

đáp ứng hoá trị CAP là 21±10 tháng, so với 7±3 tháng ở nhóm không đáp ứng hoá trị [4].

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 17,5±3,1 tháng. Tỷ lệ sống thêm 1 năm và 2 năm lần lượt là 46,8% và 33,4%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn trên thế giới.

## V. KẾT LUẬN

Phác đồ hoá chất CAP mang lại hiệu quả sống thêm trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình 17,5±3,1 tháng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dreyfuss AI, Clark JR, Fallon BG (1987).** Cyclophosphamide, doxorubicin, and cisplatin combination chemotherapy for advanced carcinomas of salivary gland origin. *Cancer*. 1987; 60(12): 2869.

2. **Kaplan MJ, Johns ME, Cantrell RW (1986).** Chemotherapy for salivary gland cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1986;95(2):165.

3. **Licitra L, Cavina R, Grandi C (1996).** Cisplatin, doxorubicin and cyclophosphamide in advanced salivary gland carcinoma. A phase II trial of 22 patients. *Ann Oncol*. 1996;7(6):640.

4. **Tsukuda M, Kokatsu T, Ito K, Mochimatsu I (1993).** Chemotherapy for recurrent adeno- and adenoidcystic carcinomas in the head and neck. *J Cancer Res Clin Oncol*. 1993;119(12):756.

5. **Dimery IW, Legha SS, Shirinian M (1990).** Fluorouracil, doxorubicin, cyclophosphamide, and cisplatin combination chemotherapy in advanced or recurrent salivary gland carcinoma. *J Clin Oncol*. 1990;8(6):1056.

6. **Venook AP, Tseng A Jr, Meyers FJ (1987).** Cisplatin, doxorubicin, and 5-fluorouracil chemotherapy for salivary gland malignancies: a pilot study of the Northern California Oncology Group. *J Clin Oncol*. 1987;5(6):951.

7. **Airoldi M, Pedani F, Brando V (1989).** Cisplatin, epirubicin and 5-fluorouracil combination chemotherapy for recurrent carcinoma of the salivary gland. *Tumori*. 1989;75(3):252.

## CÁC YẾU TỐ DỰ PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI DÂN TỪ 30 TUỔI TRỞ LÊN TẠI QUẬN HẢI CHÂU, THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

Trần Anh Quốc<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Song<sup>1</sup>, Nguyễn Khắc Minh<sup>1</sup>, Trần Đình Trung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu các yếu tố dự phòng tiền tăng huyết áp và tăng huyết áp của người dân từ 30 tuổi trở lên. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 495 người dân từ 30 tuổi trở lên tại quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng. **Kết quả:** các yếu tố dự phòng tiền tăng huyết áp và tăng huyết áp ghi nhận được bao gồm: thừa cân, béo phì, tiền sử rối loạn lipid, sử dụng rượu bia thường xuyên. **Kết luận:** các yếu tố dự phòng tăng huyết áp tìm thấy giúp hình thành các giả thuyết để chứng minh các yếu tố như trên.

**Từ khóa:** yếu tố dự phòng, tăng huyết áp.

### SUMMARY

#### PREVENTIVE FACTORS FOR HYPERTENSION IN PERSONS 30 YEARS AND OLDER IN HAI CHAU DISTRICT, DA NANG CITY

**Objective:** To determine the preventive factors of pre-hypertension and hypertension among those aged 30 or over. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 495 people aged 30 or over in Hai Chau district, Da Nang.

**Results:** The preventive factors of pre-hypertension and hypertension include: overweight, obesity, history of dyslipidemia, frequent alcohol consumption. **Conclusion:** Hypertension preventive factors have been investigated to develop hypotheses to support such factors.

