

năng chịu đựng tập thể dục, nguyên nhân thường do khó thở, dẫn đến giảm mật độ xương. Tuy nhiên đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân giai đoạn ổn định, được quản lý và tuân thủ điều trị tốt nên đa số bệnh nhân vẫn hoạt động thể lực được, tập thể dục nên tình trạng loãng xương trong nghiên cứu chúng tôi không theo quy luật.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân BPTNMT: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: theo T-score CSTL tỷ lệ loãng xương chiếm 50%, thiếu xương chiếm 38%. Tại CXĐ, tỷ lệ loãng xương là 36%, thiếu xương là 50%. Tính chung cả 2 vị trí, tỷ lệ loãng xương chiếm 60%, thiếu xương là 32%.

- Một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở bệnh nhân BPTNMT: giới nữ, BMI thấp (< 18.5), sử dụng ICS, phân loại bệnh theo GOLD 2022. Ngược lại, tuổi, hút thuốc, thời gian mắc bệnh không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân COPD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **2022 GOLD Reports - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD.** Accessed September 15, 2022. <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>

2. **BỘ Y TẾ** (2018). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
3. **Ngô Quý Châu** (2018). Bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mạn Tính, Bệnh Học Nội Khoa Tập I.
4. **Nguyễn Quang Đợi** (2019). Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng Và Một Số Yếu Tố Nguy Cơ Tắc Động Mạch Phổi Cấp Ở Bệnh Nhân Đột Cấp Bệnh Phổi Tắc Nghẽn Mạn Tính.
5. **Low bone mineral density in COPD patients related to worse lung function, low weight and decreased fat-free mass - PubMed.** Accessed September 14, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17347789/>
6. **Nguyễn Thị Thủy** (2015). Nghiên cứu đặc điểm loãng xương ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại đơn vị quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính – Bệnh viện Bạch Mai..
7. **Nguyen Duc Manh** (2021). Study on rate and risk factor of osteoporosis among copd patients at the copd outpatients clinic Bach Mai hospital..
8. **Huijsmans RJ, de Haan A, ten Hacken NNHT, Straver RVM, van't Hul AJ.** The clinical utility of the GOLD classification of COPD disease severity in pulmonary rehabilitation. *Respir Med.* 2008;102(1): 162-171. doi: 10.1016/j.rmed.2007.07.008
9. **Trịnh Hồng Nhung** (2021). Nguy cơ loãng xương và dự báo xác suất gãy xương theo mô hình Garvan ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng.
10. **Development and first validation of the COPD Assessment Test | European Respiratory Society.** Accessed October 4, 2023. <https://erj.ersjournals.com/content/34/3/648.full>

THỰC TRẠNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI DÂN TỪ 18 – 60 TUỔI KHÁM NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN GIAO THÔNG VẬN TẢI NĂM 2023

Phạm Văn Thành¹, Nguyễn Đức Trọng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của người dân từ 18 – 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh viện Giao thông vận tải năm 2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 500 người dân từ 18 – 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh viện Giao thông vận tải năm 2023, sử dụng cách chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng. Thông tin được thu thập bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn theo hình thức phát vấn và kết hợp tra hồ sơ bệnh án dữ liệu thứ cấp. Dữ liệu được nhập bằng

Epidata 3.1 và xử lý bằng SPSS 26.0. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu từ 18 – 60 tuổi tỷ lệ tăng huyết áp là 17,6%. Trong đó, tỷ lệ tăng huyết áp độ I nhẹ, độ II trung bình và độ III nặng lần lượt là 12,2%; 4,6%; 0,6%. Nam giới có tỷ lệ tăng huyết áp là 21,6% cao hơn nữ giới có tỷ lệ tăng huyết áp là 12,4%. Nhóm tuổi 51- 60 tuổi có tỷ lệ tăng huyết áp cao nhất 39,4%, tiếp theo đến nhóm tuổi từ 41- 50 tuổi có tỷ lệ tăng huyết áp là 29,2% và thấp nhất là nhóm tuổi từ 18 - 40 có tỷ lệ tăng huyết áp là 6,4%. **Kết luận:** Các đối tượng có tiền sử tăng huyết áp, biến chứng tim mạch, biến chứng tai biến mạch máu não, mắc bệnh kết hợp, thừa cân béo phì (BMI ≥ 25), hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, chế độ ăn mặn một số có ý nghĩa thống kê ảnh hưởng đến tăng huyết áp sau khi đã loại bỏ các yếu tố còn lại. **Từ khóa:** tăng huyết áp, yếu tố liên quan, Bệnh viện Giao thông vận tải

