

THE PREVALENCE OF HYPERTENSION AND SOME RELATED FACTORS IN MOUNTAINOUS COMMUNES OF QUANG TRI PROVINCE IN 2025

Dinh Thi Le Quyen*, Nguyen Tuan Viet, Dinh Nguyen Thanh Quyet, Le Hoai Trang

Minh Hoa regional Medical Center - Residential group 7, Minh Hoa commune, Quang Tri province, Vietnam

Received: 03/10/2025

Revised: 02/11/2025; Accepted: 19/11/2025

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence and distribution characteristics of hypertension among people aged 18 to 60; To analyze the association between hypertension and certain demographic factors, lifestyle behaviors, and disease prevention knowledge.

Research methods: A cross-sectional descriptive and analytical study was conducted on 320 people aged 18 to 60 in Dan Hoa, Trong Hoa, Thuong Hoa and Hoa Son communes in 2025. Subjects were selected by simple random sampling from the resident list. Data were analyzed using SPSS 20.0, with the Chi-square test used to determine associations ($p < 0.05$).

Results: The overall prevalence of hypertension was 45%. This rate varied significantly among the communes, being highest in Hoa Son (47%) and lowest in Trong Hoa (11.1%). Stage I hypertension accounted for the highest proportion (56.9%). Factors significantly associated with hypertension included: age ($p < 0.001$), occupation ($p = 0.005$), smoking habits ($p = 0.008$), alcohol consumption ($p = 0.013$), level of physical activity ($p < 0.001$), and knowledge of hypertension prevention ($p < 0.001$).

Conclusion: The prevalence of hypertension in the study area is high. The main risk factors are related to lifestyle behaviors and age. Public health intervention programs should be prioritized, focusing on health education, encouraging lifestyle changes, and strengthening early screening to effectively control the burden of disease caused by hypertension.

Keywords: Hypertension, related factors, epidemiology, mountainous area, Minh Hoa.

*Corresponding author

Email: quyenksbt@gmail.com Phone: (+84) 919088468 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD21.3859>



THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI MỘT SỐ XÃ MIỀN NÚI TỈNH QUẢNG TRỊ NĂM 2025

Đinh Thị Lệ Quyên*, Nguyễn Tuấn Việt, Đinh Nguyễn Thành Quyết, Lê Hoài Trang

Trung tâm Y tế khu vực Minh Hóa - Tổ dân phố 7, xã Minh Hóa, tỉnh Quảng Trị, Việt Nam

Ngày nhận bài: 03/10/2025

Ngày chỉnh sửa: 02/11/2025; Ngày duyệt đăng: 19/11/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và đặc điểm phân bố tăng huyết áp ở người dân từ 18-60 tuổi; Phân tích mối liên quan giữa tình trạng tăng huyết áp với một số yếu tố về nhân khẩu học, hành vi lối sống và kiến thức phòng bệnh.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành trên 320 người dân từ 18-60 tuổi tại các xã Dân Hóa, Trọng Hóa, Thượng Hóa và Hóa Sơn trong năm 2025. Đối tượng được lựa chọn ngẫu nhiên đơn từ danh sách dân cư. Số liệu được phân tích bởi SPSS 20.0, với kiểm định Chi-square để xác định các mối liên quan ($p < 0,05$).

Kết quả: Tỷ lệ tăng huyết áp chung là 45%. Tỷ lệ này có sự khác biệt lớn giữa các xã, cao nhất tại Hóa Sơn (47%) và thấp nhất tại Trọng Hóa (11,1%). Tăng huyết áp độ I chiếm tỷ lệ cao nhất (56,9%). Các yếu tố có mối liên quan ý nghĩa thống kê với tăng huyết áp bao gồm: tuổi ($p < 0,001$), nghề nghiệp ($p = 0,005$), thói quen hút thuốc lá thuốc Lào ($p = 0,008$), sử dụng rượu bia ($p = 0,013$), mức độ rèn luyện thể lực ($p < 0,001$) và kiến thức phòng chống tăng huyết áp ($p < 0,001$).

Kết luận: Tỷ lệ tăng huyết áp tại khu vực nghiên cứu ở mức cao. Các yếu tố nguy cơ chính thuộc về hành vi lối sống và tuổi. Các chương trình can thiệp y tế cộng đồng cần được ưu tiên, tập trung vào giáo dục sức khỏe, khuyến khích thay đổi lối sống và tăng cường tầm soát sớm để kiểm soát hiệu quả gánh nặng bệnh tật do tăng huyết áp.

Từ khóa: Tăng huyết áp, yếu tố liên quan, dịch tễ học, miền núi, Minh Hóa.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp - “kẻ giết người thầm lặng”, hiện là một trong những thách thức lớn nhất đối với y tế công cộng toàn cầu trong thế kỷ XXI [1]. Tổ chức Y tế Thế giới ước tính tăng huyết áp (HA) là nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp gây ra khoảng 10,8 triệu ca tử vong mỗi năm, chủ yếu thông qua các biến chứng tim mạch nghiêm trọng như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim và bệnh thận mạn [1-2]. Gánh

nặng bệnh tật do tăng HA không ngừng gia tăng, từ 594 triệu người mắc năm 1975 đã tăng lên 1,13 tỷ người vào năm 2015 [4], và con số này dự kiến sẽ còn tiếp tục tăng do xu hướng già hóa dân số và sự phổ biến của các yếu tố nguy cơ liên quan đến lối sống [3-4]. Đáng lo ngại hơn, chỉ có dưới 20% số người mắc tăng HA trên toàn cầu được kiểm soát HA hiệu quả [1].

