

nguyên cứu của chúng tôi, số người bệnh bị liệt nửa người ngày vào viện chiếm đa số là nhóm liệt độ 3 với 51,6%, độ 1 và độ 5 không có người bệnh nào. Ngày ra viện, mức độ liệt có sự thay đổi khi liệt độ 1 chiếm 24,5%, liệt độ 2 chiếm 52,7%, liệt độ 3 giảm còn 17,6% cho thấy độ liệt của người bệnh có sự cải thiện rõ rệt trong quá trình điều trị. Kết quả nghiên cứu của tác giả Vũ Lan Hương cũng tương đồng với kết quả của chúng tôi [10]

Kiểm soát đường huyết là mục tiêu điều trị của người bệnh đột quỵ thiếu máu não. Tăng đường huyết thường gặp ở người bệnh nhồi máu não cấp, ngay cả khi họ không có tiền sử tiểu đường, cơ chế là do căng thẳng stress. Trong nghiên cứu của chúng tôi đường máu trung bình của người bệnh lúc nhập viện là $8,8 \pm 2,79$. Tác giả Nguyễn Ngọc Võ Khoa và cộng sự nghiên cứu tăng đường máu phản ứng trên người bệnh nhồi máu não là 64,5% và tăng đường máu chung chiếm 78,7%, đường máu trung bình trên những người bệnh nhồi máu não là $8,64 \pm 2,49$. Kết quả cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm NIHSS vào viện trung bình là $8,8 \pm 5,8$, điểm Glasgow trung bình lúc nhập viện là $13,2 \pm 1,63$. Huyết áp tâm thu trung bình là $147,25 \pm 20,05$, huyết áp tâm trương trung bình là $82,7 \pm 11,92$. Xét nghiệm cận lâm sàng: Đường máu trung bình lúc vào viện là $8,8 \pm 2,79$, LDL – C trung bình là $3,05 \pm 1,06$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S,

Sacco RL, Hacke W, Fisher M, Pandian J, Lindsay P. (2022) "World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. Int J Stroke. 2022 Jan;17(1):18-29. PMID: 34986727

2. Lê Đức Hình (2010). Chẩn đoán sớm cơn đột quỵ não, Nội san Hội Thần kinh học Việt Nam, 6(1), 3-7.
3. Nguyễn Đạt Anh, Mai Duy Tôn (2016), "Các thang điểm đánh giá người bệnh đột quỵ não điều trị tiêu huyết khối", Điều trị tiêu huyết khối ở người bệnh nhồi máu não cấp, Nhà xuất bản Y học, tr. 83-101.
4. Bộ Y tế (2020), Quyết định 5331/QĐ-BYT ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và xử trí đột quỵ não (1)
5. Phạm Thị Cẩm Hưng (2024), "Đặc điểm lâm sàng của người bệnh nhồi máu não điều trị tại Bệnh viện đa khoa Xanh – Pôn từ tháng 12/2020 đến tháng 04/2021". Tạp chí Y học Việt Nam, tập 539, số 1, tr 64 – 67. (10)
6. Mai Duy Tôn (2012), "Đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong vòng 3 giờ đầu bằng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch Alteplase liều thấp", Đại học Y Hà Nội, p. 51-70
7. Nguyễn Thị Bảo Liên (2019), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các yếu tố nguy cơ đột quỵ của nhồi máu não cấp ở người bệnh rung nhĩ không do bệnh van tim." Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
8. Nguyễn Trường Ân (2024), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của người bệnh nhồi máu não tái phát tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ. Tạp chí Y dược học Cần Thơ, số 73, tr 67 – 73 (7)
9. Huỳnh Thị Phương Minh (2015), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhồi máu não cấp tại bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang". Hội Thần Kinh Học Việt Nam.
10. Vũ Lan Hương (2023), Chăm sóc người bệnh đột quỵ não và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Y học cổ truyền trung ương năm 2022 – 2023, Luận văn thạc sĩ y học, LVCH.01661, Trường Đại học Thăng Long.

