

Nghiên cứu kiến thức và hành vi về tuân thủ điều trị cho bệnh nhân tắc động mạch chi dưới mạn tính tại Bệnh viện Nhân dân 115 sau giáo dục sức khỏe giai đoạn từ 01/2022 đến 06/2022

Nguyễn Ngọc Thùy Trang*, Trần Thị Thu Hồng,
Đặng Thị Phương Loan và Hà Thị Thanh Thủy
Bệnh viện Nhân dân 115

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tắc động mạch chi dưới mạn tính (TĐMCDMT) là một bệnh lý khá thường gặp, nguyên nhân chính là do xơ vữa động mạch. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng và đánh giá sự thay đổi kiến thức và hành vi về tuân thủ điều trị ở bệnh nhân tắc động mạch chi dưới mạn tính trước và sau giáo dục sức khỏe. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu can thiệp giáo dục trên một nhóm có đánh giá trước và sau được tiến hành trên 60 bệnh nhân tắc động mạch chi dưới mạn tính được điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ 01/2022 đến 06/2022 bằng việc sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt kiến thức đúng sau giáo dục sức khỏe đã tăng > 80% và trước can thiệp, điểm trung bình thực hành phòng tái phát bệnh là 5.88 ± 1.56 , tăng lên thành 7.88 ± 1.29 trong đánh giá lần 2 và 7.33 ± 1.24 trong đánh giá lần 3. Sự khác biệt giữa ngay sau can thiệp và sau can thiệp 1 tháng so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với các giá trị $p < 0.01$. **Kết luận:** Tắc động mạch chi dưới mạn tính dẫn đến nhiều hệ lụy cho bệnh nhân và xã hội. Việc nâng cao kiến thức và thay đổi hành vi của bệnh nhân mang lại những lợi ích thiết thực, giúp phòng tránh được những kết cục nặng nề.

Từ khóa: tắc động mạch chi dưới mạn tính, bệnh mạch máu ngoại biên, xơ vữa động mạch

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tắc động mạch mạn tính (BTĐMMT) còn được gọi là bệnh động mạch ngoại biên (BĐMNB), bệnh mạch ngoại biên (BMNB có thể xảy ra cho cả tĩnh mạch), bệnh tắc động mạch ngoại biên... và thường được hiểu là một căn bệnh của các chi, nhất là chi dưới, vì đó là nơi bệnh xảy ra nhiều nhất.

Bệnh tắc động mạch chi dưới mạn tính (BTĐMMT) là tình trạng một động mạch nào đó cung cấp máu cho chi dưới bị hẹp hay bị tắc hoàn toàn, làm giảm hoặc không có máu đến nuôi chi dẫn đến tổn thương và hoại tử chi, bệnh gây mất chức năng đi đứng của bệnh nhân. Ngoài tổn thương ở chân, bệnh còn ảnh hưởng đến toàn thân, gây ra biến chứng hoại tử lan rộng ở bàn chân, tỷ lệ cắt cụt chi và tử vong vẫn còn cao. Bệnh động mạch chi dưới tại Việt Nam nói riêng và trên thế giới nói chung trong những năm gần đây diễn biến theo xu hướng

tăng dần về số lượng bệnh nhân cũng như mức độ phức tạp của bệnh. Nguyên nhân là tuổi thọ trung bình tăng, số lượng bệnh nhân mắc các bệnh lý chuyển hóa tăng cũng như thay đổi chế độ dinh dưỡng của bệnh nhân dẫn tới tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới ngày càng nhiều.

Năm 2010, trên thế giới có khoảng 202 triệu người mắc BTĐMMT của các chi. Năm 2013, số tử vong vào khoảng 41,000 người (so với năm 1990 - khoảng 16,000 người).

Theo thống kê dịch tễ năm 2015 trên thế giới có đến 200 triệu người mắc bệnh động mạch chi dưới, trong đó trên 30% người trên 80 tuổi mắc bệnh [1].

