

Khảo sát mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp với tình trạng hoạt động chức năng ở người cao tuổi

Investigating the relationship between blood pressure control and functional activity status in the elderly

Thân Hồng Anh, Trương Đình Cẩm

Bệnh viện Quân y 175

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp với tình trạng hoạt động chức năng ở những bệnh nhân người cao tuổi có tăng huyết áp (THA). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 390 bệnh nhân THA từ 60 tuổi trở lên đang điều trị tại phòng khám Khoa điều trị cán bộ cao cấp Quân đội, Bệnh viện Quân y 175 từ 10/2015 đến 03/2016. **Kết quả:** 1,8% có hạn chế ít nhất một hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày và 19,2% số bệnh nhân có hạn chế hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày, đồng thời kiểm soát huyết áp có liên quan đến tình trạng hạn chế ADL cũng như IADL có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ kiểm soát tốt huyết áp ở nhóm hạn chế hoạt động chức năng thấp hơn nhóm không hạn chế hoạt động chức năng có ý nghĩa thống kê. Qua phân tích đơn biến cho thấy, ở nhóm bệnh nhân bị hạn chế hoạt động chức năng khả năng kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu chỉ bằng 0,27 lần so với nhóm không bị hạn chế chức năng (OR = 0,27; 95% CI: 0,16–0,47; $p < 0,001$). **Kết luận:** Việc kiểm soát huyết áp có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng hoạt động chức năng. Người cao tuổi có THA bị hạn chế hoạt động chức năng thì khả năng kiểm soát huyết áp kém hơn so với bệnh nhân không bị hạn chế hoạt động chức năng (OR = 0,27; 95% CI: 0,16–0,47) với $p < 0,001$.

Từ khóa: Tăng huyết áp, người cao tuổi, hoạt động chức năng.

Summary

Objective: To examine the association between blood pressure control and status function in elderly patients with hypertension. **Subject and method:** A cross-sectional study was analyzed in hypertensive patients 60 years of age and older who were receiving treatment at the Department of Advanced Military Personnel Department, 175 Military Hospital from October 2015 to March 2016. **Result:** 1.8% restrict at least one basic daily function and 19.2% of patients had limited daily function and blood pressure control related to the condition. ADL restriction as well as IADL were statistically significant. The rate of good blood pressure control was significantly lower in the group with limited activity. Through univariate analysis, in patients with limited function, the ability to control blood pressure reaches the target by only 0.27 times compared to the group without functional restrictions (OR = 0.27; 95% CI: 0.16–0.47; $p < 0.001$). **Conclusion:** Blood pressure control was related to functional status including ADL and IADL. Elderly people with hypertension with limited functional activity, the ability to control blood pressure is lower than that of patients who do not have functional restrictions (OR = 0.27; 95% CI = 0.16–0.47) with $p < 0.001$.

Keywords: Hypertension, elderly people, functional activity.

Ngày nhận bài: 09/3/2020, ngày chấp nhận đăng: 13/4/2020

Người phản hồi: Trương Đình Cẩm;

Email: truongcam1967@gmail.com - Bệnh viện Quân y 175

1. Đặt vấn đề

Tỉ lệ bệnh tăng huyết áp ngày càng gia tăng và đã trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng. Bên cạnh đó, tuổi thọ trung bình của con người cũng tăng nhanh, làm cho số lượng người cao tuổi ngày càng nhiều. Theo thống kê của Bộ Y tế, ở người cao tuổi mắc trung bình 2,69 bệnh, trong đó THA là một bệnh thường gặp [1]. THA là một yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh tim mạch, mà bệnh lý tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số 12 nguyên nhân gây tử vong ở người cao tuổi [2]. Đã có nhiều công trình nghiên cứu về đặc điểm bệnh THA ở người cao tuổi trước đây, tuy nhiên việc đánh giá tổng thể với tình trạng hoạt động chức năng của bệnh nhân còn chưa nhiều.

