

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH TIM MẠCH THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN BẮC MÊ, TỈNH HÀ GIANG NĂM 2021

Nguyễn Tiến Mạnh¹, Vũ Tùng Sơn¹, Nguyễn Văn Chuyên¹, Lê Đình Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến một số bệnh tim mạch (BTM) thường gặp ở người cao tuổi tại Huyện Bắc Mê, tỉnh Hà Giang năm 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 700 người cao tuổi tại huyện Bắc Mê. Đối tượng được khám sàng lọc, xét nghiệm (điện tim, siêu âm tim, sinh hóa máu) để chẩn đoán một số BTM thường gặp và khai thác các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Nguy cơ mắc BTM ở nhóm uống rượu thường xuyên cao gấp 2,1 lần nhóm không uống. Đối tượng có rối loạn Lipid máu có nguy cơ mắc BTM cao gấp 1,5 lần nhóm bình thường. Qua phân tích hồi quy logistic đa biến, có 04 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng mắc BTM ở người cao tuổi bao gồm: Tuổi, hút thuốc lá, chỉ số Cholesterol toàn phần và LDL-c. Khi các chỉ số Cholesterol toàn phần, LDL-c tăng lên 1 đơn vị (1 mmol/L) thì nguy cơ mắc BTM tăng lần lượt 4,8 và 5,3 lần. Bên cạnh đó, mỗi 5 tuổi tăng lên thì nguy cơ mắc BTM ở đối tượng tăng lên gấp 5,4 lần. Đối tượng hút thuốc lá có nguy cơ mắc BTM cao gấp 19,5 lần nhóm không hút. Không có mối liên quan giữa chỉ số khối cơ thể (BMI), chỉ số vòng eo/vòng hông (WHR), chỉ số Triglycerid, HDL-c và đại tháo đường với tình trạng mắc BTM ở người cao tuổi. **Kết luận:** Tuổi càng cao nguy cơ mắc một số BTM thường gặp càng cao. Kết quả gợi ý các chỉ số như: Tuổi, hút thuốc, tăng Cholesterol toàn phần, tăng LDL-c là yếu tố nguy cơ với một số BTM thường gặp ở người cao tuổi.

Từ khóa: Yếu tố liên quan; Bệnh tim mạch; Người cao tuổi; Bắc Mê; Hà Giang.

SUMMARY

RELATED FACTORS OF SOME COMMON CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE ELDERLY IN BAC ME DISTRICT, HA GIANG PROVINCE, 2021

Objectives: To determine some related factors of common cardiovascular diseases in elderly people in Bac Me district, Ha Giang province in 2021. **Subjects and methods:** A Cross-sectional study on 700 elderly people in Bac Me district. Subjects were screened and tested (electrocardiogram, echocardiogram, serum biochemical tests) to diagnose some common cardiovascular diseases and collected information about related factors. **Results:** The risk of

cardiovascular diseases (CVDs) in groups of subjects using alcohol regularly was 2.1 times higher than that in the non-drinking groups. Subjects with dyslipidemia had a 1.5 times higher risk of CVDs than the other group. Multivariable logistic regression analysis showed that 4 factors were statistically significant with cardiovascular diseases, including age, smoking, Cholesterol-total index, and LDL-c index. When the Cholesterol-total index and LDL-c index increased by 1 unit (1 mmol/L), the risk of cardiovascular disease increased by 4.8 and 5.3 times, respectively. In addition, for every 5 years of age increase, the risk of CVDs increases by 5.4 times. Subjects with smoking had a 19.5 times higher risk of CVDs than the non-smoking group. There was no association between body mass index (BMI), waist circumference/hip ratio (WHR), Triglycerides index, HDL-c index, diabetes and CVDs in the elderly. **Conclusion:** The risk of some common cardiovascular diseases increases with age. The results of this study suggest that : Age, smoking, Hypercholesterolemia, and high LDL-c are risk factors of some common cardiovascular diseases in the elderly.

