

- in vitro study". Journal of oral rehabilitation. **37** (7), pp 569-574.
2. **Xiaoping L, Dongfeng R, Silikas N . (2014)**. "Effect of etching time and resin bond on the flexural strength of IPS e.max Press glass ceramic". Dental Materials. **30** (12), pp. e330-e336.
  3. **Kurian BP, Johns M, Hareesh MT. (2018)**. "Lithium Disilicate Ceramic – An Overview". The Journal of Prosthetic and Implant Dentistry. **1** (2)
  4. **Carrabba M. et al. (2017)**. "Flexural strength of CAD/CAM and pressed novel lithium disilicate". Journal Of Oral and Craniofacial Biomaterials Sciences. **33**, pp. e16.
  5. **Prochnow C, Venturini A B, Grasel R, Gundel A, Bottino M C, Valandro L F. (2018)**, "Adhesion to a Lithium Disilicate Glass Ceramic Etched with Hydrofluoric Acid at Distinct Concentrations". Brazilian Dental Journal. **29** (5), pp. 492-499.
  6. **Kalavacharla V K, Lawson N C, Ramp L C, Burgess J O. (2015)**, "Influence of Etching Protocol and Silane Treatment with a Universal Adhesive on Lithium Disilicate Bond Strength". Oper Dent. **40** (4), pp. 372-378.
  7. **Sakaguchi R. et al. (2011)**. Craig's Restorative Dental Materials, 13th Edition -Mosby (2011), Vol. 11.
  8. **Rawls KJ**: Mechanical properties of dental materials In Anusavice KJ (ed): Phillips' Science of Dental Materials (ed 11). St. Louis, W.B. Saunders, 2003, pp. 69-143
  9. **Hallmann L, Ulmer P, Gerngross MD, Jetter J, Mintrone M, Lehmann F, Kern M. Properties of hot-pressed lithium silicate glass-ceramics. (2019)**. Dental materials. **35**, 713–729

## THỰC TRẠNG TIỀN TĂNG HUYẾT ÁP, 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>,  
Trần Đình Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Khắc Minh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu** xác định tỷ lệ tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp của người dân từ 30 tuổi trở lên tại Quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 495 đối tượng là người dân từ 30 tuổi trở lên. **Kết quả:** Tỷ lệ tiền tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu là 19% và tỷ lệ tăng huyết áp là 21%. **Kết luận:** Tỷ lệ tiền tăng huyết áp và tỷ lệ tăng huyết áp gần tương đương nhau do đó cần tiến hành các biện pháp can thiệp để giải quyết vấn đề này kịp thời.

**Từ khóa:** tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp, Đà Nẵng.

### SUMMARY

#### THE SITUATION OF PRECAUTIONS OF PRECAUTIONS, RISK PRESSURE IN PEOPLE AGE 30 AND OVER IN HAI CHAU DISTRICT, DA NANG CITY

**Objective:** to determine the rate of prehypertension and hypertension of people aged 30 years and older in Hai Chau District, Da Nang city.

**Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 495 subjects who were people aged 30 years and older. Results: The rate of prehypertension in the study subjects was 19% and the rate of hypertension was 21%. **Conclusion:** Prehypertension and hypertension rate are almost similar,

so it is necessary to conduct interventions to solve this problem promptly.

**Keywords:** pre-hypertension, hypertension, Da Nang.

### 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]. Trên thế giới tỷ lệ tăng huyết áp chiếm khoảng 8-18% dân số và có sự khác nhau ở các quốc gia. Theo Tổ chức Y tế thế giới, mỗi năm có khoảng 9 triệu người chết do tăng huyết áp, chiếm 12,8% tử vong toàn cầu, tăng huyết áp đã và đang trở thành nguy cơ hàng đầu của các biến chứng tim mạch[9]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *xác định tỷ lệ tiền tăng huyết áp, 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

- Đối tượng nghiên cứu từ chối tham gia.
- 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.

#### 2.2. Địa điểm nghiên cứu: trạm y tế ở 5

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khắc Minh

Email: minh@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 8.7.2021

phường được chọn của quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng.

