

15,4%. Tỷ lệ ung thư phổi tế bào nhỏ dương tính với dấu ấn CK7 trong nghiên cứu của chúng tôi là 83,3%. TTF-1 cũng được biểu hiện trong một tỷ lệ lớn (>80%) các trường hợp. Tuy nhiên, cần phải thận trọng vì biểu hiện TTF-1 có thể gặp ở ung thư biểu mô tế bào nhỏ ở các vị trí khác ngoài phổi, chẳng hạn như ung thư biểu mô tế bào nhỏ của bàng quang, tuyến tiền liệt, đường tiêu hóa và đường sinh dục nữ.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến vẫn là loại ung thư phổi phổ biến nhất ở dân số Việt Nam, tiếp theo là ung thư biểu mô vảy và ung thư biểu mô tế bào nhỏ. Nhuộm hóa mô miễn dịch có thể giúp phân biệt các trường hợp khó định tính. Các dấu ấn hóa mô miễn dịch bao gồm TTF-1, napsin A, CK5/6, p63 và p40 có thể giải quyết hầu hết các vấn đề chẩn đoán liên quan đến hình thái ung thư biểu mô tế bào phổi không phải tế bào nhỏ.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện thuận lợi để chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H. Ferlay J., Siegel RL., et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries CA Cancer J Clin. 2021 May;71(3):209-249. DOI: 10.3322/caac.21660.
2. **WHO Classification of Tumours Editorial Board, Thoracic Tumours, 5th ed.** International Agency for Research on Cancer. 2021.
3. **Trần Khánh Chi, Lê Tuấn Minh, Lê Hoàn và**

- cộng sự.** Nồng độ Cyfra 21-1 và NSE trong máu ở bệnh nhân ung thư phổi tại Bệnh viện Bạch Mai 2013-2014. Tạp chí nghiên cứu Y học. 2015;Số chuyên đề tháng 11: 142-147
4. **Phạm Nguyễn Cường.** Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch của ung thư phổi tại Khoa Giải phẫu bệnh- Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Y học lâm sàng. 2020. 66: 23-28.
  5. **Zhang Y, Vaccarella S, Morgan E, et al.** Global variations in lung cancer incidence by histological subtype in 2020: a population-based study. Lancet Oncol. 2023 Nov;24(11):1206-1218. DOI: 10.1016/S1470-2045(23)00444-8.
  6. **Powell CA, Brambilla E, et al.** Molecular testing for treatment selection in lung cancer WHO Classification of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart. International Agency for Research on Cancer (IARC). 2015 4th ed:22-37
  7. **Sainz, Fukuoka, et al.** Napsin-A: a new marker for lung adenocarcinoma is complementary and more sensitive than TTF-1 (thyroid transcription factor-1): evaluation of 967 cases by tissue microarray. Mod Pathol. 2008; 213 – 249
  8. **Alekha M, Rukmanqadha N, Lakshmi AY, et al.** Role of Immunohistochemistry in The Subtyping of Non Small Cell Lung Carcinoma on True Cut Lung Biopsies. Ann Pathol Lab Med. 2018; 56A:447- 455. DOI: <https://doi.org/10.21276/apalm.1839>.
  9. **Ye J, Findeis-Hosev JJ, Yang O, et al.** Combination of napsin A and TTF-1 immunohistochemistry helps in differentiating primary lung adenocarcinoma from metastatic carcinoma in the lung. Appl Immunohistochem Mol Morphol. 2011 Jul;19(4):313-7. DOI: 10.1097/PAI.0b013e318205b059.
  10. **Camilo R, Capelozzi VL, Siqueira SAC, et al.** Expression of p63, keratin 5/6, keratin 7, and surfactant-A in non-small cell lung carcinomas. Hum Pathol. 2006 May;37(5):542-6. DOI: 10.1016/j.humpath.2005.12.019.

# THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THỰC HÀNH DỰ PHÒNG ĐỘT QUỴ NÃO CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI HUYỆN LƯƠNG SƠN, TỈNH HÒA BÌNH NĂM 2024 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Thu Hiền<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Hương<sup>3</sup>, Hoàng Thị Xuân Hương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng kiến thức, thực hành về dự phòng đột quỵ não của người bệnh tăng huyết

áp điều trị ngoại trú tại huyện Lương Sơn, tỉnh Hòa Bình năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 375 người bệnh tăng huyết áp đang được điều trị ngoại trú tại 11 trạm y tế xã thuộc huyện Lương Sơn, tỉnh Hòa Bình. **Kết quả:** có 375 người bệnh tăng huyết áp, số người bệnh nữ/nam là gần tương đương nhau (192 nữ/183 nam). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62,5 ± 8,9. Nghề nghiệp chủ yếu của đối tượng nghiên cứu là nông dân chiếm 77,6%. Điểm trung bình kiến thức chung về phòng biến chứng ĐQN là 24,4 ± 6,0; điểm thực hành chung về phòng biến chứng ĐQN là 10,6 ± 2,5. Bốn yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với

<sup>1</sup>Đại học Phenikaa

<sup>2</sup>Trung tâm Y tế Lương Sơn, Hoà Bình

<sup>3</sup>Cao đẳng Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Xuân Hương  
Email: [huong.hoangthixuan@phenikaa-uni.edu.vn](mailto:huong.hoangthixuan@phenikaa-uni.edu.vn)

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

thực hành dự phòng đột quỵ não là trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh và kiến thức về phòng đột quỵ não ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Kiến thức chung, thực hành dự phòng đột quỵ não trên đối tượng nghiên cứu được đánh giá là đạt. Bốn yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành dự phòng đột quỵ não là trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh và kiến thức về phòng đột quỵ não.

## SUMMARY

### ASSESSING KNOWLEDGE, PRACTICE AND RELATED FACTORS TO PREVENT STROKE AMONG HYPERTENSIVE OUTPATIENTS AT LUONG SON DISTRICT, HOA BINH PROVINCE IN 2024

**Objective:** To assess knowledge, practices and identify related factors of stroke prevention among outpatients with hypertension in in Luong Son district, Hoa Binh province in 2024. **Subjects and Methods:** Cross-sectional study on 375 hypertensive patients treated as outpatients at 11 commune health stations in Luong Son district, Hoa Binh province. **Results:** The research group included 375 hypertensive patients, with an almost equal ratio of women (192 people) and men (183 people). The mean age of the group was  $62.5 \pm 8.9$  years. The majority of participants are farmers, accounting for 77.6%. The average score of general knowledge about preventing stroke complications is  $24,4 \pm 6,0$ ; general practice score for preventing stroke complications is  $10,6 \pm 2,5$ . There are four factors. 02 statistically significantly related to stroke prevention practice, which are educational level, occupation, duration of illness, and knowledge about stroke prevention ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The knowledge, practices about stroke prevention among participants were satisfactory. There are four factors statistically significantly related to stroke prevention practice, which are educational level, occupation, duration of illness, and knowledge about stroke prevention.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não (ĐQN) hay còn gọi là tai biến mạch máu não là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ 2 và là nguyên nhân đứng thứ ba gây tàn tật trên toàn thế giới. Đột quỵ não ảnh hưởng nghiêm trọng đến đời sống và sinh hoạt của người bệnh, gây ra gánh nặng về y tế, kinh tế cho người bệnh và gia đình cũng như toàn xã hội. Chi phí liên quan đến đột quỵ trên toàn cầu năm 2019 ước tính hơn 891 tỷ USD [1].

Tăng huyết áp (THA) là một yếu tố nguy cơ đã được chứng minh rõ ràng và có thể điều chỉnh được đối với đột quỵ và các bệnh tim mạch khác. Người bệnh được kiểm soát huyết áp tốt đóng vai trò quan trọng giúp giảm thiểu mắc đột quỵ não [1]. Việc quản lý điều trị ngoại trú cho người bệnh tăng huyết áp gặp không ít khó khăn, đặc biệt tại các khu vực miền núi. Huyện Lương Sơn, tỉnh Hòa Bình là nơi tập trung đông

