

30% người bệnh cho biết cần phải tập vận động chân; 30% người bệnh biết cách chọn giày dép mềm, vừa chân; 23,3% người bệnh kiểm tra giày dép trước khi đi; 36,7% người bệnh giảm cảm giác đau khi cấu véo; 53,3% người bệnh tự rửa và chăm sóc vết loét tại nhà; 33,3% người bệnh tự lấy lá rừng đắp vào vết loét; 76,7% người bệnh chỉ tới khám và kiểm tra mức độ tổn thương khi vết loét nặng thêm; 73,3% người bệnh có nhu cầu được nhân viên y tế chăm sóc vết loét.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Salmani, Nayereh, and Seyed Vahid Hosseini.** "Foot self care in diabetic patients." (2010): 37-40.
2. **Weintrob, Amy C., Daniel J. Sexton, and S. B. Calderwood.** "Clinical manifestations, diagnosis, and management of diabetic infections of the lower extremities." UpToDate [Internet]. Waltham, MA (2014).
3. **Tchanque-Fossuo, Catherine N., et al.** "Reclaiming autologous amputated tissue for limb salvage of a diabetic foot burn with underlying critical limb ischemia." *Advances in Skin & Wound Care* 31.1 (2018): 596-600.
4. **Lê Thị Hoa** (2019). Thay đổi kiến thức và thực

- hành tự chăm sóc bàn chân của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019. Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
5. **Hồ Phương Thúy** (2018). Thay đổi kiến thức và thực hành tự chăm sóc bàn chân của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tuyên Quang năm 2018, Luận văn Thạc sĩ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
 6. **International Diabetes Federation** (2017), IDF Clinical Practice Recommendations on the Diabetic Foot, International Diabetes Federation, 2017 ISBN: 978-2-930229-86-7
 7. **Goweda R et al** (2017). Assessment of Knowledge and Practices of Diabetic Patients Regarding Diabetic Foot care, in Makkah, Saudi, Arabia. *Journal of Family Medicine and Health Care*, 3(1), p.17
 8. **Nguyễn Thị Hằng** (2014). Tìm hiểu thực trạng kiến thức và thái độ thực hành chăm sóc bàn chân của bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội
 9. **Idris, M. A., et al.** "Knowledge, practice and attitude towards foot care among adults living with diabetes in Gadarif State, Eastern Sudan: Cross-sectional study." *Ethics, Medicine and Public Health* 28 (2023): 100898.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ TIỀN TĂNG HUYẾT ÁP VÀ BIẾN CHỨNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI QUẬN SƠN TRÀ, ĐÀ NẴNG

Nguyễn Mạnh Cường¹, Kiều Thị Hồng Sơn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tiền tăng huyết áp là tình trạng phổ biến dù chưa được chú trọng nhiều, dễ dẫn đến tăng huyết áp và các biến chứng do tăng huyết áp. Người có tiền tăng huyết áp nếu được phát hiện sớm giúp giảm khả năng phát triển thành tăng huyết áp, đồng thời phòng ngừa các biến chứng có thể xảy ra tại cơ quan đích do tăng huyết áp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Tỷ lệ tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp, biến chứng tăng huyết áp ở một số cơ quan đích và một số yếu tố nguy cơ tim mạch liên quan tỷ lệ tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp tại quận Sơn Trà, thành phố Đà Nẵng năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở người trên 22 tuổi tại quận Sơn Trà, Đà Nẵng. **Kết quả:** Tỷ lệ tiền tăng huyết áp là 12,9%, tỷ lệ tăng huyết áp 43,4%. Tuổi, giới tính, BMI, sử dụng rượu bia có liên quan đến tỷ lệ tiền tăng huyết áp. Kết quả ECG, chỉ số Creatinine có

liên quan đến tỷ lệ tiền tăng huyết áp. Thiếu máu cơ tim 64,4%, rối loạn nhịp 6,7%, phì đại thất trái 0,8%. **Kết luận:** Tỷ lệ tiền tăng huyết áp bị ảnh hưởng bởi tuổi, giới, BMI, sử dụng rượu bia. Kiểm soát tốt tình trạng tiền tăng huyết áp và tăng huyết áp sẽ làm chậm quá trình biến đổi tại cơ quan đích do tăng huyết áp. Do đó, cần nâng cao sự hợp tác giữa thầy thuốc, bệnh nhân và truyền thông giáo dục sức khỏe để giảm thiểu tỷ lệ mắc tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp. **Từ khóa:** Tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp, các yếu tố liên quan, Đà Nẵng.