**2.3. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 11/2019 đến tháng 09/2020.

#### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

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

**2.5 Nội dung nghiên cứu.** Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Tỷ lệ tiền THA, THA của người dân từ 30 tuổi trở lên tại Quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng.

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

**2.6.1. Cỡ mẫu.** Công thức xác định cỡ mẫu dùng cho nghiên cứu tỷ lệ là:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot p(1-p)}{d^2} \times DE$$

Trong đó: n: cỡ mẫu

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$ : hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% tương đương với  $z = 1,96$

p: ước đoán tham số p chưa biết của quần thể. Theo điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam năm 2015 của Cục Y tế dự phòng cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở người từ 30-69 tuổi thì tỷ lệ tăng huyết áp chung là 30,6%, do vậy chọn  $p = 0,306$  [9].

d: là sai số của nghiên cứu, chính là sự khác biệt giữa tỷ lệ p thu được trên mẫu và tỷ lệ trong quần thể, chọn  $d = 0,05$

DE: là hệ số thiết kế. Do chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn nên chọn  $DE = 1,5$

$$n = 1,5 \times \frac{1,96^2 \cdot 0,306 \times (1 - 0,306)}{0,05^2} = 491$$

Thực tế chúng tôi chọn 495 đối tượng nghiên cứu.

**2.6.2. Phương pháp chọn mẫu.** Chúng tôi sử dụng 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.

+ 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.

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

\*Các chỉ số về nhân trắc và đo huyết áp

(được các cán bộ y tế Trung tâm kiểm soát bệnh tật thành phố Đà Nẵng phối hợp với trạm y tế thực hiện)

- Các số đo nhân trắc: Cân nặng, chiều cao, vòng eo, mạch, HA

- Cách đo:

+ Cân nặng: sử dụng bàn cân (được Bộ y tế công nhận), khi đo cân nặng của người dân thì yêu cầu cởi bỏ áo khoác, mũ, nón, giày dép, khăn, kẹp tóc, ...

+ Chiều cao: sử dụng thước dây (được Bộ y tế công nhận), khi đo chiều cao của người dân thì yêu cầu cởi bỏ giày dép, hai chân chụm vào nhau và đứng thẳng.

+ Vòng eo: sử dụng thước dây (được Bộ y tế công nhận), khi đo của người dân thì yêu cầu cởi bỏ áo khoác. Đặt đầu thước dây cố định tại đỉnh xương hông, sau đó quấn thước dây quanh vòng eo, ngang mức rốn (thước dây quấn không quá chặt và thẳng ngay cả ở phía sau lưng), không được nín thở trong khi đo. Kiểm tra số đo trên thước dây ngay sau khi thở ra.

+ Huyết áp: sử dụng máy đo (được Bộ y tế công nhận).

**\*Phỏng vấn :** Theo bộ câu hỏi đã soạn sẵn (bộ câu hỏi điều tra chuẩn hóa theo Viện Tim mạch Việt Nam và Bộ Y tế áp dụng từ 2011 tại cộng đồng) [2].

- Thu thập các thông tin về nhân khẩu học

- Các thông tin về bệnh tật, điều trị.

#### 2.8. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng: sử dụng các phép thống kê mô tả, kiểm định  $\chi^2$ , phân tích hồi quy. Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để nhập và quản lý số liệu, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0.

**2.9. Đạo đức trong 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.

**2.10. Hạn chế của 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....

Do diễn tiến của dịch COVID – 19 nên thời gian lấy số liệu bị kéo dài phần nào ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Một số đặc điểm của các biến số nghiên cứu (n=495)**

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Thấp nhất	Cao nhất
Tuổi	59,1	10,8	30	90
Vòng eo(cm)	83,1	9,5	56	150
BMI(kg/m <sup>2</sup> )	22,7	3,0	16,2	40,0
HATT(mmHg)	123,4	16,7	90	190
HATTR(mmHg)	75,1	8,8	53	105

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình (TB) 59,1 ± 10,8; thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 90 tuổi; vòng eo TB 83,1 ± 9,5, thấp nhất 56 cm, cao nhất 150 cm; chỉ số khối cơ thể BMI TB 22,7 kg/m<sup>2</sup> ± 3,0, thấp nhất là 16,2, cao nhất là 40; huyết áp tâm thu TB 123,4 mmHg ± 16,7, thấp nhất là 90, cao nhất là 190 mmHg; huyết áp tâm trương TB 75,1 mmHg ± 8,8, thấp nhất là 53, cao nhất là 105.