**Keywords:** preventive factors, hypertension.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp đang trở thành một vấn đề thời sự và phổ biến ở cộng đồng hiện nay, là nguyên nhân gây tử vong và tàn phế, để lại hậu quả nặng nề về tinh thần và kinh tế cho gia đình và xã hội [1]. Năm 2008, tỷ lệ người tăng huyết áp ở độ tuổi 25-64 tuổi là 25,1% [5], Tại Đà Nẵng năm 2013, tỷ lệ tăng huyết áp ở người trên 40 tuổi là 31,7%, trong đó tăng huyết áp ở người có tiền sử đã từng phát hiện chiếm 60,4%[4]. Ở Việt Nam chiến lược quốc gia phòng, chống bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản và các bệnh không lây nhiễm khác, giai đoạn 2015 – 2025 đã được chính phủ phê duyệt, với mục tiêu khống chế tỷ lệ bị tăng huyết áp dưới 30% ở người trưởng thành; 50% số người bị tăng huyết áp được phát hiện; 50% số người phát hiện bệnh được quản lý, điều trị theo hướng dẫn chuyên môn.

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng  
Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Trung  
Email: trandinhtung@dhktyduocdn.edu.vn  
Ngày nhận bài: 23.5.2022  
Ngày phản biện khoa học: 29.6.2022  
Ngày duyệt bài: 11.7.2022

Để có cơ sở khoa học về xu hướng và diễn tiến bệnh người bị tăng huyết áp để cung cấp thêm bằng chứng cho các cơ quan liên quan có chiến lược phòng, chống bệnh tăng huyết áp được hiệu quả hơn, nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố dự phòng tăng huyết áp của người dân từ 30 tuổi trở lên tại Quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người dân từ 30 tuổi trở lên thuộc các phường của Quận Hải Châu, Tp. Đà Nẵng, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Người khiếm thính, đang mắc bệnh nặng không thể tham gia hoặc không sinh sống thường xuyên tại khu vực, không có khả năng tham gia vào nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu từ chối tham gia.

**2.2. Thời gian và địa điểm:** từ 11/2019 đến 10/2020 tại quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

#### 2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Tiến hành nghiên cứu trên 495 người dân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn.

+ Giai đoạn 1: Chọn ngẫu nhiên 40% số phường trong 13 phường của quận Hải Châu: chúng tôi chọn được 5 phường là Hòa Thuận Tây, Bình Thuận, Thanh Bình, Hòa Cường Nam, Phước Ninh.

**Bảng 2.1. Phân độ tăng huyết áp theo Bộ Y tế năm 2010**

Phân độ tăng huyết áp	Huyết áp tâm thu (mmHg)		Huyết áp tâm trương (mmHg)
Huyết áp tối ưu	< 120	và	< 80
Huyết áp bình thường	120 – 129	và/hoặc	80 – 84
Tiền tăng huyết áp	130 – 139	và/hoặc	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
Tăng huyết áp tâm thu đơn độc	≥ 140	và	< 90

#### 2.3.4. Phương pháp thu thập thông tin.

Phòng vấn theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn.

Thiết kế bộ câu hỏi điều tra chuẩn hóa theo Viện tim mạch Việt Nam và Bộ Y tế áp dụng từ 2011 tại cộng đồng.

Cân, đo nhân trắc, huyết áp bằng các công cụ đã được Bộ Y tế chấp nhận.

**2.3.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu.** Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để nhập và quản lý số liệu, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0. Số liệu định lượng: sử dụng các phép

+ Giai đoạn 2: ở mỗi phường được chọn, lập danh sách các tổ, sau đó chọn ngẫu nhiên 9 tổ vào mẫu.

+ Giai đoạn 3: ở mỗi tổ được chọn, lập danh sách các hộ gia đình, sau đó chọn ngẫu nhiên 11 hộ vào mẫu, ở mỗi hộ chọn 1 người từ 30 tuổi trở lên vào mẫu. Sau đó, chúng tôi mời các đối tượng được chọn vào mẫu đến trạm y tế để khám sàng lọc.

#### 2.3.3. Nội dung nghiên cứu

Tiền sử bản thân và gia đình liên quan đến các bệnh không lây nhiễm.

Các yếu tố liên quan đến lối sống: uống rượu, hút thuốc là, thói quen ăn uống, khẩu phần ăn, hoạt động thể lực vv..

Biến phụ thuộc: Tăng huyết áp (tính bằng mmHg)

Biến độc lập: Nhóm yếu tố nguy cơ tim mạch chính liên quan

Các yếu tố sinh học: Tuổi: 3 nhóm tuổi: 30-49 tuổi; 50 – 69 tuổi; ≥ 70 tuổi; Giới: 2 nhóm: 1 nam, 2 nữ; Cân nặng (kg), chiều cao, vòng bụng (vòng eo), vòng hông (cm); Tiền sử tăng huyết áp: 2 nhóm: 0 là không có tiền sử, 1 là có tiền sử.