SUMMARY

STUDY THE RATE OF PREHYPERTENSION AND COMPLICATIONS OF HYPERTENSION IN ADULTS IN SON TRA DISTRICT, DA NANG

Background: Prehypertension is a common condition that has not received much attention, easily leading to hypertension and complications because of hypertension. If people with pre-hypertension are detected early, it will help reduce the possibility of developing hypertension and at the same time prevent complications that can occur in target organs due to hypertension. **Objectives:** Rates of pre-hypertension, hypertension, complications of hypertension in some

¹Trung tâm Y tế quận Sơn Trà, Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Cường

Email: nguyennmcuong192@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

target organs and some cardiovascular risk factors related to rates of pre-hypertension and hypertension in Son Tra district, city Da Nang in 2023. **Materials and method:** A cross-sectional descriptive study in people over 22 years old in Son Tra district, Da Nang. **Results:** The rate of pre-hypertension was 12.9%, the rate of hypertension was 43.4%. Age, gender, BMI, and alcohol use are related to the rate of prehypertension. Results of ECG, Doppler ultrasound observation of pathological heart valves, Creatinine indexes are related to the rate of pre-hypertension. Myocardial ischemia 64.4%, arrhythmia 6.7%, left ventricular hypertrophy 0.8%. **Conclusions:** The rate of prehypertension is affected by age, gender, BMI, and alcohol use. Good control of prehypertension and hypertension will slow down the process of changes in target organs caused by hypertension. Therefore, it is necessary to improve cooperation between physicians, patients and health education media to reduce the incidence of prehypertension and hypertension.

Keywords: prehypertension, hypertension, related factors, Da Nang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền tăng huyết áp (tiền THA) được mô tả lần đầu tiên bởi tác giả Robinson và Brucer vào năm 1939 bằng "đồ thị huyết áp" với giới hạn trong khoảng 120 – 139 mmHg (huyết áp tâm thu) và 80 – 89 mmHg (huyết áp tâm trương) [8]. Từ năm 2003, thuật ngữ "tiền tăng huyết áp" được đề cập bởi Liên Ủy ban Quốc gia về dự phòng, phát hiện, đánh giá và điều trị tăng huyết áp (THA) lần thứ 7 (JNC 7) tại Mỹ. Tỷ lệ tiền tăng huyết áp rất khác nhau giữa các quốc gia, tại Trung Quốc là 21,9%, tại Mỹ là 37% và Iran là 52% [8]. Tại Việt Nam, tỷ lệ tiền tăng huyết áp tại Quảng Nam năm 2020 là 30,7% và tại quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng năm 2021 là 19% [3], [4]. Điều trị tiền tăng huyết áp được khuyến cáo chủ yếu là thay đổi lối sống, có thể xem xét điều trị thuốc ở người tiền tăng huyết áp có nguy cơ rất cao bệnh tim mạch, đặc biệt là bệnh mạch vành. Hệ thống quản lý và điều trị tập trung chủ yếu vào bệnh tăng huyết áp, việc tài trợ cho các chương trình tầm soát tiền tăng huyết áp vẫn còn hạn chế. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu: "Nghiên cứu tỷ lệ tiền tăng huyết áp và biến chứng tăng huyết áp ở người trưởng thành tại quận Sơn Trà, Đà Nẵng" với mục tiêu: *Nghiên cứu tỷ lệ tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp và sự liên quan giữa yếu tố nguy cơ tim mạch với tiền tăng huyết áp ở người trưởng thành trên 18 tuổi tại quận Sơn Trà, thành phố Đà Nẵng từ 02/2023 đến 06/2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người dân có hộ khẩu hoặc tạm trú tại quận Sơn Trà, thành phố Đà Nẵng và đủ 18 tuổi trở lên.

Tiêu chuẩn phân loại huyết áp dựa theo Bộ Y tế 2015.