**Bảng 3.2. Phân bố theo giới tính và nhóm tuổi đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Giới tính</b>		
Nam	188	38,0
Nữ	307	62,0
<b>Nhóm tuổi</b>		
Tuổi từ 30-49	87	17,6
Tuổi từ 50-69	341	68,9
Tuổi ≥70	67	13,5
<b>Tổng cộng</b>	<b>495</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ nữ giới tham gia vào điều tra chiếm tỷ lệ rất cao, gấp gần 2 lần số lượng nam giới tham gia với tỷ lệ là 62,0% và 38%. Độ tuổi tham gia cao nhất 50-69 tham gia khám chiếm tỷ lệ cao 68,9%, từ 30-69 tuổi: 17,6%, tuổi ≥70 chiếm 13,5%.

**Bảng 3.4. Tăng huyết áp phân theo đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=495)**

Đặc điểm	Phân loại tăng huyết áp			
	Bình thường, n (%)	Tiền THA, n (%)	THA, n (%)	
<b>Nhóm tuổi</b>	30-49	69 (79,3)	10 (11,5)	8 (9,2)
	50-69	198 (58,1)	69 (20,2)	74 (21,7)
	≥ 70	30 (44,8)	15 (22,4)	22 (32,8)
<b>BMI</b>	Bình thường	189 (64,5)	58 (19,8)	46 (15,7)
	Thừa cân, béo phì	108 (53,5)	36 (17,8)	58 (28,7)
<b>Vòng eo</b>	Bình thường	175 (67,6)	43 (16,6)	41 (15,8)
	Tăng	122 (51,7)	51 (21,6)	63 (26,7)
<b>Tổng cộng</b>	<b>297 (60,0)</b>	<b>94 (19,0)</b>	<b>104 (21,0)</b>	

**Nhận xét:** Tỷ lệ bị tiền THA, THA ở nhóm tuổi từ 70 trở lên (22,4% và 32,8%) cao hơn so với các nhóm tuổi còn lại; tỷ lệ bị THA ở nhóm BMI cao (28,7%) chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm BMI bình thường (15,7%); tỷ lệ bị tiền THA, THA ở nhóm vòng eo tăng (21,6% và 26,7%) cao hơn so với nhóm vòng eo bình thường (16,6% và 15,8%).

**Bảng 3.5. Tăng huyết áp phát hiện mới**

**Bảng 3.3. Phân nhóm theo vòng eo và BMI của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Vòng eo</b>		
Bình thường	259	52,3
Lớn (≥ 90cm nam, ≥80 cm nữ)	236	47,7
<b>BMI</b>		
Bình thường	293	59,2
Thừa cân	104	21,0
Béo phì độ 1	88	17,8
Béo phì độ 2	10	2,0
<b>Tổng cộng</b>	<b>495</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ người có vòng eo lớn (nam ≥ 90cm; nữ ≥80cm) chiếm tỷ lệ tương đối cao 47,7% (236 người). Đối tượng tham gia nghiên cứu có chỉ số BMI lớn tương đối nhiều, thừa cân chiếm tỷ lệ 21,0%, béo phì chiếm 19,8%.