THỰC TRẠNG MẮC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HÀ NỘI NĂM 2022

Tạ Quang Thành¹, Lê Đình Thanh², Nguyễn Văn Chuyên³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu thực trạng mắc và một số yếu tố liên quan bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Hà Nội năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:**

¹Bệnh viện Bắc Thăng Long

²Bệnh viện Thống Nhất

³Học Viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Quang Thành

Email: taquangthanhr@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

Mô tả cắt ngang có phân tích. Đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi sinh sống tại 5 phường của quận Đống Đa, Hà Nội: Phương Mai, Trung Liệt, Kim Liên, Ô Chợ Dừa và Trung Tự, thời gian từ tháng 4/2022 – 10/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở người cao tuổi là 59,8%, trong số những người tăng huyết áp, có 45,6% đã được chẩn đoán tăng huyết áp trước đó và 39,2% đang điều trị tăng huyết áp. Trong những người cao tuổi tăng huyết áp chưa được chẩn đoán trước đó, phần lớn là tăng huyết áp độ I (78,9%) và tăng huyết áp tâm thu (72,9%). Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi. Trong phân tích đa biến, tuổi ≥ 80 (1,967; <0,01; 1,356-2,853); chỉ số WHR bất thường (OR=1,597; 0,019; 1,078-2,311), hút thuốc lá

(OR=1,451; 0,019; 1,063-1,981), đái tháo đường ((OR= 2,237; <0,01; 1,515-3,302) và rối loạn chuyển hoá lipid (OR= 1,82; <0,01; 1,35-2,454) là các yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở người cao tuổi là 59,8%. Trong phân tích đa biến, tuổi ≥ 80 ; chỉ số WHR bất thường, hút thuốc lá, đái tháo đường và rối loạn chuyển hoá lipid là các yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi. **Từ khóa:** Yếu tố liên quan; Tăng huyết áp; Người cao tuổi; Hà Nội.

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF HYPERTENSION AND SOME FACTORS RELATED TO HYPERTENSION IN THE ELDERLY IN HANOI IN 2022

Objectives: Study on the current status of hypertension and some factors related to hypertension in the elderly in Hanoi in 2022. **Subjects and methods:** Analytical cross-sectional study. The study subjects were the elderly living in 5 wards of Dong Da district, Hanoi: Phuong Mai, Trung Liet, Kim Lien, O Cho Dua and Trung Tu, from April 2022 to October 2022. **Results:** The prevalence of hypertension in the elderly was 59.8%, among those with hypertension, 45.6% had been previously diagnosed with hypertension and 39.2% were being treated for hypertension. Among the elderly with undiagnosed hypertension, the majority were grade I hypertension (78.9%) and systolic hypertension (72.9%). The prevalence of hypertension in the elderly tended to increase with age. In multivariate analysis, age ≥ 80 years (1.967; <0.01; 1.356-2.853); abnormal WHR index (OR=1.597; 0.019; 1.078-2.311), smoking (OR=1.451; 0.019; 1.063-1.981), diabetes ((OR= 2.237; <0.01; 1.515-3.302) and lipid metabolism disorder (OR= 1.82; <0.01; 1.35-2.454) were risk factors associated with hypertension in the elderly. **Conclusion:** The prevalence of hypertension in the elderly was 59.8%. In multivariate analysis, age ≥ 80 years; abnormal WHR, smoking, diabetes, and lipid metabolism disorders were risk factors associated with hypertension in the elderly. **Keywords:** Related factors; hypertension; the elderly; Ha Noi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hoá dân số đang diễn ra nhanh chóng trên phạm vi toàn cầu. Theo ước tính của WHO, trên toàn thế giới, dân số từ 60 tuổi trở lên sẽ tăng từ 1 tỷ vào năm 2020 lên 1,4 tỷ vào năm 2030 và đến năm 2050, dân số thế giới từ 60 tuổi trở lên sẽ tăng gấp đôi (2,1 tỷ) [1]. Tại Việt Nam, theo số liệu của Tổng cục thống kê, trong giai đoạn 2019-2021, tổng dân số tăng thêm 2,07 triệu người (từ 96,21 triệu lên 98,28 triệu) thì dân số cao tuổi (những người từ 60 tuổi trở lên) tăng thêm 1,17 triệu người (từ 11,41 triệu lên 12,58 triệu, tương ứng với tăng từ 11,86% tổng dân số lên 12,80% tổng dân số) [2].

