

CI: 1,19 – 2,20,  $p = 0,0021$ )<sup>5</sup>. Uống rượu cho thấy mối liên quan với tỷ lệ mắc CRC với OR là 1,32 (95% CI: 1,00 – 1,75,  $p = 0,0480$ )<sup>11</sup>. Trong khi đó hút thuốc không liên quan đến tỷ lệ mắc CRC<sup>5</sup>. Nghiên cứu của David A. Lieberman và cộng sự cho thấy không có mối liên quan giữa BMI và tổn thương tân sinh tiền triển đại trực tràng (trong đó có ung thư biểu mô xâm lấn)<sup>12</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Tần suất mắc polyp u tuyến và ung thư đại trực tràng ở người không có triệu chứng chỉ điểm tương đối cao. Những người không có triệu chứng mà hiện diện yếu tố nguy cơ nên sàng lọc sớm ung thư đại trực tràng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sawicki, T. et al.** A Review of Colorectal Cancer in Terms of Epidemiology, Risk Factors, Development, Symptoms and Diagnosis. 13, 2025, (2021) doi:10.3390/cancer13092025.
2. **Hyuna Sung, PDH, Jacques Ferlay, et al.** GLOBACAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. A Cancer Journal for Clinicians 71, 191-280, (2020)
3. **Xu, J., He, W., Zhang, N., Sang, N. & Zhao, J.** Risk factors and correlation of colorectal polyps with type 2 diabetes mellitus. Annals Palliative Medicine 11, 1-10, (2022) doi:10.21037/apm-21-3943.
4. **Wang, F.W. et al.** Prevalence and risk factors of asymptomatic colorectal polyps in taiwan.

- Gastroenterology research and practice 2014, 985205, (2014) doi:10.1155/2014/985205.
5. **Okada, Takuya. et al.** Colorectal cancer risk factors in asymptomatic Chilean population: a survey of international collaboration between Japan and Chile. 29, 127-133, (2020) doi:10.1097/cej.0000000000000531.
  6. **Chao, G., Zhu, Y. & Fang, L.** Retrospective study of risk factors for colorectal adenomas and non-adenomatous polyps. Translational cancer research 9, 1670-1677, (2020) doi:10.21037/tcr.2020.01.69.
  7. **Roshandel, G., Ghasemi-Kebria, F. & Malekzadeh, R.** Colorectal Cancer: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention. Cancers (Basel). 16, (2024) doi:10.3390/cancers16081530.
  8. **Panteris, Vasileios. et al.** Alarming endoscopic data in young and older asymptomatic people: Results of an open access, unlimited age colonoscopic screening for colorectal cancer. Spandidos Publications 12, 179-185, (2019) doi:10.3892/mco.2019.1967.
  9. **Ferlitsch M, Reinhart K, Pramhas S, et al.** JAMA. Sex-Specific Prevalence of Adenomas, Advanced Adenomas, and Colorectal Cancer in Individuals Undergoing Screening Colonoscopy. Jama 306, 1352-1358, (2011) doi:10.1001/jama.2011.1362.
  10. **Colussi, D. et al.** Lifestyle factors and risk for colorectal polyps and cancer at index colonoscopy in a FIT-positive screening population. United European gastroenterology journal 6, 935-942, (2018) doi:10.1177/2050640618764711.

# THỰC TRẠNG MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM PHỔ BIẾN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TỈNH PHÚ THỌ NĂM 2024

