

- burden in the United States," (in B), *Annals of internal medicine*, vol. 140, no. 11, pp. 945-950, 2004.
2. **N. M. Maruthur et al.**, "Diabetes medications as monotherapy or metformin-based combination therapy for type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis," (in B), *Annals of internal medicine*, vol. 164, no. 11, pp. 740-751, 2016.
 3. **K. Plis, R. Bunescu, C. Marling, J. Shubrook, and F. Schwartz**, "A machine learning approach to predicting blood glucose levels for diabetes management," in *Workshops at the Twenty-Eighth AAAI conference on artificial intelligence*, 2014: Citeseer.
 4. **J. Kaur, P. Singh, and J. R. Sowers**, "Diabetes and cardiovascular diseases," (in B), *American journal of therapeutics*, vol. 9, no. 6, pp. 510-515, 2002.
 5. **N. T. A. Thư, P. Đ. Nhật, and T. H. Linh**, "Chi phí điều trị nội trú của người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện quận 6 Tp.HCM," (in A), *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, vol. 142, no. 6, pp. 119-125, 06/30 2021, doi: 10.52852/tcnyh.v142i6.198.
 6. **C. D. Vũ and Q. T. Trần**, "Một số yếu tố liên quan đến khởi phát, mức độ nặng và kết quả điều trị nhiễm toan ceton do đái tháo đường type 1 ở trẻ em và vị thành niên," (in A), *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 500, no. 1, 2021.
 7. **S. Manjusha, M. Amit, and S. Ronak**, "A study on prescribing pattern and potential drug-drug interactions in type 2 diabetes mellitus inpatients," *Indian journal of pharmacy practice*, vol. 7, no. 1, 2014.
 8. **W. L. Bennett et al.**, "Comparative effectiveness and safety of medications for type 2 diabetes: an update including new drugs and 2-drug combinations," (in B), *Annals of internal medicine*, vol. 154, no. 9, pp. 602-613, 2011.
 9. **A. D. Kamal, A. N. Dixon, and S. C. Bain**, "Safety and side effects of the insulin analogues," (in B), *Expert Opinion on Drug Safety*, vol. 5, no. 1, pp. 131-143, 2006.
 10. **A. J. Scheen**, "Clinical pharmacokinetics of metformin," (in B), *Clinical pharmacokinetics*, vol. 30, pp. 359-371, 1996.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH TIM MẠCH THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HÀ NỘI NĂM 2022-2023

Trần Song Giang¹, Lê Đình Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích một số yếu tố liên quan đến bệnh tim mạch thường gặp ở người cao tuổi tại Hà Nội năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang có phân tích trên 1020 đối tượng là người cao tuổi sinh sống tại 5 phường trên địa bàn quận Đống Đa, Hà Nội. **Kết quả:** Trong các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất ở cả hai giới, gặp ở hầu hết người cao tuổi mắc bệnh tim mạch. Những người có chỉ số WHR bất thường có tỉ lệ tăng huyết áp cao hơn so với những người có chỉ số WHR bình thường, với tỉ lệ lần lượt là 65,7% và 55,9%. Sử dụng rượu bia và hút thuốc lá là các yếu tố liên quan đến tỉ lệ mắc bệnh tim mạch ở người cao tuổi, trong đó những người cao tuổi lạm dụng rượu có tỉ lệ bệnh tim mạch cao đáng kể (100%), sau đó đến uống rượu thường xuyên > uống không thường xuyên > không uống, với tỉ lệ mắc bệnh tim mạch lần lượt là 62,2%; 60,7% và 56%; người cao tuổi hút thuốc lá có tỉ lệ mắc bệnh tim mạch (65,5%) cao hơn những người không hút (55,3%). Bên cạnh đó, những người có thói quen ăn mặn, ăn phủ tạng động vật, ăn bánh kẹo, đường ngọt và ăn mỡ động vật có tỉ lệ mắc bệnh tim mạch cao hơn đáng kể so với những người không có

thói quen này. **Kết luận:** Một số yếu tố liên quan tới bệnh tim mạch ở người cao tuổi tại Hà Nội là: tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, sử dụng rượu, bia, thuốc lá và các thói quen ăn mặn, ăn phủ tạng, mỡ động vật, bánh kẹo, đường ngọt. **Từ khóa:** Yếu tố liên quan; Bệnh tim mạch; Người cao tuổi; Hà Nội.