Người cao tuổi có nguy cơ cao mắc các vấn

đề sức khoẻ, đặc biệt là các bệnh không lây, gây ra các thách thức lớn đến hệ thống y tế và xã hội ở mỗi quốc gia. Trong số những người cao tuổi, các bệnh không lây thường gặp là tăng huyết áp (40,4%), tiểu đường (31,2%), viêm khớp (22,1%), suy giảm cảm giác (10,1%), bệnh tim mạch (7,8%) và rối loạn lipid máu (7,0%) [3]. Trong đó tăng huyết áp là một trong những yếu tố đáng lo ngại do nguy cơ liên quan đối với bệnh tật và tử vong do tim mạch, đặc biệt là ở người cao tuổi, nguy cơ mắc bệnh động mạch vành, đột quỵ, bệnh tim sung huyết, suy thận mãn tính và chứng mất trí cũng tăng ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp [4]. Đây là một bệnh mãn tính thường gặp và thường không có triệu chứng, cần phát hiện sớm, kiểm soát điều trị và kiểm soát các yếu tố liên quan nhằm mục đích giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch, mạch máu não và thận, giúp giảm đáng kể gánh nặng về bệnh tật và tử vong liên quan.

Từ các lý do trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: "*Nghiên cứu thực trạng mắc và một số yếu tố liên quan bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Hà Nội năm 2022*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người cao tuổi tại quận Đống Đa, Hà Nội.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- 1) Người từ 60 tuổi.
- 2) Sống tại địa phương ≥ 2 năm.
- 3) Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không đủ khả năng hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 4/2022 – 10/2022.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại 5 phường của quận Đống Đa, Hà Nội: Phương Mai, Trung Liet, Kim Liên, Ô Chợ Dừa và Trung Tự.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó: p là tỷ lệ ước đoán người cao tuổi mắc tăng huyết áp (chọn p=0,45 theo nghiên cứu của Trần Thanh Tú [5]). ϵ là sai số tương đối cho phép (chọn $\epsilon=7,5\%$). $Z_{(1-\alpha/2)}$ là độ tin cậy 95% ($Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$). Cỡ mẫu tối thiểu tính được là n = 835, cỡ mẫu thực tế thực hiện n=1020 đối tượng.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn:

* Chọn ngẫu nhiên 05 phường trong danh sách 21 phường thuộc quận Đống Đa, TP Hà Nội. Danh sách 05 phường đã được chọn ngẫu nhiên bao gồm: Phường Mai, Trung Liệt, Kim Liên, Ô Chợ Dừa và Trung Tự.

* Chọn đơn vị mẫu (người cao tuổi): Lập danh sách toàn bộ NCT ở 05 phường đã chọn. Lập danh sách toàn bộ người từ đủ 60 tuổi trở lên ở mỗi xã được chọn. Từ danh sách đó, chọn ngẫu nhiên NCT theo dự kiến tại mỗi phường vào nghiên cứu. Người được chọn nhưng không tham gia nghiên cứu sẽ thay thế trên cơ sở chọn người tiếp theo cùng giới, nhóm tuổi trong danh sách xã tương ứng. NCT tăng huyết áp lựa chọn vào nghiên cứu được xác định là những người đã được chẩn đoán tăng huyết áp trước đó và những người có HA tâm thu tại phòng khám ≥ 140 và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg theo ESC/ESH 2018.

- **Xác định các tiêu chuẩn đánh giá:** Theo ESC/ESH 2018, Tăng huyết áp được định nghĩa là tình trạng tăng liên tục khi HA tâm thu tại phòng khám ≥ 140 và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg, tương đương với theo dõi HA lưu động trung bình trong 24 giờ là $\geq 130/80$ mmHg hoặc theo dõi HA tại nhà trung bình $\geq 135/85$ mmHg.

Bảng 2.1. Phân loại tăng huyết áp

Phân loại	HATT (mmHg)		HATT _r (mmHg)
HA tối ưu	< 120	và	< 80
HA bình thường	120-129	và	80-84
HA bình thường cao	130-139	và	85-89
Tăng huyết áp độ 1	140-159	và/hoặc	90-99
Tăng huyết áp độ 2	160-179	và/hoặc	100-109
Tăng huyết áp độ 3	≥ 180	và/hoặc	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	và	< 90

*Nguồn: ESC/ESH 2018

Phân loại tăng huyết áp chỉ áp dụng đối với các đối tượng không sử dụng thuốc hạ áp và đang mắc các bệnh lý cấp tính.

