TỈ LỆ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở ĐỒNG BÀO KHMER XÃ BÀN THẠCH, HUYỆN GIỒNG RIỀNG, TỈNH KIÊN GIANG

Nguyễn Thanh Bình[1], Lê Thị Diễm Trinh[2], Danh Thị Cẩm Xuyên[2]

TÓM TẮT

Tăng huyết áp (THA) là bệnh không lây phổ biến trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam với tần suất ngày càng tăng mặc dù đã có nhiều biện pháp can thiệp. Tăng huyết áp nếu không được kiểm soát sẽ gây nhiều biến chứng nặng nề như cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, các bệnh động mạch ngoại vi, mờ mắt, xuất huyết... Nghiên cứu cắt ngang trên 392 đối tượng đồng bào dân tộc Khmer từ 25 đến 64 tuổi tại xã Bàn Thạch, huyện Giồng Riềng, tỉnh Kiên Giang về thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan. Thu thập số liệu bằng bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp. Tỉ lệ THA ở đối tượng nghiên cứu là 32,7% (128/392), có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm nam và nữ (nam giới 37,2% và nữ giới là 28,1%). Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp đặc trưng ở đồng bào dân tộc Khmer được tìm thấy trong nghiên cứu gồm trình độ học vấn, tiền sử gia đình, hút thuốc lá, chế độ ăn mặn, lạm dụng rượu, béo phì (p<0,05).

Từ khóa: Tăng huyết áp, đồng bào dân tộc Khmer, tỉnh Kiên Giang.

ABSTRACT

THE PREVALENCE AND SOME FACTORS RELATED TO HYPERTENSION IN KHMER ETHNIC MINORITY GROUP IN BAN THACH VELLAGE, GIONG RIENG DISTRICT, KIEN GIANG PROVINCE

Hypertension is a common non- communicable disease worldwide as well as in Vietnam,with increasing frequency despite various interventions. The disease can cause serious complications such as angina pectoris, peripheral artery disease, myocardial infarction, blurred vision, hemorrhage.

A cross-sectional study on the status of hypertension and some related factors was conducted with total of 392 people aged 25- 64 years in the Khmer ethnic minority group in Ban Thach vellage, Giong Rieng district, Kien Giang province. valle province. Data were collected by interviewing directly subjects measuring blood pressure, anthropometric. The results showed that the prevalence of hypertension in Khmer minority group was 32.7% (128/392). There was significant difference between men and women (37.2% and 28.1%). The rate of hypertension increased by age. Some factors related to hypertension in Khmer ethnic minority group found in the study included, gender, smoking and high salt diet, alcohol abuse, and obesity (p < 0.05).

Keywords: Hypertension, ethnic Khmer group, Kiên Giang province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một bệnh mãn tính không lây với tần suất mắc bệnh ngày càng gia tăng và đang trở thành mối quan tâm hàng đầu của nền y học Việt Nam cũng như thế giới. Theo ước tính của các nhà khoa học Mỹ, tỷ lệ THA trên thế giới năm 2025 là 29,2% với tổng số người mắc bệnh khoảng 1,56 tỷ người[(6)]. Tăng huyết áp là nguyên nhân gây tàn phế và tử vong hàng đầu ở các nước đang phát triển. Năm 2008, trên thế giới có khoảng 16,5 triệu người chết vì căn bệnh này. Tỉ lệ mắc bệnh tăng huyết áp cao nhất là ở châu Phi với 46% và ở châu Mỹ là 35%[(7)].

Tại Việt Nam theo thống kê của Hội Tim mạch học, năm 2016 tỷ lệ THA là 48% (20,8 triệu người). Tăng huyết áp gây ra nhiều biến chứng nặng nề và nguy hiểm như bệnh mạch vành, đột quỵ thiếu máu cơ tim cục bộ cũng như xuất huyết. Bệnh tăng huyết áp thường không có triệu chứng điển hình và hơn 95% bệnh nhân tăng huyết áp không rõ nguyên nhân[(5)]. Có rất nhiều yếu tố nguy cơ gây bệnh bao gồm các yếu tố không thay đổi được như tuổi, giới tính, tiền sử gia đình và các yếu tố có thể thay đổi được như hút thuốc lá, ăn mặn, uống nhiều rượu bia, rối loạn chuyển hóa lipid và ít hoạt động thể lực[(4)]. Đa phần

