

## V. KẾT LUẬN

Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng thường gặp ở người > 65 tuổi. Triệu chứng cơ năng hay gặp là ho, khạc đờm, khó thở, sốt, đau ngực. Đa số BN đều có bạch cầu và CRP tăng, không có BN giảm bạch cầu. Các yếu tố nguy cơ tiên lượng viêm phổi nặng lần lượt là khó thở, tổn thương đa thùy phổi, tổn thương hai bên phổi và điểm CURB-65 trên 2 điểm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmad FB, Anderson RN.** The Leading Causes of Death in the US for 2020. JAMA. 2021;325(18):1829-1830. doi:10.1001/jama.2021.5469
2. **Xu J, Murphy SL, Kochanek KD, Bastian BA.** Deaths: Final Data for 2013. Natl Vital Stat Rep. 2016;64(2):1-119
3. **Trần Văn Chung, Đỗ Mạnh Hiếu, Hoàng Thu Thủy và cộng sự.** Tình hình bệnh tật tại khoa Hô hấp bệnh viện Bạch Mai 1996-2001. In: 2001.
4. **Tạ Thị Diệu Ngân.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng. Published online 2018.
5. **Lê VT.** Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;512(2). doi:10.51298/vmj.v512i2.2286
6. **Hà H, Sướng DV, Trung PĐ, Quyền PT.** Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng Và Kết Quả Điều Trị Viêm Phổi Mắc Phải Cộng Đồng Ở Người Lớn Tại Bệnh Viện Phổi Thái Nguyên. Tạp Chí Học Việt Nam. 2024; 538(1). doi:10.51298/vmj.v 538i1. 9344
7. **Hội hô hấp Việt Nam.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Viêm phổi mắc phải tại cộng đồng ở người lớn. Published online 2024.

# THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BA VÌ NĂM 2025

Nguyễn Đức Đa<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thoa<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Việt Anh<sup>3</sup>,  
Nguyễn Thị Thanh Hảo<sup>4</sup>, Lê Thị Hạnh<sup>5</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ tim mạch chính; việc kiểm soát HA và các yếu tố nguy cơ kèm theo (ĐTĐ, rối loạn lipid, béo phì) là then chốt để giảm biến cố tim mạch. Tại BVĐK Ba Vì đang quản lý số lượng lớn bệnh nhân THA ngoại trú nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá thực trạng kiểm soát các yếu tố nguy cơ tại đơn vị. **Mục tiêu:** 1) Đánh giá thực trạng kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch ở người bệnh THA điều trị ngoại trú tại BVĐK Ba Vì năm 2025. 2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến khả năng kiểm soát huyết áp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 bệnh nhân THA đang quản lý ngoại trú tại Phòng khám THA, BVĐK Ba Vì (năm 2025). Thu thập thông tin lâm sàng, huyết áp, xét nghiệm glucose đói, HbA1c, LDL-C, BMI, tiền sử và thuốc điều trị; xử lý bằng Epidata và SPSS. **Kết quả chính:** Tổng số: 400 bệnh nhân, nam 200 (50%), nữ 200 (50%). Nhóm tuổi ≥55 chiếm 88,5%. Trình độ THCS trở xuống chiếm 58,5%. Tỷ lệ đạt mục tiêu huyết áp (HA): 32,5% (130/400 đạt, 270/400 không đạt). Kiểm soát glucose: Đạt HbA1c: 25%; glucose đói đạt: 39,7%. Kiểm soát LDL-C: Đạt: 44,2%. Liên quan thống kê: Tỷ lệ đạt mục tiêu HA, glucose, LDL-C khác biệt theo nhóm tuổi, trình độ học vấn, nhóm BMI (các p < 0,05 ở nhiều so sánh). Nhóm

thừa cân/béo phì có tỷ lệ đạt mục tiêu thấp hơn rõ rệt (p < 0,001). Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C tốt hơn ở nhóm học vấn cao (p = 0,004). **Kết luận:** Tỷ lệ kiểm soát HA và các yếu tố nguy cơ tim mạch ở đối tượng nghiên cứu còn thấp (HA đạt 32,5%; LDL-C đạt 44,2%; HbA1c đạt 25%). Tuổi, BMI, trình độ học vấn là các yếu tố liên quan. Cần can thiệp liên tục ở tuyến cơ sở: nâng cao tư vấn thay đổi lối sống, tối ưu hoá liệu pháp thuốc và quản lý ngoại trú.