Các yếu tố hành vi: Thói quen hút thuốc lá, thói quen uống rượu, ăn mặn, ít hoặc không vận động thể lực, béo bụng, có bệnh đái tháo đường, rối loạn lipid máu, gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm chia 2 nhóm: 0 là không, 1 là có.

Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp: Theo hướng dẫn của Bộ Y tế 2010, Khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam, tổ chức WHO/ISH.

thống kê mô tả, kiểm định  $\chi^2$ , phân tích hồi quy.

**2.3.6. Đạo đức nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu được mời tham gia và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin cung cấp được giữ kín. Số liệu thu thập được nhập vào xử lý là trung thực, khách quan với thực tế.

**2.3.7. Hạn chế nghiên cứu.** Không định lượng được các loại yếu tố nguy cơ hành vi, lối sống và tần suất tiêu thụ muối, thuốc lá, rượu bia.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Mối liên quan giữa tăng huyết áp với các yếu tố nguy cơ tim mạch chính**

**3.1.1. Liên quan giữa tăng huyết áp với các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Liên quan giữa tăng huyết áp với các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Phân loại tăng huyết áp		p
		Không THA	THA	
Nhóm tuổi	30-49	79 (90.8%)	8 (9.2%)	< 0,05
	50-69	267 (78.3%)	74 (21.7%)	
	≥ 70	45 (67.2%)	22 (32.8%)	
Thừa cân, béo phì	Không	247 (84.3%)	46 (15.7%)	< 0,001
	Có	144 (71.3%)	58 (28.7%)	
Vòng eo	Bình thường	218 (84.2%)	41 (15.8%)	< 0,05
	Tăng	173 (73.3%)	63 (26.7%)	
Thuốc (lá, lào)	Không	334 (78.6%)	91 (21.4%)	> 0,05
	Có	57 (81.4%)	13 (18.6%)	
Tiền sử có RL lipid máu	Không	353 (81%)	83 (19%)	< 0,05
	Có	38 (64.4%)	21 (35.6%)	
Tiền sử có ĐTD	Không	367 (79.6%)	94 (20.4%)	> 0,05
	Có	24 (70.6%)	10 (29.4%)	
Rượu bia thường xuyên	Không	342 (81.6%)	77 (18.4%)	< 0,05
	Có	49 (64,5%)	27 (35,5%)	
Thể dục thường xuyên	Không	240 (78.7%)	65 (21.3%)	> 0,05
	Có	151 (79.5%)	39 (20.5%)	

**Nhận xét:** qua phân tích đơn biến mối liên quan giữa tăng huyết áp và các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tuổi càng tăng, uống rượu bia nhiều thường xuyên, vòng eo tăng, thừa cân – béo phì và rối loạn lipid máu là các yếu tố liên quan với tình trạng tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu:

Tuổi: Tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm tuổi ≥ 70 lớn hơn tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm tuổi từ 50-69 và nhóm tuổi từ 30 – 49 lần lượt là 1,5 lần và 3,6 lần, với mức ý nghĩa thống kê p < 0,05.

Thừa cân, béo phì: nhóm thừa cân, béo phì có nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,8 lần so với nhóm không thừa cân, béo phì, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Vòng eo: nhóm có vòng eo tăng thì nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,7 lần so với nhóm có vòng eo bình thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Uống nhiều rượu, bia thường xuyên: Tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm uống nhiều rượu, bia thường xuyên cao gấp 1,9 lần so với nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Tiền sử có rối loạn lipid máu: Nhóm tiền sử có rối loạn lipid máu có nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,9 lần so với nhóm tiền sử không có rối loạn lipid máu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tăng huyết áp và việc hút thuốc (lá, lào), tiền sử có ĐTD và việc tập thể dục thường xuyên.