1. Trường Đại học Trà Vinh
2. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh
Tác giả chính Nguyễn Thanh Bình, Email: ntbinh@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 02/09/2020 | Ngày phản biện: 09/09/2020 | Ngày duyệt đăng: 21/09/2020

các yếu tố này có thể phòng ngừa được nếu người dân có hiểu biết đúng. Do vậy trong điều trị cũng như dự phòng bệnh tăng huyết áp thì thay đổi hành vi là yếu tố quan trọng nhất, không chỉ giúp phòng ngừa bệnh tăng huyết áp còn góp phần giảm mắc các bệnh không lây khác.

Bàn Thạch là một xã vùng sâu của huyện Giồng Riềng và có tới 59,22% là người dân tộc Khmer sinh sống. Đến nay đã có rất nhiều nghiên cứu khoa học tại Việt Nam về tăng huyết áp trên đối tượng dân tộc thiểu số nhưng nghiên cứu thực hiện trên cộng đồng người dân tộc Khmer tại Bàn Thạch (Kiên Giang) vẫn chưa có. Do đó khảo sát tỷ lệ tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở đồng bào Khmer độ tuổi 25 – 64 tại xã Bàn Thạch, huyện Giồng Riềng, tỉnh Kiên Giang được tiến hành để giúp biết rõ hơn về tình hình tăng huyết áp cũng như các yếu tố nguy cơ có liên quan đến bệnh này của người dân tộc Khmer trong độ tuổi 25 - 64 tại đây. Từ đó có những số liệu cụ thể về tình trạng bệnh, cung cấp những thông tin khoa học giúp cho y tế địa phương cũng như nghành y tế tỉnh Kiên Giang lập kế hoạch khám chữa bệnh và xây dựng truyền thông có hiệu quả, nâng cao kiến thức của người dân và dự phòng tốt bệnh tăng huyết áp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Dân số mục tiêu:

Người dân tộc Khmer từ 25 - 64 tuổi tại tỉnh Kiên Giang.

Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu cắt ngang trên đối tượng từ 25- 64 tuổi đang sinh sống tại xã Bàn Thạch, huyện Giồng Riềng, tỉnh Kiên Giang. Cỡ mẫu được tính dựa vào công thức tính cỡ mẫu theo tỷ lệ (p=0,335), cỡ mẫu cuối cùng là 392 với kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống.

Cỡ mẫu: Tính cỡ mẫu theo công thức ước tính cỡ mẫu theo tỷ lệ.

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

Z1-a/2=1,96 trị số phân phối chuẩn, α = 0,05 sai lầm loại I

d: độ chính xác (hay sai số cho phép), d = 0,05

p= 0,335. Theo nghiên cứu năm 2017 của tác giả Nguyễn thanh Bình về Thực trạng THA ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số biện pháp can thiệp

Thay vào công thức ta được n= 342 người.

Phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu

Phương pháp xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu sau khi thu thập bằng phiếu phỏng vấn (kiểm tra tất cả các phiếu phỏng vấn, loại bỏ những phiếu không đạt). Nhập liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA (13.0). Các biến số được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ (%). So sánh các tỷ lệ bằng test chi bình phương (X2), tính PR, khoảng tin cậy 95% và chọn p < 0,05 là mức có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Các đặc điểm về đặc tính dân số của mẫu nghiên cứu (n=392)

Đặc tính nền của mẫu nghiên cứu		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	196	50
	Nữ	196	50
Nhóm tuổi	25 – 34	98	25
	35 – 44	98	25
	45 – 54	98	25
	55 – 64	98	25
Trình độ học vấn	Dưới tiểu học	51	13,0
	Tiểu học	171	43,6
	Trung học cơ sở	121	30,9
	Trung học phổ thông	41	10,5
	Tốt nghiệp ĐH/CĐ/TC	8	2,0
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	35	8,9
	Đã kết hôn	328	83,7
	Đã ly dị	4	1,0
	Góa	25	6,4

** Nghề khác gồm: người già mất sức lao động, nội trợ, sinh viên, hưu trí*

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi từ 65 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (51,3%), tỷ lệ nam THA thấp hơn nữ, trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm khá cao trong mẫu nghiên cứu 30,0%.

