PRACTICE ON HYPERTENSION AMONG PATIENTS AT NORTHWEST REGIONAL GENERAL HOSPITAL, 2024-2025

ABSTRACT

Objective: To assess the knowledge and practice regarding hypertension among patients at Northwest Regional General Hospital, Nghe An Province, during the 2024-2025 period.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 200 inpatients treated at the Department of Cardiology and Geriatrics, Northwest Regional General Hospital, Nghe An. A convenience sampling method was applied. Knowledge (Q1-Q9) was graded as "adequate" when participants scored more than 50% of the total 18 points (> 9 points). Practice (Q10-Q24) was classified as "adequate" when patients scored more than 50% of the total 15 points (> 7 points).

Results: Adequate knowledge of hypertension was observed in 80.5% of participants, with healthcare personnel being the primary source of information (91.0%). The majority of patients identified cerebrovascular accident (stroke) as the most dangerous complication (72.5%) and recognized major risk factors such as high-salt diet (60.5%) and tobacco smoking (55.0%). However, adequate practice regarding hypertension accounted for only 59.5%. 75.5% had their blood pressure measured only at routine check-ups, 39.0% engaged in regular physical exercise, 68.0% adhered to prescribed medication regimens, and 4.0% self-treated.

Conclusion: The proportions of patients with adequate knowledge and adequate practice regarding hypertension were 80.5% and 59.5%, respectively. Most patients implemented disease control measures such as limiting animal fat (90.0%), reducing salt intake (68.0%) and taking medication regularly as prescribed (68.0%); 75.5% measured their blood pressure only at routine check-ups.

Keywords: Hypertension, Knowledge and practice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh mạn tính có nguy cơ gây các bệnh nguy hiểm như đột quỵ, phình động mạch, nhồi máu cơ tim. Số liệu thống kê của WHO tính đến năm 2024, ước tính có khoảng 1,3 tỷ người trưởng thành tương đương 33% (nhóm tuổi 30-79 tuổi) trên toàn cầu sống chung với bệnh tăng huyết áp [1]. Đây là nguyên nhân chính ảnh hưởng chất lượng sống của người cao tuổi và dẫn đến tàn phế, tử vong. Điều này khiến tăng

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình
2. Bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Bắc, Nghệ An
* Tác giả liên hệ: Lê Trần Hoàng
Email: letranhoang3697@gmail.com
Ngày nhận bài: 19/8/2026
Ngày phản biện: 03/10/2026
Ngày duyệt bài: 13/10/2026

huyết áp tạo ra gánh nặng lớn về y tế, xã hội và kinh tế, tạo ra thách thức đối với các quốc gia [2].

Tại Việt Nam, số liệu thống kê đến tháng 9/2023 ước tính khoảng 14,3 triệu người mắc tăng huyết áp (tương đương 30%) trong độ tuổi 30-79 tuổi. [3] Có thể hạn chế biến chứng nguy hiểm, giảm gánh nặng bệnh tật cho xã hội và giảm nguy cơ tử vong nếu kiểm soát tăng huyết áp tốt. Nhiều nghiên cứu cho thấy một số hành vi nguy cơ (như ăn uống không hợp lý, uống rượu bia, hút thuốc lá, lối sống ít vận động,…) có ảnh hưởng việc kiểm soát huyết áp (HA) và việc thay đổi lối sống có vai trò quan trọng trong kiểm soát huyết áp tốt hơn, giảm biến chứng [4]. Việc nâng cao nhận thức của người dân về kiến thức và thực hành trong quản lý bệnh, kiểm soát huyết áp và dự phòng biến chứng là cần thiết.

Bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Bắc, Nghệ An là nơi thường xuyên nhận và điều trị cho nhiều người bệnh tăng huyết áp. Tuy nhiên, việc đánh giá kiến thức, thực hành của người bệnh về kiểm soát và quản lý tăng huyết áp chưa được nghiên cứu và đánh giá đầy đủ. Việc nắm bắt thực trạng kiến thức và thực hành này là rất cần thiết để đưa ra các giải pháp cải thiện, nâng cao kĩ năng quản lý bệnh của người bệnh tại bệnh viện, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Bắc, 2024-2025" với mục tiêu: Đánh giá kiến thức, thực hành về tăng huyết áp của người bệnh tại Bệnh viện đa khoa khu vực Tây Bắc, Nghệ An giai đoạn 2024-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu, địa bàn và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp và điều trị nội trú tại Khoa Nội Tim Mạch - Lão khoa bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Bắc từ 18 tuổi trở lên.

