

có nhiều tĩnh mạch giãn sẽ có nguy cơ chảy máu đại trực tràng cao hơn so với nhóm không có giãn mạch ($p=0.05$)¹⁰.

Đánh giá mức độ nặng trên nội soi chúng tôi dựa vào hệ thống phân loại Vienna Rectoscopy Score (VRS) kết quả có 4 bệnh nhân ở mức độ 1, 17 bệnh nhân ở mức độ 2, 33 bệnh nhân ở mức độ 3, 9 bệnh nhân ở mức độ 4 và 5 bệnh nhân ở mức độ 5. Như vậy có thể thấy trên hình ảnh nội soi bệnh nhân thường mắc viêm trực tràng do xạ trị mức độ 2 và mức độ 3. Để đánh giá mức độ nặng của bệnh chúng tôi áp dụng bảng phân loại SOMA LENT kết quả ghi nhận có 45 bệnh nhân mắc bệnh mức độ 1, 18 bệnh nhân mắc bệnh mức độ 2 và 5 bệnh nhân mắc bệnh mức độ 3, không có bệnh nhân nào mắc bệnh mức độ 4. Như vậy có thể thấy các trường hợp viêm trực tràng sau xạ trị thường mắc bệnh ở mức độ 1, mức độ 2. Khi đánh giá mối tương quan giữa mức độ nặng của bệnh với mức độ tổn thương trên nội soi chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,046$.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân viêm trực tràng do xạ trị thường nhập viện với biểu hiện đại tiện phân máu, thiếu máu chủ yếu ở mức độ nhẹ. Tổn thương thường trên nội soi thường ở cả trực tràng và đại tràng sigma, trong đó hình thái dị sản mạch hay gặp nhất. Có mối liên quan giữa phân loại trên nội soi theo VRS với mức độ nặng của bệnh theo SOME-LENT

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kennedy GD, Heise CP. Radiation colitis and proctitis. Clin Colon Rectal Surg. 2007;20(1):64-72. doi:10.1055/s-2007-970202

2. Dahiya DS, Kichloo A, Tuma F, Albosta M, Wani F. Radiation Proctitis and Management Strategies. Clin Endosc. 2022;55(1):22-32. doi:10.5946/ce.2020.288
3. Gilinsky NH, Burns DG, Barbezat GO, Levin W, Myers HS, Marks IN. The natural history of radiation-induced proctosigmoiditis: an analysis of 88 patients. Q J Med. 1983;52(205):40-53.
4. Schultheiss TE, Lee WR, Hunt MA, Hanlon AL, Peter RS, Hanks GE. Late GI and GU complications in the treatment of prostate cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 1997;37(1):3-11. doi:10.1016/s0360-3016(96)00468-3
5. Lucarotti ME, Mountford RA, Bartolo DC. Surgical management of intestinal radiation injury. Dis Colon Rectum. 1991;34(10):865-869. doi:10.1007/BF02049698
6. Wachter S, Gerstner N, Goldner G, Pötzi R, Wambersie A, Pötter R. Endoscopic scoring of late rectal mucosal damage after conformal radiotherapy for prostatic carcinoma. Radiother Oncol. 2000;54(1): 11-19. doi:10.1016/s0167-8140(99)00173-5
7. Mendenhall WM, McKibben BT, Hoppe BS, Nichols RC, Henderson RH, Mendenhall NP. Management of radiation proctitis. Am J Clin Oncol. 2014;37(5): 517-523. doi:10.1097/COC.0b013e318271b1aa
8. Hà Lương Duy Khánh, Đào Văn Long. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng Bệnh VTT và Đại Tr tràng Sigma Do Xạ Trị. Thạc sĩ, Nội khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.; 2014.
9. Nguyễn Công Long, Hoàng Mạnh Hùng, Lê Văn Anh. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm trực tràng chảy máu sau tia xạ được điều trị bằng argon plasma coagulation. Published online 2022.
10. O'Brien PC, Hamilton CS, Denham JW, Gourlay R, Franklin CIV. Spontaneous improvement in late rectal mucosal changes after radiotherapy for prostate cancer. International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics. 2004;58(1): 75-80. doi:10.1016/S0360-3016(03)01445-7