Nguyên nhân chính của bệnh hầu hết là do xơ - mỡ động mạch. BTĐMMT của các chi chiếm tỷ lệ 12 - 14% trong dân số chung, gặp 20% những người

Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Thùy Trang
Email: ntrang86@gmail.com

trên 70 tuổi. Bệnh không có triệu chứng giai đoạn sớm trong 70 - 80% các trường hợp. Tỷ lệ lâm sàng có triệu chứng tăng theo tuổi và chỉ một thiểu số là phải can thiệp phục hồi mạch khoảng 7% hay cắt đoạn chi khoảng 4%. Trong khi đó, những người mắc BTĐMMT có nguy cơ đặc biệt cao về đột quỵ và biến cố động mạch vành, có tỷ lệ tử vong trước 5 năm ước tính là 30% so với 10% nhóm chứng. Bệnh kết hợp nhiều nhất với đái tháo đường, gặp 1/3 số người đái tháo đường trên 50 tuổi.

Vai trò rất quan trọng trong công tác phòng tránh bệnh diễn tiến từ giai đoạn không triệu chứng sang giai đoạn cần phải điều trị khi bệnh nhân có kiến thức, hành vi đúng và đầy đủ về tuân thủ điều trị. Tuy nhiên những kiến thức về phòng bệnh cũng như thay đổi hành vi để ngăn ngừa bệnh diễn tiến sang giai đoạn đoạn chi hay phẫu thuật phục hồi mạch tốn nhiều chi phí của bệnh nhân còn chưa đạt, bệnh nhân vẫn chưa hiểu hết được tầm quan trọng của việc thay đổi hành vi ảnh hưởng đến kết cục đoạn chi. Mà những hoạt động Truyền thông - Giáo dục sức khỏe lại là một trong những nhiệm vụ quan trọng hàng đầu nhằm thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành của con người, góp phần giúp mọi người chủ động trong chăm sóc và bảo vệ sức khỏe. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu: Nghiên cứu kiến thức và hành vi về tuân thủ điều trị cho bệnh nhân tắc động mạch chi dưới mạn tính tại Bệnh viện Nhân dân 115 sau giáo dục sức khỏe giai đoạn từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu can thiệp trên một nhóm bệnh nhân có đánh giá trước và sau can thiệp.

2.2. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2022 trên 60 người bệnh tắc động mạch chi dưới mạn tính được điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhân dân 115.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả người bệnh được chẩn đoán tắc động mạch chi dưới mạn tính qua kết quả siêu âm Doppler mạch máu chi dưới; những người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu và có khả năng giao tiếp.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những người bệnh đã từng tham gia một chương trình giáo dục có nội dung về thực hành tương tự.

2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu - Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu

$$n = \frac{[z(1-\alpha)\sqrt{p_0(1-p_0)} + z(1-\beta)\sqrt{p_1(1-p_1)}]^2}{(p_0 - p_1)^2}$$

Trong đó:

n : số người bệnh tham gia nghiên cứu

p_0 : tỷ lệ người bệnh có thực hành đạt trước can thiệp. Lấy $p_0 = 0.4$

p_1 : tỷ lệ người bệnh có thực hành đạt sau can thiệp. Ước tính nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đối tượng có kiến thức đạt sau can thiệp chiếm khoảng 60%. Do đó lấy $p_1 = 0.6$.