Bệnh nhân tiền THA là bệnh nhân có mức huyết áp (HA) thuộc phân độ tiền THA theo phân loại Bộ Y tế 2015 và không có tiền sử THA.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người tham gia mắc các bệnh lý cấp tính, người mắc các bệnh lý về tâm thần, phụ nữ có thai.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Địa bàn quận Sơn Trà, thành phố Đà Nẵng và Trung tâm Y tế Quận Sơn Trà, thành phố Đà Nẵng.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02/2023 đến tháng 06/2023.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.5. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

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

$$n = \frac{Z^2 \left(1 - \frac{p}{2}\right) \times p \times q}{d^2} \times DE$$

Trong đó: n: cỡ mẫu

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

p: ước đoán tham số p của quần thể. Theo tác giả Trần Anh Quốc (năm 2021) thực hiện nghiên cứu tại quận Hải Châu, thành phố Đà Nẵng báo cáo kết quả tỉ lệ tiền THA là 19% [4]. Chọn p = 0,19 nên q = 1 – p = 0,81.

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 DE = 1,5. Do đó, n = 354. Thực tế chúng tôi chọn 957 đối tượng.

2.5.2. Phương pháp chọn mẫu: Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn:

+ Giai đoạn 1: Chọn ngẫu nhiên 50% số phường trong 07 phường của quận Sơn Trà. Phường chúng tôi chọn được là: Phường Thọ Quang, phường Nại Hiên Đông, phường Mân Thái.

+ Giai đoạn 2: Lập danh sách các tổ trong các phường đã chọn rồi chọn ngẫu nhiên 10 tổ vào mẫu.

+ Giai đoạn 3: Trong mỗi tổ, lập danh sách hộ gia đình, chọn ngẫu nhiên 10 hộ vào mẫu, ở mỗi hộ chọn người từ 18 tuổi trở lên vào mẫu. Sau đó, liên hệ và mời người được chọn đến Trung tâm Y tế quận Sơn Trà, Đà Nẵng để khám.

Sau đó, chúng tôi đưa nhóm tiền THA và

THA vào nghiên cứu này để phân tích số liệu.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

Chỉ số nhân trắc, kết quả cận lâm sàng:

được thu thập khi bệnh nhân đến khám sàng lọc tại Trung tâm Y tế Quận Sơn Trà, thành phố Đà Nẵng.

+ Cân nặng: Sử dụng bàn cân theo quy định Bộ Y tế. Người dân cần mặc quần áo mỏng và không mang theo vật nào khác bên người khi đo.

+ Chiều cao: Dùng thước dây (đơn vị được Bộ y tế quy định). Người dân cần cởi bỏ giày dép và đứng thẳng.

+ Vòng eo: Dùng thước dây (đơn vị được Bộ y tế quy định). Đặt đầu thước dây cố định tại đỉnh xương hông, sau đó quấn thước dây quanh 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).

Phòng vấn: Bộ câu hỏi soạn sẵn được chuẩn hóa theo Viện Tim mạch Việt Nam và Bộ Y tế áp dụng tại cộng đồng năm 2011 [1].

2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Xử lý số liệu theo các phép thống kê Y học bằng phần mềm SPSS 20.0. Dùng Test Chi-square để phân tích số liệu, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu: Tuân thủ theo quy định của Bộ Y tế và cơ sở thu thập số liệu. Chỉ thu thập số liệu với mục đích nghiên cứu, không gây hại đến sức khỏe con người.

2.9. Hạn chế của nghiên cứu: Không định lượng các yếu tố như dùng lạm dụng rượu bia, tập thể dục, thuốc lá,...

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

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Thấp nhất	Cao nhất
Tuổi	65,14	11,7	23	92
Vòng eo	90,5	21,07	60	146
HATT (mmHg)	151,48	22,56	130	250
HATTr (mmHg)	84,67	9,57	60	120

HATT: Huyết áp tâm thu,

HATTr: Huyết áp tâm trương

Nhận xét: Tuổi trung bình (TB) là $65,14 \pm 11,7$, thấp nhất: 23, lớn nhất: 92. Vòng eo TB là $90,5 \pm 21,07$ cm, thấp nhất: 60 cm, lớn nhất: 146 cm. HATT - TB là $151,48 \pm 22,56$ mmHg,

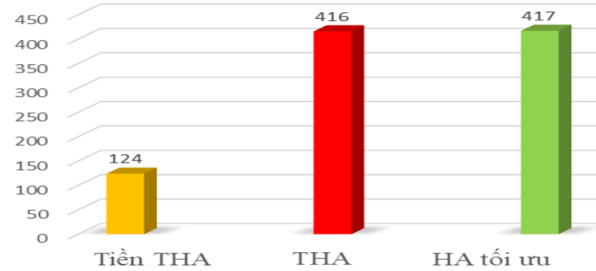
thấp nhất: 130 mmHg, cao nhất: 240 mmHg. HATTr - TB là $84,67 \pm 9,57$ mmHg, thấp nhất: 60 mmHg, cao nhất: 120 mmHg.