đồng bào dân tộc thiểu số với nhiều phong tục, tập quán lạc hậu. Người dân tin vào việc cúng bái, đánh gió, uống thuốc bằng lá cây để chữa bệnh và lạm dụng rượu bia, ăn mặn, hút thuốc lá, thuốc lào, thói quen trong sinh hoạt,... Những yếu tố này gây ảnh hưởng trực tiếp đến việc kiểm soát huyết áp trên người bệnh THA. Trong năm 2023, tại 11 trạm y tế xã, thị trấn đang quản lý điều trị ngoại trú cho 3321 người bệnh tăng huyết áp. Cho đến nay chưa có nghiên cứu đánh giá về khả năng thực hành trong dự phòng đột quỵ não nhóm bệnh nhân trên. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá thực trạng và xác định các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành dự phòng đột quỵ não trên người bệnh tăng huyết áp đang được điều trị ngoại trú tại đây.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh tăng huyết áp đang được điều trị ngoại trú tại 11 trạm y tế xã thuộc huyện Lương Sơn, tỉnh Hòa Bình từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2024.

### \* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh có khả năng đọc hiểu được tiếng việt và trả lời được cuộc phỏng vấn.
- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên.

### \* Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có tiền sử đột quỵ não; người bệnh có tăng huyết áp thứ phát do các bệnh thận, các bệnh mạch máu, các bệnh nội tiết,...

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang.

**2.3. Bộ công cụ.** Bộ câu hỏi gồm có 41 câu nhằm thu thập thông tin chung của đối tượng nghiên cứu, đánh giá kiến thức phòng đột quỵ não, đánh giá thực hành phòng đột quỵ não. Mức độ đánh giá kiến thức và thực hành phòng đột quỵ não theo điểm đạt được. Với tổng điểm kiến thức dự phòng đột quỵ não là 34 điểm, người bệnh có kiến thức đúng về phòng đột quỵ não khi trả lời đúng từ 50% tổng điểm trở lên (tương đương với người bệnh trả lời được từ 17 điểm trở lên); tổng điểm thực hành phòng đột quỵ não là 18 điểm, người bệnh thực hành đạt về phòng đột quỵ não khi trả lời đúng từ 50% tổng điểm trở lên (tương đương với người bệnh trả lời được từ 9 điểm trở lên).

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y học cấp cơ sở tại trường đại học Phenikaa theo văn bản số 024.09/ĐHP-HĐĐĐ ngày 16/04/2024.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm về giới và nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu**

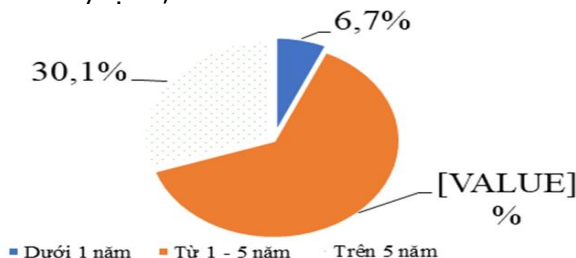
Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	183	48,8
	Nữ	192	51,2
Nhóm tuổi	18 – 39 tuổi	6	1,6
	40 – 59 tuổi	123	32,8
	60 – 70 tuổi	189	50,4
	> 70 tuổi	57	15,2
	Tuổi trung bình (mean± SD)	62,5 ± 8,9 (33-97)	

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh nữ/nam là gần tương đương nhau (nữ/ nam là 1.05). Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 60 đến 70 tuổi chiếm 50,4%; thấp nhất là nhóm tuổi 18 đến 39 tuổi chiếm 1,6%.

**Bảng 2. Đặc điểm nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu (n=375)**

Nội dung	Số lượng	Tỷ lệ %
Nông dân	291	77,6
Cán bộ, công nhân, viên chức	12	3,2
Lao động tự do, kinh doanh, nội trợ...	35	9,3
Hưu trí, mất sức	37	9,9

**Nhận xét:** Người bệnh chủ yếu là nông dân, chiếm tỷ lệ 77,6%.



**Biểu đồ 1. Thời gian phát hiện tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu (n=375)**

**Nhận xét:** Thời gian phát hiện tăng huyết áp của người bệnh chủ yếu là từ 1 đến 5 năm (63,2%) và trên 5 năm (30,1%)

### 3.2. Kiến thức dự phòng đột quỵ não của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3. Kết quả chung về kiến thức phòng biến chứng (n=375)**

Nội dung	Trung bình (X±SD)
Kiến thức về cơ quan tổn thương, mức độ nguy hiểm và thời điểm xảy ra ĐQN	5,4±1,2 (2-7)
Kiến thức về dấu hiệu báo trước và yếu tố nguy cơ gây bệnh ĐQN	8,2±2,8 (3-12)
Kiến thức về dự phòng bệnh ĐQN	10,8±2,8 (5-14)
Kiến thức chung về phòng biến chứng ĐQN	24,4±6,0 (12-33)

