

CURRENT SITUATION AND SOME FACTORS RELATED TO HYPERTENSION IN THE ELDERLY AT THAI NGUYEN UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Quan Thanh Nga¹, Nguyen Thi Thu Huyen², Dang Thi Xuan², Dang Thi Lu², Nguyen Thi Hien³,
Phan Duy Nguyen¹

¹108 Military Central Hospital-No. 1 Tran Hung Dao Street, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam

²Vinmec Times City International General Hospital -458 Minh Khai, Hai Ba Trung, Hanoi, Vietnam

³Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy-284 Luong Ngoc Quyen, Thai Nguyen province Vietnam

Received: 04/09/2025

Revised: 15/09/2025; Accepted: 24/09/2025

SUMMARY

Objective: To describe the current situation of hypertension and some related factors in the elderly at Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy Hospital.

Research method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 408 elderly people who visited the Examination Department, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2025 to June 2025.

Results: The average systolic blood pressure (SBP) of the elderly was 140.2 ± 22.4 mmHg, diastolic blood pressure (DBP) was 82.8 ± 11.3 mmHg. The rate of hypertension was 52%, of which 65.6% knew about their condition and 42.4% were being treated. Stage 1 hypertension accounted for 51.9%, stage 2 hypertension was 48.1%. The rate of hypertension in the 80-year-old and older group was higher than that in the 60-69-year-old group ($p < 0.05$), the abdominal obesity group was higher than that in the non-abdominal obesity group ($p < 0.05$), and people with a history of cardiovascular disease were higher than those without ($p < 0.05$).

Conclusion: The elderly at the Examination Department, Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy Hospital had a high rate of hypertension up to 52.0%; 34.4% still did not know they had the disease and 57.6% had not been treated. Age group, BMI, abdominal obesity, and history of cardiovascular disease as declared were factors related to hypertension in the elderly.

Keywords: Elderly people, hypertension, current status, cardiovascular.

*Corresponding author

Email: nguyentrang.hvqy@gmail.com Phone: (+84) 967284149 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD15.3310>



THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC THÁI NGUYÊN

Quản Thanh Nga¹, Nguyễn Thị Thu Huyền², Đặng Thị Xuân², Đặng Thị Lữ², Nguyễn Thị Hiền³, Phan Duy Nguyên¹

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108- Số 1 Trần Hưng Đạo, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City-458 Minh Khai, Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y dược, Đại học Thái Nguyên-284 Lương Ngọc Quyến, tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/09/2025

Ngày chỉnh sửa: 15/09/2025; Ngày duyệt đăng: 24/09/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tăng huyết áp (THA) và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi (NCT) tại Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 408 NCT đến khám tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên từ tháng 1/2025 đến tháng 6/2025.

Kết quả: Giá trị trung bình huyết áp tâm thu (HATT) của NCT là $140,2 \pm 22,4$ mmHg, huyết áp tâm trương (HATT_r) là $82,8 \pm 11,3$ mmHg. Tỷ lệ THA là 52% trong đó 65,6% đã biết về tình trạng bệnh của mình và 42,4% đang được điều trị. THA độ 1 chiếm 51,9%, tỷ lệ THA độ 2 là 48,1%. Tỷ lệ THA ở nhóm 80 tuổi trở lên cao hơn so với nhóm 60-69 tuổi ($p < 0,05$), nhóm béo bụng cao hơn so với nhóm không béo bụng với ($p < 0,05$), người có tiền sử mắc các bệnh tim mạch cao hơn so với người không mắc ($p < 0,05$).

Kết luận: NCT tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên có tỷ lệ mắc THA cao lên tới 52,0%; vẫn còn 34,4% chưa biết mình mắc bệnh và 57,6% chưa được điều trị. Nhóm tuổi, chỉ số BMI, tình trạng béo bụng, tiền sử mắc bệnh lý tim mạch theo khai báo là các yếu tố liên quan đến mắc THA ở NCT.