¹Thiêt bị Y tế Bảo Thân An

²Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thành

Email: ytechinhhang.com@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.12.2023

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF HYPERTENSION

DISEASE AND SOME ACCOCIATED FACTORS OF PEOPLE FROM 18 - 60 YEARS OLD OUTPATIENT EXAMINATION AT TRANSPORTATION HOSPITAL IN 2023

Objective: Describe the current status of hypertension and some related factors of people aged 18 - 60 years old with outpatient examination at the transportation hospital in 2023. **Method:** Cross-sectional descriptive study design was conducted on 500 people aged 18 - 60 years old for outpatient examination at Transport Hospital in 2023, using stratified random sampling. Information was collected using a pre-designed questionnaire in the form of interviews and combining medical records with secondary data. Data were entered using Epidata 3.1 and processed using SPSS 26.0. **Result:** In research subjects from 18 to 60 years old, the rate of hypertension was 17.6%. Among them, the rates of mild grade I hypertension, moderate grade II hypertension, and severe grade III hypertension are 12.2%; 4.6%; 0.6%. Men have a higher blood pressure rate of 21.6% than women have a high blood pressure rate of 12.4%. The age group 51 - 60 years old has the highest rate of hypertension at 39.4%, followed by the age group from 41 - 50 years old with the rate of hypertension being 29.2% and the lowest rate is the age group from 18 - 40 years old. had a hypertension rate of 6.4%. **Conclusion:** Subjects with a history of hypertension, cardiovascular complications, stroke complications, comorbidities, overweight and obesity (BMI \geq 25), smoking, alcohol use, diet Some salts have a statistically significant effect on hypertension after eliminating the remaining factors. **Keywords:** hypertension, associated factors, transportation hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), đã ghi nhận trong báo cáo sức khỏe hàng năm và đã xác định bệnh tăng huyết áp là "kẻ giết người thầm lặng", bệnh tăng huyết áp có yếu tố nguy cơ biến chứng nặng như đột quỵ não, bệnh tim mạch, bệnh thận mãn tính và suy tim sung huyết... để lại di chứng sẽ là gánh nặng cho gia đình cũng như toàn xã hội, cần nhiều chi phí tiền bạc, sức người để chăm sóc và họ không thể tự lao động nuôi bản thân. Tăng huyết áp là yếu tố hàng đầu chiếm tỷ lệ 78% gây ra đột quỵ não, có thể gây tử hoặc tàn tật suốt đời.

Hiện nay thì có tới gần 60% đối tượng chưa được phát hiện và trên 80% chưa được điều trị tăng huyết áp, một con số rất đáng báo động. Đây là vấn đề y tế công cộng rất quan tâm ở đối tượng trẻ tuổi về bệnh tăng huyết áp nhằm phát hiện sớm, giảm các yếu tố nguy cơ, dự phòng tại cộng đồng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Thực trạng bệnh tăng huyết áp của người dân từ 18 – 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh Viện Giao Thông Vận Tải năm 2023" với mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng bệnh tăng huyết áp của người dân từ 18 – 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh viện Giao Thông Vận Tải năm 2023.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người dân từ 18 - 60 tuổi, có khả năng đáp ứng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Phòng khám Ngoại trú Bệnh viện Giao thông vận tải từ tháng 2 - 10/2023.

2.3 Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.4 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong nghiên cứu dịch tễ học mô tả:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần điều tra; p: ước đoán tỷ lệ trầm cảm của sinh viên, lấy p = 0,25 (Theo nghiên cứu của Trương Thị Thùy Dương năm 2016) [2]; Z: hệ số tin cậy, ứng với độ tin cậy 95% thì $Z(1-\alpha/2) = 1,96$; α : mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha=5\%$; d: sai số tuyệt đối cho phép, lấy d = 0,04. Số mẫu cần thiết là n=450 và tăng cỡ mẫu để dự trừ nên cỡ mẫu cho nghiên cứu là n=500.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu. Sử dụng bộ công cụ phỏng vấn được thiết kế sẵn và phiếu ghi chỉ số cân, đo trực tiếp các chỉ số chiều cao, cân nặng, huyết áp trong quá trình nghiên cứu.