**Nhận xét:** Điểm trung bình kiến thức về cơ quan tổn thương, mức độ nguy hiểm và thời điểm xảy ra ĐQN là 5,4 ± 1,2; kiến thức về dấu hiệu báo trước và yếu tố nguy cơ gây bệnh ĐQN là 8,2 ± 2,8; kiến thức về dự phòng bệnh ĐQN là 10,8 ± 2,8. Điểm trung bình kiến thức chung về phòng biến chứng ĐQN là 24,4 ± 6,0 trong đó thấp nhất là 12 điểm, cao nhất là 33 điểm.

### 3.3. Thực hành dự phòng đột quỵ não của đối tượng nghiên cứu và yếu tố liên quan

**Bảng 4. Kết quả chung về thực hành dự phòng biến chứng đột quỵ não (n=375)**

Nội dung	Trung bình (X±SD)
Thực hành về đo huyết áp và dùng thuốc điều trị tăng huyết áp	4,4±0,9 (2-6)
Thực hành về ăn uống, luyện tập để phòng biến chứng ĐQN	3,7±1,3 (1-6)
Thực hành về theo dõi khám và xử trí khi gặp cơn tăng huyết áp kịch phát	2,5±1,2 (1-5)
Thực hành chung về phòng biến chứng ĐQN	10,6±2,5 (6-17)

**Nhận xét:** Điểm trung bình thực hành về đo huyết áp và dùng thuốc điều trị tăng huyết áp là 4,4 ± 0,9; thực hành về ăn uống, luyện tập để phòng biến chứng ĐQN là 3,7 ± 1,3; thực hành về theo dõi khám và xử trí khi gặp cơn tăng huyết áp kịch phát là 2,5 ± 1,2. Điểm thực hành chung về phòng biến chứng ĐQN là 10,6 ± 2,5 trong đó điểm thấp nhất là 6 và cao nhất là 17 điểm.

**Bảng 5. Mô hình hồi quy Logistic đa biến giữa một số yếu tố và thực hành về phòng đột quỵ não (n=375)**

Tên biến	Hệ số hồi quy (B)	Sai số chuẩn (S.E)	Mức ý nghĩa (p)	OR	KTC 95%CI
<b>Trình độ học vấn</b>					
Từ THPT trở lên	0,702	0,323	0,03	2,02	1,07 – 3,8
Từ THCS trở xuống*	-	-	1	-	-
<b>Nghề nghiệp</b>					
Nghề khác	0,993	0,431	0,021	2,7	1,16 – 6,29
Nông dân*	-	-	1	-	-
<b>Thời gian mắc bệnh</b>					

Trên 5 năm	0,658	0,324	0,042	1,93	1,02 – 3,64
Từ 5 năm trở xuống*	-	-	1	-	-
<b>Kiến thức về phòng đột quỵ não</b>					
Đạt	2,174	0,357	0,00	8,79	4,37 – 17,7
Chưa đạt*	-	-	1	-	-

Cỡ mẫu phân tích (n)=375; (\*) nhóm so sánh; (-) không áp dụng

**Nhận xét:** Những yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành về phòng đột quỵ não là trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh và kiến thức về phòng đột quỵ não ( $p < 0,05$ )

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là  $62.5 \pm 8.9$  tuổi; nhóm tuổi chiếm đa số là nhóm tuổi từ 60-70 tuổi (50.4%); kết quả là tương đồng với nghiên cứu của tác giả Triều (2022) có tuổi trung bình là  $64,85 \pm 9,69$  tuổi; nhóm tuổi từ 60-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất [3]. Tỷ lệ nam/nữ trên ĐTNC là gần tương đương nhau (48.8/51.2). Kết quả này là khác biệt với nghiên cứu của tác giả Triều (2023) với nam giới chiếm đa số (97,11%). Điều này được giải thích là do cách chọn mẫu trong nghiên cứu là các cán bộ X, do đặc thù Quân đội chủ yếu là nam giới do vậy tỷ lệ nam sẽ nhiều hơn [2].