**Bảng 3.2. Liên quan giữa tăng huyết áp với các yếu tố nguy cơ tim mạch chính theo phân tích đa biến**

Biến độc lập		OR*	KTC 95% CI	Giá trị p
Tuổi (nam >55 tuổi)	Không	1	1,5 – 3,8	< 0,001
	Có	2,4		
Tuổi (nữ >65 tuổi)	Không	1	1,3-3,6	< 0,05
	Có	2,2		
Uống nhiều rượu, bia thường xuyên	Không	1	1,1 – 3,3	< 0,05
	Có	1,9		
Thừa cân, béo phì	Không	1	1,4 – 3,7	< 0,001
	Có	2,3		
Tiền sử có rối loạn lipid máu	Không	1	1,0 – 3,5	< 0,05
	Có	1,9		

**Nhận xét:** qua phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi nhận thấy tuổi càng tăng, uống rượu bia nhiều thường xuyên, thừa cân – béo phì và rối loạn lipid máu là các yếu tố liên quan với tình trạng tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu.

Tuổi: nam >55 tuổi thì tỷ lệ tăng huyết áp tăng gấp 2,4 lần so với mức tuổi dưới, với mức ý nghĩa thống kê p < 0,001; nữ >65 tuổi tỷ lệ tăng huyết áp tăng gấp 2,2 lần so với mức tuổi dưới, với mức ý nghĩa thống kê p < 0,05.

Uống nhiều rượu, bia thường xuyên tăng huyết áp gấp 1,9 lần so với nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Thừa cân, béo phì có nguy cơ tăng huyết áp gấp 2,3 lần so với nhóm không thừa cân, béo

phì, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Tiền sử có rối loạn lipid máu có nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,9 lần so với nhóm tiền sử không có rối loạn lipid máu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

### 3.1.2. Liên quan giữa tăng huyết áp và số điểm nguy cơ tim mạch chính.

**Bảng 3.3. Liên quan giữa tăng huyết áp và số điểm nguy cơ tim mạch chính.**

Điểm nguy cơ tim mạch	Huyết áp		Tổng	p
	Không THA	THA		
0 điểm	Số lượng	39	3	42
	%	92.9	7.1	100
1 điểm	Số lượng	103	10	113
	%	91.2	8.8	100
2 điểm	Số lượng	124	24	148
	%	83.8	16.2	100
3 điểm	Số lượng	75	38	113
	%	66.4	33.6	100
4 điểm	Số lượng	32	20	52
	%	61.5	38.5	100
5 điểm	Số lượng	16	7	23
	%	69.6	30.4	100
6 điểm	Số lượng	2	2	4
	%	50.0	50.0	100
7 điểm	Số lượng	3	3	6
	%	50,0	50,0	100
<b>Tổng cộng</b>	Số lượng	<b>391</b>	<b>104</b>	<b>495</b>
	%	<b>79.0</b>	<b>21.0</b>	<b>100</b>

< 0.001

**Nhận xét:** nhìn vào bảng số liệu ta thấy, số điểm nguy cơ tim mạch tỷ lệ thuận với sự tăng huyết áp của đối tượng, số điểm càng tăng thì tỷ lệ tăng huyết áp càng tăng lên cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

## IV. BÀN LUẬN

Kết quả phân tích đơn biến mỗi liên quan giữa tăng huyết áp với các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu cho thấy các yếu tố dự phòng tăng huyết áp cần chứng minh và can thiệp bao gồm: tuổi, uống rượu bia thường xuyên, vòng eo tăng, thừa cân – béo phì và rối loạn lipid máu ở đối tượng nghiên cứu:

**Tuổi:** Tỷ lệ tăng huyết áp tăng theo tuổi, tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm tuổi  $\geq 70$  lớn hơn tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm tuổi từ 50-69 và nhóm tuổi từ 30 – 49 lần lượt là 1,5 lần và 3,6 lần, với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Nhiều nghiên cứu về tỷ lệ tăng huyết áp đã chỉ ra rằng có mối liên quan mật thiết đến tăng huyết áp, những người lớn tuổi có nguy cơ mắc bệnh và tử vong do những bệnh có liên quan đến THA cao hơn

những người trẻ tuổi, nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu về tăng huyết áp của tác giả Lê Thị Vè, Jean-Marc Theler Murielle Bochud [6],[9].

