

Khảo sát các yếu tố nguy cơ Đột quy và nhận thức đúng về bệnh Đột quy của người dân huyện CM.

Trần Quốc Phú; Tôn Phước Thuận; Mai Thị Bích Chinh; Lâm Thị Thiên Trang

Tóm tắt:

Nghiên cứu khảo sát một số yếu tố nguy cơ gây bệnh đột quy dựa trên các nghiên cứu trước đó đã có chứng cứ, một số yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được nhằm giúp người dân kiểm soát được các nguy cơ gây đột quy não. Kết quả ngẫu nhiên 315 người dân sống tại các xã nông thôn phân bố tại huyện Chợ Mới, bằng phương pháp mô tả cắt ngang. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tỷ lệ các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được; tình hình đáp ứng của hệ thống y tế địa phương; tỷ lệ nhận biết đúng và xử trí đúng các dấu hiệu đột quy. **Kết quả:** Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ đột quy: hút thuốc lá: 11% ; béo phì: 40,3% ; tăng huyết áp: 43,2%; đái tháo đường: 9,5%; rối loạn lipid máu: 22,2%; Tỷ lệ hài lòng của người dân đối với hệ thống y tế địa phương: 2,34; Tỷ lệ nhận thức đúng các dấu hiệu đột quy: 73%; Tỷ lệ xử trí đúng khi có trường hợp đột quy: 23,5%.

Keywords: stroke, highrisk, hypertension, diabet, BMI

Đặt vấn đề

Đột quy còn gọi là tai biến mạch máu não là tình trạng tổn thương não cấp tính. Có hai dạng đột quy là đột quy thiếu máu não (nhồi máu não) và đột quy xuất huyết não. Đột quy thiếu máu não là đột quy thường gặp (chiếm 85%). Cứ 3 bệnh nhân đột quy sẽ có 2 người đột quy thiếu máu não[2].

Tầm soát các yếu tố nguy cơ gây Đột quy và nhận thức cơ bản về bệnh Đột quy. Để có thông tin truyền thông trong cộng đồng về phòng và điều trị bệnh, nhằm làm giảm các biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe và gánh nặng của xã hội.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định tỷ lệ các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được.
2. Tình hình đáp ứng dịch vụ y tế tại huyện Chợ Mới
3. Tỷ lệ người dân nhận thức đúng về các triệu chứng khởi phát Đột quy
4. Tỷ lệ người dân nhận thức đúng về cách xử lý khi bị Đột quy.

Tổng quan tài liệu

Trên thế giới, Đột quy là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và khuyết tật nghiêm trọng lâu dài, với gần 800.000 ca đột quy và 130.000 ca tử vong mỗi năm.

Việt Nam, theo Viện Đo lường và đánh giá sức khỏe (IMHE) thuộc Đại học Washington ở Seattle, Mỹ vừa công bố thì Đột quy là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở VN. Mỗi năm có hơn 200.000 người bị đột quy, hơn 50% trong số đó tử vong và 90% số người phải sống chung với các di chứng về vận động và thần kinh, ...

Cứ mỗi 40 giây lại có một BN đột quy, mỗi 4 phút có một trường hợp tử vong và tỷ lệ tử vong do đột quy hàng năm còn nhiều hơn số ca tử vong do 3 căn bệnh: AIDS, Lao và Sốt rét.

Tại An Giang, theo ước tính mỗi năm có khoảng 4.500 ca đột quy, 2.000 người tử vong và 90% bị tàn tật do di chứng của đột quy. Đột quy có xu hướng xuất hiện gia tăng ở người trẻ.