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI DÂN TỘC KHMER TẠI HUYỆN CHÂU THÀNH, TỈNH TRÀ VINH

Trần Quốc Cường¹, Bùi Bảo Duy², Đoàn Văn Hậu³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành, tỉnh

Trà Vinh đến nay chưa có công trình nghiên cứu nào được công bố. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành, tỉnh Trà Vinh năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích trên 400 người cao tuổi dân tộc Khmer. Sử dụng bộ câu hỏi thiết kế bám sát theo mục tiêu nghiên cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành năm 2024 là 58,5%, trong đó đã được chẩn đoán là 85%, mới phát hiện là 15%. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nam là 49,57%, ở nữ là 50,43%. **Kết luận:** Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi dân tộc Khmer huyện Châu Thành, tỉnh Trà Vinh cao, cần quan tâm điều trị, cải thiện các yếu tố nguy cơ và

¹Trường Đại học Cửu Long, Vĩnh Long

²Trung tâm Y tế khu vực Châu Thành A, Vĩnh Long

³Trường Đại học Trà Vinh, Vĩnh Long

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Cường

Email: tranquoccuong@mku.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025

sàng lọc tăng huyết áp. **Từ khóa:** Tăng huyết áp, Người cao tuổi, Khmer, Châu Thành, Trà Vinh.

SUMMARY

PREVALENCE OF HYPERTENSION AMONG ELDERLY KHMER PEOPLE IN CHAU THANH DISTRICT, TRA VINH PROVINCE, IN 2024

Introduction: There have been no published studies on hypertension among elderly Khmer people in Chau Thanh District, Tra Vinh Province, to date. **Objective:** To describe the current status of hypertension among elderly Khmer ethnic people in Chau Thanh District, Tra Vinh Province in 2024. **Methodology:** A cross-sectional analytical study was conducted on 400 elderly individuals of Khmer ethnicity. A structured questionnaire was developed in alignment with the study objectives. **Results:** The prevalence of hypertension among elderly Khmer ethnic people in Chau Thanh District in 2024 was 58.5%, of which 85% had been previously diagnosed and 15% were newly detected cases. The prevalence of hypertension was 49.57% in males and 50.43% in females. **Conclusion:** The prevalence of hypertension among elderly Khmer ethnic people in Chau Thanh District, Tra Vinh Province is high. There is a need to focus on treatment, address risk factors, and enhance hypertension screening efforts. **Keywords:** Hypertension, Elderly, Khmer, Chau Thanh, Tra Vinh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh lý tim mạch phổ biến với tiến triển âm thầm nhưng có thể gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng, ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống. Tỷ lệ tăng huyết áp đang gia tăng nhanh trên toàn cầu, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Huyện Châu Thành, tỉnh Trà Vinh là địa phương có tỷ lệ người cao tuổi dân tộc Khmer cao, đời sống kinh tế còn nhiều khó khăn, người dân ít quan tâm đến chăm sóc sức khỏe, trong đó có bệnh tăng huyết áp, ngoài ra trong đời sống xã hội, văn hóa ẩm thực có một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp. Tuy nhiên, hiện tại còn thiếu các nghiên cứu đánh giá cụ thể về thực trạng tăng huyết áp trong nhóm đối tượng này tại địa phương. Vì vậy, nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá Thực trạng tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành, tỉnh Trà Vinh năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân tộc Khmer từ 60 tuổi trở lên, có khả năng đáp ứng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu cắt ngang