Về trình độ học vấn; ĐTNC là trung học cơ sở chiếm nhiều nhất là 41,3% và tiếp đó là trung học phổ thông chiếm 27,2%. Nghề nghiệp chủ yếu của ĐTNC là nông dân chiếm 77,6%. Kết quả này là phù hợp cho người dân thuộc huyện miền núi; chủ yếu là nông dân và sống dựa vào nghề nông nghiệp. Về thời gian phát hiện tăng huyết áp chủ yếu ĐTNC có thời gian phát hiện từ 1 đến 5 năm chiếm nhiều nhất 63,2%. Kết quả này là khác biệt so với một số nghiên cứu khác trước đó do các nghiên cứu thực hiện trên các ĐTNC đang điều trị tại bệnh viện nên sẽ có thời gian phát hiện bệnh lâu hơn; trình độ học vấn cao hơn và nghề nghiệp đa dạng hơn [3,4,6].

**4.2. Kiến thức về phòng đột quỵ não của ĐTNC.** Hầu hết ĐTNC nhận diện được các dấu hiệu của tai biến mạch máu não với 90.1% ĐTNC trả lời đúng về dấu hiệu đột ngột tê dại, yếu liệt, tê vùng mặt, tay chân thường ở một bên cơ thể; 74.9% ĐTNC trả lời đúng có dấu hiệu đột ngột lú lẫn, rối loạn lời nói. Kiến thức về dấu hiệu của tai biến mạch máu não rất quan trọng vì nếu được điều trị trong thời điểm vàng sẽ giúp nâng cao cơ hội sống sót và giảm nguy cơ để lại di chứng. Một số phương pháp điều trị tối ưu cho NB bị QĐN chỉ áp dụng 3-4,5 giờ đầu; sau thời điểm vàng này sẽ áp dụng các kỹ thuật

điều trị khác và nguy cơ di chứng cao hơn [1]

Khi được hỏi về ĐQNC có thể dự phòng được thì có tới 78.9% ĐTNC hiểu rằng có thể dự phòng được. Hầu hết ĐTNC trả lời đúng việc kiểm soát huyết áp, khám sức khỏe định kỳ, chế độ ăn uống hợp lý có thể dự phòng được ĐQNC, 2 biện pháp trên chiếm tỷ lệ lần lượt là 90.7%; 80% và 74.7%. Kiến thức về chế độ ăn phòng biến chứng ĐQNC được đánh giá có kết quả tốt với tất cả các câu trả lời trên 73.7%. Kiến thức về hạn chế muối có đến 85.3% ĐTNC trả lời đúng; Hạn chế cay nóng, chất kích thích có 82.4% ĐTNC trả lời đúng; hạn chế phủ tạng, mỡ động vật có 84.0% ĐTNC trả lời đúng. Kết quả chung về kiến thức phòng biến chứng của ĐTNC là đạt yêu cầu với số điểm trung bình là 24.4 điểm. Chế độ ăn giảm muối, hạn chế phủ tạng và mỡ động vật đã được chứng minh giúp kiểm soát huyết áp tốt hơn; giảm nguy cơ mắc ĐQNC [1,4].

**4.3. Thực hành về phòng đột quỵ não của ĐTNC.** Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 27.5% ĐTNC thực hành đo huyết áp hàng ngày. Kết quả này thấp hơn với kết quả khảo sát của tác giả Triều (2023) với 69.97% ĐTNC đo huyết áp hàng ngày. Kết quả này cũng thấp hơn kết quả của tác giả người Ấn độ khi thực hiện khảo sát 200 NB THA thì có tới 77% NB thực hành đo huyết áp hàng ngày tại nhà [7]. Đo huyết áp tại nhà thường xuyên rất quan trọng giúp xác định các mức huyết áp tại các thời điểm khác nhau trong ngày, từ đó NB và NVYT nắm được sự biến thiên, huyết áp cao nhất và thấp nhất nhằm điều chỉnh thời điểm dùng thuốc và/hoặc điều chỉnh các loại thuốc hạ huyết áp cho hợp lý [1].