Nguyễn Tiến Đoàn<sup>1</sup>, Nguyễn Bá Trình<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hồng Ngọc<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng một số bệnh không lây nhiễm (KLN) phổ biến ở người cao tuổi tỉnh Phú Thọ năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 4992 người cao tuổi (NCT) (từ 60 tuổi trở lên) có hộ khẩu và đang sinh sống trên địa bàn tỉnh Phú Thọ tham gia khám sàng lọc và trả lời bộ câu hỏi phỏng vấn thiết kế sẵn. **Kết quả:** Tỷ lệ NCT mắc tăng huyết áp (THA) chiếm 38,1%, mắc đái tháo đường (ĐTĐ) là 8,8% và COPD là 3,9%. NCT có nhóm tuổi 60 – 69 tuổi và trình độ học vấn là Tiểu học và THCS có tỷ lệ mắc một số bệnh không lây nhiễm phổ biến cao nhất. **Kết luận:** Cần nâng cao kiến thức, kỹ năng nhằm dự phòng, phát hiện sớm và quản lý một số bệnh KLN phổ biến ở

NCT. **Từ khóa:** người cao tuổi, bệnh không lây nhiễm, tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD

## SUMMARY

### STATUS OF SOME COMMON NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THE ELDERLY IN PHU THO PROVINCE IN 2024

**Objective:** Describe the current situation of some common non-communicable diseases in the elderly in Phu Tho province in 2024. **Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 4992 elderly people (aged 60 and over) with registered residence and living in Phu Tho province participated in screening examination and answered pre-designed interview questions. **Results:** The rate of elderly people with hypertension is 38.1%, diabetes is 8.8% and COPD is 3.9%. Elderly people in the age group of 60-69 years old and with primary and secondary education have the highest rate of some common non-communicable diseases. **Conclusion:** It is necessary to improve knowledge and skills to prevent, detect early and manage some common NCDs in the elderly.

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế huyện Thanh Thủy, tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Tiến Đoàn

Email: drdoanpt@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024

**Keywords:** elderly, non-communicable diseases, hypertension, diabetes, COPD

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

NCDs - bệnh không lây nhiễm - là thách thức to lớn của toàn cầu trong thế kỷ 21, số liệu năm 2015 cho thấy có đến 71% các ca tử vong do bệnh tật là hậu quả của các bệnh lý KLN. Trong đó người cao tuổi là nhóm đối tượng có tỷ lệ mắc các NCDs cao (36). Các NCDs chiếm gần 60% tỷ lệ tử vong toàn cầu và 80% số ca tử vong do NCDs xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Một phần tư số ca tử vong này - gần 9 triệu ca trong năm 2005 - là nam giới và nữ giới dưới 60 tuổi. Các nguyên nhân chính gây tử vong do NCDs là bệnh tim mạch (30% tổng số ca tử vong toàn cầu), ung thư (13%), bệnh hô hấp mãn tính (7%) và tiểu đường (2%) (8). Ở châu Mỹ, các bệnh NCDs - bao gồm ung thư, bệnh tim mạch, bệnh hô hấp mạn tính và ĐTĐ - là 7 trong số 10 nguyên nhân tử vong ở những người từ 70 tuổi trở lên. Tại Hoa Kỳ, hơn 90% NCT có ít nhất một NCDs và 73% có từ hai bệnh trở lên (9). Tại tỉnh Phú Thọ, theo ghi nhận đến quý IV năm 2022 đang quản lý 17110 bệnh nhân NCDs; tỷ lệ tử vong do NCDs là 329 bệnh nhân (ung thư các loại 85; ĐTĐ 49; các bệnh về tim mạch 172 và bệnh COPD và hen phế quản là 23 bệnh nhân) (35).