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ước lượng một tỷ lệ

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

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu; Z: trị số tính từ phân phối chuẩn, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ ($\alpha = 0,05$ độ tin cậy 95%); d: khoảng sai lệch mong muốn 5% ($d = 0,05$); $p = 0,62$, dựa vào kết quả nghiên cứu: Tình hình tăng huyết áp ở người cao tuổi đồng bào dân tộc Khmer, tỉnh Trà Vinh của tác giả Nguyễn Thanh Bình (Nguyễn Thanh Bình, 2015) [3]. Tính được cỡ mẫu $n = 362$, dự trừ 10% mất mẫu nên trong nghiên cứu này chúng tôi lấy cỡ mẫu 400 người.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống

Bước 1: Xác định khoảng mẫu k

$$k = N/n = 4000/400 = 10$$

Chọn một số i giữa 1 và k (10) bằng phần mềm Excel được $i = 6$

Bước 2: Từ danh sách 14 xã, thị trấn tiến hành bốc thăm ngẫu nhiên chọn ra được 4 xã Đa Lộc, Mỹ Chánh và Hòa Lợi và Song Lộc.

Bước 3: Tổng số người cao tuổi dân tộc Khmer tại 4 xã được chọn theo quy mô dân số của từng xã theo công thức:

(Số NCT từng xã x n (400)) / (Tổng số NCT tại 4 xã (3.035))

Bảng 2.1. Phân bố số lượng người cao tuổi dân tộc Khmer và số mẫu cần chọn theo từng xã

STT	Xã	Số NCT dân tộc Khmer	Số lượng cần chọn
1	Đa Lộc	1.400	185
2	Mỹ Chánh	420	55
3	Hòa Lợi	465	61
4	Song Lộc	750	99
	Tổng	3.035	400
	Toàn huyện	4.000	

Bước 4: Đến Ủy ban nhân dân xã đã được chọn, hộ gia đình đầu tiên là hộ thứ 6 nằm bên trái của Ủy ban nhân dân xã. Các hộ gia đình tiếp theo sẽ được chọn bằng cách người nghiên cứu tiếp tục đi về bên trái và cứ cách 10 ($k=10$) gia đình thì điều tra một gia đình, nếu trong một gia đình có nhiều đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu thì khảo sát tất cả. Nếu gặp lỗi rẽ thì người nghiên cứu rẽ trái và cứ tiếp tục khảo sát cho đến khi đủ số lượng tại xã đó. Nếu chưa đủ số lượng thì quay lại Ủy ban nhân dân xã và bắt đầu hộ thứ 6 nằm bên phải và tiếp tục thu mẫu như bên trái.

- **Thời gian:** Từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn và các công cụ để

cân, đo trực tiếp các chỉ số chiều cao, cân nặng, huyết áp, vòng eo, vòng mông.

- **Xử lý, phân tích số liệu:** Nhập số liệu bằng phần mềm Epi Data 3.1, Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm Stata 17.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** nghiên cứu đã

được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Trà Vinh theo Giấy chấp thuận số 222/GCT-HĐĐĐ ngày 10 tháng 5 năm 2024. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được thu thập, xử lý, mã hóa bảo mật và phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu phân bố theo giới tính (n=400)