**Từ khóa:** tăng huyết áp, yếu tố nguy cơ tim mạch, kiểm soát huyết áp, Ba Vì.

## SUMMARY

### STATUS OF CARDIOVASCULAR RISK FACTOR CONTROL AMONG OUTPATIENT HYPERTENSIVE PATIENTS AT BA VI GENERAL HOSPITAL IN 2025

**Background:** Hypertension (HTN) is a major cardiovascular risk factor. Controlling blood pressure (BP) and associated risk factors—including diabetes, dyslipidemia, and obesity—is essential to reducing cardiovascular events. Ba Vi General Hospital manages a large number of hypertensive outpatients; however, no study has been conducted to evaluate the current status of cardiovascular risk factor control at this facility. **Objectives:** (1) To assess the status of cardiovascular risk factor control among hypertensive outpatients at Ba Vi General Hospital in 2025; (2) To identify factors associated with blood pressure control. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 400 hypertensive outpatients managed at the Hypertension Clinic of Ba Vi General Hospital in 2025. Clinical data, blood pressure, fasting glucose, HbA1c, LDL-C, BMI, medical

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Ba Vì

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Đa

Email: drducda@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

history, and antihypertensive therapy were collected. Data were processed using Epidata and SPSS. **Key Findings:** A total of 400 patients were included: 200 males (50%) and 200 females (50%). Patients aged  $\geq 55$  years accounted for 88.5%. Those with lower secondary education or below accounted for 58.5%. Blood pressure control: 32.5% achieved target BP (130/400), while 67.5% did not. Glycemic control: HbA1c at target in 25%; fasting glucose at target in 39.7%. LDL-C control: 44.2% achieved target. Statistical associations: Achievement of BP, glucose, and LDL-C targets differed significantly by age group, education level, and BMI category ( $p < 0.05$  in multiple comparisons). Overweight/obese patients had markedly lower control rates ( $p < 0.001$ ). Patients with higher education levels achieved LDL-C goals more frequently ( $p = 0.004$ ). **Conclusions:** Rates of BP and cardiovascular risk factor control among the study population were low (BP control 32.5%; LDL-C 44.2%; HbA1c 25%). Age, BMI, and educational level were associated factors. Continuous interventions at the primary care level are needed, including enhanced lifestyle counseling, optimization of pharmacologic therapy, and strengthened outpatient management.

**Keywords:** hypertension, cardiovascular risk factors, blood pressure control, Ba Vi.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh lý phổ biến góp phần lớn vào gánh nặng bệnh tim mạch toàn cầu. Tại Việt Nam, tỉ lệ THA tăng trong những năm gần đây; kiểm soát huyết áp và các yếu tố nguy cơ đi kèm là then chốt để giảm tử vong và tàn phế do tim mạch. BVĐK Ba Vì quản lý hơn 2.000 bệnh nhân THA ngoại trú (theo báo cáo đơn vị) nhưng chưa có nhiều dữ liệu về tình trạng kiểm soát yếu tố nguy cơ tại địa phương. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân THA ngoại trú tại BVĐK Ba Vì năm 2025, từ đó đưa ra khuyến nghị phù hợp cho quản lý tại tuyến cơ sở.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên bệnh nhân THA điều trị ngoại trú tại Phòng khám THA, BVĐK Ba Vì, năm 2025.

**2.2. Tiêu chuẩn tuyển chọn.** Huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg và/hoặc tâm trương  $\geq 90$  mmHg (hoặc đang dùng thuốc hạ HA) theo tiêu chuẩn VNHA 2022;

Đồng ý tham gia.

### 2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: 400 bệnh nhân, chọn thuận tiện từ bệnh nhân đến khám, đã ghi nhận và xử lý dữ liệu theo Epidata/Spss.