Trong những năm gần đây, Nhà nước đã rất quan tâm, chú trọng đến công tác chăm sóc sức khỏe NCT nhằm phát hiện sớm quản lý tốt các bệnh mạn tính ở NCT. Tháng 6/2021 UBND Tỉnh Phú Thọ đã ban hành kế hoạch 2355/KH-UBND về "Thực hiện Chương trình chăm sóc sức khỏe NCT trên địa bàn tỉnh Phú Thọ đến năm 2030" trong đó cụ thể nêu rõ mục tiêu: "Người cao tuổi được phát hiện, điều trị, quản lý các NCDs (ung thư, tim mạch, THA, ĐTĐ, COPD, sa sút trí tuệ...) đạt 70% năm 2025; đạt 90% năm 2030" (37). Thực tế hoạt động tại các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Phú Thọ nhận thấy có nhiều người bệnh là NCT không được phát hiện sớm các NCDs, thường vào viện khi đã có nhiều biến chứng nặng nề, không được theo dõi điều trị định kỳ, không nắm được các thông tin về triệu chứng và không hiểu biết về các yếu tố nguy cơ của NCDs. Bên cạnh đó tại tỉnh Phú Thọ chưa có đề tài nào nghiên cứu nào về mô hình NCDs của NCT và các yếu tố nguy cơ do đó cũng chưa khuyến cáo được các biện pháp dự phòng điều trị NCDs phù hợp nhất với điều kiện của địa phương, chưa có mô hình phòng và quản lý NCDs ở NCT. Vì vậy, đánh giá thực trạng NCDs và một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng từ đó đề

xuất giải pháp phòng và quản lý một số NCDs phổ biến ở NCT tại tỉnh Phú Thọ là rất cần thiết.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

**2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.** Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) có hộ khẩu và đang sinh sống trên địa bàn tỉnh Phú Thọ thỏa mãn tiêu chuẩn: NCT có mặt tại thời điểm nghiên cứu và có đủ tư cách pháp nhân, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

### 2.1.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Tại 13 huyện/thành/thị trên địa bàn tỉnh Phú Thọ.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2024 đến tháng 5/2024.

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang

### 2.3. Cỡ mẫu và công cụ thu thập số liệu

- Chọn ngẫu nhiên 4992 NCT thỏa mãn tiêu chuẩn.

- Bộ công cụ thu thập số liệu trong nghiên cứu gồm 6 phần:

+ Phần A: thông tin chung của NCT gồm: Họ tên; giới; tuổi; dân tộc; nơi cư trú; nghề nghiệp; tình trạng hôn nhân; trình độ học vấn; thu nhập bình quân.

+ Phần B: chỉ số cơ thể (chiều cao, cân nặng, vòng eo); chỉ số huyết áp; đường máu mao mạch.

+ Phần C: tiền sử NCDs (THA; ĐTĐ và COPD).

+ Phần D: đánh giá sự tuân thủ điều trị NCDs.

+ Phần E: sàng lọc ung thư vú và ung thư cổ tử cung.

+ Phần F: đánh giá một số yếu tố hành vi nguy cơ đến một số NCDs phổ biến: Các hoạt động thường ngày; chế độ ăn; tiêu thụ muối; uống rượu bia.

**2.4. Phân tích và xử lý số liệu.** Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, làm sạch và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả trên 4992 NCT tại 13 huyện/thị/thành tỉnh Phú Thọ thu được kết quả thu được như sau:

**Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới, nhóm tuổi và trình độ học vấn (n=4992)**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Giới tính</b>		
Nam	1506	30,2
Nữ	3486	69,8
<b>Nhóm tuổi</b>		

60 – 69	2799	56,1
70 – 79	1707	34,2
≥ 80	486	9,7
Tuổi (X ± SD)	69,5 ± 6,95	
Min – Max	60 - 98	
<b>Trình độ học vấn</b>		
Chưa qua đào tạo	132	2,6
Tiểu học	1096	22,0
Trung học cơ sở	2660	53,3
Trung học phổ thông	848	17,0
Trung học chuyên nghiệp/cao đẳng	207	4,1
Đại học/Sau đại học	49	1,0

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của 4992 đối tượng trong nghiên cứu là: 69,5 ± 6,95 tuổi; trẻ nhất là 60 tuổi; lớn nhất là 98 tuổi. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang (2018) trên 1211 NCT tại một số xã tỉnh Hà Nam năm 2018 là 71,1 [4].

Qua nghiên cứu trên 4992 đối tượng, nhóm nghiên cứu thấy nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ là 69,8%, nam giới chiếm tỷ lệ là 30,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Huỳnh Minh (2015) là 73,7% [2] và thấp hơn một số nghiên cứu khác như: Nguyễn Thị Hương Giang (2018) 60,8% [4] và Lê Văn Hợi (2014) là 69,1% [3].