Thay vào công thức trên có $n = 52$. Cộng thêm 10% sai số nên lấy $n = 57$

Chọn mẫu cho nghiên cứu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.4. Quy trình can thiệp

- Đánh giá thực trạng thực hành của đối tượng nghiên cứu (đánh giá lần 1: T1) bằng bộ câu hỏi phỏng vấn đã được xây dựng dựa trên hướng dẫn của Hội tim mạch học Hoa Kỳ và Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ ACC/AHA [2, 3] và Bộ Y tế [4] về phòng bệnh tắc động mạch chi dưới mạn tính, thực hiện vào thời điểm sau khi người bệnh vào viện 1 ngày, trước khi tiến hành giáo dục sức khỏe. Can thiệp giáo dục sức khỏe cho từng đối tượng nghiên cứu vào thời điểm ngay sau đánh giá lần 1.
- Đánh giá lại thực hành của đối tượng nghiên cứu sau can thiệp (đánh giá lần 2: T2) sử dụng cùng bộ câu hỏi, được tiến hành trước khi người bệnh ra viện 1 ngày.
- Đánh giá lại thực hành của đối tượng nghiên cứu (đánh giá lần 3: T3) được tiến hành 1 tháng sau can thiệp tiến hành đánh giá lại kiến thức và thực hành về phòng bệnh tắc động mạch chi dưới mạn tính của người bệnh bằng bộ câu hỏi phỏng vấn chuẩn bị trước giống lần 1 (đánh giá lần 3: T3).

Nội dung can thiệp: Giáo dục sức khỏe cho người bệnh tắc động mạch chi dưới mạn tính về thực hành theo hướng dẫn của Hội tim mạch học Hoa Kỳ và Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ ACC/AHA [2, 3], Bộ Y Tế (2016) [4].

Người can thiệp: Điều dưỡng của khoa Phẫu thuật tim - Lồng ngực mạch máu, Bệnh viện Nhân dân 115 đã được tập huấn kỹ về cách thức lấy số liệu và nội dung can thiệp giáo dục sức khỏe.

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu:

- Bộ công cụ được nhà nghiên cứu xây dựng, phát triển dựa trên Hướng dẫn Bộ Y tế năm 2016 và Hội tim mạch học Hoa Kỳ và Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ ACC/AHA [2, 4].

- Bộ công cụ gồm 2 phần:

+ Phần 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu gồm 5 câu hỏi nhằm mục đích tìm hiểu các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu.

+ Phần 2: Thực hành phòng bệnh tắc động mạch chi dưới mạn tính gồm 10 câu hỏi liên quan thực hành của người bệnh về chế độ ăn uống và lối sống.

Tiêu chí đánh giá:

- Đối tượng nghiên cứu tham gia trả lời phiếu điều tra với mỗi nội dung thực hành đúng được 1 điểm, thực hành sai được 0 điểm.

Phiếu điều tra gồm 10 câu hỏi liên quan đến thực hành của người bệnh. Tổng điểm thực hành tối đa 10 điểm.

- Phân loại thực hành của người bệnh gồm 2 mức: đạt và không đạt:

+ Thực hành mức độ đạt khi người bệnh đạt $\geq 50\%$ tổng số điểm.

+ Thực hành mức độ không đạt khi người bệnh đạt $< 50\%$ tổng số điểm.

Phương pháp phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0; Tính các giá trị phần trăm, giá trị trung bình trước và sau can thiệp, t-test được dùng để so sánh các giá trị trung bình, $\lambda 2$ để so sánh 2 tỷ lệ.

3. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả về thay đổi kiến thức

Bảng 1. Nguyên nhân gây bệnh tắc động mạch chi dưới mạn tính (n = 60)

Nguyên nhân		T1		T2		T3	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Hút thuốc lá	Kiến thức đúng	09	15	53	88.3	54	90
	Kiến thức sai	51	85	07	11.7	06	10
Đái tháo đường	Kiến thức đúng	27	45	57	95	60	100
	Kiến thức sai	33	55	03	5	0	0
Rối loạn Lipid máu	Kiến thức đúng	04	6.7	49	81.7	47	78.3
	Kiến thức sai	56	93.3	11	18.3	13	21.7
Tăng huyết áp	Kiến thức đúng	13	21.7	53	88.3	55	91.6
	Kiến thức sai	47	78.3	07	11.7	05	8.4

Nhận xét: Tại thời điểm T1, hầu hết bệnh nhân đều chưa biết được những nguyên nhân chính gây ra bệnh. Sau khi can thiệp giáo dục sức khỏe T2, hơn 80% bệnh nhân đã có kiến thức đúng về những

nguyên nhân gây ra bệnh tắc động mạch chi dưới mạn tính. Sau thời gian 01 tháng T3, đánh giá lại bệnh nhân có kiến thức đúng về nguyên nhân gây bệnh chiếm tỷ lệ $> 78.3\%$.