Thực hành tuân thủ điều trị thuốc của ĐTNC được đánh giá là tốt với 94.4% NB uống thuốc liên tục theo đơn. Kết quả của chúng tôi là cao hơn kết quả tác giả Triều (2023) với 86.67% NB tuân thủ dùng thuốc hạ áp lâu dài. Kết quả này cũng cao hơn của tác giả nghiên cứu của Abate (2019) và cộng sự với 84% NB uống thuốc thường xuyên tại nhà [7]. Thực hành tốt việc điều trị tăng huyết áp là vấn đề rất quan trọng và cần được khuyến khích thường xuyên, liên tục và duy trì lâu dài để phòng ngừa các biến chứng nguy hiểm của tăng huyết áp [4]. Kiểm soát huyết áp không tốt là một trong những yếu tố nguy cơ cao nhất của đột quỵ [1,6].

Đi khám sức khỏe thường xuyên giúp người bệnh đánh giá được hiệu quả dùng thuốc và nhận được sự tư vấn, điều chỉnh thuốc từ NVYT, từ đó nâng cao mức độ tuân thủ điều trị. Kết quả tái khám định kỳ của NB còn thấp với 29.3% NB tái khám 6 tháng/lần trong khi tái khám khi bất thường chiếm tỷ lệ cao nhất tới 41.9%. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của tác giả Triệu (2023) với tỷ lệ tới 81.54% ĐTNC đi khám sức khỏe định kỳ 6 tháng/lần.

Về thực hành chế độ ăn uống của ĐTNC, người bệnh đã hạn chế dùng mỡ động vật để nấu ăn chiếm tỷ lệ lên cao lên đến 86.4%. Lượng muối dùng hàng ngày còn chưa được thực hành tốt với 38.9% người bệnh không rõ về lượng muối họ sử dụng. Có 58.4% số ĐTNC trong nghiên cứu của chúng tôi cho biết không uống rượu để dự phòng đột quỵ. Lạm dụng và nghiện rượu làm tăng nguy cơ đột quỵ [7]. Sự điều chỉnh chế độ ăn uống của ĐTNC đòi hỏi động lực, kiến thức, điều kiện kinh tế và sự hỗ trợ từ gia đình do đây là chế độ suốt đời, phức tạp cần người bệnh và gia đình cùng hỗ trợ đồng hành [7,8].

Đa số ĐTNC đều có tập thể dục, trong đó có 50.1% người bệnh tập thể dục thường xuyên và 32.5% người bệnh tập 1-2 lần/tuần. Tỷ lệ NB không bao giờ tập thể dục chiếm đến 17.3%, đây là chủ yếu là các đối tượng mắc nhiều tuổi cao, khả năng di chuyển hạn chế và không được người thân quan tâm, chăm sóc sức khỏe một cách đầy đủ. Hoạt động thể lực ở mức độ hoạt động vừa phải và cường độ cao có liên quan đến việc giảm nguy cơ đột quỵ toàn bộ, cũng như đột quỵ do thiếu máu cục bộ và xuất huyết [1,8].

Trong nghiên cứu này, 117 người bệnh (chiếm 31.2%) đã từng gặp cơn tăng huyết áp kịch phát và cách xử lý đúng khi liên hệ với NVYT chiếm 57.9%. Có đến 6.7% ĐTNC không làm gì khi có cơn tăng huyết áp kịch phát, điều này cực kỳ nguy hiểm và có thể dẫn đến ĐQN. Xử lý cơn tăng HA kịch phát đóng vai trò then chốt giúp giảm nguy cơ đột quỵ não và giảm thiểu di chứng [1].

**4.4. Một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng đột quỵ não.** Trong số các yếu tố khảo sát, 4 yếu tố được chứng minh là có liên quan đến thực hành về phòng đột quỵ não là trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh và kiến thức dự phòng đột quỵ não ( $p < 0.05$ ). ĐTNC có trình độ từ THPT trở lên có thực hành phòng đột quỵ não đạt điểm cao hơn. Kết quả là tương đồng so với một vài nghiên cứu trước đó [8]. Khi ĐTNC có trình độ học vấn cao hơn; họ sẽ ghi nhớ và dễ dàng tiếp cận với các nguồn thông tin và thực hành dự phòng ĐQN

cũng thuận lợi hơn.