Tiêu chí lựa chọn: Người bệnh đồng ý tham gia, cung cấp đầy đủ thông tin. Từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán tăng huyết áp dựa theo phân loại của Hội Tim mạch học Việt Nam (VNHA) 2022 [5] gồm:

*** Đánh giá chỉ số THA:** Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu ≥ 140mmHg hoặc/và huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

*** Phân loại tăng huyết áp:** Tăng huyết áp độ I: huyết áp tâm thu từ 140 - 159 mmHg hoặc/và huyết áp tâm trương 90 - 99 mmHg. Tăng huyết áp độ II: huyết áp tâm thu từ 160 - 179 mmHg hoặc/và huyết áp tâm trương 100 - 109 mmHg. Tăng huyết áp độ III: huyết áp tâm thu ≥ 180 mmHg hoặc/và huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người có bệnh lý cấp cứu nặng, đang trong đợt cấp bệnh tim, phổi, sa sút trí tuệ, rối loạn tâm thần, phụ nữ mang thai, người bệnh từ chối tham gia hoặc không hoàn tất phỏng vấn.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2024 đến tháng 02/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

***Cỡ mẫu*:** tính theo công thức: $n = z^2(1-\alpha/2) \times p(1-p)/d^2$. Với p: Tỷ lệ người bệnh THA có kiến thức, thực hành đạt về bệnh tăng huyết áp (p=0,513 theo kết quả của Nguyễn Văn Dương tại bệnh viện Đa khoa Hùng Vương năm 2023) [6]. d: Độ sai lệch mong muốn d = 0,07. Với các dữ liệu trên chúng tôi tính theo công thức có n ≈ 196, thực tế điều tra 200 người bệnh.

Phương pháp chọn mẫu và thu thập dữ liệu: Lấy mẫu thuận tiện, chọn người bệnh tăng huyết áp đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, cho đến khi đủ cỡ mẫu theo tính toán thì dừng lại. Người phỏng vấn là 3 nhân viên khoa Nội Tim mạch của bệnh viện Đa khoa Tây Bắc phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

Biến số và chỉ số nghiên cứu gồm:

*** Kiến thức (C1-C9):** Đánh giá mức độ hiểu biết về bệnh, triệu chứng biểu hiện, biến chứng, yếu tố nguy cơ/yếu tố làm bệnh nặng hơn, chế độ theo dõi và các biện pháp dự phòng, ổn định huyết áp.

* **Tuân thủ thuốc (C10-C16, C24):** Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị qua các hành vi quên thuốc, bỏ thuốc, tự ý cắt giảm hoặc ngừng thuốc vì mệt/khi thấy ổn định triệu chứng, mang theo thuốc khi đi xa, khó khăn khi uống thuốc mỗi ngày và việc dùng thuốc theo đơn bác sĩ.

* **Thực hành lối sống (C17-C23):** Đánh giá hành vi thay đổi lối sống gồm: tự theo dõi huyết áp định kỳ, kiểm soát cân nặng, tập thể dục thể thao thường xuyên, chế độ ăn giảm muối, hạn

chế mỡ động vật/chất béo, kiêng/bỏ rượu bia và hút thuốc lá.

*** Định nghĩa thao tác hành vi lối sống gồm:** tự đo huyết áp hàng ngày/khi có dấu hiệu bất thường (C17); kiểm soát cân nặng ≥1 lần/tháng (C18); tập thể dục ≥ 3-5 buổi/tuần, mỗi buổi 30 phút (C19); ăn nhạt (< 5g muối/ngày, giảm nêm chấm) (C20); hạn chế tối đa mỡ động vật và đồ chiên rán (C21); không sử dụng hoặc đã cai bỏ hoàn toàn rượu bia và thuốc lá (C22, C23).

Câu hỏi và cách tính điểm kiến thức, thực hành:

Bộ câu hỏi được thiết kế dựa trên: (1) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Bộ Y tế (2020) và Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam;[8] (2) Thang đo tuân thủ điều trị Morisky 8 mục (MMAS-8);[7] (3) Khuyến cáo chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa tăng huyết áp ở người lớn (các phiên bản cập nhật 2018)[9]

- Kiến thức về bệnh tăng huyết áp (từ C2 đến C9; C1 không tính điểm): Được (1 điểm) khi trả lời: Nóng bừng mặt (C2), tai biến mạch máu não (TBMMN) (C3), hàng tuần (C4), mỗi đáp án được chọn ở (C5, C6) cho 1 điểm; được (1 điểm) khi chọn "Có" ở các câu hỏi (C7, C8, C9); ngược lại, trả lời sai hoặc chọn "Không" ở các câu C7, C8, C9 được tính là (0 điểm). Phần kiến thức có tổng 18 điểm, xếp loại Kiến thức đạt nếu người bệnh trên 50% số điểm (> 9 điểm); Kiến thức không đạt nếu người bệnh từ 50% số điểm trở xuống (≤ 9 điểm).