Bảng 3.2. Phân bố theo giới tính, nhóm tuổi và vòng eo

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
Giới	Nam	220	40,7
	Nữ	320	49,3
Tuổi	< 60	176	32,6
	≥ 60	364	67,4
Vòng eo	Bình thường	268	49,6
	Lớn *	272	50,4

*Lớn khi > 90 cm ở nam, > 80 cm ở nữ

Nhận xét: Nữ mắc tiền THA, THA nhiều hơn nam với tỉ lệ lần lượt là 49,3% và 40,7%. Bệnh nhân (BN) ≥ 60 tuổi nhiều hơn BN < 60 tuổi với tỷ lệ 67,4% và 32,6%. Vòng eo lớn có tỉ lệ 50,4%. Có sự khác biệt thống kê giữa phân loại hai nhóm giới tính và vòng eo ($p < 0,001$).



Biểu đồ 3.1. Tình hình THA

Nhận xét: Tỷ lệ tiền THA là 12,9%, HA tối ưu: 43,7% và THA: 43,4%. Có sự khác biệt ý nghĩa giữa hai nhóm tiền THA và THA ($p < 0,05$).

3.2. Tiền sử bệnh

Bảng 3.3. Tiền sử bản thân

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
THA	Không	192	35,6
	Có	348	64,4
ĐTĐ	Không	392	72,6
	Có	148	27,4
Đột quy não	Không	516	95,6
	Có	24	4,4

Nhận xét: BN có tiền sử THA là 64,4% và không có tiền sử Đái tháo đường (ĐTĐ) là 72,6%. 4,4% BN đã từng mắc Đột quy. Có sự khác biệt giữa phân loại hai nhóm có và không THA, ĐTĐ, Đột quy ($p < 0,001$).

Bảng 3.4. Tiền sử gia đình

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
THA	Không	350	64,8
	Có	190	35,2

ĐTĐ	Không	353	65,4	<0,001
	Có	187	34,6	
Đột quy não	Không	531	98,3	<0,001
	Có	9	1,7	

Nhận xét: BN có tiền sử gia đình mắc THA (64,8%) và không mắc ĐTĐ (65,4%) chiếm phần lớn. Tỷ lệ người thân mắc Đột quy chỉ ở mức thấp (1,7%). Có sự khác biệt thống kê giữa phân loại hai nhóm có và không mắc THA, ĐTĐ, Đột quy não ($p < 0,001$).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.5. Phân độ THA

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
THA độ I	260	62,5
THA độ II	56	13,5
THA độ III	100	24

Nhận xét: THA độ I có tỉ lệ cao nhất (62,5%), tiếp đến THA độ III (24%) và THA độ II (13,5%).

Bảng 3.6. Đặc điểm ECG

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	152	28,1
Thiếu máu cơ tim	348	64,4
Rối loạn nhịp	36	6,7
Dày thất trái	4	0,8

Nhận xét: BN có ECG bình thường là 152 (28,1%). Đa số BN mắc thiếu máu cơ tim (64,4%). Rối loạn nhịp (6,7%) và phì đại thất trái (0,8%).

Bảng 3.7. Kết quả Creatinine máu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	472	87,4
Cao	52	9,6
Bệnh thận mạn	16	3

Nhận xét: Tỷ lệ BN có chỉ số Creatinine máu bình thường: 87,4%, Bệnh thận mạn 3% và 9,6% là chỉ số Creatinine máu cao.