**Thừa cân, béo phì:** Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng có mối liên quan chặt chẽ giữa cân nặng cơ thể và huyết áp động mạch. Với những người có cân nặng cao, nếu giảm bớt cân nặng, huyết áp động mạch cũng giảm. Trong nghiên cứu này, yếu tố nguy cơ THA nguyên phát ở những bệnh nhân thừa cân và béo phì cao hơn rõ rệt so với nhóm không thừa cân, béo phì cụ thể là nhóm thừa cân, béo phì có nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,8 lần so với nhóm không thừa cân, béo phì, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Vòng eo:** qua phân tích cho thấy nhóm có vòng eo tăng thì nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,7 lần so với nhóm có vòng eo bình thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu tình trạng thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu và ĐTD cũng là các yếu tố mà nghiên cứu của Babatsikou Fotoula khẳng định có liên quan chặt chẽ với tình trạng tăng huyết áp [8]. Có thể lý giải về vấn đề này do sự tương đồng giữa BMI và vòng eo với tăng huyết áp đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu [7].

**Uống nhiều rượu, bia thường xuyên:** Lạm dụng rượu bia là một trong những yếu tố nguy cơ tim mạch làm tăng nguy cơ mắc THA. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tăng huyết áp tỷ lệ thuận với việc người dân uống nhiều rượu, bia thường xuyên, tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm uống nhiều rượu, bia thường xuyên cao gấp 1,9 lần so với nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của WHO, các nghiên cứu về tăng huyết áp trên thế giới. Có thể lý giải được bởi văn hóa Việt Nam là hay sử dụng rượu bia trong giao tiếp, so sánh với điều tra 2015, nam giới uống rượu ở mức nguy hại là 44,2%, điều này rất phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi [3],[7].

**Tiền sử có rối loạn lipid máu:** Tỷ lệ người có rối loạn lipid máu hay gặp ở nhóm tiền THA hơn so với nhóm HA tối ưu [7]. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng, nhóm tiền sử có rối loạn lipid máu có nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,9 lần so với nhóm tiền sử không có rối loạn lipid máu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu về tăng huyết áp trên thế giới và Bộ y tế Việt Nam đưa ra các yếu tố nguy cơ tim mạch chính liên quan đến tăng huyết áp [2].

Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tăng huyết áp và việc hút thuốc (lá, lòn), tiền sử có ĐTDĐ và việc tập thể dục thường xuyên. Nghiên cứu của chúng tôi khác với một số nghiên cứu về tăng huyết áp khác, điều này có thể dễ dàng nhận ra là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa phần là nữ giới nên phần nào đã ảnh hưởng đến kết quả thống kê suy luận.

**Thông qua việc phân tích hồi quy đa biến ở bảng 3.2** sau khi khử các yếu tố nhiễu, chúng tôi nhận thấy tuổi càng tăng, uống rượu bia nhiều thường xuyên, thừa cân – béo phì và rối loạn lipid máu là các yếu tố liên quan với tình trạng tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu.

**Tuổi:** nam >55 tuổi thì tỷ lệ tăng huyết áp tăng gấp 2,4 lần so với mức tuổi dưới, với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ ; nữ >65 tuổi thì tỷ lệ tăng huyết áp tăng gấp 2,2 lần so với mức tuổi dưới, với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Tuổi có mối liên quan mật thiết đến tăng huyết áp, những người lớn tuổi có nguy cơ mắc bệnh và tử vong do những bệnh có liên quan đến THA cao hơn những người trẻ tuổi, nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu về tăng huyết áp của tác giả Lê Thị Vẻ, Jean-Marc Theler Murielle Bochud [6],[9].

**Uống nhiều rượu bia thường xuyên** tăng huyết áp gấp 1,9 lần so với nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của WHO và WHO đã khuyến cáo: rượu làm THA và đó là YTNC của tai biến mạch não, thường thấy phối hợp với bệnh tim, loạn nhịp tim, tăng xuất huyết não. Nếu uống rượu điều độ chỉ ở mức 10 gam ethanol x 1-3 lần/ngày thì có thể chấp nhận được, ở mức trên 3 lần/ngày (>30 gam ethanol) có bằng chứng hại cả về sinh học lẫn xã hội,[7]. Có thể lý giải được bởi văn hóa Việt Nam là hay sử dụng rượu bia trong giao tiếp, so sánh với điều tra 2015, nam giới uống rượu ở mức nguy hại là 44,2%, điều này rất phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi [3].