Từ khóa: Người cao tuổi, tăng huyết áp, thực trạng, tim mạch.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh già hóa dân số đang diễn ra nhanh chóng trên phạm vi toàn cầu, số lượng và tỷ lệ người cao tuổi (NCT) ngày càng tăng, kéo theo gánh nặng về sức khỏe, đặc biệt là các bệnh không lây nhiễm (BKLN). Trong đó, tăng huyết áp (THA) được xem là một trong những bệnh mạn tính phổ biến nhất và là yếu tố nguy cơ hàng đầu của các bệnh tim mạch và đột quỵ [1]. Theo ước tính, hiện có hơn 1,2 tỷ người trưởng thành mắc THA trên toàn thế giới, với khoảng 2/3 sống tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình [2]. Gánh nặng tử vong do các biến chứng liên quan đến THA vẫn ở mức rất cao, chiếm gần 10 triệu ca tử vong mỗi năm [2]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu dịch tễ học gần đây cho thấy tỷ lệ THA ở NCT dao động từ 45–55% và có xu hướng gia tăng theo tuổi [3], [4]. Thực tế, mỗi NCT thường mắc

kèm nhiều bệnh mạn tính, trong đó THA đóng vai trò trung tâm, vừa là bệnh lý chính vừa là nguyên nhân thúc đẩy tiến triển của nhiều bệnh khác [4]. Tuy nhiên, phần lớn NCT chưa được chẩn đoán sớm, quản lý và kiểm soát huyết áp hiệu quả, dẫn đến tăng gánh nặng bệnh tật và chi phí y tế. Tại Thái Nguyên, số liệu về tình hình THA ở NCT còn hạn chế, đặc biệt là tại các bệnh viện tuyến trường đại học – nơi vừa làm công tác khám chữa bệnh vừa đào tạo, nghiên cứu khoa học. Việc đánh giá thực trạng và các yếu tố liên quan đến THA ở NCT tại Bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên sẽ góp phần cung cấp bằng chứng khoa học thực tiễn, làm cơ sở xây dựng các biện pháp can thiệp, nâng cao hiệu quả quản lý, điều trị và phòng ngừa biến chứng THA trong cộng đồng NCT tại địa phương. Xuất phát từ

*Tác giả liên hệ

Email: nguyentrang.hvqy@gmail.com Điện thoại: (+84) 967284149 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD15.3310>

thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến THA ở NCT trong cộng đồng tại Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 1/2025 đến tháng 6/2025 tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được khám tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

Tiêu chuẩn lựa chọn: Từ 60 tuổi trở lên; có khả năng giao tiếp, cung cấp thông tin; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có kèm các bệnh nặng khác hoặc có biến chứng của tăng huyết áp như: liệt toàn thân, các triệu chứng cấp tính đau ngực, khó thở, đột quỵ, điều trị ung thư

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ.

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

Trong đó: n cỡ mẫu tối thiểu; $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (độ tin cậy 95%); sai số chấp nhận được của ước lượng $d = 0,05$; $p = 0,598 \Rightarrow n = 370$ (Tỷ lệ mắc THA ở NCT là 59,8% trong nghiên cứu của Tạ Quang Thành năm 2022 tại Hà Nội) [4]. Từ đó ta có cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là $n = 370$.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Trong nghiên cứu có 408 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.5. Công cụ thu thập số liệu

NCT được phỏng vấn tại phòng khám của Khoa khám bệnh theo bộ câu hỏi cấu trúc thiết kế bằng phần mềm COMMCARE trên máy tính bảng và được cân đo các chỉ số nhân trắc, huyết áp. Việc cân đo do các kỹ thuật viên đã được tập huấn thực hiện theo quy trình chuẩn của Viện Tim mạch trung ương và Viện Dinh dưỡng quốc gia với các công cụ điều tra chuẩn gồm huyết áp kế điện tử đo ở cánh tay hiệu OMRON BP760, cân OMRON HBF-514c, thước đo chiều SECA 217 và thước dây nhân trắc học (SECA 203).