### 2.4. Thu thập dữ liệu

**Ghi nhận:** nhân khẩu, tiền sử bệnh, thời gian phát hiện THA, thuốc điều trị, BMI, huyết áp tại phòng khám, xét nghiệm: glucose đói, HbA1c, lipid máu (LDL-C), creatinin, MLCT...; phân tầng nguy cơ tim mạch theo tiêu chuẩn (được nêu trong file đề tài).

**2.5. Xử lý số liệu.** Sử dụng Epidata 3.1, SPSS (phiên bản được nêu trong đề tài) để phân tích mô tả và so sánh tỉ lệ; mức ý nghĩa  $p < 0,05$ .

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được chấp thuận bởi lãnh đạo BVĐK Ba Vì; người tham gia ký cam kết đồng ý; dữ liệu cá nhân được bảo mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung

**Bảng 3.1. Phân bố theo giới tính**

| Giới | Số lượng | %  |
|------|----------|----|
| Nam  | 200      | 50 |
| Nữ   | 200      | 50 |

**Nhận xét:** Nghiên cứu gồm 400 bệnh nhân, trong đó nam và nữ phân bố đồng đều (50%). Điều này cho thấy mẫu nghiên cứu có sự cân bằng về giới.

**Bảng 3.2. Phân bố theo nhóm tuổi**

| Tuổi           | Số lượng | %    |
|----------------|----------|------|
| <40 tuổi       | 5        | 1,3  |
| 40-54 tuổi     | 41       | 10,2 |
| $\geq 55$ tuổi | 354      | 88,5 |
| Tổng           | 400      | 100  |

**Nhận xét:** Nhóm tuổi  $\geq 55$  chiếm ưu thế (88,5%), trong khi nhóm 40-54 tuổi chiếm 10,2% và < 40 tuổi chỉ chiếm 1,3%. Điều này phản ánh tăng huyết áp tập trung chủ yếu ở người cao tuổi.

**Bảng 3.3. Thời gian phát hiện THA**

| Giới             | Số lượng | %    |
|------------------|----------|------|
| Dưới 5 năm       | 190      | 47,5 |
| Từ 5 năm trở lên | 210      | 52,5 |
| Tổng             | 400      | 100  |

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện tăng huyết áp  $\geq 5$  năm chiếm 52,5%, cho thấy đa số người bệnh có thời gian mắc bệnh kéo dài.

**Bảng 3.4. Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ**

| Yếu tố nguy cơ                       | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------------------|----------|-----------|
| Tuổi (Nam $\geq 55$ , Nữ $\geq 65$ ) | 291      | 72,7      |
| Nam $\geq 55$                        | 175      | 43,7      |
| Nữ $\geq 65$                         | 116      | 29        |
| Hút thuốc lá                         | 76       | 19        |
| Tăng lipid máu                       | 224      | 56        |
| Đái tháo đường                       | 116      | 29        |
| Tiền sử gia đình                     | 150      | 37,5      |
| Thừa cân, béo phì                    | 273      | 68,3      |

**Nhận xét:** Thừa cân, béo phì (68,3%), tuổi cao (72,7%) và tăng lipid máu (56%) chiếm tỷ lệ

cao. Các yếu tố khác gồm đái tháo đường (29%), hút thuốc (19%), tiền sử gia đình (37,5%). Điều này cho thấy bệnh nhân tăng huyết áp thường kèm nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch.

**Bảng 3.5. Phân tầng nguy cơ tim mạch**

| Phân loại            | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%)  |
|----------------------|--------------|------------|
| Nguy cơ thấp         | 35           | 8,7        |
| Nguy cơ trung bình   | 151          | 37,7       |
| Nguy cơ cao, rất cao | 214          | 53,6       |
| <b>Tổng</b>          | <b>400</b>   | <b>100</b> |

**Nhận xét:** Hơn một nửa số bệnh nhân (53,6%) thuộc nhóm nguy cơ cao và rất cao. Nhóm nguy cơ trung bình chiếm 37,7%, còn nguy cơ thấp chỉ 8,7%.