Đặc điểm chung		Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Giới tính		194	48,5	206	51,5	400	100
Nhóm tuổi	60 - 69 tuổi	118	47,2	132	52,8	250	62,5
	70 - 79 tuổi	57	51,35	54	48,65	111	27,75
	≥ 80 tuổi	19	48,72	20	51,28	39	9,75
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	4	36,36	7	63,64	11	2,75
	Đã kết hôn	161	51,77	150	48,23	311	77,75
	Góa/ly thân/ly hôn	29	37,18	49	62,82	78	19,5
Trình độ học vấn	Không đi học	12	25,53	35	74,47	47	11,75
	Tiểu học	65	40,37	96	59,63	161	40,25
	THCS	70	58,82	49	41,18	119	29,75
	THPT	16	69,57	7	30,43	23	5,75
	Trung cấp, cao đẳng	24	66,67	12	33,33	36	9
	Từ đại học trở lên	7	50	7	50	14	3,5
Tình trạng nghề nghiệp hiện nay	Không còn làm việc	60	45,11	73	54,89	133	33,25
	Nông/ chăn nuôi	105	80,15	26	19,85	131	32,75
	Buôn bán	25	41,67	35	58,33	60	15,00
	Làm thuê	4	40,00	6	60,00	10	2,5
	Nội trợ	0	0	66	100	66	16,5
Nghề trước tuổi nghỉ hưu	Nội trợ	1	2,13	46	97,87	47	11,75
	Nông/ chăn nuôi	124	68,13	58	31,87	182	45,5
	Buôn bán	20	29,47	48	70,59	68	17
	CB - CCVC	35	61,40	22	38,60	57	14,25
	Làm thuê	14	30,43	32	69,57	46	11,5
Hộ nghèo/cận nghèo		17	29,82	40	70,18	57	14,25
Số người đang sống trong hộ	1 người	9	11,6	15	12,4	24	6
	2 người	57	49,14	59	50,86	116	29
	3 người	57	57,7	62	61,3	119	29,75
	4 người	39	52,7	35	47,3	74	18,5
	Từ 5 người trở lên	32	47,76	35	52,24	67	16,75
Thu nhập trung bình/ tháng	Hộ có mức sống thấp	18	29,03	44	70,97	62	15,5
	Hộ có mức sống trung bình	38	54,29	32	45,71	70	17,5
	Hộ có mức sống trên trung bình	138	51,49	130	48,51	268	67,00
Có bảo hiểm y tế		184	48,17	198	51,83	382	95,5

Nhận xét: Trong 400 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ giới tính nam và nữ khá cân bằng. Nhóm tuổi 60–69 chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó nữ chiếm ưu thế; nhóm ≥80 tuổi có tỷ lệ thấp nhất. Về hôn nhân, phần lớn đã kết hôn, nhóm góa/ly thân/ly hôn có tỷ lệ nữ cao hơn. Về học vấn, nhóm học tiểu học chiếm tỷ lệ cao nhất; tỷ lệ nam có trình độ học vấn cao hơn nữ, trong khi tỷ lệ nữ không đi học cao hơn. Đa số người cao tuổi không còn làm việc, một số vẫn làm

nông/chăn nuôi; nữ làm nội trợ nhiều hơn, phản ánh vai trò truyền thống. Hộ có 2–3 người chiếm tỷ lệ cao nhất, khoảng 35% hộ có từ 4 người trở lên, phù hợp văn hóa người Khmer. Về thu nhập, hộ có mức sống trên trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất, song vẫn còn nhiều người cao tuổi thuộc hộ nghèo hoặc cận nghèo. Tỷ lệ có bảo hiểm y tế đạt 95,5%, cao hơn nhiều so với tỷ lệ nghèo, cho thấy chính sách bảo hiểm y tế đã bao phủ hầu hết, kể cả người có hoàn cảnh khó khăn.

Bảng 3.2. Đặc điểm thể chất của đối tượng nghiên cứu phân bố theo giới tính (n=400)

Đặc điểm thể chất		Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
BMI	Nhẹ cân (< 18,5)	22	51,16	21	48,84	43	10,75
	Bình thường (18,5 ≤ BMI < 23)	101	48,33	108	51,67	209	52,25
	Thừa cân (23 ≤ BMI < 25)	43	59,72	29	40,28	72	18
	Béo phì độ 1 (25 ≤ BMI < 30)	27	39,13	42	60,87	69	17,25
	Béo phì độ 2 (BMI ≥ 30)	1	14,29	6	85,71	7	1,75
Tỷ số vòng bụng/vòng hông (WHR)	Có béo phì trung tâm (Nam ≥ 0,95; Nữ ≥ 0,85)	95	35,58	172	64,42	267	66,75
	Không béo phì trung tâm (Nam < 0,95; Nữ < 0,85)	99	74,44	34	25,56	133	33,25