2.6. Nội dung nghiên cứu

Bao gồm thông tin chung: tuổi, giới tính, nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn. Các chỉ số nhân trắc của NCT: Chiều cao, cân nặng, vòng bụng, vòng hông, tỷ lệ bụng/mông, tỷ lệ % mỡ cơ thể, BMI. Thông

tin tiền sử bệnh lý cá nhân và hành vi sức khỏe NCT theo khai báo; Tiền sử mắc đái tháo đường; Tiền sử mắc rối loạn mỡ máu; Tiền sử mắc bệnh lý tim mạch; Đã hoặc đang hút thuốc lá; Uống rượu/bia trong 1 năm qua. Giá trị trung bình các chỉ số huyết áp theo nhóm tuổi và giới; Thực trạng mắc THA ở NCT; Một số yếu tố liên quan với tình trạng THA ở NCT.

2.7. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Epi Data; Sử dụng phần mềm SPSS 26.0 để phân tích số liệu.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học và Y đức của trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên và sự đồng ý của Ban Giám Đốc của Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.

3. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Thông tin nhân chung của người cao tuổi (n=408)

Thông tin của đối tượng		Số lượng (%)
Tuổi (năm) 72,1±9,2		
Giới tính	Nam	207 (50,7%)
	Nữ	201 (49,3%)
Nhóm tuổi	60-69	194 (47,5%)
	70-79	119 (29,2%)
	≥80	95 (23,3%)
Tình trạng hôn nhân	Chưa từng kết hôn	5 (1,1%)
	Đã kết hôn, sống chung	283 (69,4%)
	Ly dị hoặc góa bụa	120 (29,5%)
Trình độ học vấn	Không đi học	43 (10,5%)
	Tiểu học	91 (22,3%)
	Trung học cơ sở	185 (45,3%)
	Trung học phổ thông	46 (11,3%)
	Sơ cấp, trung cấp trở lên	43 (10,6%)

Nhận xét: NCT tham gia nghiên cứu có tỷ lệ nam và nữ gần tương đương nhau (49,3% và 50,7%). Tuổi trung bình là 72,1±9,2 (năm); đa số thuộc nhóm tuổi 60-69 (47,5%) và có đến 23,3% từ 80 tuổi trở lên. Có đến 30,6% NCT ly dị, góa bụa hoặc chưa từng kết hôn. Hơn 2/3 (67,2%) NCT có học vấn từ trung học cơ sở trở lên.

Bảng 3.2. Các chỉ số nhân trắc của người cao tuổi (n=408)

Chỉ số	Nam (X±SD)	Nữ (X±SD)	Chung (X±SD)	p
Chiều cao	158,1±6,2	147,5±6,4	152,7±8,2	<0,05
Cân nặng	53,9±9,2	46,8±8,7	50,3±9,6	<0,05
Vòng bụng	77,8±8,5	76,9±9,5	77,3±9,0	>0,05
Vòng hông	88,4±6,0	87,0±6,3	87,7±6,2	<0,05
Tỷ lệ bụng/hông	0,88±0,05	0,88±0,07	0,88±0,06	>0,05
Tỷ lệ % mỡ cơ thể	15,3±6,2	28,2±7,9	22,3±9,6	<0,05
BMI	21,5±3,1	21,4±3,2	21,5±3,2	>0,05

Nhận xét: NCT trong nhóm nghiên cứu có chiều cao trung bình 152,7±8,2cm và cân nặng trung bình 50,3±9,6kg. Nhìn chung nam giới có hầu hết các chỉ số nhân trắc lớn hơn so với nữ song khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê với chiều cao, cân nặng và vòng hông. Tỷ lệ mỡ cơ thể ở nữ cao hơn có ý nghĩa thống kê với nam (p<0,05).