Bảng 2. Các đặc điểm về đặc tính dân số của mẫu nghiên cứu (n=392)

Đặc tính dân số		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tiền sử gia đình	Không THA	45	12,2
	Có THA	156	42,2
Thu nhập cá nhân	≤ 700.000	51	13
	>700.000–≤1.000.000	47	12
	>1.000.000 - ≤ 1.500.000	19	4,8
	>1.500.000	275	70,2
Nghề nghiệp	Công nhân viên chức nhà nước	21	5,4
	Kinh doanh/Buôn bán	26	6,6
	Làm nông	259	66,1
	Công nhân	22	5,6
	Nghỉ hưu	10	2,5
	Khác	54	13,8

Trong số 392 người dân, trình độ học vấn tiểu học tỉ lệ 43,6% và tỉ lệ học vấn dưới tiểu học là 13% và tốt nghiệp đại học/cao đẳng/trung cấp chiếm tỉ lệ 2%. Người Khmer tại đây làm nông chiếm 66,1% và thấp nhất là hưu trí với tỉ lệ 2,5%.

Bảng 3. Đặc điểm về thể chất của dân số nghiên cứu theo giới tính (n=392)

Đặc điểm		Nam(n=196)		Nữ(n=196)	
		Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
BMI	Nhẹ cân	25	12,8	24	12,2
	Bình thường	112	57,1	107	54,6
	Thừa cân	36	18,4	32	16,3
	Béo phì	23	11,7	33	16,8
Béo bụng	Có	165	84,2	135	68,9
	Không	31	15,8	61	31,1
Tiền sử gia đình	Không THA	141	71,9	133	67,9
	Có THA	55	28,1	63	32,1

Tỉ lệ thừa cân và béo phì ở đối tượng nghiên cứu lần lượt là 17,4% và 14,3%. Dân số nghiên cứu có tỉ lệ béo bụng là 23,5%. Trong đó, nữ béo bụng tỉ lệ là 31,1%. Tiền sử gia đình có người bị bệnh THA ở giới nữ cao hơn nam giới.

Bảng 4. Đặc điểm về hành vi hút thuốc lá của dân số nghiên cứu theo giới tính (n=392)

Đặc điểm		Nam(n=196)		Nữ(n=196)	
		Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Hút thuốc lá	Không	86	43,9	190	96,9
	Có	110	56,1	6	3,1
Mức độ hút	< 10 điếu	33	30	3	50
	10 – 20 điếu	76	69,1	3	50
	>20 điếu	1	0,9	0	0

Đối tượng nghiên cứu có hút thuốc lá chiếm tỉ lệ 29,6%. Trong đó nam chiếm đa số với 56,1%. Tỉ lệ nam hút thuốc lá cao gấp 18 lần nữ giới. Mức độ hút mỗi ngày 10 – 20 điếu chiếm tỉ lệ cao nhất với 68,1% và 100% đối tượng hút trên 5 năm.

Bảng 5. Đặc điểm về hành vi sử dụng rượu bia của dân số nghiên cứu theo giới tính (n=392)

Đặc điểm		Nam(n=196)		Nữ(n=196)	
		Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Uống rượu bia	Không	41	20,9	156	79,6
	Có	155	79,1	40	20,4
Uống rượu bia trong 12 tháng qua	Không	41	20,9	156	79,6
	Có	155	79,1	40	20,4
Mức độ uống trong 12 tháng qua	Mỗi ngày	9	5,8	0	0
	5 – 6 ngày/tuần	9	5,8	1	2,5
	3 – 4 ngày/tuần	20	12,9	0	0
	1- 2l/tuần	34	22	7	17,5
	1 – 3 ngày/tháng	56	36,1	12	30
	Ít hơn 1 lần/tháng	27	17,4	20	50
Lạm dụng rượu bia	Không	78	39,8	181	92,3
	Có	118	60,2	15	7,7

Gần một nữa đối tượng nghiên cứu có sử dụng rượu bia và có sử dụng trong 12 tháng vừa qua với tỉ lệ 49,7%. Mức độ uống 1 -3 ngày/tháng chiếm đa số với tỉ lệ 34,9%. Nam uống nhiều hơn nữ và tỉ lệ lạm dụng rượu bia ở nam cũng cao hơn nữ.