Nhận xét: Nhóm có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (52,25%), thừa cân (18%) và béo phì độ I (17,25%). Nhẹ cân chiếm 10,75%, trong khi béo phì độ II chiếm 1,75%. Nữ giới có tỷ lệ béo phì (đặc biệt là độ II) cao hơn nam giới, ngược lại nam có tỷ lệ thừa cân cao hơn. Về chỉ số WHR, 66,75% người tham gia có béo phì trung tâm, trong đó nữ chiếm tỷ lệ vượt trội (64,42%) so với nam (35,58%).

3.2. Thực trạng tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Huyết áp tâm thu, tâm trương của đối tượng nghiên cứu

Huyết áp (mmHg)	Thấp nhất	Cao nhất	TB±SD
Huyết áp tâm thu (HATT)	94	184	134±17
Huyết áp tâm trương (HATTr)	60	115	78±9

TB: Trung bình; SD: độ lệch chuẩn

Nhận xét: Huyết áp tâm thu bình trong phạm vi tiền tăng huyết áp, khoảng cách giữa thấp nhất và cao nhất lớn, cho thấy sự biến động lớn về huyết áp tâm thu của đối tượng nghiên cứu. Huyết áp tâm trương trung bình trong phạm vi huyết áp tối ưu.

Bảng 3.4. Phân bố tỷ lệ tăng huyết áp theo giới tính (n=400)

Tăng huyết áp	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Đã chẩn đoán	96	48,24	103	51,76	199	85
Mới phát hiện	20	57,14	15	42,86	35	15
Chung	116	49,57	118	50,43	234	58,5

Nhận xét: Tỷ lệ tăng huyết áp chung là 58,5%, trong đó tỷ lệ tăng huyết áp đã được chẩn đoán chiếm 85% trong đó nam là 48,24% và nữ là 51,76%. Tỷ lệ tăng huyết áp mới phát hiện là 15% trong đó ở nam là 57,14% và ở nữ là 42,86%.

Bảng 3.5. Phân bố tỷ lệ tăng huyết áp theo nhóm tuổi (n=400)

Tăng huyết áp	Nhóm tuổi						Tổng	
	60-69		70-79		≥80			
	n	%	n	%	n	%	n	%

Có	121	51,71	77	32,91	36	15,38	234	58,5
Không	129	77,71	34	30,63	3	7,69	166	41,5
Tổng	250	62,5	111	27,75	39	9,75	400	100

Nhận xét: Có 234 người bị tăng huyết áp, chiếm 58,5%. Nhóm tuổi 60–69 có số người bị tăng huyết áp cao nhất với 121 người, chiếm 51,71% tổng số ca tăng huyết áp; nhóm 70–79 tuổi với 77 người (32,91%) và thấp nhất là nhóm ≥80 tuổi với 36 người (15,38%). Ngược lại, nhóm không bị tăng huyết áp chiếm 41,5%, trong đó nhóm tuổi 60–69 chiếm tỷ lệ cao nhất (77,71%), nhóm 70–79 chiếm 30,63%, và nhóm ≥80 tuổi chiếm 7,69%. Kết quả này cho thấy sự phân bố tăng huyết áp khác nhau theo từng nhóm tuổi trong dân số nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Về giới tính: Tỷ lệ nam chiếm 48,5%, nữ chiếm 51,5%, tương đồng với thống kê dân số Trà Vinh năm 2024 và các nghiên cứu trước đó như tại tỉnh Trà Vinh có tỷ lệ giới tính tương đương (nam: 47,7% và nữ: 52,3%) [3], nghiên cứu tại tỉnh Quảng Bình có tỷ lệ nam 50,9%, nữ 49,1% [8], tại huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình có tỷ lệ nam 48,7%, nữ 51,3% [2], tại Thành phố Huế có tỷ lệ nam 47,7%, nữ 52,3% [5].