Kỹ thuật và phương pháp sử dụng trong chẩn đoán sàng lọc cộng đồng gồm:

- + Khai thác hồ sơ sức khỏe của đối tượng.
- + Thăm khám lâm sàng.

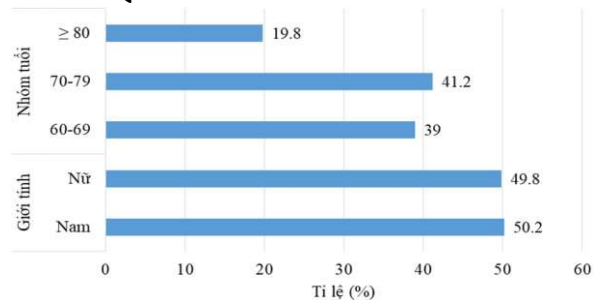
+ Xét nghiệm cận lâm sàng: Xét nghiệm điện tim, siêu âm tim Doppler và đo huyết áp

- **Quy trình nghiên cứu:** Các đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu được phỏng vấn, khám, thu thập mẫu máu làm xét nghiệm sinh hóa máu (xác định nồng độ Glucose, Cholesterol toàn phần, LDL-c, HDL-c, Triglycerid), xét nghiệm điện tim và siêu âm tim và chẩn đoán

tăng huyết áp cho đối tượng.

- **Phương pháp phân tích số liệu:** Các số liệu được quản lý trên máy tính và xử lý theo các thuật toán thống kê y sinh học với phần mềm SPSS 22.0. Đánh giá mối liên quan của các yếu tố với kết quả chẩn đoán bệnh tim mạch thông qua các phép thử Pearson Chi-square so sánh phân loại biến giữa các nhóm. Giá trị p nhỏ hơn 0,05 là được coi là đáng kể.

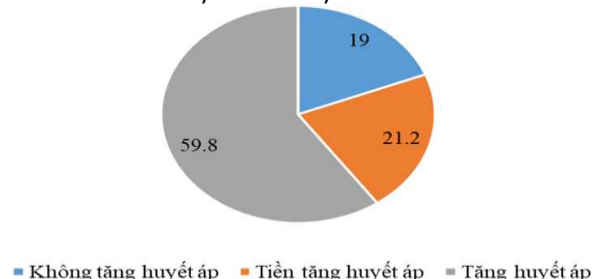
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ nam và nữ trong nhóm nghiên cứu là tương tự nhau, với tỷ lệ nam/nữ=1:1.

Phần lớn đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi từ 70-79 tuổi, chiếm 41,2%; sau đó đến 60-69 tuổi, chiếm 39% và thấp nhất là người cao tuổi trên 80 tuổi, chỉ có 19,8%.



Biểu đồ 3.2. Thực trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi

Nhận xét: Tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở người cao tuổi là 59,8%.

Bảng 3.1. Tỷ lệ những người trước đó được chẩn đoán tăng huyết áp và đang điều trị

	Số lượng (n=610)	Tỷ lệ (%)
Đã được chẩn đoán tăng huyết áp	278	45,6
Đang điều trị	239	39,2

Nhận xét: Trong số những người cao tuổi mắc tăng huyết áp, có 45,6% đã được chẩn đoán tăng huyết áp trước đó và 39,2% đang điều trị tăng huyết áp.

Bảng 3.2. Phân loại tăng huyết áp ở người cao tuổi

	Số lượng (n=332)	Tỉ lệ (%)
Mức độ tăng huyết áp		
Độ I	262	78,9
Độ II	60	18,1
Độ III	10	3
Loại tăng huyết áp		
Tăng huyết áp tâm thu	242	72,9
Tăng huyết áp tâm trương	18	5,4
Tăng cả hai	72	21,7

Nhận xét: Trong những người cao tuổi tăng huyết áp chưa được chẩn đoán trước đó, phần lớn là tăng huyết áp độ I (78,9%) và tăng huyết áp tâm thu (72,9%), tăng huyết áp độ III chiếm 3% và tăng cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương chiếm 21,7%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi theo giới tính

	Nam (n=512)	Nữ (n=508)	p
Không tăng huyết áp	204 (39,8%)	206 (40,6%)	0,818
Tăng huyết áp	308 (60,2%)	302 (59,4%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi giữa nam và nữ ($p>0,05$).