- Thực hành về dự phòng bệnh tăng huyết áp (C10 đến C24): Được (1 điểm) khi chọn "Không" ở (C10, C12, C13, C15) và chọn "Có" ở (C11 và C16), được (1 điểm) khi chọn các thao tác hành vi đúng: duy trì đo huyết áp thường xuyên hàng ngày/khi có biểu hiện bất thường (C17), kiểm soát cân nặng định kỳ mỗi tháng/lần (C18), tập thể dục thể thao thường xuyên (C19), ăn nhạt hơn trước (C20), hạn chế mỡ động vật/chất béo (C21), không uống hoặc bỏ rượu bia (C22), không hút hoặc bỏ thuốc lá (C23), và uống thuốc điều trị thường xuyên theo đơn bác sĩ (C24); các lựa chọn còn lại (0 điểm). Phần thực hành tổng 15 điểm, Thực hành đạt nếu người bệnh trên 50% số điểm (> 7 điểm); Thực hành không đạt nếu người bệnh từ 50% số điểm trở xuống (≤ 7 điểm).

Phân tích dữ liệu: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, mã hóa và nhập liệu bằng EpiData, sau đó phân tích bằng SPSS (bản 20.0). Các biến số định tính (nhân khẩu học, tỷ lệ kiến thức đạt, thực hành đạt, tỷ lệ từng hành vi) được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%).

2.3. Phê duyệt khoa học/đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng phê duyệt đề cương của Trường Đại học Y Dược Thái Bình theo quyết định số 1285/QĐ-YDTB ngày 12 tháng 7 năm 2024. Đề tài được thực hiện có sự ủng hộ của Ban giám đốc bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Bắc. Người tham gia là tự nguyện, có quyền từ chối trả lời bất cứ câu hỏi nào họ không muốn hoặc có thể dừng tham gia ở bất cứ giai đoạn nào. Các thông tin về cá nhân của đối tượng nghiên cứu sẽ được cam đoan giữ bí mật, những vấn đề ở cơ sở y tế trước công bố sẽ xin ý kiến của lãnh đạo đơn vị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức về tăng huyết áp của người bệnh

Bảng 1. Nguồn thông tin và đặc điểm kiến thức về biểu hiện tăng huyết áp (n=200)

Đặc điểm	SL	%
Nguồn thông tin		
Đọc sách, báo	58	29,0
Người thân trong gia đình	85	42,5
Nhân viên y tế	182	91,0
Loa, phát thanh, tivi	115	57,5
Internet	65	32,5
Biểu hiện THA		
Nhức đầu sau gáy	26	13,0
Chóng mặt, hoa mắt	84	42,0
Buồn nôn	25	12,5
Nóng bừng mặt	54	27,0
Mệt mỏi	11	5,5

Bảng 1 về các nguồn thông tin về bệnh tăng huyết áp mà người bệnh biết đến nhiều nhất là được nhân viên y tế (91,0%). Người bệnh cho rằng biểu hiện của bệnh tăng huyết áp là chóng mặt, hoa mắt (42,0%), nóng bừng mặt (27,0%), nhức đầu sau gáy (13,0%), buồn nôn (12,5%).

Bảng 2. Kiến thức về biến chứng tăng huyết áp, kiến thức về chế độ theo dõi THA (n=200)

Đặc điểm kiến thức	Nam (n=75)		Nữ (n=125)		Chung (n=200)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Biến chứng của THA						
TBMMN	54	72,0	91	72,8	145	72,5
Nhồi máu cơ tim	11	14,7	11	8,8	22	11,0
Suy thận	7	9,3	16	12,8	23	11,5
Biến chứng về mắt	3	4,0	7	5,6	10	5,0
Kiến thức về chế độ theo dõi THA						
Hằng ngày hoặc khi có biểu hiện bất thường	49	65,3	57	45,6	106	53,0
Hằng tuần	6	8,0	27	21,6	33	16,5
Hằng tháng	13	17,3	30	24,0	43	21,5
≥ 6 tháng	6	8,0	6	4,8	12	6,0
Không đo	1	1,3	5	4,0	6	3,0

Bảng 2 cho thấy kiến thức chủ yếu về biến chứng là tai biến mạch máu não (72,5%). Người bệnh có kiến thức về đo huyết áp định kì hằng ngày hoặc khi có biểu hiện bất thường (53,0%), trong đó nam cao hơn nữ (65,3% và 45,6%). Tỷ lệ người bệnh cho rằng cần đo huyết áp định kỳ hằng tháng hoặc hằng tuần lần lượt là 21,5% và 16,5%.