Bảng 3.3. Thông tin tiền sử bệnh lý cá nhân và hành vi sức khỏe người cao tuổi (n=408)

Thông tin của đối tượng		n (%)
Tiền sử mắc đái tháo đường	Có	35 (8,6%)
	Không	373 (91,4%)
Tiền sử mắc rối loạn mỡ máu	Có	53 (13,0%)
	Không	355 (87,0%)
Tiền sử mắc bệnh lý tim mạch	Có	261(64,0%)
	Không	147(36,0%)
Đã hoặc đang hút thuốc lá	Có	167(40,9%)
	Không	241(59,1%)
Uống rượu/bia trong 1 năm qua	Có	189(46,3%)
	Không	219(53,7%)

Nhận xét: Có 64,0% NCT khai báo có tiền sử mắc các bệnh tim mạch; 13,0% có tiền sử mắc rối loạn mỡ máu và 8,6% có tiền sử mắc đái tháo đường. Có đến 40,9% NCT đã hoặc đang hút thuốc lá và 46,3% người có uống rượu/bia trong vòng 1 năm qua.

Bảng 3.4. Giá trị trung bình các chỉ số huyết áp theo nhóm tuổi và giới (n=408)

		Nhóm tuổi (X±SD)			Chung	p
		60-69	70-79	≥80		
Chung	HATT	136,4±21,2	141,5±22,5	146,4±23,2	140,2±22,4	
	HATTr	83,9±10,8	82,6±11,1	80,9±12,3	82,8±11,3	>0,05

		Nhóm tuổi (X±SD)			Chung	p
		60-69	70-79	≥80		
Nam	HATT	139,1±19,9	142,5±22,5	145,9±23,7	141,6±21,7	>0,05
	HATTr	85,8±11,0	83,6±11,7	81,2±11,1	84,1±11,3	>0,05
Nữ	HATT	133,7±22,1	140,4±22,5	146,9±23,0	138,8±23,0	>0,05
	HATTr	82,0±10,3	81,4±10,5	80,7±13,4	81,5±11,2	>0,05

Nhận xét: Giá trị trung bình HATT có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi, ở cả hai giới với tốc độ gia tăng trung bình mỗi 10 năm tuổi khoảng 7mmHg ở nữ và khoảng 3mmHg ở nam. Ngược lại, giá trị trung bình HATTr có xu hướng giảm dần theo tuổi ở cả hai giới với tốc độ giảm trong mỗi 10 năm tuổi ở nam khoảng 2mmHg và ở nữ khoảng 1 mmHg. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm tuổi chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3.5. Thực trạng mắc tăng huyết áp ở người cao tuổi (n=408)

Tăng huyết áp	N	%
Không	196	48,0
Có	212	52,0
Đã biết về bệnh	139	65,6
Đang được điều trị	90	42,4
Độ I	110	51,9
Độ II	102	48,1

Nhận xét: Hơn một nửa NCT mắc THA (52,0%). Trong đó, 65,6% đã biết về tình trạng bệnh của mình và 42,4% đang được điều trị. Theo ESH/ESC (2024), trong số những người mắc THA, THA độ 1 chiếm tỷ lệ lớn nhất (51,9%), tỷ lệ THA độ 2 là 48,1%.

Bảng 3.6. Một số yếu tố liên quan với tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi (n=408)

Yếu tố		THA	Không THA	OR (95% CI)
Giới	Nam	107 (53,5)	93 (46,5)	1,1 (0,84-1,45)
	Nữ	106 (51,0)	102 (49,0)	1
Nhóm tuổi	60-69	59 (45,9)	105 (54,1)	1
	70-79	63 (52,5)	57 (47,5)	1,3 (0,94-1,80)
	≥80	60 (63,8)	34 (36,2)	2,1 (1,47-3,01)

Yếu tố		THA	Không THA	OR (95% CI)
BMI	Gầy	21 (43,8)	27 (56,2)	0,8 (0,51-1,25)
	Bình thường	105 (48,8)	110 (51,2)	1
	Thừa cân	87 (60,0)	58 (40,0)	1,6 (1,16-2,12)
Béo bụng	Có	77 (59,5)	53 (40,5)	1,6 (1,15-2,09)
	Không	135 (48,6)	143 (51,4)	1
Tiền sử mắc ĐTĐ	Có	17 (49,3)	18 (50,7)	0,9 (0,54-1,45)
	Không	195 (52,3)	178 (47,7)	1
Tiền sử mắc rối loạn mỡ máu	Có	27 (50,9)	26 (49,1)	1,0 (0,65-1,47)
	Không	185 (52,1)	170 (47,9)	1
Tiền sử mắc bệnh tim mạch	Có	160 (61,3)	101 (38,7)	2,8 (2,11-3,82)
	Không	53 (36,1)	94 (63,9)	1
Hút thuốc lá	Có	89 (53,3)	78 (46,7)	1,1 (0,83-1,46)
	Không	123 (51,0)	118 (49,0)	1
Uống rượu bia trong năm qua	Có	95 (50,3)	93 (49,7)	0,9 (0,67-1,17)
	Không	117 (53,2)	103 (46,8)	1