Bảng 6. Đặc điểm về chế độ ăn và hoạt động thể lực của dân số nghiên cứu theo giới tính (n=392)

Đặc điểm		Nam(n=196)		Nữ(n=196)	
		Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)
Chế độ ăn mặn	Có	113	57,6	115	58,7
	Không	83	42,4	81	41,3
Chế độ ăn rau quả	Ăn đủ rau quả	13	6,6	21	10,7
	Ăn ít rau quả	183	93,4	175	89,3
HĐTL	Có	28	14,3	23	11,7
	Không	168	85,7	173	88,3

Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu có thói quen ăn mặn gần như bằng nhau giữa hai giới. Người dân Khmer nơi đây rất ít ăn rau quả tỉ lệ ăn đủ chỉ chiếm 8,7%, nữ ăn nhiều hơn nam.

Bảng 7. Bảng tình hình tăng huyết áp tại xã Bàn Thạch (n=392)

Tăng huyết áp	Tần số	Tỉ lệ (%)
Cũ	50	12,8
Mới phát hiện	78	19,9
THA chung (THA cũ và mới phát hiện)	128	32,7
Tổng	392	100

Tỉ lệ THA chung (THA cũ và mới phát hiện) là 32,7%. Trong đó, tỉ lệ THA cũ 12,8% và THA mới phát hiện là 19,9%.

Bảng 8. Mối liên quan giữa THA và các đặc điểm dân số-xã hội của đối tượng nghiên cứu (n=392)

Đặc điểm	Có THA	Không THA	p	PR KTC (95%)
Giới				
Nam	73(37,2)	123(62,8)		
Nữ	55(28,1)	141(71,9)	0,053	0,75(0,56 – 1)
Nhóm tuổi				
25 – 34	19(19,4)	79(80,6)		1
34 – 44	30(30,6)	68(69,4)	0,001*	1,30(1,11-1,52)
45 – 54	34(34,7)	64(65,3)		1,69(1,23-2,32)
55 – 64	45(45,9)	53(54,1)		2,19(1,36-3,53)
Trình độ học vấn				
Dưới tiểu học	25(49)	26(51)		1
Tiểu học	61(35,7)	110(64,3)	0,006*	0,75(0,62-0,92)
Trung học cơ sở	31(25,6)	90(74,4)		0,57(0,38-0,85)
Trung học phổ thông	10(24,4)	31(75,6)		0,43(0,24-0,79)
Tốt nghiệp ĐH/CĐ/TC	1(12,5)	7(87,5)		0,32(0,15-0,73)

** kiểm định khi bình phương có tính khuynh hướng*

Tăng huyết áp có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nhóm tuổi (p=0,001*). Tỉ lệ THA tăng dần theo nhóm tuổi

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa THA với trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu, trình độ học vấn càng cao thì tỉ lệ tăng huyết áp càng thấp. Sự khác biệt này có nghĩa thống kê p<0,05.

Không có mối liên quan giữa tăng huyết áp và giới tính. Nam giới có tỉ lệ THA cao hơn nữ, và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 9. Mối liên quan giữa THA và các đặc điểm dân số - xã hội của dân số nghiên cứu (n=392)

Đặc điểm	Có THA	Không THA	p	PR KTC (95%)
Nghề nghiệp				
Làm nông	80(30,9)	179(69,1)		1
Công nhân viên chức	5(23,8)	16(76,2)	0,57	0,77(0,31-1,9)
Kinh doanh/Buôn bán	8(30,8)	18(69,2)	0,99	1(0,48-2,1)
Công nhân	10(45,5)	12(54,5)	0,25	1,47(0,76-2,84)
Nghỉ hưu	5(50)	5(50)	0,3	1,62(0,66-4)
Khác	20(37)	34(63)	0,47	1,2(0,73-2)
Tiền sử gia đình				
Không THA	79(28,8)	195(71,2)	0,014	1,44(1,08-1,91)
Có THA	49(41,5)	69(58,5)		
Thu nhập cá nhân				
≤ 700.000	20(39,2)	31(60,8)		
>700.000 –≤ 1.000.000	20(42,6)	27(57,4)	0,8	1,09(0,58-2,02)
>1.000.000-≤1.500.000	6(31,6)	13(68,4)	0,64	0,81(0,32-2,01)
>1.500.000	82(29,8)	193(70,2)	0,3	0,76(0,47-1,24)