SUMMARY

SOME RISK FACTORS RELATED TO COMMON CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE ELDERLY IN HANOI IN 2022-2023

Objectives: Investigated to some risk factors related to common cardiovascular diseases in the elderly in Hanoi in 2022-2023. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study with analysis on 1020 elderly subjects living in 5 wards in the Dong Da district, Hanoi. **Results:** Hypertension and dyslipidemia were the most common risk factors for cardiovascular diseases in both sexes, almost elderly people got cardiovascular diseases. Higher blood pressure were found in subjects with irregular WHR compared to those with normal WHR, the rates were 65.7% and 55.9%, respectively. Alcohol and cigarette smoking were related to the rate of the cardiovascular diseases in the elderly, in which, the rate of cardiovascular diseases was 100% in the elderly with alcohol abuse, followed by frequent drinking (62,2%), sometimes drinking (60,7%), and no drinking (56%); the rates of cardiovascular disease in smokers (65,5%) were significantly higher than those in non-smokers (55.3%). Additionally, eating habits, such as salty foods, animal organ, candy, sweet sugar and animal fats consumption, were also the risk factors

¹Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch mai

²Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Trần Song Giang

Email: trangiang1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 9.5.2024

of the cardiovascular diseases. **Conclusion:** Some factors related to cardiovascular disease in the elderly in Hanoi were hypertension, dyslipidemia, diabetes, sugar, alcohol, beer, tobacco use and viscera, animal fats, salty eating habits. **Keywords:** Related factors; Cardiovascular diseases; the elderly; Ha Noi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch (BTM) đã trở thành nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do các bệnh không lây nhiễm trên toàn thế giới. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính có 17,9 triệu người chết vì bệnh tim mạch trên toàn thế giới vào năm 2019 [1]. Tại Châu Á, BTM là nguyên nhân gây ra 10,8 triệu ca tử vong, chiếm khoảng 35% tổng số ca tử vong vào năm 2019. Gần 39% số ca tử vong do bệnh tim mạch này là sớm (được định nghĩa là tử vong ở người dưới 70 tuổi). Tỷ lệ tử vong sớm cao hơn đáng kể so với tỷ lệ tử vong sớm do bệnh tim mạch ở Hoa Kỳ (23%), Châu Âu (22%) và trên toàn cầu (34%). Hầu hết các trường hợp tử vong do bệnh tim mạch (87%) là do bệnh tim thiếu máu cục bộ (IHD) (47%) hoặc đột quỵ (40%) [2]. Tại Việt Nam, một thống kê cho thấy 17,6% người cao tuổi mắc bệnh tim mạch [3].

Mặc dù gây ra gánh nặng bệnh tật lớn, nhưng theo Tổ chức Y tế Thế giới hầu hết các bệnh tim mạch có thể ngăn ngừa thông qua việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được [1]. Hầu hết các bệnh tim mạch có thể được ngăn ngừa bằng cách giải quyết các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được như sử dụng thuốc lá, chế độ ăn uống không lành mạnh và béo phì, ít hoạt động thể chất và sử dụng rượu, cũng như kiểm soát đái tháo đường, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu [4].

Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: "Đánh giá một số yếu tố liên quan đến bệnh tim mạch thường gặp ở người cao tuổi năm 2022-2023".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người cao tuổi tại quận Đống Đa, Hà Nội.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** 1) Người từ 60 tuổi. 2) Sống tại địa phương ≥ 2 năm. 3) Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đang điều trị bệnh lý ác tính.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 4/2022 – 01/2023.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại 5 phường của quận Đống Đa, Hà Nội: Phường Mai, Trung Liệt, Kim Liên, Ô Chợ Dừa và Trung Tự.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó: p là tỷ lệ ước đoán người cao tuổi mắc bệnh tim mạch (chọn $p=0,413$ theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang [5], là sai số tương đối cho phép (chọn $\epsilon=7,5\%$). $Z_{(1-\alpha/2)}$ là độ tin cậy 95% ($Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$). Cỡ mẫu tối thiểu tính được là $n=971$, cỡ mẫu thực tế thực hiện $n=1020$ đối tượng.