Bảng 3. Kiến thức của người bệnh về cách thức dự phòng biến chứng và các yếu tố nguy cơ làm tiến triển nặng tăng huyết áp (n=200)

Đặc điểm kiến thức	SL	%
Cách dự phòng biến chứng		
Dùng thuốc	158	79,0
Tập thể dục	160	80,0
Giảm ăn mặn	163	81,5
Ăn nhiều rau, quả	158	79,0
Bỏ thuốc lá, thuốc lào	126	63,0
Hạn chế rượu, bia	121	60,5
Các yếu tố nguy cơ		
Béo phì	95	47,5
Uống rượu, bia	101	50,5
Hút thuốc lá, thuốc lào	110	55,0
Ăn mặn	121	60,5
Ăn nhiều mỡ động vật	112	56,0
Căng thẳng thần kinh (stress)/ mất ngủ	104	52,0

Bảng 3 cho thấy kiến thức về dự phòng biến chứng là phải giảm ăn mặn (81,5%), tập thể dục (80,0%). Người bệnh biết rằng các yếu tố làm nặng hơn về bệnh tăng huyết áp như ăn mặn 60,5%, ăn nhiều mỡ động vật 56,0%, hút thuốc lá, thuốc lào (55,0%) và thấp nhất là béo phì (47,5%).

Bảng 4. Mức độ hiểu biết kiến thức về THA của người bệnh (n=200)

Kiến thức về HA	SL	%
Đạt	161	80,5
Không Đạt	39	19,5

Bảng 4 cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức đạt về tăng huyết áp 80,5%.

3.2. Thực hành về dự phòng biến chứng tăng huyết áp

Bảng 5. Thực hành về chế độ đo HA của người bệnh (n=200)

Chế độ đo HA	SL	%
Thường xuyên hằng ngày/Khi có biểu hiện THA	49	24,5
Đo khi khám định kỳ	151	75,5

Qua bảng 5 cho thấy 75,5% người bệnh đo huyết áp khi khám định kỳ, 24,5% còn lại thường xuyên hằng ngày/Khi có biểu hiện THA.

Bảng 6. Thực hành về chế độ kiểm soát cân nặng, tập thể dục thể thao và sử dụng muối của người bệnh (n=200)

Đặc điểm về thực hành	Nam (n=75)		Nữ (n=125)		Chung (n=200)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Chế độ kiểm soát cân nặng						
Mỗi tháng/lần	21	28,0	44	35,2	65	32,5
>1 tháng	54	72,0	81	64,8	135	67,5
Tập thể dục thể thao						
Thường xuyên	32	42,7	46	36,8	78	39,0
Thỉnh thoảng	29	38,7	60	48,0	89	44,5
Không tập thể dục	14	18,7	19	15,2	33	16,5
Chế độ sử dụng muối						
Ăn nhạt hơn trước	49	65,3	87	69,6	136	68,0
Ăn bình thường như trước	25	33,3	37	29,6	62	31,0
Vẫn ăn mặn	1	1,3	1	0,8	2	1,0

Bảng 6 cho thấy chỉ có 32,5% đối tượng nghiên cứu kiểm soát cân nặng mỗi tháng/lần. 16,5% người bệnh không thực hành tập thể dục, chỉ có 39,0% người bệnh thường xuyên tập thể dục. 68,0% người bệnh thực hành chế độ ăn nhạt hơn trước.

Bảng 7. Thực hành về mức độ sử dụng mỡ động vật/chất béo, mức độ sử dụng rượu bia của người bệnh (n=200)

Đặc điểm về thực hành	Nam (n=75)		Nữ (n=125)		Chung (n=200)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Mức độ sử dụng mỡ động vật/chất béo						
Ăn hạn chế	67	89,3	113	90,4	180	90,0
Ăn thường xuyên	8	10,7	12	9,6	20	10,0
Mức độ sử dụng rượu bia						

Đặc điểm về thực hành	Nam (n=75)		Nữ (n=125)		Chung (n=200)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Không uống/ Bỏ uống	35	46,7	102	81,6	137	68,5
Thỉnh thoảng uống	35	46,7	21	16,8	56	28,0
Uống thường xuyên	5	6,7	2	1,6	7	3,5

Bảng 7 cho thấy 90,0% người bệnh ăn hạn chế mỡ động vật/chất béo, có 68,5% người bệnh không uống/bỏ uống rượu bia.