Keywords: Related factors; Cardiovascular diseases; the elderly; Bac Me; Ha Giang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tại Việt Nam, BTM là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu chiếm 31% tổng số ca tử vong trong năm 2016. WHO cũng nêu rõ, hầu hết các BTM có thể được ngăn ngừa thông qua việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được [4]. Qua nhiều thập kỷ nghiên cứu, đã có rất nhiều bằng chứng mạnh mẽ về các “yếu tố nguy cơ truyền thống” của BTM bao gồm: tuổi, huyết áp, hút thuốc lá, chỉ số đường máu, béo phì và lười vận động... Bên cạnh đó, cùng với sự phát triển của dịch tễ học hiện đại, nhiều yếu tố nguy cơ BTM khác đang được nghiên cứu như: Nồng độ homocysteine máu, tổng điểm với hóa mạch vành... [8]. Việc xác định mối liên hệ giữa các yếu tố nguy cơ truyền thống và BTM rất quan trọng trong điều trị, phòng ngừa và tiên lượng bệnh. Tuy nhiên, mối liên hệ này đôi khi thay đổi theo chiều hướng ngược lại ở người cao tuổi. Một số mức độ tăng chỉ số khối cơ thể (BMI), cholesterol huyết thanh và huyết áp ở người cao tuổi được cho là yếu tố bảo vệ với BTM. Hiện tượng này được gọi là “Dịch tễ học đảo chiều - reverse epidemiology” hoặc “nghịch lý yếu tố nguy cơ - risk factor paradox” [6]. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành để làm rõ một số yếu tố liên quan BTM ở người cao tuổi Việt Nam nói

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tùng Sơn

Email: tungsonhvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2022

Ngày duyệt bài: 3.6.2022

chung và cộng đồng các dân tộc huyện Bắc Mê nói riêng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người cao tuổi tại huyện Bắc Mê, tỉnh Hà Giang.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** 1) Người từ 60 tuổi có hộ khẩu thường trú và đang sinh sống tại địa điểm nghiên cứu (từ đủ 2 năm trở lên). 2) Đồng ý tham gia nghiên cứu.

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

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 11 - 12/2021.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại 06 xã thuộc huyện Bắc Mê, tỉnh Hà Giang.

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:

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

Trong đó: p là tỷ lệ ước đoán người cao tuổi mắc BTM (chọn p=0,549 theo nghiên cứu của Trần Ngọc Tú [3]. ϵ là sai số tương đối cho phép

(chọn $\epsilon=10\%$). $Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy với mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$, tương ứng với độ tin

cậy là 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. DE (Design Effect) là hệ số thiết kế mẫu, chúng tôi chọn DE = 2. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là n=632, trên thực tế chúng tôi thực hiện trên 700 đối tượng.

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

*Chọn ngẫu nhiên 6 xã trong danh sách 12 xã thuộc huyện Bắc Mê, tỉnh Hà Giang.

*Chọn đơn vị mẫu (người cao tuổi): Lập danh sách toàn bộ người từ đủ 60 tuổi trở lên ở mỗi xã được chọn. Từ danh sách đó, chọn ngẫu nhiên 700 đối tượng. 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.

- **Quy trình nghiên cứu:** Các đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu được 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. Đồng thời được hỏi khám, chẩn đoán BTM và thu thập thông tin theo bộ câu hỏi điều tra.

- **Xác định các tiêu chuẩn đánh giá:** Chúng tôi thống nhất sử dụng thuật ngữ "bệnh tim mạch" thay cho cụm từ "một số bệnh tim mạch thường gặp". Trong nghiên cứu này, đối tượng được xác định mắc BTM khi được chẩn đoán sàng lọc phát hiện mắc ít nhất một trong số các BTM thường gặp sau: Tăng huyết áp; Bệnh tim thiếu máu cục bộ; Đột quỵ não; Bệnh lý van tim (hở, hẹp van 2 lá, 3 lá, van động mạch chủ); Suy tim; Rối loạn nhịp tim (rung nhĩ, nhịp xoang nhanh...); Bệnh tĩnh mạch chi dưới mạn tính; BTM khác (bệnh màng ngoài tim, viêm cơ tim...).

Kỹ thuật và phương pháp sử dụng trong chẩn đoán sàng lọc cộng đồng BTM và đái tháo đường bao gồm:

- Khai thác hồ sơ sức khỏe của đối tượng.
- Nghiệm pháp sàng tuyển qua xét nghiệm điện tim, siêu âm tim Doppler và xét nghiệm glucose máu lúc đói (cách 08 giờ sau bữa ăn cuối cùng).