*Tác giả liên hệ

Email: quyenksbt@gmail.com Điện thoại: (+84) 919088468 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD21.3859>

Tại Việt Nam, sự chuyển đổi mô hình bệnh tật từ các bệnh lây nhiễm sang các bệnh không lây nhiễm đã đặt tăng HA vào vị trí trung tâm của các vấn đề sức khỏe ưu tiên [6]. Theo điều tra quốc gia năm 2015 của Bộ Y tế, tỷ lệ người trưởng thành mắc tăng HA là 25,1%, nghĩa là cứ 4 người trưởng thành thì có 1 người bị ảnh hưởng [6]. Các yếu tố nguy cơ như chế độ ăn không lành mạnh, lạm dụng rượu bia, hút thuốc lá và lối sống tĩnh tại vẫn còn rất phổ biến trong cộng đồng, tạo điều kiện tình trạng bệnh tăng HA gia tăng và chưa được quản lý tốt [7-8].

Trong bối cảnh đó, các khu vực miền núi, vùng sâu vùng xa, nơi sinh sống của phần lớn đồng bào dân tộc thiểu số, lại là những “vùng trũng” về thông tin y tế [10]. Điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế hạn chế, cùng với những rào cản về văn hóa, ngôn ngữ và trình độ dân trí có thể tạo ra một bức tranh dịch tễ học và các yếu tố nguy cơ của tăng HA rất đặc thù [9]. Huyện Minh Hóa, tỉnh Quảng Bình (Quảng Trị hiện tại), là một địa bàn điển hình như vậy. Cho đến nay, chưa có nghiên cứu khoa học nào được công bố về thực trạng tăng HA tại đây, tạo ra một khoảng trống lớn về dữ liệu, gây khó khăn cho việc hoạch định chính sách và xây dựng các chương trình can thiệp y tế phù hợp, hiệu quả.

Xuất phát từ nhu cầu cấp thiết đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực trạng tăng HA và một số yếu tố liên quan tại một số xã miền núi tỉnh Quảng Trị năm 2025 nhằm 2 mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ, mức độ và đặc điểm phân bố của bệnh tăng HA trong cộng đồng nghiên cứu; (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng HA, bao gồm các yếu tố nhân khẩu học, hành vi lối sống và kiến thức phòng bệnh. Kết quả nghiên cứu được kỳ vọng sẽ cung cấp những bằng chứng khoa học đầu tiên và tin cậy, làm cơ sở cho ngành y tế địa phương xây dựng các chiến lược can thiệp y tế công cộng nhằm phòng ngừa và kiểm soát tăng HA một cách hiệu quả hơn, góp phần cải thiện sức khỏe cho người dân miền núi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Dân số mục tiêu: người dân từ 18-60 tuổi, đang sinh sống tại các xã Dân Hóa, Trọng Hóa, Thượng Hóa và

Hóa Sơn thuộc huyện Minh Hóa (cũ), tỉnh Quảng Bình (Quảng Trị hiện tại).

- Tiêu chuẩn chọn vào: đối tượng trong độ tuổi nghiên cứu, có thời gian sinh sống tại địa phương từ 6 tháng trở lên, có đủ khả năng nhận thức và giao tiếp, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: những người đã được chẩn đoán tăng HA và đang sử dụng thuốc điều trị hạ áp hàng ngày, phụ nữ có thai, những người từ chối tham gia hoặc không hoàn thành cuộc phỏng vấn.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó:

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (với độ tin cậy 95%);

$p = 0,25$ (tỷ lệ tăng HA ước tính dựa trên nghiên cứu của Chu Hồng Thắng [9];

$d = 0,05$ (sai số tuyệt đối mong muốn).

Thay các giá trị vào công thức, tính được cỡ mẫu $n = 289$. Dự phòng 10% các trường hợp bỏ sót hoặc từ chối, cỡ mẫu cuối cùng được làm tròn là $n = 320$.

- Phương pháp chọn mẫu: cỡ mẫu 320 được phân bổ cho 4 xã. Tại mỗi xã, danh sách các hộ gia đình được lập. Sau đó, áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống để chọn các hộ gia đình. Tại mỗi hộ được chọn, 1 đối tượng đủ tiêu chuẩn sẽ được mời tham gia theo nguyên tắc ngẫu nhiên.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: việc thu thập số liệu được tiến hành từ tháng 1/2025 đến tháng 6/2025.

- Địa điểm: các trạm y tế xã Dân Hóa, Trọng Hóa, Thượng Hóa và Hóa Sơn.