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

*Chọn ngẫu nhiên 05 phường trong danh sách 21 phường thuộc quận Đống Đa, TP Hà Nội. Danh sách 05 phường đã được chọn ngẫu nhiên bao gồm: Phường Mai, Trung Liệt, Kim Liên, Ô Chợ Dừa và Trung Tự.

*Chọn đơn vị mẫu (người cao tuổi): Lập danh sách toàn bộ NCT ở 05 phường đã chọn. Lập danh sách toàn bộ người từ đủ 60 tuổi trở lên ở mỗi xã được chọn. Từ danh sách đó, chọn ngẫu nhiên NCT theo dự kiến tại mỗi phường vào nghiên cứu. 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.

- **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". Đối tượng được xác định mắc bệnh tim mạch khi được chẩn đoán sàng lọc phát hiện mắc ít nhất một trong số các bệnh tim mạch 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; bệnh tim mạch khác.

Kỹ thuật và phương pháp sử dụng trong chẩn đoán sàng lọc cộng đồng gồm:

- Khai thác hồ sơ sức khỏe của đối tượng.

- Thăm khám lâm sàng.

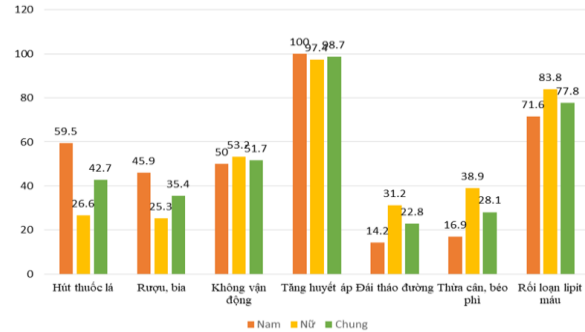
- Xét nghiệm cận lâm sàng: Xét nghiệm điện tim, siêu âm tim Doppler và đo huyết áp

- **Quy trình nghiên cứu:** Các đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu được phỏng vấn, khám, 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 và chẩn đoán bệnh tim

mạch cho đối tượng.

- **Phân tích số liệu:** Các số liệu được quản lý trên máy tính và xử lý theo các thuật toán thống kê y sinh học với phần mềm SPSS 22.0. Đánh giá mối liên quan của các yếu tố với kết quả chẩn đoán bệnh tim mạch thông qua các phép thử Pearson Chi-square so sánh phân loại biến giữa các nhóm. Giá trị p nhỏ hơn 0,05 là được coi là đáng kể.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Các yếu tố nguy cơ chính ở bệnh nhân mắc bệnh tim mạch

Chi-square test. Trong các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất ở cả hai giới, gặp ở hầu hết người cao tuổi mắc bệnh tim mạch. So với nam giới, phụ nữ có nhiều khả năng ăn rối loạn lipid máu, đái tháo đường và thừa cân, béo phì hơn. Nam giới có xu hướng hút thuốc lá và uống nhiều rượu bia hơn so với nữ giới ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt đáng kể về giới được phát hiện ở bệnh tăng huyết áp, hoạt động thể chất ($p > 0,05$).

Bảng 1. Liên quan giữa thể trạng và vận động với tình trạng mắc bệnh tim mạch

Chỉ số	n	Bệnh tim mạch		p
		Có	Không	

Bảng 2. Liên quan giữa rối loạn lipid máu, đái tháo đường và tình trạng mắc bệnh tim mạch

Chỉ số		Bệnh tim mạch		p
		Có (n=604)	Không (n=416)	
Cholesterol toàn phần	Tăng	262 (93,6%)	18 (6,4%)	<0,01
	Bình thường	342 (46,2%)	398 (53,8%)	
Triglycerid máu	Tăng	396 (65,3%)	210 (34,7%)	<0,01
	Bình thường	208 (50,2%)	206 (49,8%)	
LDL-c	Tăng	328 (73,9%)	116 (26,1%)	<0,01
	Bình thường	276 (47,9%)	300 (52,1%)	
HDL-c	Giảm	66 (54,1%)	58 (45,9%)	0,386
	Bình thường	538 (59,9%)	360 (40,1%)	
Rối loạn Lipid máu	Có	470 (62,5%)	282 (37,5%)	0,011
	Không	134 (50%)	134 (50%)	
Chẩn đoán Đái tháo đường	ĐTĐ	138 (79,3%)	36 (20,7%)	<0,01
	Không	466 (55,1%)	380 (44,9%)	