2.6. Xử lý, phân tích số liệu. Làm sạch và nhập liệu Epidata 3.1, thống kê dùng SPSS 26.0 để phân tích

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng thẩm định đề cương luận văn thạc sĩ ngành Y tế công cộng theo Quyết định số 23031002/QĐ-ĐHTL ngày 10 tháng 3 năm 2023. Đề cương nghiên cứu được phê duyệt theo Quyết định số 23042104/QĐ-ĐHTL ngày 21 tháng 04 năm 2023 đáp ứng khoa học và đạo đức nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu. Kết quả Bảng 3.1 cho thấy nam giới tỷ lệ là 56,6% và nữ giới tỷ lệ 43,4%. Nhóm từ 18-40 tuổi tỷ lệ cao nhất 59,8%, nhóm từ 41-50 tuổi tỷ lệ thấp nhất 19,2%, nhóm từ 51-60 tuổi tỷ lệ 21%. Có 99,2% đối tượng có trình độ học vấn từ THPT trở lên và chỉ 0,8% có trình độ học vấn dưới THPT. Vì ở thành phố nên nghề

ng nghiệp rất đa dạng: nghề tự do tỷ lệ cao nhất 40,2% thấp nhất là nông dân 0,4%. Các nghề nghiệp khác như công nhân, tư nhân, công chức viên chức và hưu trí có tỷ lệ lần lượt là: 3,8%; 20,2%; 30,0%; 5,4%. Đa phần mọi người đều đang đi làm tỷ lệ là 94,6%, hưu trí tỷ lệ là 5,4%.

Bảng 3.10. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	283 56,6
	Nữ	217 43,4
Tuổi	Từ 18 – 40 tuổi	299 59,8
	Từ 41 - 50 tuổi	96 19,2
	Từ 51 - 60 tuổi	105 21,0
Trình độ học vấn	Dưới THPT	4 0,8
	≥ THPT	496 99,2
Trình trạng gia đình	Sống một mình	114 22,8
	Sống cùng gia đình	386 77,2
Nghề nghiệp	Nông dân	2 0,4
	Công nhân	19 3,8
	Tư nhân	101 20,2
	Công chức, viên chức	150 30,0
	Tự do	201 40,2
	Hưu trí	27 5,4

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

Bảng 3.2. Phân loại mức độ tăng huyết áp của Việt Nam

Phân loại tăng huyết áp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Huyết áp bình thường	412	82,4
Số người tăng huyết áp:	88	17,6

Bảng 3.3. Tăng huyết áp theo nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	HA	Biến số	Có THA		Không THA		OR (95%CI)	p
			SL	(%)	SL	(%)		
Giới		Nam	61	21,6	222	78,4	1,9 (1,1-3,1)	0,008
		Nữ	27	12,4	190	87,6		
Tuổi		Từ 18 - 40 tuổi	19	6,4	279	93,6	1	-
		Từ 41 - 50 tuổi	28	29,2	68	70,8	6,0(3,1-11,4)	<0,001
		Từ 51 - 60 tuổi	41	39,4	63	60,6	9,5(5,1-17,5)	<0,001
Tình trạng gia đình		Sống một mình	17	14,9	97	85,1	0,7 (0,4-1,3)	0,39
		Sống cùng GD	71	18,4	315	81,6		
Trình độ học vấn		< THPT	1	25,0	3	75,0	1,5 (0,1-15,2)	0,69
		≥ THPT	87	17,5	409	82,5		
Nghề nghiệp		Nông dân	1	50,0	1	50,0	0,68(0,03-11,6)	0,79
		Tự do	25	12,4	176	87,6		
		Nhà nước	21	14,0	129	86,0		
		Tư nhân	18	17,8	83	82,2		
		Công nhân	7	36,8	12	63,2		
	Hưu trí	17	63,0	10	37,0	11,9(4,9-29,0)	<0,001	

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu. Kết quả

Tăng huyết áp độ I nhẹ	61	69,3
Tăng huyết áp độ II trung bình	24	15,9
Tăng huyết áp độ III nặng	3	3,4

Qua nghiên cứu này, ghi nhận thực trạng tăng huyết áp của người dân từ 18 – 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh Viện Giao Thông Vận Tải năm 2023 tỷ lệ tăng huyết áp là 17,6%. Trong đó, tỷ lệ tăng huyết áp độ I nhẹ, độ II trung bình và độ III nặng lần lượt là 12,2%; 4,6%; 0,6%. Bảng 3.2.1