Bảng 3.4. Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi theo nhóm tuổi

	60-69 (n=398)	70-79 (n=420)	≥80 (n=202)	p
Không tăng huyết áp	185 (46,5%)	165 (39,3%)	60 (29,7%)	<0,01
Tăng huyết áp	213 (53,5%)	255 (60,7%)	142 (70,3%)	

Nhận xét: Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi, lần lượt là 53,5%; 60,7% và 70,3% ở người cao tuổi từ 60-69; 70-79 và ≥ 80 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,01$).

Bảng 3.5. Phân tích đa biến một số yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi

Yếu tố nguy cơ		Tăng huyết áp	Không tăng huyết áp	OR* ; p; 95%CI
Tuổi	60-69	213 (53,5%)	185 (46,5%)	
	70-79	255 (60,7%)	165 (39,3%)	1,307 (0,74; 0,974-1,754)
	≥ 80	142 (70,3%)	60 (29,7%)	1,967 (<0,01; 1,356-2,853)
Giới tính	Nữ	302 (59,4%)	206 (40,6%)	0,763
	Nam	308 (60,2%)	204 (39,8%)	(0,168; 0,519-1,121)
BMI	Tiền béo phì, béo phì độ I, II, III (BMI ≥23)	160 (26,2%)	114 (27,8%)	0,765
	Gầy, Bình thường (BMI<23)	450 (73,8%)	296 (72,2%)	(0,094; 0,559-1,047)
WHR	Bất thường (Nam ≥0,9; nữ ≥0,8)	241 (62,6%)	128 (37,4%)	1,579
	Bình thường	396 (58,4%)	282 (41,6%)	(0,019; 1,078-2,311)
Hút thuốc lá	Có	260 (66%)	134 (34%)	1,451
	Không	350 (55,9%)	276 (44,1%)	(0,019; 1,063-1,981)
Uống rượu	Có	217 (65,4%)	115 (34,6%)	1,121
	Không	393 (57,1%)	295 (42,9%)	(0,457; 0,83-1,515)
Đái tháo đường	Có	131 (75,3%)	43 (24,7%)	2,237
	Không	479 (56,6%)	367 (43,4%)	(<0,01; 1,515-3,302)
Rối loạn chuyển hoá lipid	Có	476 (63,3%)	276 (36,7%)	1,82
	Không	134 (50%)	134 (50%)	(<0,01; 1,35-2,454)

Nhận xét: Trong phân tích đa biến, tuổi ≥ 80; chỉ số WHR bất thường, hút thuốc lá, đái tháo đường và rối loạn chuyển hoá lipid là các yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở người cao tuổi là 59,8%, kết quả cho thấy tỉ lệ người cao tuổi mắc

huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Hoàng Thị Hoa Lê và CS tiến hành trên 326 người cao tuổi tại xã Nam Sơn, An Dương, Hải Phòng năm 2019 – 2020, tỉ lệ THA ở người cao tuổi là 35,3%; THA độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất (14,4%) [6]. Nghiên cứu của Phan Thanh Thủy đánh giá thực trạng tăng huyết áp và một số yếu

tổ liên quan ở người cao tuổi tại tỉnh Quảng Bình, tỉ lệ tăng huyết áp là 52%, trong đó có 65,3% đã biết về bệnh và 42,4% đang điều trị [7]. Sự khác biệt này có thể lý giải do tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ người cao tuổi từ 70 tuổi trở lên chiếm 61%, trong khi trong các nghiên cứu khác chiếm tỉ lệ thấp hơn, từ 52,2% đến 52,4%.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng, trong số những người cao tuổi mắc tăng huyết áp, có 45,6% đã được chẩn đoán tăng huyết áp trước đó và 39,2% đang điều trị tăng huyết áp, cho thấy tỉ lệ người cao tuổi tăng huyết áp chưa được chẩn đoán và chưa được điều trị khá cao, do vậy việc tuyên truyền và khám sức khỏe ở người cao tuổi rất quan trọng để kịp thời phát hiện và kiểm soát tình trạng tăng huyết áp.