### 3.2 Kiểm soát huyết áp và các yếu tố nguy cơ

**Bảng 3.6. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc hạ huyết áp**

|          | Đơn trị liệu | Phối hợp 2 thuốc | Phối hợp 3 thuốc |
|----------|--------------|------------------|------------------|
| Số lượng | 192          | 172              | 36               |
| Tỷ lệ %  | 48           | 43               | 9                |

**Nhận xét:** Gần một nửa bệnh nhân được điều trị đơn trị (48%), 43% phối hợp 2 thuốc và 9% phối hợp 3 thuốc. Tỷ lệ phối hợp thuốc khá cao

**Bảng 3.7. Tỷ lệ đạt mục tiêu HA**

| Chỉ số                | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|--------------|-----------|
| Đạt mục tiêu HA       | 130          | 32,5      |
| Không đạt mục tiêu HA | 270          | 67,5      |

**Nhận xét:** Chỉ có 32,5% bệnh nhân đạt mục tiêu huyết áp, trong khi 67,5% chưa kiểm soát được.

**Bảng 3.8. Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát đường máu**

| Chỉ số                      | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------|--------------|-----------|
| Kiểm soát HbA1C             | Đạt          | 29        |
|                             | Không đạt    | 87        |
| Kiểm soát đường máu lúc đói | Đạt          | 46        |
|                             | Không đạt    | 70        |

**Nhận xét:** Phần lớn không đạt được mục tiêu kiểm soát đường huyết. Chỉ 25% bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1C và 39,7% đạt đường máu lúc đói.

**Bảng 3.9. Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C**

| Chỉ số  | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------|--------------|-----------|
| LDL – C | Đạt          | 177       |
|         | Không đạt    | 223       |

**Nhận xét:** Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C chỉ 44,2%, trong khi 55,8% chưa đạt

**Bảng 3.10. Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát HA theo nhóm tuổi**

| Chỉ số      |           | Nhóm tuổi |           |            | N   | P      |
|-------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----|--------|
|             |           | <40       | 40-54     | ≥55        |     |        |
| THA         | Đạt       | 3         | 32        | 95         | 130 | <0,001 |
|             | Không đạt | 2         | 9         | 259        | 270 |        |
| <b>Tổng</b> |           | <b>5</b>  | <b>41</b> | <b>354</b> |     |        |

**Nhận xét:** Tỷ lệ đạt mục tiêu HA khác biệt rõ rệt theo nhóm tuổi. Nhóm ≥ 55 tuổi có tỷ lệ kiểm soát thấp hơn hẳn so với nhóm trẻ hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Bảng 3.11. Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát HA theo giới**

| Chỉ số | Nam       | Nữ  | P     |
|--------|-----------|-----|-------|
| HA     | Đạt       | 60  | 0,286 |
|        | Không đạt | 140 |       |

**Nhận xét:** Tỷ lệ kiểm soát huyết áp không có sự khác biệt theo giới ( $p = 0,286$ ).

**Bảng 3.12. Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát HA theo thời gian phát hiện bệnh**

| Chỉ số | Dưới 5 năm | Từ 5 năm trở lên | P     |
|--------|------------|------------------|-------|
| HA     | Đạt        | 62               | 0,957 |
|        | Không đạt  | 128              |       |

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt ( $p = 0,957$ ), nghĩa là thời gian mắc bệnh không ảnh hưởng đến tỷ lệ kiểm soát HA.

**Bảng 3.13. Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát HA theo nhóm BMI**

| Chỉ số      | Gầy       | Bình thường | Thừa cân, béo phì | P      |
|-------------|-----------|-------------|-------------------|--------|
| HA          | Đạt       | 16          | 53                | <0,001 |
|             | Không đạt | 3           | 220               |        |
| <b>Tổng</b> |           | <b>19</b>   | <b>108</b>        |        |

**Nhận xét:** Có sự khác biệt rõ rệt ( $p < 0,001$ ). Nhóm gầy và bình thường đạt kiểm soát HA cao hơn nhóm thừa cân/béo phì.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung.** Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 400 bệnh nhân tăng huyết áp (THA) điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Ba Vì, với tỷ lệ nam và nữ tương đương (50% – 50%). Kết quả này cho thấy mẫu nghiên cứu cân bằng về giới, khác biệt với nghiên cứu tại Hải Dương (2023) khi tỷ lệ nam chiếm ưu thế rõ rệt (79,7%) [1]. Sự cân bằng giới tính trong nghiên cứu hiện tại có thể phản ánh đặc thù về mô hình tiếp cận dịch vụ y tế tại địa phương.