Thống kê cho thấy, các yếu tố kinh tế - xã hội đã và đang tác động đáng kể đến tình trạng gia tăng đột quy. Các yếu tố về nhận thức phát hiện sớm các dấu hiệu đột quy và xử trí ban đầu tại tuyến cơ sở góp phần thành công trong điều trị Đột quy. Điều trị huyết khối cải thiện kết quả đột quy, nhưng hiệu quả điều trị bị giới hạn bởi thời gian, việc nhận biết các triệu chứng đột quy, nhiệm vụ của các trung tâm điều phối và dịch vụ y tế khẩn cấp (EMS) là rất quan trọng, cũng như giảm thiểu

sự chậm trễ trước nhập viện. Một nghiên cứu sự chậm trễ trước nhập viện ở những BN bị đột quy được điều trị bằng tiêu sợi huyết và so sánh sự chậm trễ giữa BN ở nông thôn và thành thị tại Úc cho rằng 12,5% BN bị đột quy ở nông thôn không được áp dụng điều trị bằng tiêu sợi huyết nhanh chóng so với BN bị đột quy ở thành thị.[4]

Phương pháp nghiên cứu

1. Đối tượng nghiên cứu: người dân độ tuổi từ 20 tuổi ở nông thôn tại 5 xã ngẫu nhiên trong huyện Chợ Mới. Mỗi xã chọn ngẫu nhiên khoảng 60 đối tượng nghiên cứu.

2. Cỡ mẫu:

Công thức: tính cỡ mẫu theo cụm, phân tầng một cách ngẫu nhiên

$$N = 60 \times 5 = 300 \text{ mẫu}$$

3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

4. Các bước thực hiện:

- Chọn ngẫu nhiên đối tượng nghiên cứu
- Phỏng vấn ghi nhận hành chính và tiền sử
- Khám tổng quát: huyết áp, mạch, nhiệt độ, chiều cao, cân nặng,
- Phỏng vấn đối tượng nghiên cứu
- Tư vấn dinh dưỡng và sức khỏe tim mạch cho đối tượng nghiên cứu.
- Nhập liệu và phân tích thống kê theo phần mềm SPSS 16.0.

5. Các biến số nghiên cứu

a. Tuổi cơ thể

Tuổi cơ thể phụ thuộc vào mức chuyển hóa cơ bản. Tuổi cơ thể được tính dựa vào trọng lượng và tỷ lệ mỡ cơ thể để đưa ra đánh giá liệu tuổi cơ thể của bạn ở trên hoặc dưới trung bình so với tuổi thực tế. việc xác định tuổi cơ thể rất có ích để cải thiện sức khỏe của bạn.

b. BMI và trọng lượng cơ thể

BMI là chữ viết tắt của chỉ số khối cơ thể. Chỉ số này sử dụng công thức đơn giản để chỉ ra tỷ lệ giữa trọng lượng và chiều cao của một người.

BMI = Cân nặng (kg)/ Chiều cao x Chiều cao (mét).

BMI lí tưởng là 22, duy trì trọng lượng lí tưởng có thể giúp ngăn ngừa bệnh béo phì, giảm cân và các bệnh khác. Do đó trọng lượng lí tưởng cho BMI 22 được tính như sau:

Trọng lượng lí tưởng (kg) = 22 x chiều cao (m) x chiều cao (m)

Bảng 1: Phân loại BMI theo WHO:

BMI	Phân loại theo WHO
Dưới 18,5	Thiếu cân
Từ 18,5 – 25	Bình thường
Từ 25 – 30	Thừa cân
Từ 30 trở lên	Béo phì

c. Đặc điểm dịch tễ học: bao gồm tuổi, giới, địa chỉ, nghề nghiệp

d. Các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được

- Thuốc lá: có từng hút thuốc lá và đang còn hút thuốc lá; có từng hút thuốc lá và cai không quá 1 năm; không hút thuốc lá;

- Bệnh tăng huyết áp: Tăng Huyết áp định nghĩa theo WHO: huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

- Bệnh đái tháo đường

- Rung nhĩ

- Tăng Cholesterolon máu

- Tăng Triglyceride máu

- Tăng LDL

đ. Các yếu tố nguy cơ không thay đổi được

Tuổi; Giới tính; Tiền sử gia đình; Tiền sử đột quy

e. Đáp ứng của hệ thống y tế địa phương

f. Nhận thức đúng Triệu chứng khởi phát đột quy

Nhận thức được 3 trong 6 dấu hiệu sau: gọi là đúng

- Méo miệng

- Nói khó hay không nói được

- Yếu liệt tay chân cùng bên

- Dị cảm nửa người

- Mất thị lực (đặc biệt ở 1 mắt)