**3.2. Thực trạng tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu**



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp ở đối tượng tham gia nghiên cứu**

**Nhận xét:** Tỷ lệ tiền tăng huyết áp là 19% và tăng huyết áp là 21%.

**và đã mắc cũ trước đó**

Tăng huyết áp	Số lượng	Tỷ lệ %
Mắc mới (lần đầu khi khám sàng lọc)	40	38,5
Đã được chẩn đoán	64	61,5
<b>Tổng cộng</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Trong số đối tượng bị tăng huyết áp, tỷ lệ tăng huyết áp mới phát hiện lần đầu trong quá trình khám sàng lọc là 38,5%, tăng

huyết áp đã được chẩn đoán chiếm 61,5% trong tổng số người tăng huyết áp.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả độ tuổi trung bình (TB) là  $59,1 \pm 10,8$ ; thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 90 tuổi (độ tuổi tham gia cao nhất 50-69 tham gia khám chiếm tỷ lệ cao 68,9%, từ 30-69 tuổi: 17,6%, tuổi 70+ chiếm 13,5%); vòng bụng TB  $83,1 \pm 9,5$ , thấp nhất 56 cm, cao nhất 150 cm; chỉ số khối cơ thể BMI TB  $22,7 \pm 3,0$ , thấp nhất là 16,2, cao nhất là 40; huyết áp tâm thu TB 123,4 mmHg  $\pm 16,7$ , thấp nhất là 90, cao nhất là 190 mmHg; huyết áp tâm trương TB  $75,1 \pm 8,8$ , thấp nhất là 53, cao nhất là 105. Theo nghiên cứu của tác giả Bochud Murielle và cộng sự nghiên cứu tại Thụy Điển giai đoạn 1999–2009 trên tổng cộng 9.215 đối tượng độ tuổi 35 -74 tuổi đã được đưa vào phân tích (50% phụ nữ) cho thấy: tuổi trung bình tổng thể là 51,5 tuổi (SD, 10,8) thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (59,1) do độ tuổi nghiên cứu của chúng tôi từ 30 tuổi trở lên. Có 4.402 đối tượng từ 35-49 tuổi (47,8%), 3.462 từ 50-64 tuổi (37,6%) và 1.351 đối tượng từ 65-74 tuổi (14,7%) [6]. HA tâm thu và HA tâm trương trung bình là 125,9 mmHg và 78,0 mmHg. Tỷ lệ chuẩn hóa theo tuổi chung của tăng huyết áp là 34,4%; tỷ lệ này vẫn ổn định giữa 1999-2009 ở cả nam giới và phụ nữ. HA tâm thu và HA tâm trương trung bình khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 123,4 mmHg và 75,1 mmHg [6]. Trung bình chỉ số BMI là 25,1 (SD 4.2) kg /m<sup>2</sup> cao hơn nghiên cứu của chúng tôi ( $22,7 \text{ kg /m}^2 \pm 3,0$ ). Ở bảng 3.5, tỷ lệ béo phì độ 2 (chỉ số BMI từ 30 kg/m<sup>2</sup> trở lên) của chúng tôi là 2% thấp hơn nhiều so với 12%, điều này không có gì lạ khi đối tượng nghiên cứu của tác giả là người ở quốc gia phát triển [6].

Theo điều tra quốc gia BKLN 2015, chiều cao trung bình ở độ tuổi 18-69 tuổi là 157,5 cm, cân nặng trung bình là 54,65kg, BMI trung bình là 22 kg/m<sup>2</sup>, vòng eo trung bình là 76,65 cm, vòng hông trung bình là 90,35cm, tỷ lệ eo/hông là 0,85 (nam 0,9; nữ 0,8); huyết áp tâm thu trung bình 119,9 mmHg, huyết áp tâm trương trung bình 77,1mmHg, nhịp tim trung bình 75,1 lần/phút. So sánh với nghiên cứu của chúng tôi thì các chỉ số khá là tương đồng [2].

Tỷ lệ nữ giới (62%), nhiều hơn nam giới (38%), một trong những lý do có thể dễ dàng nhận thấy điều này do ý thức của phụ nữ cao hơn nam giới trong việc khám sức khỏe nên tỷ lệ

phụ nữ đi khám sức khỏe nhiều hơn.