Kết quả nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa THA với nghề nghiệp và thu nhập cá nhân của đối tượng nghiên cứu. Có mối liên quan giữa THA và tiền sử gia đình có người bị THA, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 10. Mối liên quan giữa THA và một số yếu tố hành vi của dân số nghiên cứu

Hành vi	Có THA	Không THA	p	PR (KTC 95%)
Hút thuốc lá				
Không	75(27,2)	201(72,8)		
Có	53(45,7)	63(54,3)	<0,001	1,68(1,27-2,22)
Lạm dụng rượu bia				
Không	67(25,9)	192(74,1)		
Có	61(45,9)	72(54,1)	<0,001	1,77(1,34-2,34)
Ăn mặn				
Không	58(25,4)	170(74,6)		
Có	70(42,7)	94(57,3)	<0,001	1,68(1,26-2,23)
Chế độ ăn rau quả				
Ăn đủ rau quả	11(32,4)	23(67,6)	0,969	0,99(0,60-1,65)
Ăn ít rau quả	117(32,7)	241(67,3)		

HĐTL				
Có	15(29,4)	36(70,6)	0,597	0,89(0,57-1,39)
Không	113(33,1)	228(66,9)		
BMI				
Nhẹ cân	14(28,6)	35(71,4)	0,011*	1
Bình thường	61(27,8)	158(72,2)		1,28(1,06-1,54)
Thừa cân	24(35,3)	44(64,7)		1,63(1,12-2,38)
Béo phì	29(51,8)	27(48,2)		2,09(1,19-3,67)
Béo bụng				
Không	84(28)	216(72)		
Có	44(47,8)	48(52,2)	<0,001	1,71(1,29-2,26)

Phép kiểm khi bình phương *Kiểm định Fisher ** p khuynh hướng

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa THA và những người có thói quen ăn mặn, hút thuốc lá và lạm dụng rượu bia.

Những người có hút thuốc lá thì tỉ lệ mắc bệnh THA bằng 1,68 lần so với người không hút thuốc, với khoảng tin cậy 95% từ 1,27 đến 2,22, p < 0,001.

Những người có lạm dụng rượu bia thì tỉ lệ mắc bệnh THA bằng 1,77 lần so với người không lạm dụng rượu bia với khoảng tin cậy 95% từ 1,34 đến 2,34, p < 0,001.

Những người có thói quen ăn mặn thì tỉ lệ mắc bệnh THA bằng 1,68 lần so với người không ăn mặn với khoảng tin cậy 95% từ 1,26 đến 2,23, p < 0,001).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chọn tỉ lệ nam, nữ là 50:50 (196 nam và 196 nữ) và tỉ lệ mỗi nhóm tuổi là 25% tương đương mỗi nhóm tuổi là 98 người nhằm mục đích kiểm soát tác động của giới tính và nhóm tuổi lên nghiên cứu. Theo nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ người dân biết đọc, biết viết chiếm đến 87% điều này cho thấy tại địa phương luôn chú trọng nâng cao dân trí, đào tạo, bồi dưỡng để đồng bào dân tộc Khmer vươn lên, đồng thời tạo điều kiện thuận lợi cho việc truyền thông phòng chống bệnh THA cũng như giáo dục sức khỏe cho người dân tại địa phương. Với diện tích đất nông nghiệp rộng lớn và phì nhiêu, đồng bào Khmer tại đây sống bằng nghề nông là chủ yếu chiếm đến 66,1% và đa phần là trồng lúa, đó cũng là một trong những nét đặc trưng của người Khmer đồng bằng sông nước.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ có hút thuốc lá là 29,6% và thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Bình trên người dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh là 32%[1], Nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành tìm mối liên quan giữa hút thuốc lá và tình trạng THA, ghi nhận được ở những người có hút thuốc lá thì tỉ lệ THA gấp 1,68 lần những người không hút và điều này có ý nghĩa thống kê (p<0,001). Và mối liên quan này cũng tương tự như rất nhiều nghiên cứu khác ở nước ta[4].