Tình trạng chức năng được định nghĩa là khả năng của một con người có thể đảm nhiệm các công việc và hoàn thành các vai trò xã hội gắn liền với cuộc sống hàng ngày, qua phạm vi các hoạt động từ đơn giản đến phức tạp. Tình trạng chức năng là tổng hòa của hoạt động thể chất, hoạt động tâm lý và hoạt động kinh tế xã hội. Đo lường tình trạng chức năng được tiến hành với nhiều mục đích: Chẩn đoán, theo dõi và đánh giá điều trị. Chỉ số Katz và thang điểm Lawton đã được dùng trong các nghiên cứu lão khoa trên thế giới cũng như các khuyến cáo về đánh giá lão khoa toàn diện trên lâm sàng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "*Khảo sát mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp với tình trạng hoạt động chức năng ở những bệnh nhân người cao tuổi có tăng huyết áp*".

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Những bệnh nhân được chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn JNC 8 trên 60 tuổi đang điều trị THA ngoại trú từ 1 tháng trở lên tại phòng khám Khoa Điều trị cán bộ cao cấp Quân đội, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 10/2015 đến tháng 3/2016.

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân nam hoặc nữ từ 60 tuổi trở lên đã được chẩn đoán và điều trị THA trên 1 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính (nhiễm trùng nặng, đột quỵ cấp, nhồi máu cơ tim cấp, suy thận cấp...); bệnh nhân không hợp tác (giảm thính lực, không hợp tác,...).

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu cắt ngang mô tả, có phân tích.

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p \cdot (1 - p) / d^2$$

n: Cỡ mẫu

Z: Tham số lấy từ bảng phân phối chuẩn; α : xác suất sai lầm loại I, chọn $\alpha = 0,05$ nên $Z = 1,96$.

d: Sai số cho phép; $d = 0,05$.

p: Tỷ lệ kiểm soát huyết áp trong những bệnh nhân cao tuổi được điều trị.

Theo tác giả Nguyễn Thanh Hoạt năm 2005 tỉ lệ kiểm soát huyết áp ở NCT ngoại trú tại phòng khám Bệnh viện Thống Nhất là 33,6% [1].

Cỡ mẫu tối thiểu khoảng 343 bệnh nhân.

2.3. Biến số chính

Bệnh nhân được hỏi bệnh để xác định: Tuổi, thời gian phát hiện THA, xác định yếu tố nguy cơ tim mạch, các thuốc huyết áp đang điều trị.

Đo chỉ số nhân trắc của bệnh nhân: Chiều cao, cân nặng, tính BMI.

Đo huyết áp theo phương pháp Korotkoff tại phòng khám Khoa A1- Bệnh viện Quân y 175.

Kiểm soát huyết áp: Là biến định tính, gồm hai giá trị kiểm soát huyết áp và không kiểm soát huyết áp. Gọi là kiểm soát huyết áp dựa vào số đo huyết áp khi nằm theo JNC 8. BN được hẹn kiểm tra huyết áp 1 lần sau khi điều trị thuốc huyết áp theo đơn sau 1 tháng theo phương pháp trên để đánh giá tình trạng kiểm soát huyết áp.

< 150/90mmHg ở bệnh nhân không đái tháo đường và không bệnh thận mạn hoặc

< 140/90mmHg ở bệnh nhân đái tháo đường (không có bệnh thận mạn) hoặc

< 140/90mmHg ở bệnh nhân bệnh thận mạn (có hoặc không có) đái tháo đường.

Các xét nghiệm cận lâm sàng: Nhóm mỡ, đường máu, định lượng creatinine huyết thanh, albumin

niệu được thực hiện trên máy Olympus UA-64 (Mỹ) tại Khoa Sinh hóa, Bệnh viện Quân y 175.

Đánh giá tình trạng hoạt động chức năng theo chỉ số ADL, IADL, chỉ số Katz và Lawton-Brody.