3.2. Về thay đổi hành vi phòng bệnh tắc động mạch chi dưới mạn tính

Bảng 2. Thực hành về thay đổi thói quen hút thuốc lá

Nội dung thực hành		T1		T2		T3	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Ngưng hút thuốc lá hoàn toàn	Thực hành đúng	11	18.3	39	65	55	91.6
	Thực hành sai	49	81.7	21	35	5	8.4

Nhận xét: Tại thời điểm T1, hầu hết bệnh nhân thiếu kiến thức đúng về bệnh. Sau can thiệp T2, hầu hết bệnh nhân có kiến thức đúng về nguyên nhân gây bệnh tắc động mạch mạn tính đều

chưa thể ngưng thuốc lá hoàn toàn ngay được chiếm tỷ lệ 65%. Tại thời điểm tái khám sau 01 tháng T3, tỷ lệ bệnh nhân có hành vi đúng đạt đến 91.6%.

Bảng 3. Thực hành về kiểm soát đường huyết và rối loạn lipid máu

Nội dung thực hành		T1		T2		T3	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Hạn chế tinh bột, dầu mỡ, chất béo, nội tạng...	Thực hành đúng	33	55	47	78.3	40	66.7
	Thực hành sai	27	45	13	21.7	20	33.3
Ăn nhiều rau xanh	Thực hành đúng	23	38.3	43	71.6	38	63.3
	Thực hành sai	37	61.7	17	28.4	22	36.7
Tuân thủ thuốc điều trị	Thực hành đúng	56	93.3	60	100	58	100
	Thực hành sai	4	6.7	0	0	2	0

Nhận xét: Trước can thiệp T1, bệnh nhân chưa có kiến thức đúng về chế độ dinh dưỡng, điều trị. Sau can thiệp T2 và T3, tỷ lệ bệnh nhân thực hành đúng

ăn hạn chế tinh bột, chất béo tăng từ 55% đến 66.7%, ăn nhiều rau xanh tăng từ 38.3% đến 63.3%, tuân thủ điều trị thuốc tăng từ 93.3% đến 100%.

Bảng 4. Thực hành về kiểm soát tăng huyết áp

Nội dung thực hành		T1		T2		T3	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Đo HA mỗi ngày	Thực hành đúng	8	13.3	60	100	31	51.6
	Thực hành sai	52	86.7	0	0	29	48.4
Hạn chế ăn mặn, < 5g muối/ ngày	Thực hành đúng	3	5	19	31.7	42	70
	Thực hành sai	57	95	41	68.3	18	30

Nhận xét: Bệnh nhân đo huyết áp mỗi ngày sau can thiệp 01 tháng T3 so với thời điểm T1 tăng

từ 13.3% lên 51.6%. Hành vi đúng về giảm ăn mặn < 5g muối/ ngày tăng từ 5% lên đến 70%.

Bảng 5. Thực hành về chăm sóc phần chi bị tắc động mạch mạn tính

Nội dung thực hành		T1		T2		T3	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Chăm sóc phần chi bị tắc mạch mạn tính	Thực hành đúng	0	0	60	100	57	95
	Thực hành sai	60	100	0	0	3	5

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu trước can thiệp giáo dục sức khỏe T1 đều chưa có hành vi đúng về việc chăm sóc chi bị tắc

mạch máu mạn tính. Tại thời điểm T3 sau can thiệp 1 tháng, 95% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đã có những hành vi chăm sóc chi đúng cách.