		(n=604)	(n=416)	
BMI	Gầy (BMI < 18,5)	34	22 (64,7%) 12 (35,3%)	0,83
	Tiền béo phì (BMI ≥ 23-24,9)	260	154 (59,2%) 106 (40,8%)	
	Béo phì độ I, II (BMI ≥ 25)	22	16 (72,7%) 6 (27,3%)	
	Bình thường*	704	412 (40,8%) 292 (59,2%)	
WHR	Bất thường (Nam ≥ 0,9; nữ ≥ 0,8)	344	226 (65,7%) 118 (34,3%)	0,036
	Bình thường	676	378 (55,9%) 298 (44,1%)	
Vận động	Không tập	428	312 (72,9%) 116 (27,1%)	<0,01
	Tập ít hơn 150 phút/tuần	344	212 (61,6%) 132 (38,4%)	
	Tập nhiều hơn 150 phút/tuần	248	80 (32,3%) 168 (67,7%)	

Chi-square test. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh tim mạch trong các nhóm đối tượng có chỉ số BMI khác nhau khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Những người có chỉ số WHR bất thường có tỷ lệ tăng huyết áp cao hơn so với những người có chỉ số WHR bình thường, với tỷ lệ lần lượt là 65,7% và 55,9%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong nhóm những người tập vận động nhiều hơn 150 phút/tuần có tỷ lệ mắc bệnh tim mạch thấp hơn đáng kể so với những người tập ít hơn 150 phút/tuần và những người không tập thể dục, với tỷ lệ mắc bệnh tim mạch lần lượt là 32,3%; 61,6% và 72,9%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chi-square test. Cholesterol toàn phần tăng, Triglycerid máu tăng, LDL-c tăng, rối loạn lipid máu và đái tháo đường là các yếu tố liên quan đến bệnh tim mạch ở người cao tuổi, những người cao tuổi có các yếu tố này thay đổi có tỉ lệ mắc bệnh tim mạch cao hơn so với những người cao tuổi có yếu tố này bình thường, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa sử dụng rượu, bia, hút thuốc và tình trạng mắc bệnh tim mạch ở người cao tuổi

Yếu tố		Bệnh tim mạch		P
		Có (n=604)	Không (n=416)	
Sử dụng rượu, bia	Lạm dụng rượu/bia (≥ 7 lần/tuần)	34 (100%)	0 (0%)	<0,01
	Uống thường xuyên ($3 \leq$ và < 7 lần/tuần)	122 (62,2%)	74 (37,8%)	
	Uống < 3 lần/tuần	68 (60,7%)	44 (39,3%)	
	Không uống	380 (56%)	298 (44%)	
Hút thuốc	Có	258 (65,5%)	136 (34,5%)	0,022
	Không	346 (55,3%)	280 (44,7%)	
Số điều thuốc/ngày	Trên 5 điều/ngày	144 (82,2%)	30 (17,2%)	<0,01
	Dưới 5 điều/ngày	114 (51,8%)	106 (48,2%)	
Thời gian hút thuốc	Trên 10 năm	212 (73,2%)	78 (26,9%)	<0,01
	Dưới 10 năm	46 (44,2%)	58 (55,8%)	