3.4. Một số yếu tố nguy cơ tim mạch liên quan đến tiền THA

Bảng 3.8. Một số yếu tố nguy cơ tim mạch và tiền THA

Yếu tố nguy cơ tim mạch		Tiền THA		p
		Không	Có	
Tuổi	<60	100	76	<0,001
	≥ 60	316	48	
Giới	Nam	152	68	<0,001
	Nữ	264	56	
BMI	<18,5	0	3	0,001
	18,5-24,9	24	1	
	25-29,9	324	104	
	30-34,9	59	16	
	35-39,9	8	0	
Thuốc lá	Không	396	20	0,469

Rượu bia*	Có	116	8	<0,001
	Không	318	51	
Ăn mặn hơn những người xung quanh	Có	98	73	0,898
	Không	130	38	
Hoạt động thể lực	Không	353	63	0,629
	Có (**)	103	21	
Ăn rau xanh	Không	377	39	0,865
	Có	113	11	
Creatinine máu	Bình thường	352	120	0,001
	Cao	48	4	
	Bệnh thận mạn	16	0	
ECG	Bình thường	96	56	<0,001
	Thiếu máu cơ tim	288	60	
	Rối loạn nhịp	32	8	
	Dày thất trái	0	4	

(*) Thang điểm AUDIT

(**) Ít nhất 3 giờ/tuần, đồ uống

Nhận xét: Tuổi, giới, BMI, rượu bia, chỉ số Creatinine, kết quả ECG có liên quan đến tỷ lệ tiền THA.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, độ tuổi TB: $65,14 \pm 11,7$. Không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi. Tỷ lệ nữ (49,3%) cao hơn nam (40,7%) và sự khác biệt về giới mang ý nghĩa thống kê. Chỉ số vòng eo TB là $90,5 \pm 21,07$ cm. HATT - TB là $151,48 \pm 22,56$ mmHg, HATT: 130 – 139 mmHg có tỉ lệ cao nhất (43%). HATT: 80 - 89 mmHg chiếm phần lớn (60,7%).

Kết quả trên khá tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Tác giả O. P. Mbouemboue và cộng sự (2019) nhận định: Tỷ lệ nữ cao hơn nam (48,76% và 45,04%) và người cao tuổi chiếm đa số [7]. Tác giả Trần Kim Sơn và cộng sự (2022): Nữ cao hơn nam với tỷ lệ lần lượt 58,7% và 41,3%, nhóm tuổi ≥ 60 chiếm phần lớn (37,9%) [5].

Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ tiền THA là 12,9%, THA là 43,4% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tiền THA và THA. Tỷ lệ tiền THA của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu tại Hải Châu, Đà Nẵng (2021): 19%, tỉ lệ THA: 21% và tại Quảng Nam (2020) là 30,7% [4]. Kết quả THA khá tương đồng so với kết quả của tác giả O. P. Mbouemboue và cộng sự (2019) báo cáo tại Ngaoundere, châu Phi có tỷ lệ THA là 46,94% chiếm ưu thế hơn tỷ lệ tiền THA [7]. Sự khác biệt về tỉ lệ tiền THA so với nghiên cứu khác có thể

do tuổi TB trong nghiên cứu này là 65 và năm thực hiện nghiên cứu vì tỷ lệ THA đang có xu hướng gia tăng từng năm, trẻ hóa theo tuổi và có thể bị ảnh hưởng bởi đại dịch Covid19. Ở Việt Nam, mô hình sinh đã thay đổi trong hai thập kỷ qua, bước vào giai đoạn dân số già hóa với 1/3 số tỉnh/thành phố có mức sinh dưới mức thay thế [6]. Do đó, tốc độ già hóa dân số đang gia tăng có thể dẫn đến tỷ lệ THA dẫn chiếm ưu thế qua các năm.

4.2. Tiền sử bệnh. Tỷ lệ BN có tiền sử THA là 64,4%, 35,6% không có tiền sử THA. Bảng 3.5 cho thấy người thân mắc THA là 35,2%, 64,8% không có người thân mắc THA. Kết quả này khá tương đồng với kết quả của tác giả Tô Mười: tiền sử gia đình có THA (325/1809) chiếm tỉ lệ thấp hơn tiền sử gia đình không mắc THA (1484/1809) [3].

Nghiên cứu ghi nhận BN từng mắc ĐTD có tỉ lệ 27,4%, 72,6% không ghi nhận từng mắc ĐTD. Tiền sử gia đình mắc ĐTD có tỉ lệ 34,6%, tỷ lệ BN chưa ghi nhận người thân mắc ĐTD là 65,4%. Tác giả Trần Kim Sơn và cộng sự cũng báo cáo tỷ lệ bản thân mắc ĐTD chỉ là tỷ lệ nhỏ (2,2%) [5].