Bảng 6. Điểm trung bình thực hành về phòng tái phát bệnh (n = 60)

Điểm đánh giá	Thấp nhất (Min)	Cao nhất (Max)	Trung bình ($X \pm SD$)	P (t-test)
Trước can thiệp (T1)	2	9	5.88 ± 1.56	
Sau can thiệp (T2)	4	10	7.88 ± 1.29	P (2 - 1) < 0.01
Sau can thiệp 1 tháng (T3)	5	10	7.33 ± 1.24	P (3 - 1) < 0.01

Nhận xét: Trước can thiệp, điểm trung bình thực hành phòng tái phát bệnh là 5.88 ± 1.56 , tăng 7.88 ± 1.29

trong đánh giá lần 2 và 7.33 ± 1.24 trong đánh giá lần 3. Sự khác biệt giữa ngay sau can thiệp và sau can

thiệt 1 tháng so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với các giá trị $p < 0.01$.

4. BÀN LUẬN

Tắc động mạch chi cấp tính là một cấp cứu nội - ngoại khoa mạch máu, đòi hỏi phải được chẩn đoán kịp thời, điều trị nhanh và kết hợp cả dùng thuốc và phẫu thuật. Tuy nhiên, hiện nay tỷ lệ tử vong của bệnh vẫn còn cao (20 - 25%) và tỷ lệ tàn phế do cắt cụt chi cũng chiếm đến 30% do đa số người bệnh được điều trị bệnh ở giai đoạn muộn.

Tắc động mạch chi dưới mạn tính là một bệnh thường gặp ở nam giới và nguyên nhân chính là do xơ vữa động mạch. Ở giai đoạn sớm, điều trị nội khoa mang lại kết quả cao, bệnh nhân cần tích cực điều trị các bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu đi kèm kết hợp với uống thuốc ức chế kết tập tiểu cầu như aspirin, clopidogrel, thuốc giảm mỡ máu nhóm statin và thuốc hạ áp nhóm ức chế men chuyển.

Từ kết quả cho thấy tại thời điểm T1, hầu hết bệnh nhân đều chưa biết được những nguyên nhân chính gây ra bệnh (Bảng 1), chính vì vậy việc tư vấn giải thích và nâng cao kiến thức cho bệnh nhân ở giai đoạn này là điều đặc biệt quan trọng. Sau khi can thiệp bằng nhiều hình thức truyền thông, hơn 80% bệnh nhân đã có kiến thức đúng về những nguyên nhân, yếu tố nguy cơ gây bệnh. Sau thời gian 01 tháng đánh giá lại vẫn cho thấy tỷ lệ rất cao bệnh nhân đã có kiến thức đúng. Những trường hợp còn lại phần lớn do bệnh nhân đã lớn tuổi, lão suy.

Tỷ lệ bệnh nhân ngưng thuốc lá hoàn toàn tăng từ 18.3% lên thành 91.6% sau thời gian 01 tháng. Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện kiểm soát yếu tố nguy cơ về đái tháo đường và rối loạn lipid máu đã gia tăng đáng kể, cụ thể tỷ lệ bệnh nhân hạn chế ăn tinh bột, chất béo tăng từ 55% đến 66.7% (Bảng 2), tỷ lệ bệnh nhân ăn nhiều rau xanh tăng từ 38.3% đến 63.3% và tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ thuốc điều trị tăng từ 93.3% lên 100% (Bảng 3).