- Thăm khám lâm sàng.

- **Phương pháp phân tích số liệu:** Số liệu được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Đánh giá mối liên quan của các yếu tố với kết quả chẩn đoán BTM thông qua tỷ suất chênh OR trong mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến. Ý nghĩa thống kê được xác định khi $p \leq 0,05$. Lựa chọn biến số vào mô hình hồi quy đa biến dựa trên cơ sở:

- Là các yếu tố nguy cơ truyền thống BTM đã được chứng minh và có trong nghiên cứu bao gồm: Tuổi, giới, hút thuốc lá, glucose, BMI, Đái tháo đường, Cholesterol toàn phần, Triglycerid, LDL-c [8].

- Có kết quả phân tích đơn biến có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Liên quan giữa thể trạng và tình trạng mắc bệnh tim mạch

Chỉ số	n	Bệnh tim mạch		OR 95% CI	P	
		Có	Không			
BMI	Gầy (BMI < 18,5)	19	10(52,6%)	9(47,4%)	0,7(0,3-1,7)	0,372
	Tiền béo phì (BMI ≥ 23 - 24,9)	15	13(86,7%)	2(13,3%)	3,9(0,9-17,2)	0,077
	Bình thường*	666	418(62,8%)	248 (37,2%)		

	Béo phì độ I, II (BMI \geq 25)	0	0	0		
WHR	Bất thường (nam \geq 0,9, nữ \geq 0,8)	167	102(61,1%)	65(38,9%)	0,9(0,6-1,3)	0,556
	Bình thường	533	339(63,6%)	194(36,4%)		

*Nhóm so sánh

Nhận xét: Trong nghiên cứu, không có đối tượng béo phì (BMI \geq 25), tỷ lệ mắc bệnh trong nhóm đối tượng tiền béo phì là 86,7%. Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy: Không có mối liên quan giữa BMI, WHR với tình trạng mắc BTM.

Bảng 2: Liên quan giữa hút thuốc, sử dụng uống rượu/bia và tình trạng mắc bệnh tim mạch

Yếu tố	n	Bệnh tim mạch		OR 95% CI	p	
		Có	Không			
Hút thuốc	Có	414	278(67,1%)	136(32,9%)	1,5(1,1-2,1)	0,006
	Không	286	163(57,0%)	123(43,0%)		
Sử dụng rượu, bia (Số lần sử dụng từ 1 đơn vị cồn trở lên) ^a	Lạm dụng rượu/bia (\geq 7 lần/tuần)	35	35 100,0%	0 0%	-	-
	Uống thường xuyên (\geq 3lần/tuần và < 7lần/tuần)	237	168 70,9%	69 29,1%	2,1 1,4 - 3,1	0,001
	Uống <3 lần/tuần	193	112(58,0%)	81(42,0%)	1,2(0,8-1,8)	0,361
	Không uống*	235	109(46,4%)	126(53,6%)		

*Nhóm so sánh

^a01 đơn vị cồn tương đương một lon bia 330 ml (5%); 01 ly rượu vang 100 ml (13,5%); 1 cốc bia hơi 330 ml hoặc 01 chén rượu mạnh 30 ml (40%).

Nhận xét: Tỷ lệ mắc BTM ở nhóm đối tượng lạm dụng rượu/bia là 100%. Tỷ lệ này ở nhóm sử dụng rượu/bia thường xuyên và hút thuốc lần lượt là 70,9% và 67,1%. Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy: Nguy cơ mắc BTM ở nhóm uống rượu thường xuyên và hút thuốc cao gấp lần lượt 2,1 và 1,5 lần nhóm không uống, không hút thuốc. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,05.