Về tuổi: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với những nghiên cứu khác, có thể do thời điểm nghiên cứu, có thể có sự thay đổi về nhân khẩu học theo thời gian, xu hướng già hóa dân số và khác nhau về địa điểm nghiên cứu, mỗi địa phương có đặc điểm riêng về văn hóa, xã hội, kinh tế và môi trường, điều này có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu và nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên người dân tộc Khmer, khác biệt hoàn toàn so với các nghiên cứu khác.

Tình trạng hôn nhân: Tương đồng với nghiên cứu của Đậu Đức Bảo tại Ninh Bình có tỷ lệ kết hôn, sống chung là 72,4%, góa bụa là 23,6% và chưa kết hôn, ly thân, ly dị là 4,0% và Phan

Thanh Thủy tại Quảng Bình có tỷ lệ đã kết hôn, sống chung là 69,4%, ly dị hoặc góa bụa 29,5%, chưa từng kết hôn 47,6% [2], [8].

Trình độ học vấn: So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ học vấn thấp hơn, phản ánh điều kiện tiếp cận giáo dục hạn chế ở người dân tộc Khmer ở vùng nông thôn.

Về nghề trước tuổi nghỉ hưu: chiếm tỷ lệ cao nhất là làm nông, chăn nuôi 45,5%, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Đậu Đức Bảo tại huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình ghi nhận người cao tuổi còn làm nông nghiệp là 51,7%, nghỉ ngơi, nội trợ là 42,8% và làm công việc khác là 5,5% [2], nghiên cứu tại của Đoàn Văn Thành tại huyện Cát Hải, Hải Phòng ghi nhận nông dân chiếm 52,5%, buôn bán là 20,7% và cuối cùng là hưu trí 26,8% [6]. Người Khmer là dân cư bản địa, sinh sống từ rất lâu đời, sở hữu nhiều đất đai nên chủ yếu sinh sống bằng nghề nông (đặc biệt là trồng lúa và chăn nuôi) do đặc điểm của đất canh tác, nơi ở, không được đi học nhiều và làm theo nghề của đời trước.

Tình trạng kinh tế: Do điều kiện phát triển kinh tế còn nhiều khó khăn do chưa khai thác hết tiềm năng và lợi thế của địa phương, một số người trong độ tuổi lao động không có trình độ chuyên môn, chưa qua đào tạo nghề còn cao, tuy nhiên qua nhiều năm thực hiện các chính sách, chương trình phát triển kinh tế xã hội các xã đặc biệt khó khăn vùng dân tộc thiểu số và miền núi, xây dựng nông thôn mới nên một đời sống kinh tế của người dân tộc Khmer trên địa bàn huyện Châu Thành dần được cải thiện.

Số người sống trong hộ gia đình: Trong đời sống văn hóa của người dân tộc Khmer có xu hướng gắn kết, chung sống cùng nhau nên tỷ lệ số người sống chung trong hộ từ 2 người trở lên cao và hộ chỉ có 1 người thấp.

Bảo hiểm y tế: Trong thời gian qua, Chính phủ quyết tâm thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân, phát triển bền vững tỷ lệ người dân tham gia BHYT, kết quả năm 2023 cả nước có khoảng 93,6 triệu người tham gia với tỷ lệ bao phủ BHYT đạt gần 93,35%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ có bảo hiểm y tế 95%, còn lại không có bảo hiểm y tế là 4,5%.

BMI: Do người dân tộc Khmer chủ yếu sinh sống bằng nghề nông, chăn nuôi hoặc các nghề có vận động thể lực nên kết quả người có BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu tại huyện Cát Hải, Hải Phòng ghi nhận nhóm BMI bình thường 23,9%, tại thành phố Biên Hòa, Đồng Nai có tỷ lệ thừa cân, béo phì là 54,4% và bình thường là 45,6%, kết quả của chúng tôi khác với

các nghiên cứu của Đoàn Văn Thành tại Đồng Nai có thể do nghiên cứu của chúng tôi khảo sát người dân tộc Khmer, chủ yếu làm nghề nông, chăn nuôi và các công việc có vận động thể lực, điều này giúp họ duy trì mức BMI bình thường cao hơn so, các thành phố lớn, khu đô thị thường gắn với các ngành nghề có độ công nghiệp hóa, ít vận động thể lực cao [6], [7].