2.4. Các tiêu chuẩn chẩn đoán

Tiêu chuẩn chẩn đoán và mục tiêu kiểm soát huyết áp theo khuyến cáo của JNC 8 [trích dẫn lại 1].

Kiểm soát huyết áp quá chặt: HATT < 120 mmHg và/hoặc HATTr < 60 mmHg [trích dẫn lại 1].

Đái tháo đường: Chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) 2009 [trích dẫn lại 1].

Bệnh thận mạn: Chẩn đoán theo tiêu chuẩn KDOQI – Hội thận học Hoa Kỳ 2002 [trích dẫn lại 1].

Rối loạn lipid máu: Chẩn đoán theo tiêu chuẩn của ESH/ESC 2013 [trích dẫn lại 1].

Chỉ số khối cơ thể (BMI): Được tính theo công thức: $BMI (kg/m^2) = \text{cân nặng (kg)} / (\text{chiều cao tính bằng m})^2$ và mã hóa thành 4 giá trị theo tiêu chuẩn dành cho người châu Á trưởng thành theo đề nghị của WHO. Gọi là thiếu cân khi BMI < 18,5; bình thường khi BMI từ 18,5 đến < 23; thừa cân khi BMI từ 23 đến < 25; béo phì khi BMI ≥ 25 [trích dẫn lại 1].

ADL (Basic activity of daily living - Hoạt động cơ bản hàng ngày): Hoạt động cơ bản hàng ngày để đáp ứng những chức năng thiết yếu để tự chăm sóc bản thân, bao gồm: Ăn uống, tiêu tiểu tự chủ, di chuyển, đi vệ sinh, mặc quần áo và tắm rửa. Người có hạn chế hoạt động chức năng này đòi hỏi phải có sự hỗ trợ tại nhà 24/24 giờ hay phải nhập vào nhà dưỡng lão. Đây là biến định tính, gồm hai giá trị có và không hạn chế chức năng cơ bản hàng ngày. Gọi là có hạn chế ADL khi bệnh nhân không thể tự làm được ít nhất một hoạt động chức năng trong chỉ số Katz [5].

IADL (Instrument activity of daily living – Hoạt động sinh hoạt hàng ngày): Hoạt động sinh hoạt hàng ngày gồm những chức năng hoạt động phức tạp hơn để duy trì một cuộc sống độc lập trong cộng đồng, bao gồm những công việc: Sử dụng điện

thoại, đi mua sắm, chuẩn bị bữa ăn, quản lý tiền bạc, làm việc nhà, giặt ủi đồ, di chuyển bằng các phương tiện giao thông và tự dùng thuốc uống. Người có hạn chế hoạt động chức năng này đòi hỏi một cuộc sống cần được hỗ trợ tại nhà, hoặc các dịch vụ chăm sóc cộng đồng. Đây là biến định tính, gồm hai giá trị có và không hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày. Gọi là có hạn chế IADL khi bệnh nhân không thể tự làm được ít nhất một hoạt động chức năng trong chỉ số Katz [5].

Hoạt động chức năng: Là biến định tính, gồm hai giá trị có và không hạn chế hoạt động chức năng. Gọi là hạn chế hoạt động chức năng khi bệnh nhân không thể tự làm được ít nhất một hoạt động chức năng trong chỉ số Katz và thang điểm Lawton – Brody [5].

2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Thống kê mô tả:

Biến định tính: Được trình bày dưới dạng số và tỷ lệ phần trăm.

Biến định lượng: Được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

Thống kê phân tích: Phân tích đơn biến xác định mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp tình trạng hạn chế hoạt động chức năng bằng phép kiểm chi bình phương (có hiệu chỉnh Fisher) để kiểm định sự khác biệt tỷ lệ giữa 2 nhóm của biến số định tính.