- Chóng mặt + mất thăng bằng

g. Hiểu biết đúng về xử lí đột quy

Nhận biết được 3 trong 6 dấu hiệu sau: gọi là đúng

- Không để bệnh nhân té ngã, chấn thương

- Để bệnh nhân nằm nghiêng qua 1 bên nếu có nôn ói, móc hết đàm nhớt cho bệnh nhân dễ thở

- Gọi xe đưa ngay bệnh nhân đến cơ sở y tế gần nhất có điều kiện chữa trị

- Không tự ý cho uống, nhỏ thuốc hạ áp hay bất kỳ một thuốc nào khác

- Không để nằm chờ xem bệnh nhân có khỏe lại hay không

- Không cạo gió, cắt lể....

Kết quả và bàn luận

Qua kết quả phân tích 315 đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu chúng tôi thu thập được một số kết quả như sau:

1. Dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Phân bố giới tính

Giới tính	Tần số	Tỷ lệ %
Nam	60	19
Nữ	255	81

Đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ nữ cao hơn nam giới, nữ chiếm 81%. Có thể do ngẫu nhiên hoặc đối tượng nam từ chối phỏng vấn tham gia nghiên cứu.

Bảng 3. Phân bố độ tuổi

Tuổi	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình	SD
N = 315	23	89	56,1	12,7

Độ tuổi trong đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình 56,1, tuổi thấp nhất là 23, tuổi cao nhất là 89.

2. Xã hội học của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Tình trạng hôn nhân

Tình trạng hôn nhân	Tần số	Tỷ lệ %
Độc thân	18	5,7
Kết hôn	224	71,1
Ly dị	5	1,6
Ly thân	1	0,3
Góa	66	21
Sống như vợ chồng	1	0,3
Tổng	315	100

Tình trạng hôn nhân trong đối tượng nghiên cứu đa số là trong giai đoạn hôn nhân chiếm 71,1% ; tỷ lệ góa chiếm 21%; nghiên cứu ghi

nhận có 01 trường hợp ly thân và 01 trường hợp sống như vợ chồng chiếm 0,3%.

Bảng 5. Trình độ học vấn

Trình độ học vấn	Tần số	Tỷ lệ %
Mù chữ	34	10,8
Cấp 1	179	56,8
Cấp 2	59	18,7
Cấp 3	24	7,6
Đại học	18	5,7
Sau đại học	1	0,3

Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu chúng tôi đa số học hết cấp 1 chiếm 56,8%; trình độ đại học và sau đại học chiếm 6%; ghi nhận tỷ lệ không biết chữ 10,8%. Vì đây là đối tượng nông thôn do đó công việc nông nghiệp gắn liền với cuộc sống của họ nên nhu cầu học chưa cao.

Bảng 6. Phân bố nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Tần số	Tỷ lệ %
Cán bộ viên chức	29	9,2
Công nhân	12	3,8
Nông dân	53	16,8
Tự do	63	20
Khác	158	50,2

Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu phân đông là không ổn định chiếm 50,2%; nghề tự do chiếm 20%; nông dân 16,8%.

3. Các yếu tố nguy cơ

3.1. Hút thuốc lá

Bảng 7. Hút thuốc lá

Thuốc lá	Tần số	Tỷ lệ %
Có	35	11,1
Không	280	88,9

Nghiên cứu ghi nhận có 35 trường hợp có hút thuốc lá chiếm 11,1%. Trong đó 33/60 người là nam giới.

Bảng 8. Số lượng hút thuốc lá

Số lượng	N	Min	Max	Trung bình	SD
Số năm hút thuốc lá	33	10	60	30	13,11

Số điều trong ngày	33	3	20	11	5,8
--------------------------	----	---	----	----	-----

Hầu hết bệnh nhân hút thuốc lá là nam giới. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ của đột quỵ đã được các nghiên cứu nước ngoài ghi nhận, nguy cơ đột quỵ tăng cùng với lượng thuốc lá trong ngày tăng, tuy nhiên có một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cai thuốc lá sau 2 năm sẽ giảm nguy cơ đột quỵ tương đương với đối tượng không hút thuốc lá[5].