Chủ yếu đối tượng nghiên cứu có trình độ THCS (53,3%) và Tiểu học (22%). Có 2,6% đối tượng chưa qua đào tạo và đối tượng có trình độ Trung cấp, cao đẳng, đại học chiếm tỷ lệ 5,1%. Tỷ lệ người tốt nghiệp THCS của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang (2018) là 36,9% [4].

**3.2. Thực trạng một số bệnh không lây nhiễm phổ biến ở người cao tuổi tỉnh Phú Thọ năm 2024**

**Bảng 3.2. Thực trạng mắc một số bệnh không lây nhiễm đã được chẩn đoán xác định (n=4992)**

Bệnh không lây nhiễm	Tình trạng mắc bệnh		Tổng
	Có n(%)	Không n(%)	
Tăng huyết áp	1900 (38,1)	3092 (61,9)	4992 (100)
Đái tháo đường	440 (8,8)	4552 (91,2)	
COPD	195 (3,9)	4797 (96,1)	

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 1900 đối tượng mắc THA chiếm tỷ lệ là 38,1%; đối tượng mắc bệnh ĐTĐ là 440 chiếm 8,8% và thấp nhất là COPD là 195 đối tượng chiếm 3,9%. Kết

quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Võ Văn Thăng và cộng sự tại Thừa Thiên Huế năm 2018 là 50,4% [5]; tương đồng với kết quả của của Nguyễn Thị Hương Giang (2018) là 8,3% [4]. Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các công bố của các tác giả khác trên thế giới như tại Mỹ tỷ lệ này là từ 22- 33% hay nghiên cứu cắt ngang của 6038 người dân cao tuổi từ cộng đồng Changfeng Thượng Hải (2009- 2012), tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường là 21,9%. Các bệnh phổi mạn tính phổ biến ở Việt Nam chủ yếu là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Tỷ lệ mắc những bệnh phổi mạn tính ở NCT tương đối cao, giữa 10% và 20%. Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung vào tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tỷ lệ này chiếm 3,9%. Kết quả này thấp hơn so với 2 nghiên cứu trước tại Việt Nam khi tỷ lệ mắc từ 14,5 - 16,6%.

**Bảng 3.3. Thực trạng mắc một số bệnh không lây nhiễm đã được chẩn đoán xác định theo nhóm tuổi, trình độ học vấn**

Đặc điểm nhân khẩu	Bệnh không lây nhiễm		
	Tăng huyết áp n(%)	Đái tháo đường n(%)	COPD n(%)
<b>Nhóm tuổi</b>			
60 – 69	915(48,2)	231(52,5)	94(48,2)
70 – 79	738(38,8)	169(38,4)	78(40,0)
≥ 80	247(13,0)	40(9,1)	23(11,8)
<b>Trình độ học vấn</b>			
Chưa qua đào tạo	55(2,9)	15(3,4)	5(2,6)
Tiểu học và THCS	1432 (75,4)	316 (71,8)	137 (70,3)
Từ THPT trở lên	413(21,7)	109(24,8)	53(27,1)
<b>Tổng</b>	1900 (100)	440 (100)	195 (100)

Tỷ lệ nhóm NCT mắc một số bệnh không lây nhiễm (THA, ĐTĐ, COPD) ở nhóm tuổi 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (tỷ lệ lần lượt là 48,2%; 52,5% và 48,2%) và ở nhóm ĐTNC từ 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ thấp hơn (13% đối với THA, 9,1% đối với ĐTĐ và 11,8% đối với COPD)

Tỷ lệ mắc một số bệnh không lây nhiễm (THA, ĐTĐ, COPD) ở nhóm ĐTNC có trình độ Tiểu học và Trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất (tỷ lệ lần lượt là 75,4%, 71,8% và 70,3%) và thấp nhất ở nhóm ĐTNC chưa qua đào tạo (tương ứng với 2,9% với THA, 3,4% với ĐTĐ và 2,6% với COPD)