Chỉ số WHR cao hơn có liên quan đến tăng huyết áp cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người cao tuổi có chỉ số WHR bất thường (nam $\geq 0,9$; nữ $\geq 0,8$) có nguy cơ tăng huyết áp cao hơn 1,597 lần (0,019; 1,078-2,311) so với người cao tuổi có chỉ số WHR bình thường, cho thấy mối liên hệ giữa WHR và tình trạng tăng huyết áp, điều này cũng đã được khẳng định trong các nghiên cứu khác, tỷ lệ chênh lệch (OR) của tăng huyết áp là 1,22 (95% CI 1,04 đến 1,41) trên mỗi 0,1 đơn vị WHR lớn hơn [8].

Tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch cũng được quan sát thấy ở những người có thói quen hút thuốc, bị đái tháo đường và rối loạn chuyển hoá lipid. người cao tuổi hút thuốc lá có nguy cơ tăng huyết áp cao hơn 1,451 lần (0,019; 1,063-1,981) so với người cao tuổi không hút thuốc lá; Người cao tuổi bị đái tháo đường và rối loạn chuyển hoá lipid có nguy cơ tăng huyết áp cao hơn 2,237 lần ($<0,01$; 1,515-3,302) và 1,82 lần ($<0,01$; 1,35-2,454) so với người cao tuổi không mắc các rối loạn chuyển hoá này. Suy giảm chức năng nội mô, độ cứng động mạch, tình trạng viêm, biến đổi lipid cũng như sự thay đổi các yếu tố chống huyết khối và tiền huyết khối là những yếu tố chính liên quan đến hút thuốc lá và quá trình xơ vữa động mạch, dẫn đến các biến cố tim mạch, đặc biệt là tình trạng tăng huyết áp [9], [10]. Cai thuốc lá, kiểm soát tình trạng đái tháo đường và rối loạn lipid máu là các biện pháp thay đổi lối sống hiệu quả nhất để phòng ngừa nhiều bệnh tim mạch.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở người cao tuổi là

59,8%. Trong số những người tăng huyết áp, có 45,6% đã được chẩn đoán tăng huyết áp trước đó và 39,2% đang điều trị tăng huyết áp. Trong phân tích đa biến, tuổi ≥ 80 ; chỉ số WHR bất thường, hút thuốc lá, đái tháo đường và rối loạn chuyển hoá lipid là các yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi.

VI. LỜI CẢM ƠN

Số liệu bài báo được lấy từ đề tài: "Nghiên cứu thực trạng, chất lượng cuộc sống của người cao tuổi mắc bệnh tim mạch và hiệu quả một số kỹ thuật điều trị" của Bộ Khoa học và Công nghệ. Mã số: ĐTĐL.CN.52/21.

Tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới các thành viên nghiên cứu thuộc tổ chức chủ trì và phối hợp thực hiện đề tài là Bệnh viện Thống Nhất và Học viện Quân y, cùng toàn thể các đối tượng tham gia thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2024). Aging and health.
2. **Tổng cục thống kê** (2021). Người cao tuổi Việt Nam: Phân tích từ Điều tra Biến động dân số và Kế hoạch hoá gia đình năm 2021.
3. **Chobe M., Chobe S., Dayama S. et al.** (2022) Prevalence of Non-Communicable Diseases and Its Associated Factors Among Urban Elderly of Six Indian States. *Cureus*, 14 (10): e30123.
4. **Chobanian A. V., Bakris G. L., Black H. R. et al.** (2003) The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. 289 (19): 2560-2571.
5. **Trần Thanh Tú** (2014). Tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Thị trấn Trâu Quỳ, Huyện Gia Lâm, Hà Nội, Năm 2011.
6. **Hoàng Thị Hoa Lê, Nguyễn Minh Ngọc, Phạm Minh Khuê và CS.** (2021) Tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi xã Nam Sơn, An Dương, Hải Phòng năm 2019-2020. *Tạp chí Y học dự phòng*, 31 (1): 127-133.
7. **Phan Thanh Thuỷ và Trần Khánh Toàn** (2022). Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại tỉnh Quảng Bình. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 519 (1).
8. **Re F., Oguntade A. S., Bohrmann B. et al.** (2023). Associations of general and central adiposity with hypertension and cardiovascular disease among South Asian populations: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 13 (12): e074050.
9. **Virdis A., Giannarelli C., Neves M. F. et al.** (2010). Cigarette smoking and hypertension. *Curr Pharm Des*, 16 (23): 2518-2525.
10. **Cryer M. J., Horani T. và DiPette D. J.** (2016) Diabetes and Hypertension: A Comparative Review of Current Guidelines. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 18 (2): 95-100.