Tình trạng béo phì trung tâm: Do đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi, tỷ lệ còn làm việc thấp. Nghiên cứu tại thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai có tỷ lệ béo phì trung tâm là 45,1%, kết quả khác với nghiên cứu trên có thể do đặc điểm của dân tộc, thói quen sinh hoạt của các vùng khác nhau hoặc có sự khác biệt về cấu trúc cơ thể, di truyền và sinh lý giữa các dân tộc ảnh hưởng đến mô hình tích lũy mỡ bụng, điều này cần có thêm các nghiên cứu để làm rõ hơn [7].

4.2. Thực trạng tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu.

Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình năm 2015 (62,0%), tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn có thể do khác nhau về quy mô nghiên cứu, của tác giả Nguyễn Thanh Bình thực hiện cả tỉnh còn chúng tôi thực hiện tại một huyện hoặc đó là hiệu quả của các chương trình y tế cộng đồng trong việc tuyên truyền, tầm soát và quản lý bệnh tăng huyết áp tại địa phương [3]. Kết quả của chúng tôi nhưng cao hơn các nghiên cứu tại địa phương khác như Cát Hải, Hải Phòng (42,9%) hay Quảng Bình (52%) [6], [8]. Sự khác biệt tỷ lệ tăng huyết áp trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác có thể do đối tượng nghiên cứu, địa điểm và thời gian nghiên cứu khác nhau, nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Nguyễn Thanh Bình cùng nghiên cứu trên dân tộc Khmer, còn các nghiên cứu khác nghiên cứu chủ yếu trên người dân tộc Kinh, người dân tộc Khmer sống ở vùng sâu, vùng xa các trung tâm xã, có thói quen sống thành một cụm, xung quanh các chùa. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện năm 2024 có tỷ lệ cao hơn các nghiên cứu trước như Dương Tấn Thọ (2019, 54,4%) hay Hà Thị Vân Anh (2018, 55,4%) [1]. [7]. Điều này có thể lý giải do xu hướng già hóa dân số ngày càng tăng, kèm theo các yếu tố nguy cơ như chế độ dinh dưỡng chưa hợp lý, ít vận động, và các bệnh lý nền gia tăng theo thời gian. Tại các thành phố lớn như Huế (68,0%) hay huyện Yên Khánh, Ninh Bình (70,4%), tỷ lệ tăng huyết áp có xu hướng cao hơn do nhịp sống nhanh, áp lực công việc cao, cùng chế độ ăn uống công nghiệp, ít vận động, nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại các xã thuộc huyện Châu Thành tỉnh Trà Vinh là

khu vực nông thôn, nơi thường có lễ hội, đám tiệc diễn ra quanh năm nên có sự khác nhau về văn hóa ẩm thực, thói quen sinh hoạt, nghề nghiệp với các địa phương khác, điều đó ảnh hưởng đến tỷ lệ tăng huyết áp. Mặc dù có sự khác nhau về thời gian và địa điểm, song nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy tỷ lệ mắc THA tăng theo độ tuổi [2], [5].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng huyết áp của người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành năm 2024 là 58,5%, trong đó đã được chẩn đoán là 85%, mới phát hiện là 15%. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nam là 49,57%, ở nữ là 50,43%.