Phân tích có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Kết quả

Trong thời gian từ tháng 10/2015 đến tháng 3/2016, tại phòng khám Khoa điều trị cán bộ cao cấp quân đội - Bệnh viện Quân y 175, có 390 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu.

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Giới	Nam	385	98,7
	Nữ	5	1,3
Nhóm tuổi	60 - 69	213	54,6
	70 - 79	96	20,6
	≥ 80	81	20,8
	Mean ± SD	70,3 ± 8,7	
Thời gian phát hiện THA (năm)	< 5	64	16,4
	5 – 10	156	40
	≥ 10	170	43,6
	Mean ± SD	11,3 ± 7	
Chỉ số khối cơ thể (Kg/m ²)	< 18,5	5	1,3
	18 - < 23	87	22,3
	23 - < 25	131	33,6
	≥ 25	167	42,8
Thuốc hạ áp	Lợi tiểu	43	11
	Ức chế men chuyển	258	66,2
	Ức chế thụ thể	95	24,4
	Ức chế Canxi	172	44,1
	Ức chế beta	99	25,4
	Thuốc khác	2	0,6

Nhận xét: Trong số 390 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 385 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 98,7% có tuổi trung bình của bệnh nhân là 70,3 ± 8,7 tuổi. Thời gian phát hiện tăng huyết áp trung bình là 11,3 ± 7 năm. Nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất là ức chế men chuyển chiếm tỷ lệ 66,2%, rồi đến nhóm ức chế kênh canxi chiếm tỷ lệ 44,1%.

3.2. Đặc điểm tình trạng hạn chế hoạt động chức năng và mối liên quan

Bảng 2. Tỷ lệ hạn chế ADL

Hạn chế ADL	Số bệnh nhân (n = 390)	Tỷ lệ (%)
Có	7	1,8
Không	383	98,2

Nhận xét: Chỉ có 7 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 1,8% số người tham gia nghiên cứu có hạn chế ít nhất một hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày.

Bảng 3. Mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp và hạn chế ADL

Hạn chế ADL	Kiểm soát huyết áp (n = 390)		OR	p
	Có	Không		
Có (n, %)	1 (14,3)	6 (85,7)	0,127	0,025
Không (n, %)	217 (56,7)	166 (43,3)		

Nhận xét: Ở nhóm hạn chế ADL, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát là 14,3% thấp hơn so với nhóm không hạn chế ADL là 56,7% với $p=0,025$. Như vậy, kiểm soát huyết áp có liên quan đến tình trạng hạn chế ADL có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Tỷ lệ hạn chế IADL

Hạn chế IADL	Số bệnh nhân (n = 390)	Tỷ lệ %
Có	75	19,2
Không	315	80,8

Nhận xét: Trong số những bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 19,2% số bệnh nhân có hạn chế hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày.

Bảng 5. Liên quan giữa kiểm soát huyết áp và hạn chế IADL

Hạn chế IADL	Kiểm soát huyết áp (n = 390)		OR	p
	Có	Không		
Có (n, %)	23 (30,7)	52 (69,3)	0,27	<0,001
Không (n, %)	195 (61,9)	120 (38,1)		

Nhận xét: Nhóm hạn chế IADL có tỷ lệ kiểm soát huyết áp là 30,7%, thấp hơn nhiều so với nhóm không hạn chế IADL tỷ lệ này là 61,9% với $p<0,001$. Như vậy, kiểm soát huyết áp có liên quan đến tình trạng hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Phân loại hạn chế hoạt động chức năng

Hạn chế	Số bệnh nhân (n = 390)	Tỷ lệ %
IADL	75	17,4
ADL	7	1,8
Chung	82	19,2

Nhận xét: Tỷ lệ hạn chế hoạt động chức năng của nhóm nghiên cứu là 19,2%, trong đó chỉ hạn chế IADL chiếm tỷ lệ 17,4%, có 1,8% vừa hạn chế ADL vừa hạn chế IADL. Không có bệnh nhân nào chỉ hạn chế ADL mà không hạn chế IADL.