Bảng 3: Liên quan giữa rối loạn lipid máu và tình trạng mắc bệnh tim mạch

Chỉ số	n	Bệnh tim mạch		OR	95% CI	p	
		Có	Không				
Cholesterol toàn phần	Tăng(\geq 5,2 mmol/L)	165	162 (98,2%)	3(1,8%)	49,5	15,6-157,2	<0,001
	Bình thường	535	279(52,1%)	256(47,9%)			
Triglycerid máu	Tăng(\geq 1,7 mmol/L)	394	276(70,1%)	118(29,9%)	2,0	1,5 - 2,7	<0,001
	Bình thường	306	165 (53,9%)	141 (46,1%)			
LDL-c	Tăng(\geq 2,58 mmol/L)	276	212(76,8%)	64(23,2%)	2,8	2,0 - 4,0	<0,001
	Bình thường	424	229(54,0%)	195(46,0%)			
HDL-c	Giảm(\leq 1,03 mmol/L)	114	70(38,6%)	44(61,4%)	0,9	0,6 - 1,4	<0,7
	Bình thường	586	371 (36,7%)	215 (63,3%)			
Rối loạn lipid máu	Có (có ít nhất 1 bất thường chỉ số trên)	484	319(65,9%)	165(34,1%)	1,5	1,1 - 2,1	0,017
	Không	216	122(56,5%)	94(43,5%)			
Chẩn đoán Đái tháo đường	Đái tháo đường	42	32(76,2%)	10(23,8%)	2,0	0,9 - 4,1	0,071
	Tiền đái tháo đường	41	26(63,4%)	15(36,6%)	1,1	0,6 - 2,1	0,864
	Không*	617	383(62,1%)	234(37,9%)			

*Nhóm so sánh

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy, đối tượng có tăng các chỉ số Cholesterol toàn phần, Triglycerid, LDL-c có nguy cơ mắc BTM cao gấp lần lượt: 49,5; 2,0; và 2,8 lần người có chỉ số bình thường. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,05. Không thấy mối liên quan giữa chỉ số HDL-c và tình trạng mắc BTM.

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến tình trạng mắc bệnh tim mạch trong phân tích hồi quy logistic đa biến

Yếu tố	n	OR*	95% CI	p	
Tuổi	700	1,4	1,3 - 1,5	<0,001	
Hút thuốc	Có	414	19,5	1,6 - 232,3	0,019
	Không	286			
Cholesterol toàn phần (mmol/L)	700	4,8	2,5-9,2	<0,001	

Triglycerid máu (mmol/L)	700	1,3	0,7-2,6	0,375
LDL-c (mmol/L)	700	5,3	2,7-10,2	<0,001

OR* hiệu chỉnh theo giới tính (giới tính là yếu tố tương tác trong mỗi liên quan giữa hút thuốc và tình trạng mắc bệnh tim mạch)

Sự phù hợp của mô hình có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 16,03$, bậc tự do 8, $p = 0,08$).

Nhận xét: Mô hình đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố và tình trạng mắc BTM có 04 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm: Tuổi, hút thuốc lá, Cholesterol toàn phần và LDL-c.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy, không có mối liên quan giữa BMI, WHR với tình trạng mắc BTM ở người cao tuổi. Điều này có thể do đặc điểm đối tượng nghiên cứu với số lượng đối tượng thừa cân rất ít (15/700 đối tượng), không có đối tượng nào có thể trạng béo phì. Ở người cao tuổi, tình trạng thừa cân thực tế là nguồn dự trữ năng lượng cần thiết, trái lại thể trạng gầy là nguy cơ của rối loạn trao đổi chất, giảm sức đề kháng và giảm khả năng phục hồi khi mắc bệnh. Bên cạnh đó, người cao tuổi bị béo phì trong một số trường hợp được khuyến cáo cần tiếp tục duy trì cân nặng nếu đang mắc một số BTM cụ thể [5]. Đối với các BTM cụ thể như tăng huyết áp, kết quả của Nguyễn Kim Kế (2013) cho thấy, người cao tuổi thừa cân, béo phì có nguy cơ mắc tăng huyết áp cao gấp 5,1 lần nhóm bình thường ($p < 0,001$) [1].

Về mối liên quan giữa hút thuốc lá và BTM, khói thuốc chứa nicotin, chất trực tiếp gây tổn thương mạch máu và tăng huyết áp tạm thời. Bên cạnh đó, các chất trong khói thuốc làm giảm khả năng vận chuyển oxy của máu và tăng đông máu, từ đó có thể gây ra hàng loạt bệnh lý tim mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng hút thuốc có nguy cơ mắc BTM cao gấp 19,5 lần (95%CI: 1,6 – 232,3) so với nhóm không hút (trong mô hình phân tích đa biến). Kết quả của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Kim Kế (2013) trên người cao tuổi tăng huyết áp với OR là 2,0 (95%CI: 1,4 - 2,9) [1]. Điều này có thể do, sự khác nhau về đặc điểm đối tượng của 2 nghiên cứu và sự chênh lệch tỷ lệ hút thuốc ở 2 giới. Một nghiên cứu phân tích tổng hợp do Ute M. và cộng sự (2015) tiến hành ở người từ 60 tuổi, kết quả cho thấy hút thuốc lá có mối liên quan chặt chẽ với hội chứng vành cấp, đột quỵ và tử vong do tim mạch. Nguy cơ tử vong tăng gấp 2 lần ở những người hút thuốc lá so với những người không bao giờ hút và nguy cơ tăng dần so với lượng