Bảng 8. Thực hành về mức độ uống thuốc điều trị của người bệnh (n=200)

Đặc điểm về thực hành	Nam (n=75)		Nữ (n=125)		Chung (n=200)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Dùng thuốc thường xuyên theo đơn của bác sĩ	54	72,0	82	65,6	136	68,0
Dùng thuốc từng đợt khi có THA	11	14,7	29	23,2	40	20,0
Chỉ uống thuốc khi HA cao	7	9,3	9	7,2	16	8,0
Tự điều trị	3	4,0	5	4,0	8	4,0

Bảng 8 cho thấy 68,0% dùng thuốc thường xuyên theo đơn bác sĩ, 20,0% người bệnh dùng thuốc từng đợt khi có THA, 4,0% người bệnh tự điều trị không tuân thủ phác đồ điều trị của bác sĩ.

Bảng 9. Thực hành về dự phòng biến chứng THA (n=200)

Thực hành dự phòng biến chứng THA	SL	%
Đạt	119	59,5
Không Đạt	81	40,5

Bảng 9 cho thấy 59,5% người bệnh đạt thực hành về dự phòng bệnh tăng huyết áp.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nguồn thông tin chính người bệnh tiếp nhận về THA (Bảng 1) là từ nhân viên y tế (91,0%), phương tiện truyền thông (57,5%) và internet (32,5%). Nghiên cứu của Teh XR và cộng sự (2020) chỉ ra người bệnh THA có xu hướng tin vào web chính thức của Bộ Y tế hoặc WHO và CDC, nhưng cũng bị ảnh hưởng bởi thông tin sai lệch trên mạng [10]. Theo nghiên cứu của Baharvand P, nhóm người bệnh có trình độ học vấn cao hơn thường có kiến thức đạt hơn về các yếu tố nguy cơ và biến chứng của THA. Ngoài ra, nhóm người bệnh trẻ tuổi thường có xu hướng tìm hiểu thông tin trên internet nhiều hơn so với nhóm lớn tuổi. [11]. Về những triệu chứng THA (Bảng 1), người bệnh biết là chóng mặt (42,0%), nóng bừng mặt (27,0%), nhức đầu sau gáy (13,0%) và buồn nôn (12,5%). So với nghiên cứu của Jankowska-Polańska, các triệu chứng như nhức đầu, chóng mặt là nhiều hơn trong khi các triệu chứng như buồn nôn ít được đề cập. Sự khác biệt này có thể liên quan đến mức độ nhận thức về bệnh cũng như khả năng diễn đạt triệu chứng của người bệnh [12]. Về biến chứng THA (Bảng 2), 72,5% người bệnh có kiến thức biết nguy cơ tai biến mạch máu não (TBMMN), nhồi máu cơ tim (11,0%), suy thận (11,5%), biến chứng về mắt (5,0%). Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng TBMMN là biến chứng phổ biến nhất, nhưng việc nhận thức về suy thận do THA còn hạn chế. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức về chế

độ theo dõi huyết áp 53,0% biết phải đo huyết áp hàng ngày hoặc khi có biểu hiện bất thường, 16,5% biết phải đo huyết áp hàng tuần và chỉ 3,0% không đo huyết áp. Có thể thấy rằng mặc dù người bệnh có ý thức trong việc theo dõi sức khỏe, nhưng không phải tất cả đều có kiến thức về chế độ đo huyết áp với tần suất như nào là hợp lý.