3.2. Chỉ số khối cơ thể (BMI)

Bảng 9. Chỉ số khối cơ thể

BMI	Tần số	Tỷ lệ %
Thiếu cân (BMI < 18,5)	29	9,3
Bình thường (18,5 < BMI < 25)	159	50,4
Thừa cân (25 ≤ BMI < 30)	103	32,7
Béo phì (BMI ≥ 30)	24	7,6

Tỷ lệ béo phì và thừa cân ở đối tượng nghiên cứu 40,3% chiếm tỷ lệ khá cao.

3.3. Tăng huyết áp

Bảng 10. Yếu tố tăng huyết áp

Tăng huyết áp	Tần số	Tỷ lệ %
Có THA (đang điều trị)	125	39,7
THA (mới phát hiện)	11	3,5
Bình thường	178	56,5

Tỷ lệ THA trong nhóm nghiên cứu chiếm 43,2%. Tỷ lệ đột quỵ tăng theo mức tăng huyết áp, cao nhất là THA giai đoạn 2 theo Đình Văn Thắng là 71,2% [1], theo Vũ Anh Nhị là 80,7% [5].

Trong nghiên cứu này cũng phát hiện bệnh nhân có THA mới phát hiện chiếm 3,5%. Trong dân số nông thôn hiện nay tỷ lệ THA đáng chú ý, việc quản lý bệnh THA là nội dung chính trong chương trình mục tiêu quốc gia.

3.4. Rối loạn lipid máu

Bảng 11. Yếu tố rối loạn lipid máu

Chỉ số lipid máu	Tần số	Tỷ lệ%
------------------	--------	--------

Cholesterol	30	42,85
Triglyceride	20	28,57
LDL	7	10
Tổng số N	70	100
Tỷ lệ N = 315	70/315	22,2%

Trong ĐTNC ghi nhận 70 trường hợp cung cấp kết quả xét nghiệm trong vòng 01 tháng khi tham gia nghiên cứu có rối loạn lipid máu, chiếm 22,2%.

Do nghiên cứu không trực tiếp làm đủ các XN về lipid máu cho người tham gia nên đây cũng là hạn chế của nghiên cứu.

3.5. Đái tháo đường

Bảng 12. Yếu tố đái tháo đường

Yếu tố ĐTĐ	Tần số	Tỷ lệ %
Đái tháo đường	30	9,5
Bình thường	285	90,5

Tỷ lệ đái tháo đường trong ĐTNC chiếm 9,5%. Tuy nhiên, đây chỉ ghi nhận sau khi có bằng chứng đang điều trị. Theo Jorgensen, H., H. Nakayama (1994), tuổi bệnh nhân bị đột quỵ có ĐTĐ trẻ hơn 3,2 năm so với tuổi bệnh nhân bị đột quỵ không ĐTĐ [3].

Bảng 13. Sự tương quan THA và ĐTĐ

P = 0,001	Đái tháo đường		Tổng
	Đang điều trị	Không ĐTĐ	
THA	26	110	136
Không THA	4	175	179
Tổng	30	285	315

Trong số 30 người bị ĐTĐ có 26 người đang điều trị THA. Có sự tương quan giữa người ĐTĐ và bệnh THA (p < 0.001).

Theo NC của Vũ Anh Nhị 2005, bệnh nhân đột quỵ kèm ĐTĐ có tỷ lệ THA cao hơn nhóm đột quỵ không kèm ĐTĐ [5].

4. Sự hài lòng về đáp ứng của hệ thống y tế địa phương

Bảng 14. Sự hài lòng về đáp ứng y tế

Sự hài lòng	Tổng số	min	max	mean	SD
Dịch vụ	272	0	4	2,24	0,5

Nhân viên y tế	272	1	4	2,29	0,49
Tư vấn	272	1	4	2,0	0,49
Thời gian	272	1	4	2,34	0,505
Thông tin	272	1	4	2,36	0,51
Điều trị	272	1	4	2,42	0,505
Bảo mật	272	1	4	2,48	0,51
Phòng chờ	272	1	4	2,49	0,523
Thăm viếng	272	1	4	2,46	0,514
Hài lòng chung	272	1	4	2,34	

Theo kết quả NC thì sự hài lòng chung trong việc đáp ứng hệ thống y tế tại địa phương ở mức dưới trung bình, 2,34 thang điểm 5.