Bảng 7. Liên quan giữa kiểm soát huyết áp và hạn chế hoạt động chức năng

Hạn chế chức năng	Kiểm soát huyết áp		OR	95% CI	p
	Có (n, %)	Không (n, %)			
Có	25 (30,7)	57 (69,3)	0,27	0,16 - 0,47	<0,001
Không	195 (61,9)	120 (38,1)			

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát tốt huyết áp ở nhóm hạn chế hoạt động chức năng thấp hơn nhóm không hạn chế hoạt động chức năng có ý nghĩa thống kê. Qua phân tích đơn biến cho thấy, ở nhóm bệnh nhân bị hạn chế hoạt động chức năng khả năng kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu chỉ bằng 0,27 lần so với nhóm không bị hạn chế chức năng (OR = 0,27; 95% CI: 0,16 - 0,47; $p<0,001$).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Trong 390 bệnh nhân cao tuổi có THA được đưa vào nghiên cứu có 98,7% là bệnh nhân nam, tỷ lệ giới tính khác với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước do đặc điểm cán bộ hưu trí cao cấp quân đội. Thuốc được sử dụng nhiều nhất là ức chế men chuyển và ức chế can-xi với tỷ lệ lần lượt là 66,2% và 44,1%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí tỷ lệ đó lần lượt là 56,9% và 44,9%; nghiên cứu của Trần Công Duy tỷ lệ đó là 58% và 53,7% [3]. Việc sử dụng các nhóm thuốc hạ áp còn phụ thuộc vào các bệnh lý kết hợp. Nếu các bệnh phối hợp là bệnh mạch vành, suy tim, ĐTĐ và BTM thì ưu tiên lựa chọn trong điều trị THA là nhóm ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể [3].

4.2. Liên quan giữa kiểm soát huyết áp và tình trạng hạn chế hoạt động chức năng

4.2.1. Hạn chế chức năng cơ bản hàng ngày (ADL)

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ hạn chế ít nhất một chức năng ADL chỉ có 1,8%, trong đó hạn chế hoạt động tiểu tiện là cao nhất chiếm 1,3% sau đó đến hoạt động tắm rửa. Các nghiên cứu trong nước tỷ lệ hạn chế ADL từ 7,4% đến 21% gần tương đương với các nghiên cứu trên thế giới từ 5,6% đến 36,3% [2]. Tỷ lệ hạn chế ADL thay đổi trong các nghiên cứu do các đối tượng nghiên cứu khác nhau, địa điểm địa lý nghiên cứu cũng khác nhau nên tình trạng kinh tế xã hội cũng khác nhau. Tỷ lệ hạn chế ADL của chúng tôi sở dĩ thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu trong và ngoài nước do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại phòng khám trong khi các nghiên cứu khác được điều tra tại cộng đồng. Các bệnh nhân hạn chế ADL đòi hỏi phải có sự hỗ trợ tại nhà cả ngày và nhiều khi thật khó khăn khi đưa bệnh nhân đi khám bệnh, vì vậy một phần lớn những bệnh nhân hạn chế ADL đã không có mặt trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cũng nói lên nhu cầu được khám bệnh tại nhà là rất cần thiết đối với các bệnh nhân cao tuổi có hạn chế ADL.

Các chức năng bị hạn chế gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Phạm Ngân Giang và Del Duca là tắm rửa và tự chủ tiểu tiện, nhưng có khác với một số nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Thanh hay Trần Trọng Đàm [2], [4], [6]. Có sự khác biệt này theo lý giải của các tác giả do đặc điểm bệnh lý riêng của từng vùng và sự khác biệt về cách thu thập thông tin. Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân hạn chế ADL chỉ có 7 bệnh nhân nên cần số lượng bệnh nhân lớn hơn để thống kê có tính chính xác.