**Bảng 3.4. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc Tăng huyết áp (đã được chẩn đoán)**

Đặc điểm	Tăng huyết áp		OR (95% CI)	p
	Không mắc n(%)	Mắc bệnh n(%)		
<b>Hút thuốc</b>				

Không	2712 (91,0)	1747 (91,9)	1	0,269
Có	267 (9,0)	153 (8,1)	0,890 [0,723-1,095]	
<b>Sử dụng rượu/bia thường xuyên</b>				
Không	312 (46,5)	191 (43,2)	1	0,281
Có	359 (53,5)	251 (56,8)	0,876 [0,688-1,115]	
<b>Hoạt động thường ngày cường độ nặng</b>				
< 5 ngày/tuần	299 (62,7)	178 (37,3)	1,459 [1,019-2,087]	0,039
≥ 5 ngày/tuần	342 (72,6)	129 (27,4)	1	
<b>Hoạt động thể thao, luyện tập hoặc giải trí cường độ vừa phải</b>				
< 5 ngày/tuần	325 (64,4)	180 (35,6)	1,023 [0,594-1,762]	0,934
≥ 5 ngày/tuần	699 (61,6)	436 (38,4)	1	
<b>Đi bộ hoặc đạp xe</b>				
< 5 ngày/tuần	476 (57,6)	350 (42,4)	1,149 [0,969-1,364]	0,111
≥ 5 ngày/tuần	966 (61,0)	618 (39,0)	1	
<b>Chế độ ăn</b>				
Rất mặn	24 (63,2)	14 (36,8)	1	0,917
Mặn	564 (62,3)	341 (37,7)	0,965 [0,492-1,891]	
Ăn nhạt	456 (51,5)	430 (48,5)	0,619 [0,316-1,212]	0,161
Ăn rất nhạt	25 (55,6)	20 (44,4)	0,729 [0,301-1,764]	0,483
Bình thường	1896 (63,5)	1091 (36,5)	1,014 [0,522-1,986]	0,968
<b>Hiểu biết về tác hại của ăn quá nhiều muối/ăn mặn với sức khỏe</b>				
Có	2609 (60,3)	1715 (39,7)	1	0,098
Không	176 (65,4)	93 (34,6)	0,804 [0,621-1,041]	

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) về tỷ lệ mắc THA giữa người hút thuốc và không hút thuốc; giữa sử dụng rượu bia thường xuyên và không sử dụng rượu bia thường xuyên; giữa hoạt động thể thao, luyện tập hoặc giải trí cường độ vừa phải; giữa đi bộ hoặc đạp xe; chế độ ăn và hiểu biết về tác hại của ăn quá nhiều muối.

Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của Lê Hoài Thu [6].

Sự khác biệt tỷ lệ mắc THA giữa đối tượng nghiên cứu tham gia hoạt động nặng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Người tham gia hoạt động nặng nhỏ hơn 5 ngày/tuần có nguy cơ mắc THA cao gấp khoảng 1,5 lần người tham gia hoạt động nặng từ 5 ngày trở lên