Chi-square test. Sử dụng rượu bia và hút thuốc là các yếu tố liên quan đến tỉ lệ mắc bệnh tim mạch ở người cao tuổi, trong đó những người cao tuổi lạm dụng rượu có tỉ lệ bệnh tim mạch cao đáng kể (100%), sau đó đến uống rượu thường xuyên ($3 \leq$ và < 7 lần/tuần) > Uống (< 3 lần/tuần) > Không uống, với tỉ lệ mắc bệnh tim mạch lần lượt là 62,2%; 60,7% và 56% ($p < 0,05$). Bên cạnh đó, người cao tuổi hút thuốc lá có tỉ lệ mắc bệnh tim

mạch (65,5%) cao hơn những người không hút (55,3%). Không chỉ vậy, số điều thuốc/ngày cũng như thời gian hút thuốc lá cũng ảnh hưởng đến tỉ lệ này, những người hút thuốc trên 5 điều/ngày và thời gian hút thuốc trên 10 năm có tỉ lệ mắc bệnh tim mạch cao hơn so với những người hút dưới 5 điều/ngày và hút dưới 10 năm (82,2% so với 51,8% và 73,2% so với 44,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Liên quan giữa thói quen ăn uống và tình trạng mắc bệnh tim mạch ở người cao tuổi

Thói quen		Bệnh tim mạch		P
		Có (n=604)	Không (n=416)	
Ăn mặn	Có	326 (64,4%)	180 (35,6%)	0,019
	Không	278 (54,1%)	236 (45,9%)	
Ăn phủ tạng động vật	Có	222 (66,9%)	110 (33,1%)	0,016
	Không	382 (55,5%)	306 (44,5%)	
Ăn bánh kẹo, đường ngọt	Có	294 (67,1%)	144 (32,9%)	<0,01
	Không	310 (53,3%)	272 (46,7%)	
Ăn mỡ động vật	Có	218 (65,7%)	114 (34,3%)	0,044
	Không	386 (56,1%)	302 (43,9%)	
Ăn trái cây 7 lần/tuần	Có	474 (58,1%)	342 (41,9%)	0,313
	Không	130 (63,7%)	74 (36,3%)	
Ăn rau, củ 7 lần/tuần	Có	36 (50%)	36 (50%)	0,292
	Không	568 (59,9%)	380 (40,1%)	

Chi-square test. Những người có thói quen ăn mặn, ăn phủ tạng động vật, ăn bánh kẹo, đường ngọt và ăn mỡ động vật có tỉ lệ mắc bệnh tim mạch cao hơn đáng kể so với những người không có thói quen này ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tỉ lệ mắc bệnh tim mạch ở những người có thói quen ăn trái cây và ăn rau, củ 7 lần/tuần ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong các yếu tố nguy cơ, tăng huyết áp được ghi nhận là yếu tố nguy cơ hàng đầu của các bệnh tim mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 98,7% bệnh nhân người cao tuổi mắc bệnh tim mạch bị tăng huyết áp, đây là nguyên nhân phổ biến của các bệnh tim mạch. Nghiên

cứ Framingham Heart cho thấy nguy cơ suy tim tăng gấp đôi ở những người có huyết áp trên 160/90mmHg so với những người có huyết áp dưới 140/90mm Hg [6]. Tăng huyết áp là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng nhất trong sự phát triển của các bệnh động mạch vành (CAD), và bệnh mạch máu não (BTM) và vẫn là một thách thức sức khỏe cộng đồng quan trọng, góp phần gây ra tàn tật, chi phí chăm sóc sức khỏe và tử vong.

Yếu tố nguy cơ phổ biến thứ hai trong dân số nghiên cứu của chúng tôi là rối loạn lipid máu. trong nhóm đối tượng có BTM, tỷ lệ có rối loạn Lipid máu kèm theo là 77,8%. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Văn Long với 53,3% số NCT có rối loạn Lipid máu. Tác giả cũng chỉ ra, 54,5% đối tượng bị THA có rối loạn Lipid máu kèm theo [7].

Khi xem xét về giới tính, nghiên cứu này cho thấy phụ nữ có nhiều khả năng bị đái tháo đường và rối loạn lipid máu hơn nam giới. Đái tháo đường là một yếu tố chính dẫn đến sự phát triển của bệnh tim mạch ở dân số già. Một phân tích tổng hợp gần đây cho thấy đái tháo đường làm tăng gấp 3 lần nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở phụ nữ (RR 2,82 95% CI 2,35; 3,38), trong khi nguy cơ này cao hơn gấp đôi ở nam giới (RR 2,16 [95% CI 1,82; 2,56]). Do đó, bệnh tiểu đường gây ra nguy cơ cao hơn 44% (95% CI 27–63%) đối với bệnh mạch vành ở phụ nữ so với nam giới [8].