Kết quả phân tích của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở nhóm hạn chế ADL là 14,3% thấp hơn nhiều so với nhóm không hạn chế ADL là 56,7% với $p=0,025$. Tuy số lượng bệnh nhân hạn chế ADL trong nghiên cứu của chúng tôi khá ít nhưng cũng cho thấy một sự liên quan giữa kiểm soát huyết áp và tình trạng hạn chế ADL ở NCT. Kết luận của chúng tôi cũng phù hợp với một nghiên cứu của Hajjar I và cộng sự khi khảo sát 699 NCT bị THA tại California - Mỹ nhận thấy, kiểm soát huyết áp có liên quan đến hạn chế ADL có ý nghĩa thống kê [7]. Tình trạng hạn chế ADL đồng nghĩa với việc hạn chế khả năng tự chủ của NCT và khiến cho cuộc sống của họ trở nên phụ thuộc. Có thể điều này làm cho khả năng tuân thủ một chế độ thuốc hạ áp phức tạp giảm đi và khả năng kiểm soát huyết áp cũng giảm đi.

4.2.2. Hạn chế chức năng sinh hoạt hàng ngày (IADL)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân bị hạn chế hoạt động IADL tại phòng khám Bệnh viện 175 là 19,2%, đây là những NCT mất khả năng sống độc lập tại cộng đồng. Tỷ lệ hạn chế IADL trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trong cộng đồng trong nước và trên thế giới khoảng từ 22,2% đến 52,2% [1], [2], [4], [5]. Có sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những quân nhân về hưu nên có sự khác biệt về đặc điểm bệnh tật cũng như đây là nghiên cứu tại phòng khám nên bệnh nhân bắt buộc phải có mặt tại phòng khám thay vì ở tại nhà như các nghiên cứu cộng đồng.

Những hoạt động hạn chế chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi là đi lại bằng phương tiện, mua sắm và chuẩn bị bữa ăn. Kết luận này của chúng tôi cũng tương đối phù hợp với nghiên cứu của Chan và cộng sự hay của Nguyễn Thị Lan Thanh [2], [5]. Đây là các hoạt động đòi hỏi tính phức tạp của vận động và khả năng giao tiếp với môi trường sống bên ngoài. Tỷ lệ có một hoạt động IADL bị hạn chế chiếm phần lớn trong nghiên cứu của chúng tôi và có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Thanh khi tỷ lệ hạn chế hai hoạt động IADL chiếm cao nhất. Điều này có thể là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành tại bệnh viện còn Nguyễn Thị Lan Thanh lại nghiên cứu trong cộng đồng [2].

Khảo sát mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp và hạn chế IADL chúng tôi nhận thấy, nhóm hạn chế IADL tỷ lệ kiểm soát huyết áp tốt thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không bị hạn chế IADL: 30,7% với 61,9% với $p < 0,001$. Những người bị hạn chế IADL là những người không thể sống độc lập một mình trong cộng đồng và sẽ khó khăn hơn trong tái khám đúng hẹn, và tự dùng thuốc theo hướng dẫn so với những bệnh nhân không bị phụ thuộc IADL.

4.2.3. Hạn chế hoạt động chức năng

Hạn chế hoạt động chức năng là khi bệnh nhân không thể tự làm được ít nhất một hoạt động chức năng trong thang điểm Katz và thang điểm Lawton-Brody.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hạn chế hoạt động chức năng là 19,2%, trong đó 17,8% chỉ hạn chế IADL và 1,8% hạn chế cả IADL và ADL. Ở NCT sự phụ thuộc IADL thường đến trước phụ thuộc ADL, khi bị hạn chế ADL là một dấu hiệu xấu vì nguy cơ tử vong sẽ cao hơn và việc phải sử dụng các dịch vụ hỗ trợ cũng nhiều hơn khi không bị hạn chế ADL. Tỷ lệ hạn chế hoạt động chức năng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ hạn chế chức năng trong nghiên cứu tại Mỹ của Hung W trên 31568 người từ ≥ 65 tuổi tại cộng đồng là 26,3% vào năm 1998; là 25,3% vào năm 2004 và 25,4% vào năm 2008. Có sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi lấy từ 60 tuổi trở lên tại

phòng khám bệnh viện còn nghiên cứu của Hung W thì làm tại cộng đồng và cho đối tượng từ 65 tuổi trở lên [8].