**Bảng 3.5. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc đái tháo đường (đã được chẩn đoán)**

Đặc điểm	Đái tháo đường		OR (95% CI)	p
	Không mắc n(%)	Mắc bệnh n(%)		
<b>Hút thuốc</b>				
Không	4014 (91,2)	411 (93,4)	1	0,124
Có	385 (8,8)	29 (5,6)	0,736 [0,498-1,087]	
<b>Sử dụng rượu/bia thường xuyên</b>				
Không	455 (45,0)	46 (46,0)	1	0,849
Có	556 (55,0)	54 (54,0)	1,041 [0,689-1,572]	
<b>Hoạt động thường ngày cường độ nặng</b>				
< 5 ngày/tuần	443 (93,5)	31 (6,5)	1,575 [0,705-3,521]	0,268
≥ 5 ngày/tuần	455 (96,2)	18 (3,8)	1	
<b>Hoạt động thể thao, luyện tập hoặc giải trí cường độ vừa phải</b>				
< 5 ngày/tuần	464 (92,1)	40 (7,9)	0,647 [0,263-1,592]	0,343
≥ 5 ngày/tuần	997 (88,9)	125 (11,1)	1	
<b>Đi bộ hoặc đạp xe</b>				
< 5 ngày/tuần	762 (92,3)	64 (7,7)	0,761 [0,562-1,032]	0,079
≥ 5 ngày/tuần	1414 (90,1)	156 (9,9)	1	
<b>Chế độ ăn</b>				
Rất mặn	35 (94,6)	2 (5,4)	1	0,652
Mặn	828 (92,6)	66 (7,4)	0,717 [0,169-3,046]	
Ăn nhạt	753 (86,2)	121 (13,8)	0,356 [0,084-1,498]	0,159
Ăn rất nhạt	40 (90,1)	4 (9,9)	0,571 [0,099-3,311]	0,532

Bình thường	2725 (91,7)	247 (8,3)	0,630 [0,151-2,637]	0,527
<b>Hiểu biết về tác hại của ăn quá nhiều muối/ăn mặn với sức khỏe</b>				
Có	3879 (90,4)	411 (9,6)	1	0,007
Không	254 (95,5)	12 (4,5)	0,446 [0,248-0,803]	

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) về tỷ lệ mắc ĐTD giữa người hút thuốc và không hút thuốc; giữa sử dụng và không sử dụng rượu bia thường xuyên; hoạt động thường ngày cường độ nặng; hoạt động thể thao, luyện tập hoặc giải trí cường độ vừa phải; đi bộ hoặc đạp xe và chế độ ăn.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng đã chỉ ra Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hiểu biết

về tác hại của ăn quá nhiều muối/ăn mặn với sức khỏe với tỷ lệ mắc bệnh ĐTD ( $p < 0,05$ ). Trong đó, tỷ lệ người không có hiểu biết về tác hại của việc ăn quá nhiều muối mắc ĐTD có nguy cơ thấp hơn 0,446 lần người có hiểu biết về tác hại của việc ăn mặn. Do đó việc nâng cao nhận thức của bản thân cùng như công tác tuyên truyền của nhân viên y tế giúp phòng ngừa nguy cơ mắc ĐTD cho người dân

**Bảng 3.6. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc COPD (đã được chẩn đoán)**

Đặc điểm	COPD		OR (95% CI)	p
	Không mắc n(%)	Mắc bệnh n(%)		
<b>Hút thuốc</b>				
Không	4269 (91,6)	168 (86,2)	1	0,009
Có	393 (8,4)	27 (13,8)	1,746 [1,148-2,655]	
<b>Sử dụng rượu/bia thường xuyên</b>				
Không	483 (45,5)	21 (38,9)	1	0,344
Có	579 (54,5)	33 (61,1)	0,763 [0,436-1,336]	
<b>Hoạt động thường ngày cường độ nặng</b>				
< 5 ngày/tuần	452 (95,4)	22 (4,6)	0,807 [0,349-1,865]	0,616
≥ 5 ngày/tuần	461 (96,6)	16 (3,4)	1	
<b>Hoạt động thể thao, luyện tập hoặc giải trí cường độ vừa phải</b>				
< 5 ngày/tuần	480 (95,1)	25 (4,9)	1,562 [0,558-4,374]	0,396
≥ 5 ngày/tuần	1072 (95,4)	50 (4,6)	1	
<b>Đi bộ hoặc đạp xe</b>				
< 5 ngày/tuần	779 (94,8)	43 (5,2)	1,648 [1,089-2,496]	0,018
≥ 5 ngày/tuần	1523 (96,8)	51 (3,2)	1	
<b>Chế độ ăn</b>				
Rất mặn	36 (94,7)	2 (5,3)	1	0,806
Mặn	864 (95,6)	40 (4,4)	1,200 [0,279-5,161]	
Ăn nhạt	842 (95,1)	43 (4,9)	1,088 [0,254-4,668]	0,910
Ăn rất nhạt	44 (97,8)	1 (2,2)	2,444 [0,213-28,060]	0,473
Bình thường	2858 (96,3)	109 (3,7)	1,457 [0,346-6,128]	0,608
<b>Hiểu biết về tác hại của ăn quá nhiều muối/ăn mặn với sức khỏe</b>				
Có	4132 (96,0)	173 (4,0)	1	0,592
Không	259 (96,6)	9 (3,4)	0,830 [0,420-1,641]	