4,4% BN từng mắc Đột quy, 95,6% BN chưa từng mắc Đột quy. Chỉ 1,7% có tiền sử gia đình mắc Đột quy, đa số đều không có tiền sử bệnh này. Kết quả trên khá tương đồng với các tác giả khi cho thấy tiền sử bản thân có Đột quy chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ: tác giả Tô Mười (3,87%), tác giả Trần Kim Sơn (1%) [3], [5].

4.3. Cận lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi, tiền THA có tỷ lệ 12,9%. Trong số BN THA: 48,1% THA độ I, THA độ II là 10,4% và THA độ III là 18,6%.

Trên ECG: Thiếu máu cơ tim cục bộ là đa số (64,4%) và ECG bình thường là 28,1%. Biến đổi tại cơ tim diễn ra ngay cả khi BN mắc tiền THA, có 4 BN dày thất trái (0,8%). Tác giả Dương Thị Thùy Linh và cộng sự cũng nhận định với chúng tôi và khẳng định sự biến đổi này tăng dần theo trị số HA [2].

Chỉ số Creatinine máu ở mức bình thường có tỷ lệ 84,7%, 9,6% BN có chỉ số Creatinine cao, thấp nhất là Bệnh thận mạn (3%). Gần đây, có những nghiên cứu cho thấy có sự liên quan thuận giữa chỉ số Creatinine máu với sự thay đổi HA và thiếu máu cơ tim với tiền THA [3].

4.4. Một số yếu tố nguy cơ tim mạch liên quan đến tiền THA. Kết quả từ bảng 3.9:

Tuổi, giới tính, BMI, lạm dụng rượu bia liên quan đến tỷ lệ tiền THA. Cùng kết quả với chúng tôi, tác giả Dương Thị Thùy Linh và cộng sự: Tuổi và lạm dụng rượu tăng nguy cơ mắc tiền THA [2]. Ngoài ra, giảm cân cũng giúp cải thiện mắc tiền THA và giảm dùng bia rượu cũng giảm HATT đơn độc [8].

Một số yếu tố tim mạch có thể thay đổi được nhưng không liên quan đến tỷ lệ tiền THA: Sử dụng thuốc lá, thói quen ăn mặn, hoạt động thể lực, ăn rau.

Về cận lâm sàng, tỷ lệ tiền THA có liên quan đến chỉ số Creatinine, kết quả ECG. Những nghiên cứu gần đây cũng chứng minh: Tuổi, BMI có mối tương quan mạnh (r lần lượt 0,51 và 0,84), đồng thời, chỉ số Creatinine máu có mối tương quan thuận [2], [3].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tiền tăng huyết áp là 12,9%, tỷ lệ tăng huyết áp là 43,4%. Một số yếu tố nguy cơ tim mạch như: Tuổi, giới, BMI, lạm dụng bia rượu có liên quan tỷ lệ tiền tăng huyết áp. Sử dụng thuốc lá, thói quen ăn mặn, hoạt động thể lực, ăn rau không liên quan tỷ lệ tiền tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015), "Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam, Hà Nội."
2. **Dương Thị Thùy Linh và cộng sự** (2016), "Đánh giá mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ tim mạch với huyết áp ở bệnh nhân tiền tăng huyết áp", Hội Nội tiết và Đái tháo đường Thừa Thiên Huế.
3. **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", Tạp chí Y học Việt Nam.
4. **Trần Anh Quốc và cộng sự** (2021), "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", Tạp chí Y học Việt Nam.
5. **Trần Kim Sơn và cộng sự** (2022), "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người trưởng thành tại quận Ninh Kiều, Thành phố Cần Thơ năm 2022", Tạp chí Y học Cần Thơ.
6. **Curry L** (2002), The Future of the Public's Health in the 21st Century. Gener. J. 2005, National Academies Press (US).
7. **Olivier Pancha Mbouemboue et al** (2019), "High Blood Pressure Prevalence, Awareness, Control, and Associated Factors in a Low-Resource African Setting", Front Cardiovasc Med, 2019; 6: 119.
8. **Sulayma Albarwani et al** (2014), "Prehypertension: Underlying pathology and therapeutic options", World J Cardiol, 6(8): 728-743.