Nhận xét: Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, BMI, béo bụng, bệnh tim mạch với tình trạng THA ở NCT. Tỷ lệ THA ở nhóm 80 tuổi trở lên cao hơn so với nhóm 60-69 tuổi ($p<0,05$), nhóm béo bụng cao hơn so với nhóm không béo bụng với ($p<0,05$), người có tiền sử mắc các bệnh tim mạch cao hơn so với người không mắc ($p<0,05$). Chưa thấy mối liên quan giữa giới, tiền sử mắc đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, tình trạng hút thuốc lá và uống rượu bia với mắc THA.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của mẫu là 72,1±9,2 (năm), phản ánh tính đa dạng và bao phủ rộng của đối tượng nghiên cứu. Đáng chú ý, nhóm tuổi 60–69 chiếm tỷ lệ cao nhất (47,5%), song cũng có tới 23,3%

từ 80 tuổi trở lên. Điều này gợi mở bối cảnh già hóa dân số đang diễn ra mạnh mẽ tại Việt Nam, phù hợp với báo cáo của Tổng cục Thống kê (2022) khi cho biết Việt Nam đã chính thức bước vào giai đoạn già hóa dân số từ năm 2011, với tỷ lệ người ≥60 tuổi đạt trên 12% dân số. Về lối sống, có 40,9% NCT đã hoặc đang hút thuốc và 46,3% uống rượu/bia trong vòng 1 năm qua. Con số này khá cao, phản ánh thực trạng sử dụng các chất có hại cho sức khỏe ở NCT. Tuy nhiên, nghiên cứu này chưa tìm thấy mối liên quan giữa hút thuốc, uống rượu bia và THA. Thực tế, hút thuốc lá từ lâu đã được chứng minh có liên quan đến tăng huyết áp và nguy cơ tim mạch. Nicotin trong thuốc lá kích thích hệ thần kinh giao cảm, làm tăng nhịp tim và co mạch, dẫn đến tăng huyết áp tạm thời. Hút thuốc mạn tính còn thúc đẩy stress oxy hóa, rối loạn chức năng nội mô và làm xơ cứng động mạch, qua đó góp phần vào cơ chế bệnh sinh của THA. Một phân tích gộp của Virdis và cộng sự (2010) cho thấy người hút thuốc có nguy cơ THA cao hơn đáng kể so với người không hút [5]. Tương tự, rượu bia cũng được xác định là yếu tố nguy cơ quan trọng của THA. Uống rượu mạn tính làm tăng hoạt động của hệ renin-angiotensin-aldosterone (RAAS), rối loạn cân bằng điện giải, và kích hoạt hệ thần kinh giao cảm, từ đó làm tăng huyết áp. Một nghiên cứu đoàn hệ lớn tại Nhật Bản theo dõi hơn 10.000 người trong 10 năm cho thấy uống rượu ở mức ≥30 g ethanol/ngày làm tăng nguy cơ xuất hiện THA tới 1,7 lần so với nhóm không uống [6]. Ở Việt Nam, điều tra STEPS 2021 cũng ghi nhận mối liên quan chặt chẽ giữa mức độ sử dụng rượu bia nguy hại và tỷ lệ THA, đặc biệt ở nam giới [7]. Việc nghiên cứu hiện tại không tìm thấy mối liên quan giữa hút thuốc, uống rượu bia với THA có thể lý giải bởi một số nguyên nhân: cỡ mẫu nghiên cứu có thể chưa đủ lớn để phát hiện sự khác biệt thống kê, trong khi mối liên quan này thường cần mẫu lớn và thời gian theo dõi dài để bộc lộ rõ ràng; thiết kế cắt ngang chỉ phản ánh mối liên hệ tại một thời điểm, nên khó xác định được tác động lâu dài của thói quen hút thuốc và uống rượu đến sự phát triển THA; các yếu tố gây nhiễu như chế độ ăn, hoạt động thể lực, mức độ hút thuốc (số điếu/ngày, số năm hút), loại rượu, lượng cồn tiêu thụ trung bình... chưa được kiểm soát chặt chẽ, có thể che lấp mối liên hệ thật sự. Ngoài ra, ở nhóm NCT, có thể tồn tại hiện tượng “hiệu ứng người sống sót”: những người hút thuốc hoặc uống rượu nặng thường có nguy cơ tử vong sớm do bệnh tim mạch hoặc ung thư, nên nhóm còn sống đến tuổi cao có thể thiên lệch về phía những người ít chịu ảnh hưởng xấu từ các yếu tố này.