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) về tỷ lệ mắc COPD giữa sử dụng rượu bia thường xuyên và không sử dụng rượu bia thường xuyên; hoạt động thường ngày cường độ nặng; hoạt động thể thao, luyện tập hoặc giải trí cường độ vừa phải; chế độ ăn mặn và hiểu biết về tác hại của ăn quá nhiều muối/ăn mặn với sức khỏe.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) về tỷ lệ mắc COPD giữa đối tượng có hút thuốc và không hút thuốc; đối tượng nghiên cứu có hút thuốc lá/lào có nguy cơ mắc bệnh phổi mạn tính cao hơn 1,746 lần những người không hút. Kết

quả này cao hơn so với kết quả của của Nguyễn Thị Hương Giang (2018) là 1,3 lần [4].

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa cường độ tham gia đi bộ hoặc đạp xe với tỷ lệ mắc bệnh COPD ( $p < 0,05$ ), trong đó người tham gia đi bộ hoặc xe đạp dưới 5 ngày có nguy cơ mắc COPD cao gấp 1,648 lần so với người tham gia đi bộ hoặc đạp xe từ 5 ngày trở lên.

**V. KẾT LUẬN**

Tỷ lệ người cao tuổi mắc tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (38,1%), mắc đái tháo đường và COPD thấp hơn chiếm tỷ lệ lần lượt là 8,8% và 3,9%.

Nhóm tuổi 60 – 69 tuổi có tỷ lệ mắc một số bệnh không lây nhiễm phổ biến cao nhất (THA là 48,2%; ĐTD là 52,5% và COPD là 48,2%). Người cao tuổi có trình độ học vấn là Tiểu học và THCS có tỷ lệ mắc cao hơn các trình độ học vấn khác (THA là 75,4%; ĐTD là 71,8% và COPD là 70,3%).

Các yếu tố liên quan như hút thuốc; hoạt động thường ngày cường độ nặng; đi bộ hoặc đạp xe; Hề biết về tác hại của ăn quá nhiều muối/ăn mặn với sức khỏe có ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc một số bệnh không lây nhiễm phổ biến ở người cao tuổi với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ )

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổ chức Y tế Pan American và Tổ chức y tế thế giới** (2020). Người cao tuổi và bệnh không lây nhiễm
2. **Nguyễn Huỳnh Minh** (2015). Một số triệu chứng và bệnh mạn tính hay gặp ở người cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại hai xã nhất tâm, đồng hóa huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam năm 2014, Khóa luận Bác sỹ Y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội.