Mẫu nghiên cứu có tới 33,9% đồng bào Khmer có hành vi lạm dụng rượu bia. Một phần là do thói quen của người nông thôn, phần lớn là do phong tục tập quán, lễ hội đám tiệc diễn ra quanh năm. Việc lạm dụng rượu bia không chỉ ảnh hưởng tới sức khỏe mà còn gây ra nhiều hệ lụy lên gia đình, xã hội. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy được mối liên quan giữa tình trạng lạm dụng rượu bia và tỉ lệ tăng huyết áp. Cụ thể người lạm dụng rượu bia thì tỉ lệ mắc bệnh gấp 1,77 lần người không uống với p<0,001. Và điều này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của của tác giả Nguyễn Thanh Bình trên đồng bào Khmer Trà Vinh[1].

Tiền sử gia đình có liên quan đến tỉ lệ THA, đối tượng có người thân bị bệnh THA thì tỉ lệ người đó mắc bệnh gấp 1,44 lần người không có người thân bị bệnh và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê(p<0,05). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu như của Nguyễn Dung[2].

Theo Chương trình mục tiêu Quốc gia phòng chống bệnh tăng huyết áp, chế độ ăn giảm muối là một biện pháp quan trọng để điều trị cũng như phòng bệnh THA[5]. Song do thói quen ăn uống cũng như nhận thức của đồng bào Khmer về tác hại của việc ăn mặn còn hạn chế nên qua khảo sát cho thấy tỉ lệ có ăn mặn trong dân số bị mắc bệnh THA là 42,7%(p<0,001). Tuy nhiên độ chính xác của kết quả chỉ mang tính tương đối do đơn vị đo lường là muối nên rất khó đo lường, người dân trả lời theo thói quen ăn mặn và sự cảm nhận nên cũng không khó tránh khỏi sự sai lệch. Nhưng nghiên cứu ghi nhận người có ăn mặn thì nguy cơ mắc THA

cao hơn người không ăn mặn 1,68 lần, cho thấy việc ăn mặn liên quan rất lớn đến bệnh. Do vậy hạn chế ăn mặn rất quan trọng trong việc phòng ngừa bệnh THA.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ THA ở đối tượng nghiên cứu là 32,7% (128/392), nam giới 37,2% và nữ giới là 28,1%.

Tỉ lệ THA cũ là 12,8% và mới phát hiện là 19,9%.

KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi có một số kiến nghị như sau:

Đưa danh sách những người THA cho trạm y tế xã để có kế hoạch quản lý và điều trị.

Kết hợp với trạm y tế xã thường xuyên tuyên truyền về tác hại của việc hút thuốc lá, uống rượu bia đối với sức khỏe. Giáo dục sức khỏe cho đồng bào Khmer biết về bệnh THA, cách phòng ngừa cũng như thay đổi thói quen ăn uống, luyện tập thể dục thể thao nâng cao sức khỏe.

Y tế địa phương nên tổ chức thăm khám, đo huyết áp định kỳ cho người dân để có thể phát hiện sớm bệnh và có biện pháp can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Bình (2017), Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số biện pháp can thiệp, Luận án Tiến sĩ Y tế Công cộng, Bộ Y tế- Viện Vệ sinh Dịch tế Trung ương, tr 70-115.

2. Nguyễn Dung (2012); Nghiên cứu tình hình bệnh tăng huyết áp tại thành phố Huế và thị xã Hương Thuỷ, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2011; Tạp chí Y học Thực hành 805, tr 1-8.

3. Trần Thanh Bé, Nguyễn Ngọc Đệ (2005), "Người Khmer đồng bằng sông Cửu Long: Những điều kiện để thoát nghèo". Tạp chí Nghiên cứu Khoa học, Đại học Cần Thơ, 4, 163-172.

4. Trần Văn Hương, Nguyễn Đỗ Nguyên (2014) "Tỷ lệ tăng huyết áp và những hành vi nguy cơ ở người 2564 tuổi tại huyện Ninh Hải, tỉnh Ninh Thuận năm 2012". Tạp chí Y học TP.HCM, tập 18 (6), tr 1 - 8.

5. Hiệp hội Tim mạch Việt Nam (2015) "Cập nhật khuyến cáo: Chẩn đoán, điều trị- phòng ngừa tăng huyết áp - Hội nghị Tim mạch toàn quốc năm 2015". tr.13.

6. Phan Đình Phong, Nguyễn Lân Việt (2016), "Tiếp cận đa ngành với tăng huyết áp", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, 75+76: 13-14.

7. World Health Organization (2013) "A global brief on Hypertension"