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ THA ở NCT là 52,0%. Con số này cao hơn so với điều tra quốc gia về yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm, trong đó tỷ lệ THA ở nhóm ≥60 tuổi là 47,3% [8]. Sự khác biệt có thể do đặc thù của nhóm bệnh nhân nghiên cứu tại bệnh viện, vốn có xu hướng cao hơn so với cộng đồng. Đáng chú ý, có 65,3% NCT biết mình mắc bệnh và 42,4% đang được điều trị. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên

cứu cộng đồng tại Việt Nam, trong đó tỷ lệ phát hiện và điều trị THA thường dưới 40% [4]. Điều này có thể giải thích do nhóm nghiên cứu tại bệnh viện – nơi khả năng phát hiện và tiếp cận y tế cao hơn. Tuy nhiên, tỷ lệ điều trị 42,4% vẫn còn thấp so với khuyến cáo toàn cầu. Theo WHO, việc kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân THA chỉ đạt hiệu quả khi ít nhất 70% người bệnh được điều trị đều đặn [9]. Phân loại theo ESH/ESC (2024), trong nhóm THA, THA độ 1 chiếm tỷ lệ 51,9% và THA độ 2 chiếm 48,1%. Kết quả này phản ánh tình trạng bệnh đã ở mức khá nặng ở một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân, do đó cần được can thiệp tích cực. Về diễn biến huyết áp theo tuổi, nghiên cứu cho thấy HATT tăng dần theo nhóm tuổi, trung bình mỗi 10 năm tăng 7 mmHg ở nữ và 3 mmHg ở nam. Ngược lại, HATT có xu hướng giảm dần theo tuổi (giảm 1–2 mmHg mỗi 10 năm). Đây là đặc điểm sinh lý đã được nhiều nghiên cứu khẳng định: do xơ cứng động mạch tăng theo tuổi, huyết áp tâm thu có xu hướng tăng, trong khi huyết áp tâm trương lại giảm sau 60 tuổi. Điều này cũng lý giải vì sao ở NCT thường gặp tình trạng tăng huyết áp tâm thu đơn độc.

Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ THA cao hơn rõ rệt ở nhóm ≥ 80 tuổi so với nhóm 60–69 tuổi ($p < 0,05$). Điều này hoàn toàn phù hợp với bằng chứng khoa học trên thế giới, cho thấy tuổi tác là một trong những yếu tố nguy cơ mạnh nhất của THA. Khi tuổi tăng, cấu trúc và chức năng thành mạch có nhiều thay đổi, nổi bật là hiện tượng xơ cứng động mạch do quá trình thoái hóa elastin, lắng đọng collagen và canxi trong thành mạch. Kết quả là độ đàn hồi động mạch giảm dần, gây tăng huyết áp tâm thu, trong khi huyết áp tâm trương có xu hướng giảm. Bên cạnh đó, quá trình lão hóa còn đi kèm với giảm khả năng giãn mạch phụ thuộc nội mô do suy giảm sản xuất nitric oxide, đồng thời hoạt hóa hệ thần kinh giao cảm và hệ renin-angiotensin-aldosterone (RAAS) nhiều hơn, góp phần làm tăng sức cản mạch ngoại vi. Do vậy, tỷ lệ THA gia tăng theo tuổi là một quy luật sinh học tự nhiên, đồng thời lý giải vì sao ở nhóm người rất cao tuổi thường gặp tình trạng THA tâm thu đơn độc [10].