Thừa cân, béo phì có xu hướng gia tăng nhanh chóng qua các năm, năm 2000 tỷ lệ thừa cân – béo phì (BMI  $\geq 23$ ) là 3,7% đến năm 2005 tỷ lệ này tăng lên 7%, vào năm 2010 là 26,9% và trong nghiên cứu của chúng tôi là 40,8% (bảng 3.5) cho thấy sự phù hợp trong khung cảnh kinh tế xã hội hiện nay tác động làm gia tăng chung đến các chỉ số như BMI, cân nặng, chiều cao, vòng eo, vòng hông, huyết áp... [3].

**4.2 Thực trạng tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu.** Số liệu ở biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ tiền tăng huyết áp tính chung cho cả 2 giới là 19%, tỷ lệ tăng huyết áp là 21%. So sánh với nghiên cứu ở Geneva Thụy sĩ (1999-2009) tỷ lệ tăng huyết áp là 34,4% cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi (21%) [6]. Tỷ lệ tiền THA (19%) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Mariana Rodriguez, năm 2015 đã nghiên cứu 4.272 người lớn trên 20 tuổi tại Mexico xác định tỷ lệ tiền THA là 37,5%; 46,7% ở nam và 33,2% ở nữ [8].

Điều tra BKLN 2015, tỷ lệ THA chung độ tuổi 18-69 là 18,9%, độ tuổi 30-69 là 30,6%, Steps 2010 độ tuổi 25-64 là 15,3%, nay tăng lên 20,3% thì nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn (21%), lý giải vấn đề này có thể là do độ tuổi nghiên cứu của chúng tôi từ 30 trở lên [2].

Tỷ lệ tăng huyết áp (21%) trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với các nghiên cứu về tăng huyết áp qua các năm có xu hướng tăng dần tại Việt Nam: Tô Văn Hải và cộng sự năm 2002 tỉ lệ mắc bệnh THA ở cộng đồng là 18,69%. Tại Huế, thống kê cho thấy tỉ lệ THA tại bệnh viện Trung ương Huế năm 1980 là 1%, năm 1990 là 10%, 2007 là 21%. Theo kết quả nghiên cứu của Hồ Thanh Tùng, tỉ lệ THA của thành phố Hồ Chí Minh năm 2004 là 20,5% [2],[3],[4].

Từ kết quả nghiên cứu ở bảng 3.4 cho thấy có sự gia tăng huyết áp theo tuổi tác một cách rõ rệt: tỷ lệ bị tiền THA, THA ở nhóm tuổi từ 70 trở lên (22.4% và 32.8%) cao hơn so với các nhóm tuổi còn lại: tỷ lệ cao này cũng khá tương đồng so với nghiên cứu của NHANES 2011-2016 báo cáo thực trạng HA tại Thụy Điển và Hoa Kỳ [6].

Tỷ lệ bị tiền THA, THA ở nhóm vòng eo tăng (21.6% và 26.7%) cao hơn so với nhóm vòng eo bình thường (16.6% và 15.8%): tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu tình trạng thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu và ĐTĐ cũng là các yếu tố mà nghiên cứu của Babatsikou Fotoula khẳng định có liên quan chặt chẽ với tình trạng

tăng huyết áp [7].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lân Việt năm cũng cho thấy rằng những người có BMI từ 25kg/m<sup>2</sup> trở lên có nguy cơ THA cao hơn so với người có BMI <25kg/m<sup>2</sup> (chuẩn là 1,61 lần), người có BMI ≥25 kg/m<sup>2</sup> có nguy cơ THA hơn (chuẩn) là 5,2 lần [5].

Bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp phát hiện mới là 38,5%, tỷ lệ này khá tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Bochud Murielle và cộng sự (35,9%) [6]; thấp hơn nghiên cứu tỷ lệ tăng huyết áp của tác giả Trần Văn Huy (51,6%). Điều này cho thấy ý thức người dân về bệnh tăng huyết áp được nâng cao qua các đợt truyền thông của chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm trong đó có tăng huyết áp [3]. Theo báo cáo của Bộ Y tế tại Hội nghị về công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm, ở Việt Nam, các BKLN đã chiếm đến 66% tổng gánh nặng bệnh tật và 73% tổng số ca tử vong hằng năm. Có đến 60% người mắc tăng huyết áp chưa được phát hiện bệnh, chỉ có 14% bệnh nhân THA và gần 30% người có nguy cơ tim mạch được quản lý, dự phòng và dùng thuốc theo quy định, có một tỷ lệ lớn về THA được phát hiện tình cờ qua các cuộc điều tra, tình trạng bỏ sót chẩn đoán THA đã và đang xảy ra [3]. Cùng với sự gia tăng các yếu tố nguy cơ thì tỷ lệ người mắc bệnh được phát hiện và quản lý tại cộng đồng còn thấp do ý thức của người dân về bệnh tăng huyết áp và nguồn lực để sàng lọc tăng huyết áp ở cộng đồng vẫn còn hạn chế, điều này gây cản trở cho hoạt động tầm soát

tăng huyết áp ở cộng đồng.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tiền tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu là 19% và tỷ lệ tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu là 21%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2019)**, Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2019 và nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2020, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2015)**, Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam, Hà Nội.
3. **Bộ Y tế (2015)**, Kế hoạch phòng, chống bệnh không lây nhiễm 2015-2020 tại quyết định 346 Bộ Y tế ngày 30/1/2015
4. **Bộ Y tế (2006)**, Về phòng chống một số bệnh không lây nhiễm, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 9. 39. 68. 76. 95
5. **Nguyễn Lân Việt (2007)**, Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng chữa bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng, Đề tài cấp Bộ, chủ biên, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Murielle Bochud, 2 Jean-Marc Theler**, "1999–2009 Trends in Prevalence, Unawareness, Treatment and Control of Hypertension in Geneva, Switzerland", <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0039877>.
7. **Fotoula Babatsikou and Assimina Zavitsanou (2010)**, "Epidemiology of hypertension in the elderly", Health Science Journal, 4(1), pp. 24-30.
8. **Rodríguez-Ramírez Mariana, Luis E Simental-Mendía, Manuel González-Ortiz, et al. (2015)**, "Prevalence of prehypertension in Mexico and its association with hypomagnesemia", American journal of hypertension. 28(8), pp. 1024-1030.
9. **World Health Organization (2012)**, Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012, WHO Document Production Services.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỘNG HƯỞNG TỪ VÀ GIẢI PHẪU BỆNH VỀ DIỆN CẮT CHU VI TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Phạm Vũ Minh Hoàng<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Thạch<sup>2</sup>, Nguyễn Duy Khương<sup>3</sup>,  
Trần Đình Tân<sup>1</sup>, Phan Hữu Huỳnh<sup>1</sup>, Phạm Văn Bình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá xâm lấn diện cắt chu vi đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh & Nhận xét mối liên quan của

một số yếu tố với tình trạng diện cắt chu vi. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác: cộng hưởng từ trong đánh giá xâm lấn diện cắt chu vi đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh lần lượt là: 33,3% (95% CI: 4,3 – 77,7%); 93,7% (95% CI: 84,5 – 98,2%) và 88,4% (95% CI: 78,4 – 94,9%). Ghi nhận các yếu tố: vị trí khối u (p<0,05); xâm lấn thành ruột (T) trên cộng hưởng từ (p<0,001) và đường kính khối u (p<0,001); di căn hạch (N) (p<0,01); xâm lấn quanh thần kinh (p<0,05) ở giải phẫu bệnh có mối liên quan với tình trạng diện cắt chu vi (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê). **Kết luận:** Độ đặc hiệu và độ chính xác của cộng hưởng từ trong đánh giá xâm lấn diện cắt chu vi khá cao; tuy

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Tt Giải phẫu bệnh-Sinh học phân tử, Bệnh viện K

<sup>3</sup>Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Vũ Minh Hoàng

Email: pvmh.hmu.nch@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 9.7.2021