Trong đó, nam giới tỷ lệ tăng huyết áp là 21,6% cao hơn nữ giới tỷ lệ tăng huyết áp là 12,4%. Nhóm tuổi từ 51 - 60 tuổi tỷ lệ tăng huyết áp cao nhất 39,4%, tiếp theo đến nhóm tuổi từ 41 - 50 tuổi tỷ lệ tăng huyết áp là 29,2% và thấp nhất là nhóm tuổi từ 18 - 40 tỷ lệ tăng huyết áp là 6,4%. Tỷ lệ tăng huyết áp 18,4% đối tượng sống cùng gia đình cao hơn tỷ lệ tăng huyết áp 14,9% đối tượng sống một mình. Đối tượng có trình độ học vấn <THPT tỷ lệ tăng huyết áp là 25% cao hơn đối tượng có trình độ ≥ THPT tỷ lệ tăng huyết áp là 17,5%. Theo nghề nghiệp thì tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm đối tượng hưu trí 63,0%; làm nghề tự do tỷ lệ tăng huyết áp là 12,4%; làm nghề công chức viên chức tỷ lệ tăng huyết áp là 14%; làm nghề tư nhân tỷ lệ tăng huyết áp là 17,8%; làm nghề công nhân tỷ lệ tăng huyết áp là 36,8%; làm nghề nông dân tỷ lệ tăng huyết áp là 50%. Tăng huyết áp theo nghề nghiệp cho thấy tỷ lệ cao nhất ở nhóm đối tượng hưu trí là 63,0% và tỷ lệ thấp nhất ở nhóm đối tượng làm nghề tự do. Chi tiết thể hiện ở bảng 3.3

nghiên cứu theo bảng 3.3 chỉ ra rằng: Tình trạng tăng huyết áp có yếu tố liên quan có ý nghĩa

thống kê với một số yếu tố như: Tiền sử bản thân từng bị tăng huyết áp, biến chứng tim mạch, tai biến mạch máu não, bệnh tiểu đường, hút thuốc lá, thừa cân béo phì và chế độ ăn mặn.

Đối tượng có biến chứng bệnh tim mạch bị tăng huyết áp cao gấp 2,8 lần đối tượng không có biến chứng (OR=2,8; 95%CI: 1,1-7,0; p<0,01). Bên cạnh đó đối tượng bị tai biến mạch máu não có khả năng bị tăng huyết áp cao gấp 4,8 lần đối tượng không bị tai biến (OR=4,8; 95%CI: 1,0-24,2, p<0,05). Đối tượng mắc bệnh tiểu đường có khả năng bị tăng huyết áp cao gấp 3,1 lần đối tượng không bị tiểu đường (OR=3,1; 95%CI: 1,4-6,5; p<0,01).

Tỷ lệ tăng huyết áp là 23,7% ở nhóm đối tượng có hút thuốc cao hơn tỷ lệ tăng huyết áp là 15,7% ở đối tượng không hút thuốc. Về chế

độ ăn thì đối tượng có thói quen ăn mặn có khả năng tăng huyết áp cao gấp 2,0 lần so với đối tượng không ăn mặn (OR=2,0; 95%CI: 1,2-3,1; p<0,01).

Về chỉ số khối cơ thể BMI, đối tượng bị thừa cân/béo phì có khả năng bị tăng huyết áp cao gấp 8,6 lần đối tượng gầy (OR=8,6; 95%CI: 1,0-76,3; p<0,05)

Những đối tượng thường xuyên đo HA tại nhà có khả năng phát hiện sớm bị THA cao gấp 5,7 lần những đối tượng không đo HA (OR=5,7; 95%CI: 2,8-11,4; p<0,001). Đối tượng thường xuyên đi khám sức khỏe định kỳ có khả năng phát hiện sớm bị THA cao gấp 2,4 lần đối tượng không đi khám sức khỏe định kỳ (OR=2,4; 95%CI: 1,1-5,0; p<0,05).