5. Sự nhận biết và xử lý ban đầu dấu hiệu đột quy

Bảng 15. Nhận biết dấu hiệu đột quy

	Tần số	Tỷ lệ %
Nhận biết	230	73
Không nhận biết	85	27

Với sự hợp tác của các ĐTNC chúng tôi ghi nhận đa số người dân nhận biết được các dấu hiệu của đột quy, chiếm 73%.

Bảng 16. Sự hiểu biết cách xử lý đột quy

	Tần số	Tỷ lệ %
Nhận biết	74	23,5
Không nhận biết	241	76,5

Tỷ lệ người dân hiểu biết đúng về cách xử trí đúng khi có trường hợp đột quy thấp, chiếm 23,5%. Do đó cần tập huấn và tuyên truyền kiến thức liên quan đến đột quy trong cộng đồng bằng các hình thức và đáp ứng của hệ thống y tế địa phương khi người dân cần hỗ trợ y tế.

Bảng 17. Sự tương quan giữa nhận biết đúng dấu hiệu đột quy và xử trí đúng đột quy

P = 0,001	Xử trí đột quy		Tổng
	đúng	Không đúng	

đúng	74	156	230
Không đúng	0	85	85
Tổng	74	241	315

Trong 74 trường hợp nhận biết đúng các dấu hiệu đột quy thì ghi nhận xử trí đúng trường hợp đột quy ($p = 0,001$) sự tương quan có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên 156 trường hợp nhận biết đúng nhưng xử trí chưa đúng chiếm tỷ lệ khá cao, chiếm 67,8%. Thông qua NC này chúng tôi cũng tư vấn và hướng dẫn người dân nhận biết và xử trí đúng khi có trường hợp đột quy.

6. Sự tương quan yếu tố nguy cơ với tỷ lệ nhận biết dấu hiệu đột quy

Bảng 18. Mối tương quan các yếu tố nguy cơ và sự nhận biết đúng các dấu hiệu đột quy

Yếu tố nguy cơ	Sự nhận biết đúng dấu hiệu đột quy		
	χ	OR	Chỉ số p
Thuốc lá	0,39	1,27	0,53
BMI	0,8	0,98	0,9
Trình độ	9,98		0,05
THA	2,08		0,35
Đái tháo đường	1,99		0,37

Không nhận thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố nguy cơ đột quy với sự nhận biết đúng các dấu hiệu khởi phát đột quy.

Kết luận:

- Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ đột quy: hút thuốc lá: 11%; béo phì: 40,3%; tăng huyết áp: 43,2%; đái tháo đường: 9,5%; rối loạn lipid máu: 22,2%.

- Tỷ lệ hài lòng của người dân đối với hệ thống y tế địa phương: 2,34.

- Tỷ lệ nhận thức đúng các dấu hiệu đột quy: 73%.

- Tỷ lệ xử trí đúng khi có trường hợp đột quy: 23,5%.

Tài liệu tham khảo

- 1 Đinh Văn Thắng (2000), "Tình hình tai biến mạch máu não trong 3 năm (1996 - 1989)". *Tạp chí khoa học và phát triển*, tập 3.
- 2 Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization (2012), [cited 2016 June 1].http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
- 3 Jorgensen, H., Nakayama, H., Raaschou, H. O., Olsen, T. S. (1994), "Stroke in patients with diabetes. The Copenhagen Stroke Study". *Stroke*, 25(10), 1977-1984.
- 4 Varjoranta, T., Raatiniemi, L., Majamaa, K., Martikainen, M., Liisanantti, J. H. (2019), "Prehospital and hospital delays for stroke patients treated with thrombolysis: A retrospective study from mixed rural-urban area in Northern Finland". *Australas Emerg Care*, 22(2), 76-80.
- 5 Vũ Anh Nhị (2005), "Khảo sát tần suất yếu tố nguy cơ của Tai biến mạch máu não BV Chợ Rẫy". *Tạp chí Y học tp Hồ Chí Minh*, tập 9(phụ bản 1).