3. **Lê Văn Hợi** (2016). Một số đặc điểm nhân khẩu học và thực trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi tại một vùng nông thôn Việt Nam. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 100 (2), 156-163.
4. **Nguyễn Thị Hương Giang, Bùi Hồng Ngọc** (2021). Thực trạng bệnh không lây nhiễm ở người cao tuổi và các yếu tố hành vi nguy cơ tại một số xã tỉnh Hà Nam năm 2018. Tạp chí nghiên cứu Y học
5. **Võ Văn Thắng, Võ Nữ Hồng Đức, Lương Thanh Bảo Yến và cộng sự.** Đánh giá tình trạng và nhu cầu sức khỏe của người cao tuổi tỉnh thừa thiên Huế. Tạp chí y học Việt Nam. 2021; 498(2):35-39
6. **Lê Hoài Thu.** Thực trạng bệnh tăng huyết áp, hành vi, đặc điểm nhân trắc học và quản lý bệnh tại cộng đồng ở người cao tuổi tại Thái nguyên năm 2019. Luận án Tiến sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội
7. **Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Phú Thọ** (2022). Báo cáo kết quả phòng chống bệnh không lây nhiễm quý IV năm 2022.
8. **Ủy ban nhân dân tỉnh Phú Thọ** (2021). Thực hiện Chương trình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi trên địa bàn tỉnh Phú Thọ đến năm 2030, Kế hoạch 2355 /KH-UBND ngày 01 tháng 6 năm 2021.
9. **WHO** (2013). Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN COPD TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI THÁI NGUYÊN

Phạm Đức Lương<sup>1</sup>, Hoàng Hà<sup>1</sup>, Tạ Ánh Tuyết<sup>2</sup>, Lã Thị Hiền<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Trần khí màng phổi ở bệnh nhân COPD hiện nay gặp khá nhiều. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân COPD có biến chứng TKMP và một số yếu tố nguy cơ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả và phân tích. Đối tượng là bệnh nhân COPD điều trị tại BV Phổi Thái Nguyên từ 6/2023 đến 06/2024. Chọn toàn bộ bệnh nhân COPD có TKMP là nhóm bệnh, 23 BN, chọn ngẫu nhiên 69 BN COPD không TKMP là nhóm chứng. **Kết quả:** Tỷ lệ COPD có tràn là 0,03%. Tỷ lệ nam là 93,5%. Tuổi trung bình là 63,1±18,4. Phân bố theo giai đoạn GOLD II gặp 69% ở nhóm có TKMP và 33% ở nhóm không TKMP. Tỷ lệ bệnh đồng mắc tim mạch chiếm 59,8%. **Bàn luận:** Nam giới TKMP nhiều hơn nữ giới, tuổi >50 TKMP nhiều hơn do đặc thù ở nam giới hoạt động nhiều hơn, nhiều biến cố bất lợi, có nguy cơ TKMP cao hơn. Bệnh nhân COPD giai đoạn GOLD II và III chiếm tỷ lệ nhập viện cao, do vậy, tỷ lệ TKMP giai

đoạn II sẽ cao. Bệnh đồng mắc thường gặp nhất là bệnh tim mạch. **Kết luận:** Biến chứng TKMP ở bệnh nhân COPD gặp 0,03%. Các yếu tố GOLD II, giới nam, bệnh đồng mắc tim mạch là yếu tố nguy cơ TKMP với lần lượt các OR, CI95% là: 3,1 (1,173-8,252); 1,7 (0,1903-15,532) và 1,4 (0,509-3,630). **Khuyến nghị:** Các thầy thuốc lâm sàng cần cảnh giác biến chứng TKMP ở bệnh nhân COPD có mức độ GOLD II, giới nam, bệnh đồng mắc tim mạch.

**Từ khóa:** COPD, tràn khí màng phổi, GOLD, bệnh đồng mắc, bệnh viện Phổi Thái Nguyên.

#### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF COPD PATIENTS WITH PNEUMOTHEMA AND SOME RISK FACTORS AT THAI NGUYEN LUNG HOSPITAL

**Introduction:** Pneumothorax in COPD patients is quite common nowadays. Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of COPD patients with pneumothorax complications and some risk factors. **Methods:** Descriptive and analytical study. The subjects were COPD patients treated at Thai Nguyen Lung Hospital from June 2023 to June 2024. Select all COPD patients with pneumothorax as the disease group, 23 patients, randomly select 69 COPD patients without pneumothorax as the control group. **Results:** The rate of COPD with pneumothorax

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Phổi Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hà

Email: hoangha@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 6.12.2024