Đối với nghề nghiệp của ĐTNC, nông dân có mức đạt của thực hành đột quỵ não hơn khoảng 4 lần so với ĐTNC có nghề nghiệp khác trong. Điều này có thể được giải thích là do nông dân cần thời gian lao động nhiều; điều kiện kinh tế thấp hơn nên việc thực hành phòng đột quỵ não như tập thể dục thường xuyên, tái khám thường xuyên 6 tháng/lần; ăn uống theo chế độ riêng, ... gặp nhiều khó khăn hơn so với ĐTNC làm các nghề nghiệp khác.

Thời gian mắc bệnh tăng huyết áp cũng được chứng minh là có ý nghĩa thống kê với thực hành dự phòng đột quỵ não. Tăng huyết áp là bệnh mãn tính mà người bệnh cần điều trị suốt đời. Thời gian mắc bệnh lâu hơn, bản thân người bệnh sẽ dần thích nghi và tích lũy được các vốn kiến thức đúng về kiểm soát huyết áp thông qua tái khám, được tư vấn. Từ đó gián tiếp giúp người bệnh thực hành phòng đột quỵ não dần tốt lên [1].

Kiến thức phòng đột quỵ não có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành phòng đột quỵ não. Kết quả này là tương đồng so với một số nghiên cứu đã thực hiện trước đó. Kiến thức phòng đột quỵ não là cơ sở để người bệnh xây dựng và hình thành các thực hành đúng về dự phòng đột quỵ não [4].

## V. KẾT LUẬN

Kiến thức và thực hành dự phòng đột quỵ não của 375 đối tượng nghiên cứu là đạt yêu cầu. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành dự phòng đột quỵ não bao gồm trình độ học vấn, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh và kiến thức dự phòng đột quỵ não. Việc xây dựng các chương trình tư vấn giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao kiến thức dự phòng đột quỵ não là cần thiết và thiết thực nhất giúp nâng cao thực hành dự phòng đột quỵ não.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wajngarten M, Silva GS.** Hypertension and Stroke: Update on Treatment. *Eur Cardiol.* 2019 Jul 11;14(2): 111-115. doi: 10.15420/eur.2019.11.1. PMID: 31360232; PMCID: PMC6659031.
2. **Triệu N. V.** (2023). Khảo sát kiến thức về các yếu tố nguy cơ gây đột quỵ não ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*, 18(5). <https://doi.org/10.52389/ydls.v18i5.1883>
3. **Andrzej Sloma, Lars G Backlund, Lars-Erik Strenger, Ylva Skånér** (2010) "Knowledge of stroke risk factors among primary care patients with previous stroke or TIA: a questionnaire study". *BMC family practice*, 11 (1), 47

4. **Nguyễn Văn, T.** (2023). Mối liên quan giữa kiến thức và thực hành dự phòng đột quỵ não ở 726 bệnh nhân tăng huyết áp điều trị tại bệnh viện Trung ương quân đội 108. Tạp Chí Y học Quân sự, (363), 34–38. <https://doi.org/10.59459/1859-1655/JMM.48>
5. **Hà N. T. T., Triệu N. V., Kiên L. T., & Oanh M. K.** (2021). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng kiến thức dự phòng đột quỵ ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị tại Viện Điều trị Cấp bộ cao cấp Quân đội. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, 16(DB4). <https://doi.org/10.52389/ydls.v16iDB4.950>
6. **Ayodapo AO, Elegbede OT, Omosanya OE, Monsudi KF** (2020) Patient Education and Medication Adherence among Hypertensives in a Tertiary Hospital, South Western Nigeria. *Ethiop J Health Sci* 30(2): 243-250
7. **Abate AT, Bayu N, and Mariam T** (2019) Hypertensive Patients' Knowledge of Risk Factors and Warning Signs of Stroke at Felege Hiwot Referral Hospital, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Neurology Research International*: 1-7.
8. **Guo QH, Liu CH, Wang JG.** Blood Pressure Goals in Acute Stroke. *Am J Hypertens*. 2022 Jun 16;35(6):483-499. doi: 10.1093/ajh/hpac039. PMID: 35323883; PMCID: PMC9203067.