Chế độ ăn mặn dẫn đến nguy cơ bị THA và các biến chứng nặng nề của THA. Nhiều người bệnh THA chỉ cần cải thiện chế độ ăn giảm muối là có thể cải thiện tình trạng bệnh mà không cần dùng thuốc. Rượu khởi đầu các phản ứng thần kinh trung ương cũng như ngoại biên, nếu uống trên 100ml/ngày liên tục trong 3 năm sẽ là nguy cơ THA. Trong thuốc lá có nhiều chất kích thích có chứa nicotin gây kích thích thần kinh giao cảm, làm co mạch và THA. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã xếp sử dụng thuốc lá là yếu tố nguy cơ thứ 2 trong 10 yếu tố nguy cơ hàng đầu đe dọa sức khỏe người dân ở các nước đang phát triển trong đó có bệnh THA. Thể dục thể thao đối với người cao tuổi đúng mức đều đặn được coi như một liệu pháp hiện đại để dự phòng THA. Kết quả (Bảng 3) 81,5% người bệnh nhận thức được việc giảm ăn mặn là một yếu tố quan trọng trong dự phòng biến chứng, tập thể dục (80,0%) và sử dụng thuốc (79,0%). Ăn nhiều rau quả (79,0%), bỏ thuốc lá (63,0%) và hạn chế rượu bia (60,5%). Với sự phát triển của khoa học công nghệ, việc truyền thông và tư vấn giáo dục sức khỏe qua nhiều kênh nên được thực hiện để làm giảm các thói quen có hại này. Một chế độ ăn giảm mặn, chất béo và duy trì đủ lượng kali sẽ có lợi cho việc kiểm soát huyết áp. Các yếu tố như ăn mặn (60,5%), ăn nhiều mỡ động vật (56,0%), hút thuốc lá (55,0%) và căng thẳng thần kinh (52,0%) được nhận thức rõ ràng là các yếu tố nguy cơ quan trọng. Trong khi đó, béo phì có nhận thức thấp hơn (47,5%), điều này cho thấy người bệnh vẫn chưa hoàn toàn nhận thức được ảnh hưởng của béo phì đến sự tiến triển của bệnh. Những con số này cho thấy người bệnh có sự hiểu biết về việc duy trì huyết áp ổn định thông qua thuốc và chế độ dinh dưỡng hợp lý. Tuy nhiên, việc thay đổi lối sống vẫn cần khuyến khích hơn để đạt được hiệu quả trong quản lý bệnh.

Bảng 4 về mức độ hiểu biết bệnh tăng huyết áp 80,5% người bệnh đạt. Kết quả chúng tôi cao hơn của Vũ Thị Đào với tỷ lệ có kiến thức đúng về tăng huyết áp (50,1%).[13] Kết quả cũng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Việt Phương về kiến thức phòng ngừa THA (20%). [14] Kết quả này phản ánh sự hiểu biết của người bệnh về các vấn đề liên quan đến bệnh. Điều này chỉ ra rằng việc giáo dục sức khỏe cần được cải thiện để giúp người bệnh chuyển từ nhận thức đến hành động cụ thể trong việc kiểm soát và quản lý bệnh.

Kết quả nghiên cứu (bảng 5) của chúng tôi 75,5% người bệnh đo huyết áp khi khám định kỳ, 24,5% còn lại thường xuyên hằng ngày/Khi có biểu hiện THA. Tỷ lệ đo huyết áp hằng ngày này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Khương năm 2021 tại Bệnh viện Tim mạch An Giang lại có 65,7% người bệnh đo HA hàng ngày [15]. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Vũ Thị Đào về kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh tại Bệnh viện đa khoa Tiền Giang 2021 với thường xuyên đo huyết áp (31,2%).[13] Tỷ lệ này cũng thấp hơn nghiên cứu của Lương Mạnh Tường năm 2022 tại bệnh viện Bạch Mai 36,1% người bệnh đo huyết áp hàng ngày.[16] Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Bùi Thị Thu Huyền tại Bệnh viện Đa khoa Hải Dương 2021 đo huyết áp hàng ngày (42,2%).[17] Tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu khác, nguyên nhân có thể do khác nhau về đặc điểm địa bàn nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu (người bệnh nội trú trong nghiên cứu này so với ngoại trú ở một số nghiên cứu khác), tỷ lệ sở hữu máy đo huyết áp cá nhân của người bệnh có thể còn hạn chế do kinh tế. Người bệnh (đặc biệt người cao tuổi) gặp khó khăn về kỹ thuật tự đo, mắt kém, hoặc sợ đo không chính xác nên có tâm lý đo khi đi tái khám định kỳ. Người bệnh vẫn còn thói quen chỉ khi có triệu chứng đau đầu, hoa mắt, chóng mặt mới tìm cách đo hoặc đến trạm y tế, chưa coi việc đo huyết áp hàng ngày là một biện pháp theo dõi liên tục.