**Thừa cân, béo phì** có nguy cơ tăng huyết áp gấp 2,3 lần so với nhóm không thừa cân, béo phì, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu BKLN 2015 và báo cáo công tác phòng chống BKLN 2015-2020 [3],[2].

**Tiền sử có rối loạn lipid máu** có nguy cơ tăng huyết áp gấp 1,9 lần so với nhóm tiền sử không có rối loạn lipid máu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu về tình

trạng thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu và ĐTDĐ cũng là các yếu tố tác giả Babatsikou Fotoula khẳng định có liên quan chặt chẽ với tình trạng tăng huyết áp [8]; cũng phù hợp với các yếu tố nguy cơ tim mạch chính liên quan đến tăng huyết áp được Bộ y tế Việt Nam đưa ra vào năm 2010 [2].

**Qua kết quả phân tích ở bảng 3.3** cho thấy số điểm nguy cơ tim mạch tỷ lệ thuận với sự tăng huyết áp của đối tượng, số điểm càng tăng thì tỷ lệ tăng huyết áp càng tăng lên cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Điều này cũng phù hợp với các yếu tố nguy cơ tim mạch chính liên quan đến tăng huyết áp được Bộ y tế Việt Nam đưa ra vào năm 2010, các yếu tố nguy cơ tim mạch càng nhiều thì tỷ lệ tăng huyết áp càng lớn [2] và cũng tương đồng với nghiên cứu dịch tễ học tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tim mạch tại Việt Nam của tác giả Nguyễn Lân Việt cho thấy, các yếu tố nguy cơ tim mạch chính khá phổ biến trong cộng đồng người trưởng thành ở Việt Nam, đa số các yếu tố nguy cơ này là đi với nhau thành chùm. Do đó, việc kiểm soát từng yếu tố nguy cơ riêng rẽ sẽ thu được lợi ích không nhiều so với việc can thiệp tác động đồng thời lên nhiều yếu tố nguy cơ. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng có mối tương quan “kiểu chữ U” giữa số huyết áp và BMI, điều này cho thấy gánh nặng THA khá nổi cộm ngay cả trên người gầy, đối tượng thường bị xem nhẹ trong các chương trình bệnh lý tim mạch.

## V. KẾT LUẬN

Các yếu tố dự phòng tăng huyết áp ở đối tượng điều tra theo phân tích hồi quy đa biến sau khi loại bỏ các yếu tố gây nhiễu: nam >55 tuổi, nữ >65 tuổi; uống nhiều rượu, bia thường xuyên; thừa cân, béo phì; tiền sử có rối loạn lipid máu ( $p < 0,05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, “Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2019 và nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2020,” Hà Nội, 2019.
2. **Bộ Y tế**, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp (Ban hành kèm theo Quyết định số 3192 /QĐ-BYT ngày 31 tháng 08 năm 2010,” Hà Nội, 2010
3. **Bộ Y tế**, “Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam,” Hà Nội, 2015.
4. **Sở Y tế Đà Nẵng** – Trung tâm Y tế Dự phòng thành phố Đà Nẵng, “Hội nghị tổng kết công tác Y tế dự phòng và báo cáo kết quả hoạt động dự án Tăng huyết áp thành phố Đà Nẵng,” 2013.
5. **Đào Duy An**, “Tăng huyết áp thầm lặng như thế nào,” Thời sự Tim Mạch Học, no. 111, pp. 33–36, 2007.
6. **Lê Thị Vẻ**, “Nghiên cứu mối liên quan giữa bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người lớn tuổi,” Tạp chí y học thực hành, no. 6, p. 40, 2010.

7. **World Health Organization**, "Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012," WHO Document Production Services, 2012.
8. **Fotoula Babatsikou and Assimina Zavitsanou**, "Epidemiology of hypertension in the elderly," *Heal. Sci. Journal*, no. 4 (1), pp. 24–30, 2010.

9. **Jean-Marc Theler Murielle Bochud**, "1999–2009 Trends in Prevalence, Unawareness, Treatment and Control of Hypertension in Geneva, Switzerland," [Online]. Available: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0039877>.