Bảng 3.4. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Hành vi sức khỏe		Tăng huyết áp		OR (95%CI)	p
		Có SL (%)	Không SL (%)		
Tiền sử bản thân từng mắc THA	Có	30 (53,6)	26 (46,4)	7,6 (4,2-13,8)	<0,001
	Không	58 (13,1)	386 (86,9)		
Tim mạch	Có	8 (36,4)	14 (63,6)	2,8 (1,1-7,0)	0,01
	Không	80 (16,7)	398 (83,3)		
Tai biến mạch máu não	Có	3 (50,0)	3 (50,0)	4,8 (1,0-24,2)	0,03
	Không	85 (17,2)	409 (82,8)		
Tiểu đường	Có	12 (37,5)	20 (62,5)	3,1 (1,4-6,5)	0,002
	Không	76 (16,2)	392 (83,8)		
Hút thuốc	Có	28 (23,7)	90 (76,3)	1,6 (1,0-2,7)	0,045
	Không	60 (15,7)	322 (84,3)		
Ăn mặn	Có	42 (24,6)	129 (75,4)	2,0 (1,2-3,1)	0,003
	Không	46 (14,0)	283 (86,0)		
BMI	Thừa cân béo phì	6 (20,7)	23 (79,3)	8,6(1,0-76,3)	0,025
	Bình thường	81 (18,5)	356 (81,5)	7,5(1,0-55,7)	0,02
	Gầy	1 (2,9)	33 (97,1)	1	-
Đo huyết áp	Thường xuyên	20 (47,6)	22 (52,4)	5,7(2,8-11,4)	<0,001
	Thỉnh thoảng	31 (16,4)	158 (83,6)	1,2(0,7-2,0)	0,43
	Không	37 (13,8)	232 (86,2)	1	-
Khám sức khỏe định kỳ	Thường xuyên	17 (25,4)	50 (74,6)	2,4(1,1-5,0)	0,01
	Thỉnh thoảng	51 (19,0)	218 (81,0)	1,6(0,9-2,9)	0,06
	Không	20 (12,2)	144 (87,8)	1	-

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, thực hiện trên 500 đối tượng người dân từ 18 – 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh viện Giao thông vận tải có tỷ lệ bệnh tăng huyết áp là 17,6%. Kết quả nam giới có khả năng bị tăng huyết áp cao gấp 1,9 lần nữ giới (OR=1,9; 95%CI: 1,1-3,1; p<0,01). Theo Mai Duy Tôn nghiên cứu đa trung tâm về đột quỵ tại 10 Trung tâm đột quỵ trên toàn quốc cho thấy: độ tuổi trung bình người dân Việt Nam hiện nay bị đột quỵ khoảng 65 tuổi; độ tuổi dưới 45 chiếm

7,2%. Điều đáng lưu ý là tăng huyết áp gây ra tỷ lệ nam gặp đột quỵ nhiều hơn nữ, gấp 1,5 lần so với nữ [4] Điều này cũng có thể lý giải vì lối sống của nam giới cường độ làm việc cao hơn nữ giới, uống rượu bia, hút thuốc cũng hơn nữ giới. Hơn nữa còn có thể liên quan về gen, về sinh lý học của giới tính, giới tính nam khác giới tính nữ. Kết quả cho thấy tăng huyết áp tăng dần theo xu hướng nam giới nhiều hơn nữ giới.

Nhóm tuổi từ 51 - 60 tuổi tăng huyết áp cao gấp 10 lần nhóm 18 - 40 tuổi; nhóm 41-50 tuổi

cao gấp 6 lần nhóm 18 - 40 tuổi; có tiền sử bản thân từng bị tăng huyết áp cao gấp 5 lần đối tượng không tiền sử. Tuổi càng cao thì tỷ lệ tăng huyết áp càng nhiều, tuổi càng cao thì sức khỏe của con người sẽ ngày càng suy giảm do các chức năng của các cơ quan trong cơ thể không còn khỏe mạnh và sức đề kháng sẽ càng ngày càng yếu dần. Vì vậy có thể sự gia tăng của các bệnh trong đó có bệnh tăng huyết áp sẽ song hành cùng với độ tuổi ngày một lớn hơn. Di truyền có thể góp phần gây nên huyết áp cao, đột quỵ và các tình trạng liên quan khác.

Đối tượng biến chứng tim mạch, tai biến mạch máu não, bệnh tiểu đường lần lượt cao gấp 2,8 lần; 4,8 lần; 3,1 lần; đối tượng bình thường.

Bị thừa cân/béo phì có khả năng bị tăng huyết áp cao gấp 8,6 lần đối tượng gầy (OR=8,6; 95%CI: 1,0-76,3; p<0,05). Kết quả nghiên cứu tương đồng với Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt (2003) BMI \geq 23 có nguy cơ tăng huyết áp 2,78 lần BMI bình thường [3]. Kết quả của chúng tôi cao hơn có thể do khác về địa lý, môi trường sống, chế độ ăn dinh dưỡng và yếu tố khác kết hợp.