thuốc hút [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả đối tượng có tình trạng lạm dụng rượu/bia (35 đối tượng) đều mắc BTM, tỷ lệ mắc BTM ở nhóm sử dụng thường xuyên cũng ở mức cao (70,9%). Rượu/bia có thể gây tăng nhịp tim và huyết áp tạm thời. Về lâu dài, uống rượu sẽ làm nhịp tim tăng liên tục, huyết áp cao, cơ tim trở nên suy yếu và nhịp tim không đều. Kết quả nghiên cứu cho thấy, nguy cơ mắc BTM ở nhóm uống rượu thường xuyên (≥ 3 lần/tuần) cao gấp 2,1 lần (95%CI: 1,44 – 3,08) nhóm không uống rượu. Tác giả Nguyễn Kim Kế (2013) cho kết luận tương tự về mối liên quan giữa uống rượu bia thường xuyên và tăng huyết áp với OR (95%CI) là 2,2 (1,5 – 3,2) [1].

Hội chứng chuyển hóa là tập hợp các yếu tố nguy cơ có mối quan hệ tương tác với nhau gây ra BTM bao gồm: Rối loạn đường máu, tăng huyết áp, tăng Triglycerid máu, giảm nồng độ HDL-c và béo phì. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng có rối loạn Lipid máu có nguy cơ mắc BTM cao gấp 1,5 lần (95%CI: 1,01 – 4,41) so với nhóm bình thường. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy, khi các chỉ số Cholesterol toàn phần, LDL-c tăng lên 1 đơn vị (1 mmol/L) thì nguy cơ mắc BTM tăng 4,8 (95%CI: 2,5-9,2) và 5,3 lần (95%CI: 2,7-10,2). Cholesterol toàn phần và LDL-c tăng nhiều trong máu dẫn đến lắng đọng ở thành mạch máu (đặc biệt ở tim và ở não) và gây nên mảng xơ vữa động mạch. Vì vậy, trong quá trình sống lâu dài, sự tích lũy, lắng đọng các chất này làm tăng nguy cơ mắc BTM ở người cao tuổi. Trong khi đó, dù có ý nghĩa trong phân tích đơn biến, nhưng Triglycerid trong phân tích đa biến không gợi ý như một yếu tố nguy cơ với BTM. Điều này có thể do đặc điểm đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết có thể trạng gầy và bình thường. Không có đối tượng nào béo phì (BMI ≥ 25). Trong khi đó, tăng Triglycerides lại thường gặp ở những người béo phì/thừa cân, lười vận động. Bên cạnh đó, kết quả của chúng tôi cho thấy, nguy cơ mắc BTM tăng theo tuổi, khi tăng lên mỗi 5 tuổi thì nguy cơ mắc BTM tăng lên gấp 5,4 lần ($OR = e^{\ln(1,4) \cdot 5} = 5,4$).

Mô hình hồi quy logistic đa biến giữa yếu tố nguy cơ tim mạch và tình trạng tăng huyết áp trên người trưởng thành (từ 25 tuổi) của Tô Mười (2020) tại Quảng Nam cho kết quả, 6 yếu tố gồm: Đái tháo đường; lạm dụng rượu bia; tuổi ≥ 45 ; tăng LDL-c; tăng Triglyceride và thừa cân,

béo phì có mối liên quan độc lập có ý nghĩa thống kê với khả năng mắc tiền tăng huyết áp [2]. Nhìn chung, có thể thấy có sự khác biệt trong kết luận về yếu tố liên quan đến BTM giữa nghiên cứu của chúng tôi trên người cao tuổi tại Hà Giang và của tác giả.