## KHẨU PHẦN ĂN TRƯỚC PHẪU THUẬT CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đoàn Duy Tân<sup>1</sup>, Võ Duy Long<sup>1,2</sup>, Lê Thị Hương<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật tạo ra chuỗi các phản ứng như tăng tiết hormone gây stress và các yếu tố gây viêm tác động lên chuyển hóa cơ thể, gây dị hóa glycogen, chất béo, protein, đặc biệt ở bệnh nhân có phẫu thuật đường tiêu hóa sẽ có nguy cơ giảm lượng thức ăn vào cơ thể trước phẫu thuật góp phần thúc đẩy tình trạng suy dinh dưỡng. **Mục tiêu:** Xác định khẩu phần ăn trước phẫu thuật của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh năm 2020 – 2021. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 130 bệnh nhân ung thư đại trực tràng có chính định phẫu thuật tại Khoa ngoại tiêu hoá Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh tháng 10 năm 2020 đến tháng 2 năm 2022, được phỏng vấn mặt đối mặt bằng bộ công cụ soạn sẵn. Các đối tượng được thu thập thông tin về đặc điểm dân số, khảo sát khẩu phần ăn và mô tả thành phần dinh dưỡng theo tuổi, giới, giai đoạn ung thư và tính cân đối của khẩu phần ăn. **Kết quả:** Trước phẫu thuật, chỉ có 13,9% số khẩu phần ăn của bệnh nhân đạt 75% được theo nhu cầu khuyến nghị về năng lượng và 1,54% khẩu phần ăn của bệnh nhân cung cấp đạt 100% được theo nhu cầu khuyến nghị về năng lượng. Khẩu phần ăn trước phẫu thuật không đạt đầy đủ các tiêu chí của một khẩu phần ăn cân đối. Tỷ lệ đáp ứng được nhu cầu khuyến nghị về protein là 8,6%, về lipid là 66,9%. **Kết luận:** Cần chú trọng việc nuôi dưỡng bệnh nhân trước phẫu thuật nhằm can thiệp dinh dưỡng kịp thời, đặc biệt ở các bệnh nhân >60 tuổi, có bệnh ở giai đoạn III, IV.

**Từ khóa:** khẩu phần ăn, ung thư đại trực tràng, trước phẫu thuật

### SUMMARY

#### PRE-OPERATIVE FOOD PORTIONS OF

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

<sup>3</sup>Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế Công cộng, Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Duy Tân

Email: doanduytaan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.5.2022

Ngày phản biên khoa học: 29.6.2022

Ngày duyệt bài: 8.7.2022

### COLORECTAL CANCER PATIENTS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

**Background:** Surgery is the cause of several chain reactions such as enhanced secretion of stress hormones and inflammatory molecules affecting body metabolism, leading to glycogenolysis, lipid and protein catabolism, especially among patients undergoing gastrointestinal surgery who have higher risk of reducing food intake preoperative that may lead to malnutrition. **Objective:** To investigate preoperative diet of colorectal cancer patients at the University Medical Center Ho Chi Minh City. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 130 colorectal cancer patients who were scheduled for surgery at the Department of Gastroenterology, University Medical Center Ho Chi Minh City from October 2020 to March 2022, using face-to-face interviews with a structured questionnaire. Demographic characteristics, food portions were collected to estimate nutritional composition according to age, gender, cancer stage and the balance of the diet. **Results:** Only 13.9% pre-operative food portions met 75% of the recommended energy requirements and 1.54% food portions met 100% of the recommended energy requirements. All preoperative diets were unable to fully meet criteria of a balanced diet. The proportion of food portions meeting the recommended needs for protein and lipid is 8.6% and 66.9% respectively. **Conclusion:** Efforts should be made to improve preoperative diet of patients to timely provide appropriate nutritional intervention, especially in patients > 60 years old, or with stage III, IV of cancer.

**Keywords:** food portion, colorectal cancer, pre-operative

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) gây ra các triệu chứng như thay đổi vị giác, chán ăn, đau bụng, kém hấp thu, tiêu chảy, táo bón, sụt cân, tắc ruột, thủng ruột, xuất huyết làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) ở bệnh nhân [1],[2]. Bên cạnh đó phần lớn bệnh nhân UTĐTT có chế độ nuôi dưỡng trước phẫu thuật đều không đạt so với nhu cầu khuyến nghị về năng lượng, chất sinh năng lượng và các vitamin cũng như một số