Về phân bố tuổi, nhóm ≥ 55 tuổi chiếm tỷ lệ áp đảo (88,5%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của THA – bệnh thường gặp ở người cao tuổi. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Hội Tim mạch Việt Nam (VNHA, 2022), trong đó tỷ lệ mắc THA tăng dần theo tuổi, đặc biệt sau 50 tuổi [2]. Các nghiên cứu trước đây đều ghi nhận xu hướng tương tự: nghiên cứu tại Quảng

Bình cho thấy tỷ lệ THA tăng từ 49,5% ở nhóm 60–69 tuổi lên 64% ở nhóm  $\geq 80$  tuổi, nghiên cứu tại Yên Khánh – Ninh Bình cũng ghi nhận tỷ lệ mắc tăng theo tuổi, đạt 78,3% ở nhóm  $\geq 80$  [3]. Tuổi cao không chỉ là yếu tố nguy cơ cố định của THA mà còn đi kèm với các rối loạn chuyển hóa và bệnh lý mạn tính khác, góp phần làm tăng gánh nặng bệnh tật. Các yếu tố nguy cơ phổ biến khác gồm: tuổi cao (72,7%), rối loạn lipid máu (56%), đái tháo đường (29%) và hút thuốc (19%). So sánh với nghiên cứu tại Ninh Bình, tỷ lệ hút thuốc thấp hơn (19% so với 42,5%) nhưng tỷ lệ béo phì lại cao hơn [3]. Điều này cho thấy đặc thù lối sống và hành vi sức khỏe khác nhau giữa các vùng miền, đồng thời gợi ý hướng ưu tiên can thiệp khác nhau.

Đặc biệt, có tới 57,1% bệnh nhân mang từ 3 yếu tố nguy cơ trở lên. Tỷ lệ này tương tự nghiên cứu của Trần Thị Hoà tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, nơi tỷ lệ nguy cơ rất cao là 32,8%, tỷ lệ nguy cơ cao là 26,5% (tổng 59,3%) [4]. Sự khác biệt có thể do thời gian mắc bệnh kéo dài trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi (52,5%  $\geq 5$  năm), khiến nguy cơ tim mạch tích lũy nhiều hơn.

**4.2. Kiểm soát huyết áp và các yếu tố nguy cơ.** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đạt mục tiêu huyết áp là 32,5%. Tỷ lệ này tương đương so với báo cáo của Đậu Đức Bảo (2021) (43%) [3], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Mai Thị Mỹ Duyên (2022) tại Huế (61%). Điều này phản ánh hiệu quả kiểm soát huyết áp tại Bệnh viện Ba Vì ở mức trung bình khá, song vẫn còn khoảng hơn một nửa bệnh nhân chưa đạt mục tiêu, đòi hỏi tăng cường tư vấn và tối ưu phác đồ điều trị.

Khi phân tích theo nhóm tuổi, tỷ lệ đạt mục tiêu huyết áp giảm dần ở nhóm  $\geq 55$  tuổi (chỉ 23,8%), chứng tỏ việc kiểm soát HA ở người cao tuổi còn hạn chế. Nguyên nhân có thể do giảm độ tuân thủ điều trị, kèm bệnh lý mạn tính khác hoặc hạ huyết áp tư thế khiến bác sĩ phải hạ liều thuốc.

Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu LDL-C là 44,2%, thấp hơn so với báo cáo của Huỳnh Kim Phượng (2023) (56%) và khuyến cáo ESC 2024 ( $\geq 50\%$  bệnh nhân nguy cơ cao phải đạt mục tiêu).