Kết quả nghiên cứu (bảng 6) cho thấy tỷ lệ người bệnh thường xuyên tập thể dục (39,0%) và thỉnh thoảng (44,5%). Việc 16,5% người bệnh không tập thể dục cho thấy một lối sống thiếu vận động vẫn tồn tại ở một bộ phận người bệnh. Có thể tham khảo nghiên cứu của Vũ Thị Đào về kiến thức, thực hành tuân thủ điều trị tăng huyết áp của người bệnh tại Bệnh viện đa khoa Tiền Giang 2021 tuân thủ về thay đổi lối sống (30,6%) [13]

và nghiên cứu của Bùi Thị Thu Huyền tại Bệnh viện Đa khoa Hải Dương 2021 về tuân thủ thay đổi lối sống (71,2%) [17]; tuy nhiên, các nghiên cứu này đánh giá tuân thủ thay đổi lối sống chung nên không tương đương hoàn toàn với chỉ số tập thể dục. Trong nghiên cứu chúng tôi (bảng 6) tỷ lệ kiểm soát cân nặng > 1 tháng/lần (67,5%), nhưng chỉ có 32,5% người bệnh kiểm soát cân nặng mỗi tháng/lần, cho thấy rằng một số người bệnh vẫn chưa duy trì chế độ kiểm soát cân nặng thường xuyên. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy người bệnh ăn nhạt hơn trước (68,0%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Đào năm 2021 người bệnh có chế độ sử dụng muối đúng (58,1%).[13] Nghiên cứu của Nguyễn Văn Dương tại bệnh viện Đa khoa Hùng Vương có 43% người bệnh tự kiểm tra thông tin hàm lượng muối, chất béo.[6] Về thực hành mức độ sử dụng rượu bia, kết quả nghiên cứu (Bảng 7) cho thấy 68,5% người bệnh không uống/bỏ uống rượu bia. Kết quả (bảng 8) người bệnh dùng thuốc theo đơn bác sĩ (68,0%), và 4% người bệnh tự điều trị mà không tuân theo phác đồ. Kết quả này tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Văn Dương có 66,7% người bệnh dùng thuốc đúng.[6] Điều này có thể dẫn đến tình trạng bệnh không được kiểm soát hiệu quả, tăng nguy cơ biến chứng. Vì vậy nhân viên y tế cần tăng cường tư vấn và giáo dục người bệnh về tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị đúng cách và sử dụng thuốc theo chỉ định.

Tỷ lệ người bệnh đạt về thực hành THA chung (59,5%). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Bùi Thị Thu Huyền năm 2021 tuân thủ chung về điều trị tăng huyết áp (69,3%).[17] Tương đồng với nghiên cứu Lương Mạnh Tường năm 2022 thực hành chung đạt về THA (55,5%).[16] Mặc dù người bệnh nhận thức được các yếu tố nguy cơ và cách phòng ngừa, nhưng vẫn còn một khoảng cách đáng kể trong việc áp dụng các kiến thức để thực hành. Các yếu tố góp phần có thể bao gồm thiếu động lực cá nhân, khó khăn trong thay đổi thói quen sống, thiếu sự hỗ trợ liên tục từ nhân viên y tế, và các yếu tố tài chính hạn chế. Do đó, cần phải thực hiện các biện pháp can thiệp để hỗ trợ người bệnh áp dụng những thay đổi trong lối sống. Giữa kiến thức và thực hành có sự khác biệt về mức độ đạt có thể do công tác tư vấn tại bệnh viện hiện nay mới dừng lại ở mức "cung cấp kiến thức" mà chưa trang bị đầy đủ kỹ năng và chiến lược hỗ trợ người bệnh duy trì các hoạt động có lợi cho sức khỏe khi trở về cộng đồng.

Hạn chế của nghiên cứu là áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện trên đối tượng người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Tây Bắc, do đó tính đại diện chưa cao và khả năng khái quát hóa kết quả cho toàn bộ quần thể người bệnh THA còn hạn chế. Các thông tin về tuân thủ dùng thuốc, chế độ ăn nhạt hay mức độ uống rượu bia được thu thập qua hình thức tự báo cáo có thể dẫn đến việc người bệnh trả lời theo xu hướng tích cực hơn so với thực tế hàng ngày. Vì đây là nghiên cứu cắt ngang do đó chưa theo dõi dọc để đánh giá sự biến thiên của hành vi tuân thủ cũng như mối liên quan nhân quả giữa mức độ tuân thủ thực hành với hiệu quả kiểm soát huyết áp lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn người bệnh có kiến thức đạt về tăng huyết áp (80,5%), với nguồn thông tin tiếp cận chủ yếu từ nhân viên y tế (91,0%). Các triệu chứng phổ biến được nhận biết gồm chóng mặt, hoa mắt (42,0%), và tai biến mạch máu não là biến chứng được người bệnh biết đến nhiều nhất (72,5%).