Tỷ lệ bệnh nhân đo huyết áp mỗi ngày sau can thiệp 01 tháng T3 đã thay đổi từ 13.3% lên 51.6% (Bảng 4). Tuy nhiên, chỉ hơn 1 nửa số bệnh nhân có thể tự theo dõi huyết áp mỗi ngày tại nhà, việc này liên quan đến bệnh nhân chưa thể tự dùng máy đo huyết áp cơ học, cần tư vấn bệnh nhân sử dụng máy đo huyết áp điện tử và hướng dẫn cách sử dụng máy đo huyết áp cơ học sau tái khám. Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu trước can thiệp giáo dục sức khỏe đều chưa có hành vi đúng về việc chăm sóc phần chi bị tắc mạch mạn tính, điều này làm gia tăng tỷ lệ các biến chứng nhiễm trùng hoại tử. Tuy nhiên, sau can thiệp, 95% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đã có những hành vi

chăm sóc chân đúng cách như giữ chân luôn sạch, tránh trầy xước, chấn thương, không mang tất bó, chọn giày có kích cỡ phù hợp, hạ thấp chân để tăng cường tưới máu... (Bảng 5).

Trước can thiệp giáo dục sức khỏe, điểm trung bình thực hành phòng tái phát bệnh là 5.88 ± 1.56 , tăng 7.88 ± 1.29 trong đánh giá lần 2 và 7.33 ± 1.24 trong đánh giá lần 3. Sự khác biệt giữa ngay sau can thiệp và sau can thiệp 1 tháng T3 so với trước can thiệp T1 có ý nghĩa thống kê với các giá trị $p < 0.01$ (Bảng 6). Điều đó chứng tỏ can thiệp giáo dục sức khỏe đã có hiệu quả bước đầu và qua đó thấy được sự cần thiết của tư vấn, giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân trong thời gian nằm viện nhằm đạt mục đích nâng cao kiến thức cho bệnh nhân từ chưa biết đến hiểu biết, từ chưa chấp nhận đến chấp nhận (đã quan tâm), từ chưa có ý định đến có ý định thực hiện đồng thời thay đổi được hành vi và duy trì những hành vi đúng. Mặt khác, người Điều dưỡng cần nhận định mức độ hạn chế tự chăm sóc của người bệnh để phát hiện nhu cầu chăm sóc của họ mà đáp ứng. Nhân viên y tế cần hiểu các thành phần tạo nên sự chăm sóc y tế bao gồm: Con người là đối tượng chăm sóc, bao gồm cả thể chất, tinh thần, niềm tin, yếu tố xã hội và kiến thức y học của mỗi cá nhân, gia đình hoặc cộng đồng. Môi trường tác động lên con người bao gồm cả yếu tố bên trong của mỗi người và yếu tố bên ngoài tác động nên tình trạng sức khỏe của mỗi người. Sức khỏe: là tình trạng khỏe mạnh hoặc ốm đau mà mỗi con người trải qua.

Chăm sóc Điều dưỡng là những hành động, những đặc tính và thái độ của người chăm sóc. Khi chăm sóc người bệnh, người Điều dưỡng cần nhận định người bệnh và phân cấp chăm sóc, mỗi người bệnh thuộc 1 trong 3 cấp độ sau: Phụ thuộc hoàn toàn: Điều dưỡng phải thực hiện các hoạt động chăm sóc, điều trị, hỗ trợ toàn bộ cho người bệnh. Phụ thuộc một phần: Điều dưỡng thực hiện các hoạt động điều trị là chính, hỗ trợ những hoạt động chăm sóc mà người bệnh không tự chăm sóc được. Tự chăm sóc: Người bệnh tự chăm sóc nhưng vẫn cần sự hỗ trợ trong điều trị, chăm sóc khi cần và họ cần được hướng dẫn, giáo dục sức khỏe để tự chăm sóc và phòng ngừa biến chứng, phòng ngừa mắc bệnh khác [5].

5. KẾT LUẬN

- Kiến thức: Thực trạng bệnh nhân có kiến thức đúng về bệnh tắc động mạch ngoại biên mạn tính còn thấp trước khi can thiệp. Qua nghiên cứu trên 60 bệnh nhân, sau can thiệp sức khỏe tỷ lệ bệnh nhân có kiến thức đúng về bệnh lý đánh giá là đạt trên 80% ($p < 0.01$). Tỷ lệ người bệnh hiểu được những yếu tố nguy cơ của bệnh sau thời

gian 01 tháng như yếu tố nguy cơ về hút thuốc lá, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp tăng lần lượt tăng từ 15%, 45%, 6.7%, 21.7% lên 90%, 100%, 78.3%, 91.6%.