Ngoài yếu tố tuổi, nghiên cứu cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa béo bụng, chỉ số khối cơ thể (BMI) và tình trạng THA. Điều này có cơ sở khoa học vững chắc, vì thừa cân – béo phì, đặc biệt là béo bụng, từ lâu đã được coi là một yếu tố nguy cơ quan trọng của THA. Cơ chế giải thích chủ yếu là do mỡ nội tạng tiết ra nhiều adipokine và cytokine gây viêm mạn tính mức độ thấp, làm tăng sức cản mạch máu và kích thích hoạt động của RAAS [10]. Ngoài ra, béo bụng còn liên quan đến tình trạng kháng insulin, rối loạn chuyển hóa lipid và hoạt hóa hệ thần kinh giao cảm, tất cả đều góp phần thúc đẩy sự xuất hiện và tiến triển của THA. Đáng chú ý, nhiều nghiên cứu đã chứng minh vòng bụng hoặc tỷ lệ vòng eo/vòng hông có giá trị tiên đoán nguy cơ tim mạch tốt hơn so với BMI, bởi BMI không phân biệt được giữa khối mỡ dưới da và mỡ nội tạng. Vì vậy, phát hiện của nghiên cứu rằng nhóm có béo bụng có tỷ lệ THA cao hơn

nhóm không béo bụng ($p < 0,05$) càng củng cố thêm vai trò của béo bụng như một yếu tố nguy cơ chính của THA ở người cao tuổi Việt Nam. Một yếu tố liên quan quan trọng khác là tiền sử mắc bệnh tim mạch. Kết quả nghiên cứu cho thấy người có tiền sử bệnh tim mạch có tỷ lệ THA cao hơn so với nhóm không mắc ($p < 0,05$). Mối quan hệ này được lý giải ở cả hai chiều. Thứ nhất, THA là yếu tố nguy cơ hàng đầu dẫn đến các biến cố tim mạch như bệnh mạch vành, suy tim, tai biến mạch máu não do tăng áp lực thành mạch và thúc đẩy quá trình xơ vữa động mạch. Thứ hai, khi đã mắc bệnh tim mạch, cơ thể thường rơi vào tình trạng rối loạn huyết động và tái cấu trúc mạch máu, dẫn đến dễ hình thành hoặc làm nặng thêm THA [11]. Như vậy, sự kết hợp giữa THA và bệnh tim mạch tạo thành một vòng xoắn bệnh lý khép kín, khiến cả hai cùng tiến triển nặng hơn nếu không được quản lý tốt. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ THA ở NCT rất cao, hơn một nửa số bệnh nhân. Đồng thời, tỷ lệ điều trị và kiểm soát huyết áp còn thấp. Điều này đặt ra nhu cầu cấp thiết phải tăng cường các biện pháp dự phòng, phát hiện sớm và quản lý liên tục tại tuyến y tế cơ sở. Các yếu tố liên quan được xác định – tuổi cao, béo bụng, BMI cao, tiền sử tim mạch – là những dấu hiệu cảnh báo sớm cần được tầm soát thường quy. Bên cạnh đó, việc chưa tìm thấy mối liên quan giữa thuốc lá, rượu bia và THA trong nghiên cứu này không đồng nghĩa với việc phủ nhận vai trò của các yếu tố này, mà nhấn mạnh cần nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn hơn. Một khuyến nghị quan trọng là tăng cường giáo dục sức khỏe, đặc biệt cho nhóm có trình độ học vấn thấp, và xây dựng chương trình quản lý bệnh mạn tính dài hạn tại cộng đồng, thay vì chỉ dựa vào điều trị tại bệnh viện.