Về thực hành, tỷ lệ người bệnh có thực hành đạt là 59,5%. Trong đó, thói quen ăn hạn chế mỡ động vật (90,0%), ăn nhạt hơn trước (68,0%), không uống/bỏ uống rượu bia (68,5%) và 3,5% uống rượu bia thường xuyên; dùng thuốc thường xuyên theo đơn (68,0%) và vẫn còn 4,0% người bệnh tự điều trị. Đáng chú ý, có 75,5% người bệnh chỉ đo huyết áp khi đi khám định kỳ.

Tỷ lệ thực hành đạt (59,5%) thấp hơn tỷ lệ kiến thức đạt (80,5%); tuy nhiên hai tỷ lệ được đánh giá bằng hai thang điểm khác nhau nên chỉ có ý nghĩa tham khảo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** 2024. Hypertension. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension.
2. **Md H, Dm LJ.** 2017. Global Burden of Raised Blood Pressure: Coming Into Focus. JAMA. 317(2). doi:10.1001/jama.2016.19685
3. **Organization WH.** 2023. Hypertension Viet Nam 2023 Country Profile. https://www.who.int/publications/m/item/hypertension-vnm-2023-country-profile

4. Cao Trần Thanh Phong, Trần Đỗ Thanh Phong, Nguyễn Tấn Đạt. 2023. Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đại học Võ Trường Toản. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 533(1). doi:10.51298/vmj.v533i1.7795

5. Huỳnh Văn Minh. 2022. Khuyến cáo về tăng huyết áp. https://vnha.org.vn/

6. Nguyễn Văn Dương, Lê Thị Thu, Bùi Thị Hiền. 2023. Khảo sát kiến thức và thực hành về tự kiểm soát huyết áp của bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương năm 2023. Tạp Chí Khoa Học Điều Dưỡng. 6(05): 16-24. doi:10.54436/jns.2023.05.703

7. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M. 2008. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 10(5): 348-354. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x

8. Nguyễn Thị Xuyên. 2024. Quyết định 3192/QĐ-BYT Hướng dẫn chẩn đoán điều trị tăng huyết áp. https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyet-dinh-3192-QD-BYT-Huong-dan-chan-doan-dieu-tri-tang-huyet-ap-112471.aspx

9. Huỳnh Văn Minh. 2018. Khuyến Cáo Về Chẩn Đoán Và Điều Trị Tăng Huyết Áp. https://www.researchgate.net/publication/347994923_2018_VNHAVSH_Guidelines_for_Diagnosis_and_Treatment_of_Hypertension_in_Adults

10. Teh XR, Lim MT, Tong SF. 2020. Quality of hypertension management in public primary care clinics in Malaysia: An update. PLOS ONE. 15(8): e0237083. doi:10.1371/journal.pone.0237083

11. Baharvand P, Malekshahi F, Babakhani A. 2023. Perception of hypertension and adherence to hypertension treatment among patients attending a hospital in western Iran: A cross-sectional study. Health Science Reports. 6(8): e1501. doi:10.1002/hsr2.1501

12. Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Dudek K. 2016. Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. Patient Preference and Adherence. 10: 2437-2447. doi:10.2147/PPA.S117269

13. Vũ Thị Đào, Nguyễn Thị Ngọc Ngoan, Thạch Thị Mỹ Chi. 2021. Kiến thức và thực hành về tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang năm 2021. Cantho J Med Pharm. (45): 141-149.

14. Nguyễn Việt Phương, Nguyễn Trọng Hiến, Phan Kiều My. 2023. Kiến thức, thái độ về phòng ngừa biến chứng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện trường đại học Y Dược Cần Thơ. Cantho J Med Pharm. (60): 72-79. doi:10.58490/ctump.2023i60.198

15. Nguyễn Tiến Khương, Dương Minh Đức, Phạm Ngọc Châu. 2021. Kiến thức và thực hành tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp đang được quản lý ngoại trú tại khoa khám bệnh, bệnh viện tim mạch An Giang năm 2021. Tạp Chí Y Học Cộng Đồng. 63(1). doi:10.52163/yhc.v63i1.263

16. Lương Mạnh Tường, Nguyễn Thị Tâm, Lương Thị Thanh Huyền. 2022. Đánh giá kiến thức, thực hành của người bệnh tăng huyết áp tại Viện tim mạch, bệnh viện Bạch Mai tháng 01-08 năm 2022. Tạp Chí Y Dược Cổ Truyền Việt Nam. 46(5): 55-61. doi:10.60117/vjmap.v46i5.62

17. Bùi Thị Thu Huyền, Cáp Minh Đức, Dương Thị Hương. 2022. Thực trạng quản lý điều trị ngoại trú bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2021. Tạp Chí Y Học Dự Phòng. 32(1): 237-244. doi:10.51403/0868-2836/2022/556