- Thực hành: Tỷ lệ bệnh nhân thực hành đúng sau can thiệp giáo dục sức khỏe về những hành vi như ngưng hút thuốc lá hoàn toàn tăng từ 18.3% lên 91.6%, hạn chế tinh bột, dầu mỡ, chất béo tăng từ 55% lên 66.7%, ăn nhiều rau xanh tăng từ 38.3% lên 63.3%, tuân thủ điều trị thuốc tăng từ

93.3% lên 100%, đo huyết áp mỗi ngày tăng từ 13.3% lên 51.6%, hạn chế ăn mặn < 5g muối/ngày tăng từ 5% lên 70%, chăm sóc phần chi bị tắc mạch tăng từ 0% lên 95%.

Trước can thiệp giáo dục sức khỏe, điểm trung bình thực hành phòng tái phát bệnh là 5.88 ± 1.56 , tăng 7.88 ± 1.29 trong đánh giá lần 2 và 7.33 ± 1.24 trong đánh giá lần 3. Sự khác biệt giữa ngay sau can thiệp và sau can thiệp 01 tháng so với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê với các giá trị $p < 0.01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Michael H. Criqui and Victor Aboyans, "Epidemiology of Peripheral Artery Disease". *Circulation Research* April 24, Volume 116, Issue 9, 2015.

[2] Alan T. Hirsch et al (2006), "ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the Management of Patients with Peripheral Arterial Disease (Lower Extremity, Renal, Mesenteric, and Abdominal Aortic)", *Circulation*, 113, e463-e654, 2006.

[3] Rooke Twet al., "ACCF/AHA focused update of

the guideline for the management of patients with peripheral artery disease (updating the 2005 guideline)", *Catheter Cardiovasc Interv.* 2012 Mar 1, 79(4), 501-31, 2011.

[4] Bộ Y tế, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch ngoại biên*, 2016.

[5] Lương Ngọc Khuê và Phạm Đức Mục, *Tài liệu đào tạo liên tục chăm sóc người bệnh toàn diện*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 5 - 6, 2014.

Improving knowledge and behavior on adherence to treatment of chronic arterial occlusive disease of the lower extremities at People's Hospital 115 after health education in the period from 01/2022 to 06/2022

Nguyen Ngoc Thuy Trang, Tran Thi Thu Hong, Dang Thi Phuong Loan and Ha Thi Thanh Thuy

ABSTRACT

Background: Chronic arterial occlusion of the lower extremities is a fairly common disease, the main cause is atherosclerosis. **Objective:** Describe the current situation and evaluate the change in knowledge and behavior about treatment adherence in patients with chronic lower extremity thrombosis before and after health education. **Methods:** Prospective research about an educational intervention in a group with pre- and post-assessment was conducted on 60 patients with chronic lower extremity thrombosis treated inpatient at 115 People's Hospital from January 2022 to June 2022 using pre-designed questionnaires. **Result:** The proportion of patients with correct knowledge after health education increased > 80% and before the intervention, the average score of practice prevention of disease recurrence was 5.88 ± 1.56 , increased to 7.88 ± 1.29 in the 2nd assessment and 7.33 ± 1.24 in the 3rd assessment. The difference between immediately after the intervention and 1 month after the intervention compared with before the intervention was statistically significant with $p < 0.01$. **Conclusion:** Chronic arterial occlusion of the lower extremities leads to many consequences for patients and society. Improving knowledge and changing patients' behavior brings practical benefits, helping to prevent serious outcomes.

Keywords: chronic arterial occlusion of the lower extremities, coronary artery diseases, atherosclerosis

Received: 06/06/2022

Revised: 12/07/2022

Accepted for publication: 29/07/2022