V. KẾT LUẬN

Tuổi càng cao nguy cơ mắc một số BTM thường gặp càng cao. Kết quả gợi ý các yếu tố gồm: Tuổi, hút thuốc, tăng Cholesterol toàn phần, tăng LDL-c là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ mắc một số bệnh tim mạch thường gặp ở người cao tuổi.

Không có mối liên quan giữa BMI, WHR, Triglycerid, HDL-c và đái tháo đường với tình trạng mắc bệnh tim mạch ở người cao tuổi.

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. Nguyễn Kim Kế (2013), "Nghiên cứu mô hình kiểm soát tăng huyết áp ở người cao tuổi thị xã Hưng Yên", Luận án Tiến Sĩ, Đại học Y Thái Nguyên.
2. Tô Mười (2020). "Nghiên cứu tỷ lệ tiền tăng huyết áp và ảnh hưởng lên cơ quan đích ở người trưởng thành tỉnh Quảng Nam", Đại học y dược Huế, Luận án Tiến sĩ.
3. Trần Ngọc Tú (2007). "Nghiên cứu mô hình quản lý và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại cộng đồng huyện Từ Liêm thành phố Hà Nội", Luận án tiến sĩ, Học Viện Quân Y.
4. World Health Organization (2016). Bệnh tim mạch ở Việt Nam, <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/cardiovascular-disease/cardiovascular-disease>, truy cập: 14/02/2022.
5. Bales C. W., Buhr G. (2008), "Is obesity bad for older persons? A systematic review of the pros and cons of weight reduction in later life", J Am Med Dir Assoc, 9(5), 302-312.
6. Seyed F.A., Elani S., Golara Z., et al. (2015), "Reverse epidemiology of traditional cardiovascular risk factors in the geriatric population", J Am Med Dir Assoc, 16(11), 933-939.
7. Ute M., Aysel M., Carolin G., et al. (2015), "Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium", BMJ: British Medical Journal, 350, 1551.
8. Van B.E.F., Hoevenaar B.M.P., Poortvliet R. K. E., et al. (2020), "Predictive value of traditional risk factors for cardiovascular disease in older people: A systematic review", Prev Med, 132, 105986.

MỨC GIÁ SẴN LÒNG CHI TRẢ DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ CỦA NGƯỜI BỆNH Ở BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH, THÀNH PHỐ THỦ ĐỨC, NĂM 2021-2022

Cao Thị Ngọc Minh¹, Lê Minh Trí², Vũ Thị Hoàng Lan³

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu: So sánh mức giá sẵn lòng chi trả và xác định các yếu tố tác động đến giá sẵn lòng chi trả dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà của người bệnh, Bệnh viện Lê Văn Thịnh trong năm 2021 và 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân tại phòng khám bệnh theo yêu cầu và một số khoa nội trú tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh. Nghiên cứu sử dụng phương pháp

đánh giá ngẫu nhiên trên mô hình lựa chọn có hoặc không, lặp lại 2 lần để ước lượng giá sẵn lòng chi trả cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà. **Kết quả nghiên cứu:** Đại dịch Covid-19 làm tăng nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà của người bệnh, cụ thể mức giá sẵn lòng trả trung bình của năm 2021 và năm 2022 tương ứng là 260.640 VNĐ và 355.960 VNĐ. Các yếu tố tác động đến giá sẵn lòng chi trả có ý nghĩa thống kê gồm: Tuổi, học vấn, bảo hiểm y tế, khoảng cách. **Kết luận:** Cần thiết lập mức giá phù hợp cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà dựa trên giá sẵn lòng chi trả trung bình. Cơ sở y tế cần tự đánh giá, vận dụng hiệu quả các nguồn lực có sẵn để đáp ứng nhu cầu của người bệnh và định hướng phát triển của dịch vụ trong tương lai

Từ khóa: Chăm sóc sức khỏe tại nhà, giá sẵn lòng chi trả, phương pháp đánh giá ngẫu nhiên.

SUMMARY

THE WILLINGNESS TO PAY FOR HOME HEALTH

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

²Trường Đại học Kinh Tế TP.HCM

³Trường Đại học Y Tế Công Cộng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Ngọc Minh

Email: minh.ctn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 1.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2022

Ngày duyệt bài: 1.6.2022