## KHẢO SÁT KHÚC XẠ TỒN DƯ SAU PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH TẠI BỆNH VIỆN MẮT - TAI MŨI HỌNG - RĂNG HÀM MẶT AN GIANG

**Đoàn Kim Thành<sup>1</sup>, Trần Tuấn Duy Thanh<sup>1</sup>, Trần Tuấn Huy<sup>2</sup>**

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tình hình khúc xạ tồn dư sau phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh đặt thể thủy tinh nhân tạo đơn tiêu tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng, và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả khúc xạ tồn dư sau phẫu thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, mô tả, tiền cứu. Lấy mẫu thuận tiện các bệnh nhân được phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh đặt kính nội nhãn đơn tiêu. Nghiên cứu này bao gồm 192 bệnh nhân. Thị lực, tật khúc xạ và sinh trắc học của 192 mắt bị đục thủy tinh thể được đánh giá trước và một, ba, sáu tháng sau phẫu thuật. Các phép đo khúc xạ và sinh trắc học được thực hiện tương ứng bằng máy đo khúc xạ tự động và máy Javan kế, siêu âm A. Công thức SRK/T được sử dụng để tính công suất IOL. Chúng tôi đã sử dụng T-test ghép nối để phân tích dữ liệu với phân phối bình thường và thử nghiệm Wilcoxon không tham số cho phần còn lại của dữ liệu.  $P < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Trên 192 mắt đục TTT đã được phẫu thuật phaco đặt IOL đơn tiêu hậu phòng, chúng tôi đã thu được các kết quả như sau: Khúc xạ cầu tồn dư trung bình  $0,4 \pm 0,34D$ . Khúc xạ tồn dư (88%) sau phẫu thuật đục thủy tinh thể nằm trong phạm vi chấp nhận được ( $\pm 1,00D$ ). Trước và sau phẫu thuật, giá trị trung bình của thị lực đã điều chỉnh là  $1,55 \pm 0,8D$  và  $0,07 \pm 0,07D$  ( $P < 0,001$ ) và giá trị trung bình của độ sâu tiền phòng của mắt là  $3,03 \pm 0,43$  mm trước phẫu thuật và sau phẫu thuật thay đổi thành  $4,23 \pm 0,16$  mm ( $P < 0,001$ ). **Kết luận:** Khúc xạ cầu trung bình sau phẫu thuật tán

nhuyễn thể thủy tinh có giá trị tương đối thấp. Thị lực sau mổ khá cao. Chiều dài trục của nhãn cầu và độ cứng của nhãn có tương quan với khúc xạ tồn dư.

**Từ khóa:** khúc xạ cầu tồn dư, phaco, thị lực

### SUMMARY

#### INVESTIGATION OF RESIDUAL REFRACTIVE ERROR AFTER CATARACT SURGERY IN PATIENTS BY PHACOEMULSIFICATION AT THE AN GIANG EYE - ENT- DENTAL HOSPITAL

**Purpose:** Survey of residual refraction after cataract surgery with monofocal intraocular lens implantation at 1 month, 3 months and 6 months, and analysis of some factors related to residual refraction results after surgery. **Methods:** Cross-sectional, descriptive, prospective study design. Convenient sampling of patients who had undergone cataract surgery with IOL placement. This study included 192 patients. Visual acuity, refractive errors and biometry of 192 eyes with cataract were evaluated before and one, three, sixth month after surgery. Refractive error and biometry measurements were performed with an autorefractometer and keratometry, A- Echo, respectively. SRK/T formula was used for IOL power calculation. We used paired T-test for analysis of data with normal distribution and nonparametric Wilcoxon test for the rest of data.  $P < 0.05$  was considered statistically significant. **Results:** The mean spherical refraction  $0,4 \pm 0,34D$ . Residual refraction (88%) after cataract surgery were within acceptable range ( $\pm 1.00D$ ). Before and after surgery, the mean values for corrected visual acuity were  $1,55 \pm 0,8D$  and  $0,07 \pm 0,07D$  ( $P < 0,001$ ) and The mean values for anterior chamber depth of the eyes was  $3,03 \pm 0,43$  mm before the surgery which changed to  $4,23 \pm 0,16$  mm after the surgery ( $P < 0,001$ ). Postoperative visual acuity was quite high, 100% of uncorrected visual acuity had  $< 0.52L$  ( $> 20/70$ ), of which 96.8% had  $< 0.15L$  ( $> 20/30$ ). **Conclusions:** The mean spherical refraction after phacoemulsification surgery had a

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt-Tai Mũi Họng-Răng Hàm Mặt An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Kim Thành

Email: dkthanh1605@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024