Tỷ lệ tăng huyết áp theo nhóm tuổi: 60 - 69 tuổi là 51,71%, 70 - 79 tuổi là 32,91% và ≥ 80 tuổi là 15,38%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Thị Vân Anh** (2018). Thực trạng tăng huyết áp và nguy cơ ngã ở người cao tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2018. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 143, trang 142-151.
2. **Đậu Đức Bảo và cộng sự** (2021). Tăng huyết

áp và mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở người cao tuổi tại huyện Yên Khánh, tỉnh Ninh Bình năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 522, trang 271-275.

3. **Nguyễn Thanh Bình và cộng sự** (2015). Tình hình bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi đồng bào dân tộc Khmer, tỉnh Trà Vinh. Tạp chí Y học cộng đồng, 37, trang 9-13.
4. **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, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
5. **Mai Thị Mỹ Duyên** (2022). Tỷ lệ tăng huyết áp và mối liên quan với thói quen ăn uống ở người cao tuổi tại thành phố Huế. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 5, trang 140-146.
6. **Đoàn Văn Thành** (2020). Tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện Cát Hải năm 2020. Tạp chí Y học Việt Nam, 503, trang 125-131.
7. **Dương Tấn Thọ và cộng sự** (2019). Tình hình và đánh giá kết quả can thiệp tăng huyết áp ở người cao tuổi thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai năm 2018 - 2019. Tạp chí Y dược học Cần Thơ.
8. **Phan Thanh Thủy** (2018). 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, trang 208-212.

ĐẶC ĐIỂM HÓA MÔ MIỄN DỊCH TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ VÚ NỘI ỨNG

Lê Thị Duyên^{1,2}, Tạ Văn Tò^{1,2}, Lê Thị Uyên²

Từ khóa: Ung thư biểu mô vú nội ứng, ER, PR, HER2, Ki67

SUMMARY

IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF DUCTAL CARCINOMA IN SITU OF THE BREAST

Objective: Determine the expression rates of ER, PR, HER2, and Ki67 and correlate them with histopathological features in ductal carcinoma in situ (DCIS) at the Department of Pathology -Molecular Biology, K Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 210 cases of DCIS diagnosed on surgical specimens from 2022 to 2024. Data were analyzed using SPSS version 20.0 with Chi-square and Fisher's Exact tests; p-values less than 0.05 were considered statistically significant. **Results:** The positive expression rates of ER and PR were 61.4% and 49%, respectively, predominantly observed in DCIS lesions with low to intermediate nuclear grade, cribriform or mixed architectural patterns, and absence of comedo necrosis ($p < 0.001$). Conversely, HER2 positivity (55.2%) and high Ki-67 index (59%) were significantly associated with high-grade lesions, solid or micropapillary types, and presence of comedo necrosis ($p < 0.001$). **Conclusion:** ER, PR, HER2 and Ki-67 are statistically significantly associated with histological grade, histological type, and comedo necrosis ($p < 0.001$).

Keywords: DCIS, ER, PR, HER2, Ki-67.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ bộc lộ ER, PR, HER2, Ki67 và đối chiếu với đặc điểm mô bệnh học trong ung thư biểu mô vú nội ứng (DCIS) tại Trung tâm Giải phẫu bệnh - Sinh học phân tử, Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 210 trường hợp DCIS được chẩn đoán trên bệnh phẩm phẫu thuật từ năm 2022 đến 2024. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các kiểm định Chi-square và Fisher's Exact Test, giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Tỷ lệ dương tính với ER và PR lần lượt là 61,4% và 49%, chủ yếu gặp ở các tổn thương DCIS có độ mô học thấp/trung gian, tip mặt sàng, hỗn hợp và không có hoại tử trung cá ($p < 0,001$). Ngược lại, HER2 dương tính (55,2%) và Ki-67 cao (59%) có liên quan có ý nghĩa thống kê với tổn thương độ cao, tip đặc hoặc vi nhú, và có hoại tử trung cá ($p < 0,001$). **Kết luận:** ER, PR, HER2 và Ki-67 có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các đặc điểm độ mô học, tip mô học và hoại tử trung cá ($p < 0,001$).

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Duyên

Email: duyenle17041998@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025