Cần thừa nhận một số hạn chế: nghiên cứu được thực hiện với thiết kế cắt ngang, do đó chỉ phản ánh mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và THA tại một thời điểm, mà chưa cho phép khẳng định mối quan hệ nhân – quả; đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện, nên tỷ lệ THA có thể cao hơn so với cộng đồng, gây ra hiện tượng sai lệch chọn mẫu, do nhóm này thường có tình trạng bệnh lý nặng hơn hoặc nhiều yếu tố nguy cơ hơn; một số thông tin quan trọng như tiền sử hút thuốc, uống rượu bia, thói quen ăn uống và mức độ hoạt động thể lực được thu thập bằng tự báo cáo của người tham gia, dễ dẫn đến sai lệch thông tin và làm giảm độ chính xác; nghiên cứu chưa phân tích sâu mức độ kiểm soát huyết áp (tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị) cũng như các yếu tố liên quan đến tuân thủ thuốc, nên chưa đánh giá đầy đủ hiệu quả quản lý THA ở nhóm đối tượng này. Ngoài ra, nghiên cứu cũng chưa đo lường các yếu tố sinh học chuyên sâu như chỉ số sinh hóa, hormone hay chức năng thận, vốn có thể đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh THA ở người cao tuổi. Cuối cùng, cỡ mẫu tuy có giá trị tham khảo nhưng vẫn còn hạn chế để khẳng định chắc chắn một số mối liên quan, đặc biệt là các yếu tố lối sống như hút thuốc và uống rượu bia.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ THA ở NCT rất cao (52%), với nhiều yếu tố liên quan rõ ràng như tuổi, BMI, béo bụng và bệnh tim mạch. Nghiên cứu góp phần bổ sung bằng chứng về gánh nặng bệnh tật ở NCT Việt Nam trong bối cảnh già hóa dân số nhanh chóng. Các kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc tầm soát thường xuyên, can thiệp lối sống và quản lý liên tục THA tại cộng đồng, nhằm giảm thiểu biến chứng và gánh nặng bệnh tim mạch trong những thập kỷ tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] **Katherine T Mills et.al** (2016), "Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries," *Circulation*, vol. 134, no. 6, pp. 441-450.
- [2] **Bin Zhou et.al** (2021), "Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants," *The lancet*, vol. 398, no. 10304, pp. 957-980.
- [3] **Trần Quốc Cường et.al** (2025), "Yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người cao tuổi dân tộc Khmer tại huyện Châu Thành, tỉnh Trà Vinh năm 2024," *Tạp chí Y học Cộng đồng*, vol. 66, no. CĐ11-NCKH.
- [4] **Tạ Quang Thành, Nguyễn Văn Chuyên** (2025), "Thực trạng mắc và một số yếu tố liên quan bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Hà Nội năm 2022," *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 552, no. 1.
- [5] **Agostino Virdis et.al** (2010), "Cigarette smoking and hypertension," *Current pharmaceutical design*, vol. 16, no. 23, pp. 2518-2525.
- [6] **Yasushi Okubo et.al** (2001), "Alcohol consumption and blood pressure in Japanese men," *Alcohol*, vol. 23, no. 3, pp. 149-156.
- [7] **Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương** (2021), "Báo cáo điều tra yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (STEPS) tại Việt Nam 2021," 2021.
- [8] **Viện Vệ sinh dịch tễ Trung Ương** (2021), "Báo cáo STEPS Việt Nam 2021," Hà Nội 2021.
- [9] **World Health Organization** (2021), *Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults*. World Health Organization.
- [10] **John E Hall et.al** (2015), "Obesity-induced hypertension: interaction of neurohumoral and renal mechanisms," *Circulation research*, vol. 116, no. 6, pp. 991-1006.
- [11] **Guido Grassi et.al** (2023), "Sympathetic neural mechanisms in hypertension: recent insights," *Current Hypertension Reports*, vol. 25, no. 10, pp. 263-270.