Hút thuốc lá có khả năng bị tăng huyết áp cao gấp 1,6 lần không hút thuốc lá (OR=1,6; 95%CI: 1,0-2,7; p<0,05). Hút thuốc lá là một nguy cơ tiềm tàng dẫn đến phát triển bệnh xơ vữa động mạch, cũng là một yếu tố đe dọa quan trọng đến bệnh tăng huyết áp. Nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở người tăng huyết áp có hút thuốc lá cao hơn 50 - 60% so với những người tăng huyết áp không hút thuốc lá. [3]

Đối tượng có thói quen ăn mặn bị tăng huyết áp cao gấp 2,0 lần so với ăn bình thường (OR=2,0; 95%CI: 1,2-3,1; p<0,01). Tương đồng với Trương Thị Thùy Dương (2016) về hiệu quả của dinh dưỡng nhằm cải thiện tăng huyết áp cho thấy tỷ lệ ăn mặn chung hai xã là 22,8%, xã đối chứng là 23,6%, xã can thiệp là 22,1%. [2]

Thường xuyên đo huyết áp tại nhà có khả năng phát hiện sớm tăng huyết áp cao gấp 5,7 lần không đo huyết áp (OR=5,7; 95%CI: 2,8-11,4; p<0,001). Khám sức khỏe định kỳ có khả năng phát hiện sớm tăng huyết áp cao gấp 2,4 lần không đi khám sức khỏe định kỳ (OR=2,4; 95%CI: 1,1-5,0; p<0,05). Tại Đại Hội đồng Tổ chức Y tế Thế Giới đã ra Nghị quyết WHA66.10 thông qua [1]. Trong đó có mục tiêu giảm tỷ lệ tăng huyết áp hoặc kiểm soát số đo huyết áp, tùy theo hoàn cảnh quốc gia và nghiên cứu của chúng tôi có kết quả rằng thường xuyên kiểm tra

chỉ số, theo dõi huyết áp tại nhà và khám sức khỏe định kỳ sẽ giúp đánh giá, tiên lượng và phát hiện sớm tăng huyết áp.

Nghiên cứu tồn tại một số hạn chế, đây là nghiên cứu cắt ngang trên đối tượng từ 18 - 60 tuổi, nên chưa đánh giá được thực trạng tăng huyết áp trong suốt quá trình sống và không thể kết luận mối quan hệ nhân quả. Đối tượng nghiên cứu đa ngành nghề, trình độ, chất lượng sống, môi trường sống khác nhau do vậy chưa thể đánh giá được toàn diện về tăng huyết áp của người dân giữa các nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

1. Thực trạng bệnh tăng huyết áp người dân từ 18 - 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh Viện Giao Thông Vận Tải năm 2023, tỷ lệ tăng huyết áp là 17,6%.

2. Các mối liên quan đến tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu: có tiền sử bản thân tăng huyết áp, biến chứng tim mạch, biến chứng tai biến mạch máu não, bệnh tiểu đường, thừa cân béo phì, hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, chế độ ăn mặn một số có ý nghĩa thống kê ảnh hưởng đến tăng huyết áp sau khi đã loại bỏ các yếu tố còn lại.

3. Tăng huyết áp cần phát hiện sớm, tiên lượng dự phòng ngay từ lúc trẻ tuổi giúp kiểm soát huyết áp để có hiệu quả ngăn ngừa các biến chứng và kéo dài tuổi thọ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2016), "Điều tra quốc gia về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm năm 2015"
2. **Trương Thị Thùy Dương** (2016) "Hiệu quả của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng nhằm cải thiện một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp tại cộng đồng", Luận án tiến sĩ học, Trường Đại học Y Hà Nội
3. **Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt và cộng sự** (2003), "Tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam 2001 - 2002", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.
4. **Mai Duy Tôn và cộng sự** (2020) Sách "Đột quỵ não - Những nguyên tắc vàng trong dự phòng và chăm sóc đột quỵ" Nhà xuất bản Dân Trí.
5. **Nguyễn Đức Trọng và cộng sự** (2018) - "Tỷ lệ cơ cấu bệnh tật tim mạch huyết áp của Người bệnh tới Khám chữa bệnh các cơ sở y tế tuyến Quận, Huyện", Đề tài Khoa học Công nghệ cấp Ngành BHXHVN.
6. **China Stroke Statistics Writing Committee** (2022) "Chinese Center for Disease Control and Prevention and Institute for Global Neuroscience and Stroke Collaborations" 2022 Apr 20.