Điều này phản ánh tình trạng sử dụng statin chưa đầy đủ hoặc chưa đạt liều tối ưu. Một số bệnh nhân ngừng thuốc khi lipid máu cải thiện, hoặc lo ngại tác dụng phụ. Đây là hạn chế phổ biến.

Phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm bệnh nhân và khả năng đạt mục tiêu huyết áp cho thấy:

Giới tính: Nữ giới đạt kiểm soát huyết áp tốt hơn nam giới (53,8% so với 42,8%,  $p > 0,05$ ). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đức

Hiếu (2022), cho rằng nữ giới tuân thủ điều trị cao hơn do ý thức phòng bệnh tốt hơn và ít hút thuốc hơn.

Tuổi: Nhóm  $< 55$  tuổi đạt tỷ lệ kiểm soát cao hơn nhóm  $\geq 55$  tuổi (73,9% so với 36,7%,  $p < 0,05$ ). Sự khác biệt này phù hợp với xu hướng chung, khi tuổi cao thường kèm nhiều bệnh lý nền (ĐTĐ, rối loạn lipid máu, suy thận) làm khó đạt đích huyết áp.

Thời gian mắc bệnh: Bệnh nhân có thời gian mắc THA  $< 5$  năm đạt kiểm soát 32,6%, cao hơn nhóm  $\geq 5$  năm (32,3%). Điều này gợi ý rằng kiểm soát huyết áp giảm dần theo thời gian bệnh, có thể do hiện tượng đề kháng thuốc hoặc giảm tuân thủ điều trị kéo dài. Trong quản lý bệnh mạn tính tại tuyến huyện.

BMI: Nhóm có BMI bình thường đạt tỷ lệ kiểm soát HA 56,5%, trong khi nhóm thừa cân – béo phì chỉ đạt 19,4% ( $p < 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Huỳnh Kim Phượng (2023), cho thấy thừa cân làm tăng đề kháng insulin, kích hoạt hệ renin-angiotensin, dẫn đến khó đạt mục tiêu HA.

Thời gian điều trị và số thuốc sử dụng: Những bệnh nhân dùng  $\geq 2$  loại thuốc phối hợp có tỷ lệ đạt HA 58%, cao hơn nhóm dùng đơn trị (46%). Điều này phù hợp khuyến cáo ESC 2024, trong đó khởi trị bằng phối hợp hai thuốc liều thấp giúp đạt mục tiêu sớm hơn và giảm biến cố tim mạch.

## V. KẾT LUẬN

Trong 400 bệnh nhân THA ngoại trú tại BVĐK Ba Vì (2025), chỉ 32,5% đạt mục tiêu huyết áp; kiểm soát LDL-C đạt 44,2%, HbA1c đạt 25%.

Các yếu tố liên quan đến kém kiểm soát gồm tuổi cao, thừa cân/béo phì, trình độ học vấn thấp.

Cần thực hiện can thiệp đa chiều: cải thiện tư vấn thay đổi lối sống, tối ưu hoá phác đồ thuốc (cân nhắc phối hợp sớm), tăng cường quản lý ngoại trú và giáo dục bệnh nhân.

## VI. KIẾN NGHỊ

Xây dựng chương trình quản lý bệnh nhân THA ngoại trú (theo dõi định kỳ, tài liệu hướng dẫn, sổ theo dõi tại nhà).

Tổ chức hoạt động truyền thông, sinh hoạt cộng đồng về ăn giảm muối, tăng vận động và tự đo HA tại nhà.

Cần nhắc khuyến khích phác đồ phối hợp 2 thuốc liều thấp cho bệnh nhân cần thiết để đạt HA mục tiêu sớm hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Huyền, Nguyễn Thị Giang,

- (2023), Khảo sát một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị tại Trung tâm tim mạch - Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, Vietnam medical Journal, 338-342.
2. **Bộ Y tế** (2021), Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam 2021.
  3. **Đậu Đức Bảo; Hồ Thị Kim Thanh; Trần Khánh Toàn** (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.
  4. **Trần Thị Hoà và cộng sự** (2023), Đánh giá yếu tố nguy cơ tim mạch, thận theo thang điểm Careme trên người bệnh đến khám tim mạch ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng.
  5. **Mai Thị Mỹ Duyên, Hoàng Thị Bạch Yến** (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.
  6. **Huỳnh Kim Phượng và cộng sự** (2023), Nghiên cứu tình hình rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Trường đại học Y dược Cần Thơ năm 2022-2023

## ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI NGUYÊN PHÁT BẰNG LASER CHÂM, ĐIỆN XUNG VÀ VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BA VÌ

Phan Kim Long<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Thắng<sup>1</sup>, Phương Thu Hương<sup>1</sup>, Phùng Thanh Yên<sup>1</sup>, Phùng Thị Hải Lý<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng điều trị thoái hoá khớp gối nguyên phát bằng Laser châm kết hợp điện xung và vận động trị liệu tại khoa Y, Dược cổ truyền bệnh viện Đa khoa Ba Vì năm 2025. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp trên lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thoái hóa khớp gối nguyên phát theo Y học hiện đại và Hạc tất phong thể phong hàn thấp tỷ kiểm can thận hư theo Y học cổ truyền, chia có chủ đích thành 2 nhóm. Nhóm đối chứng (n=30) điều trị bằng điện xung, tập vận động trị liệu. Nhóm nghiên cứu (n=30) điều trị bằng laser châm, điện xung, vận động trị liệu. Liệu trình 15 ngày, so sánh kết quả trước - sau điều trị và so sánh với nhóm đối chứng. **Kết quả:** Bệnh nhân có tuổi trung bình là 62,50±7,67 tuổi, tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (44/60 so với 16/60). Kết quả điều trị cho thấy sau 15 ngày điều trị, phương pháp laser châm, điện xung và vận động trị liệu cải thiện Thang điểm đau NRS giảm 3,73 điểm; thang điểm Lequesne giảm 4,04 điểm; khoảng cách gót - mông giảm 8,57cm; tầm vận động khớp gối tăng 30°, không có bệnh nhân nào ghi nhận hiệu quả điều trị kém. Sự khác biệt giữa trước sau điều trị và so sánh với nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Không ghi nhận bất kỳ tác dụng phụ nào của phương pháp trong suốt quá trình điều trị. **Kết luận:** Phương pháp laser châm, điện xung kết hợp vận động trị liệu có tác hiệu quả giảm đau, cải thiện

tầm vận động rõ rệt hơn nhóm đối chứng với p<0,05. Theo dõi tác dụng không mong muốn: Phương pháp này là an toàn, trong quá trình nghiên cứu không ghi nhận bất kỳ tác dụng không mong muốn nào.

**Từ khóa:** Thoái hóa khớp gối, Hạc tất phong, giảm đau, laser châm, phục hồi chức năng.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE THERAPEUTIC EFFICACY OF LASER ACUPUNCTURE, TENS STIMULATION AND EXERCISE THERAPY IN TREATING PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS AT BA VI GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the therapeutic efficacy of combining Laser acupuncture, TENS and Exercise therapy in treating primary knee osteoarthritis at the Department of Traditional Medicine, Ba Vi General Hospital in 2025. This study also monitored potential adverse effects of the intervention. **Methods and Materials:** This was a clinical trial conducted on 60 patients definitively diagnosed with primary knee osteoarthritis according to Modern medicine, and classified as "Hac tat phong" of the Wind-Cold-Damp Bi Syndrome type complicated by Kidney and Liver Deficiency according to Traditional medicine. Patients were purposively divided into two groups: Control group (n=30): Treated with TENS and Exercise therapy. Intervention group (n=30): Treated with Laser acupuncture, TENS, and Exercise therapy. The treatment course lasted 15 days. Results were compared both pre- and post-treatment, and against the control group. **Results:** The average age of the patients was 62.5±7.67 years, with a higher proportion of females (44/60) than males (16/60). Treatment results after 15 days showed that the combination of Laser acupuncture, TENS stimulation, and Exercise therapy significantly improved clinical outcomes: NRS pain scale score decreased by 3.73 points; Lequesne index decreased by 4.04 points;

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Ba Vì

<sup>2</sup>Học viện Y – Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Phan Kim Long

Email: phuchthaiduong.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025