Trong nghiên cứu này, nam giới có xu hướng hút thuốc là nhiều hơn so với nữ giới. Một nghiên cứu của Whanhee Lee và cộng sự đã phân tích mối liên quan giữa các chỉ số hút thuốc theo khu vực và 4 BTM (tăng huyết áp, đột quỵ, nhồi máu cơ tim và đau thắt ngực) với dữ liệu KCHS sử dụng mô hình phân cấp Bayes. Kết quả cho thấy tỷ lệ hút thuốc có liên quan đáng kể với đột quỵ (RR, 1,060) và tăng huyết áp (RR, 1,016), và hút thuốc thụ động có liên quan đáng kể với đột quỵ (RR, 1,013 đến 1,037), đau thắt ngực (RR, 1,006 đến 1,016), và tăng huyết áp (RR, 1,004 đến 1,010) ở cấp quốc gia. Hơn nữa, tiếp xúc với hút thuốc thụ động tại nhà (RR, 1,003 đến 1,037) có tác động lớn hơn đến BTM so với tiếp xúc với hút thuốc thụ động tại nơi làm việc (RR, 0,998 đến 1,013) [9].

So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Mạnh, đánh giá cơ cấu bệnh ở những người cao tuổi mắc bệnh tim mạch tại Hà Giang cho thấy tỉ

lệ đái tháo đường ở Hà Nội (thành thị) cao hơn so với ở Hà Giang (miền núi), với tỉ lệ là 22,8% và 7,3%, trong khi đó, tỉ lệ hút thuốc lá và uống rượu thấp hơn (42,7% và 35,4% so với 63% và 75,3%) [10].

V. KẾT LUẬN

Một số yếu tố liên quan tới bệnh tim mạch ở người cao tuổi là: rối loạn lipid máu, đái tháo đường, sử dụng rượu, bia, thuốc lá và các thói quen ăn mặn, ăn phủ tạng, mỡ động vật, bánh kẹo, đường ngọt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2021). Cardiovascular diseases, <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/>.
2. **Zhao D. J. J. A.** (2021), "Epidemiological features of cardiovascular disease in Asia", *JACC: Asia*, 1(1), 1-13.
3. **Lê Hoài Nam, Trần Văn Hường, Nguyễn Văn Tệp** (2017), "Mô hình bệnh tật người cao tuổi tại huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị", *Tạp chí Y học cộng đồng*, 37, 81-86.
4. **Noale M., Limongi F., Maggi S. J. F., et al.** (2020), "Epidemiology of cardiovascular diseases in the elderly", *Frailty Cardiovascular Diseases: Research into an Elderly Population*, 29-38.
5. **Nguyễn Thị Hương Giang, Bùi Hồng Ngọc** (2021), "Thực trạng bệnh không lây nhiễm ở người cao tuổi và các yếu tố hành vi nguy cơ tại một số xã tỉnh Hà Nam năm 2018", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 144 (8), 253-263.
6. **Lloyd-Jones D. M., Larson M. G., Leip E. P., et al.** (2002), "Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study", *Circulation*, 106 (24), 3068-3072.
7. **Trần Văn Long** (2015), "Tình hình sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm can thiệp nâng cao kiến thức-thực hành phòng chống bệnh tăng huyết áp tại 2 xã huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định giai đoạn 2011-2012", *Trường Đại học Y tế công cộng*, 20, 238-244.
8. **Peters S. A., Huxley R. R., Woodward M.** (2014), "Diabetes as risk factor for incident coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts including 858,507 individuals and 28,203 coronary events", *Diabetologia*, 57, 1542-1551.
9. **Lee W., Hwang S.-H., Choi H., et al.** (2017), "The association between smoking or passive smoking and cardiovascular diseases using a Bayesian hierarchical model: based on the 2008-2013 Korea Community Health Survey", *Epidemiology health*, 39.
10. **Nguyễn Tiến Mạnh, Vũ Tùng Sơn., Nguyễn Văn Chuyên, et al.** (2022), "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", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 515 (2).