Kết quả phân tích đa biến trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tình trạng hạn chế hoạt động chức năng có ảnh hưởng không tốt đến việc kiểm soát huyết áp. Những bệnh nhân có tình trạng hạn chế hoạt động chức năng thì khả năng kiểm soát huyết áp chỉ bằng 0,36 lần những bệnh nhân không bị hạn chế chức năng ($OR = 0,36$; 95% CI: 0,2–0,66) với $p = 0,001$. Nhận xét này của chúng tôi cũng tương đồng với kết luận của Haijjar và cộng sự khi thấy việc kiểm soát tốt huyết áp có liên quan đến tình trạng giảm hạn chế chức năng và tàn phế ở NCT. Bệnh nhân bị hạn chế hoạt động chức năng là những người phải sống phụ thuộc vào người chăm sóc hoặc các dịch vụ chăm sóc sức khỏe nên việc điều trị tăng huyết áp đạt mục tiêu cũng khó khăn hơn những bệnh nhân không bị hạn chế hoạt động chức năng nếu không có sự trợ giúp từ cộng đồng và người thân.

5. Kết luận

Nghiên cứu 390 bệnh nhân cao tuổi có THA điều trị tại Phòng khám Khoa Điều trị cán bộ cao cấp, Bệnh viện Quân y 175, chúng tôi rút ra một số kết luận:

Kiểm soát huyết áp có liên quan có ý nghĩa với tình trạng hoạt động chức năng cơ bản hàng ngày (ADL) và hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày (IADL) với $p < 0,05$.

Người cao tuổi có THA bị hạn chế hoạt động chức năng thì khả năng kiểm soát huyết áp kém hơn so với bệnh nhân không bị hạn chế hoạt động chức năng ($OR = 0,27$; 95% CI: 0,16 - 0,47) với $p < 0,001$.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Thanh Hoạt (2005) *Khảo sát sự tuân thủ việc dùng thuốc hạ áp trên bệnh nhân có tuổi tăng huyết áp tại Bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh*. Luận án tốt nghiệp thạc sỹ. Đại học y dược TP. Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Thị Lan Thanh (2015) *Khảo sát tình trạng hạn chế chức năng và mối liên quan với các bệnh lý đi kèm ở người cao tuổi trong cộng đồng xã*

Vĩnh Thành huyện Chợ Lách tỉnh Bến Tre. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học y dược TP Hồ Chí Minh.

3. Nguyễn Văn Trí (2014) *Điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi. Chuyên đề tim mạch học*. Hội tim mạch học TP. Hồ Chí Minh.
4. Trần Trọng Đàm (2001) *Tình trạng hạn chế hoạt động sinh hoạt hàng ngày của người cao tuổi quận 8, Tp Hồ Chí Minh 2001*. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 8 (Phụ bản số 1), tr. 9-13.
5. [Kitty S Chan](#), Kasper et al (2012) *Measurement equivalence in ADL and IADL difficulty across international surveys of aging: finding from the HRS, SHARE and ELSA*. J Gerontol B Psychol Sci 67(1): 121-132.
6. Del Duca, Silva Hallal (2009) *Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects*. Rev Saude Publica 43(5): 796-805.
7. I Hajjar, DT Lackland et al (2007) *Association between concurrent and remote blood pressure and disability in older adults*. Hypertension 50: 1026-1103.
8. Hung William W et al (2011) *Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States*. BMC Geriatr 11: 47.