2.5. Công cụ và quy trình thu thập số liệu

- Công cụ: bộ câu hỏi cấu trúc được thiết kế sẵn để thu thập thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, nghề nghiệp, dân tộc, tiền sử bệnh tật, các hành vi lối sống (hút thuốc, uống rượu bia, ăn mặn, hoạt động thể lực) và kiến thức phòng chống tăng HA; cân điện tử có độ chính xác 0,1 kg và thước đo chiều cao có độ chính xác 0,5 cm; máy đo HA điện tử bắp tay (hãng Omron, model HEM-7156T-A).

- Quy trình thu thập: các điều tra viên là cán bộ y tế đã được tập huấn kỹ. Đối tượng được mời đến trạm y tế xã, giải thích về nghiên cứu và ký phiếu đồng thuận. Sau đó, tiến hành phỏng vấn, đo chiều cao, cân nặng. Đối tượng được yêu cầu nghỉ ngơi tại chỗ trong 5-10 phút trước khi đo HA. HA được đo 2 lần, cách nhau ít nhất 2 phút ở tư thế ngồi. Giá trị HA cuối cùng là trung bình cộng của 2 lần đo.

- Định nghĩa biến số:

Tăng HA: được xác định khi HA tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg; phân độ tăng HA theo ISH (2020).

BMI tính theo công thức: cân nặng (kg)/[chiều cao (m)]²; phân loại theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới đối với người châu Á.

Kiến thức tốt: trả lời đúng từ 75% số câu hỏi ($\geq 22/29$ điểm) trong bộ câu hỏi đánh giá kiến thức.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập vào phần mềm EpiData 3.1, sau đó được chuyển sang phần mềm SPSS 20 để phân tích. Các thống kê mô tả (tần số, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn) được sử dụng. Kiểm định Chi-square được dùng để phân tích mối liên quan giữa các biến định tính, với ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định là $p < 0,05$.

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu y sinh học của Sở Y tế Quảng Bình (nay là Quảng Trị) phê duyệt. Mọi thông tin của đối tượng tham gia đều được mã hóa và cam kết bảo mật tuyệt đối.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu

Tổng số 320 đối tượng tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm 55,3% ($n = 177$) và nữ giới chiếm 44,7% ($n = 143$). Phân bố theo nhóm tuổi cho thấy nhóm 46-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), tiếp theo là nhóm 30-45 tuổi (39,1%); nhóm trẻ nhất từ 18-29 tuổi chỉ chiếm 10,9%. Về nghề nghiệp, nông dân chiếm tỷ lệ cao ở hầu hết các xã, đặc biệt tại xã Thượng Hóa (72,7%).

3.2. Thực trạng tăng HA

Tỷ lệ tăng HA chung trong mẫu nghiên cứu là 45% (144/320). Có sự khác biệt rất lớn về tỷ lệ này giữa các xã ($p < 0,001$), với xã Hóa Sơn có tỷ lệ cao nhất (47%) và xã Trọng Hóa có tỷ lệ thấp nhất (11,1%).

Bảng 1. Phân loại tình trạng HA trong mẫu nghiên cứu ($n = 320$)

Phân loại HA	Tần số	Tỷ lệ (%)
HA bình thường ($< 130/85$ mmHg)	176	55,0
HA bình thường cao (130-139/85-89 mmHg)	53	16,6
Tăng HA độ I (140-159/90-99 mmHg)	82	25,6
Tăng HA độ II ($\geq 160/100$ mmHg)	9	2,8
Tổng số tăng HA (độ I + độ II)	144	45,0

Trong tổng số 144 trường hợp tăng HA, tăng HA độ I chiếm đa số với 56,9% (82/144), trong khi tăng HA độ II chỉ chiếm 6,3% (9/144).

Phân tích theo giới tính cho thấy nam giới có tỷ lệ tăng HA độ I (65,9% trong tổng số ca tăng HA độ I) và độ II (77,8% trong tổng số ca tăng HA độ II) cao hơn hẳn so với nữ giới, tuy nhiên tỷ lệ mắc tăng HA chung giữa hai giới khác biệt không ý nghĩa thống kê (48,6% ở nam so với 40,6% ở nữ, $p = 0,151$).

Phân tích theo tuổi cho thấy một xu hướng tăng rõ rệt. Tỷ lệ tăng HA ở nhóm 18-29 tuổi chỉ là 8,6%, tăng lên 35,2% ở nhóm 30-45 tuổi và đạt 60,6% ở nhóm 46-60 tuổi ($p < 0,001$).

3.3. Mối liên quan giữa tăng HA và các yếu tố nguy cơ

Bảng 2. Phân tích mối liên quan giữa tăng HA và một số yếu tố liên quan (n = 320)

Biến số		Tổng	Không tăng HA	Tăng HA	p
Nghề nghiệp	Buôn bán	25	6 (24,0%)	19 (76,0%)	0,005
	Nông dân	270	153 (56,7%)	117 (43,3%)	
	Công nhân	15	8 (53,3%)	7 (46,7%)	
	Cán bộ	8	7 (87,5%)	1 (12,5%)	
Hút thuốc lá, thuốc lào	Có hút	192	94 (49,0%)	98 (51,0%)	0,008
	Không hút	128	82 (64,1%)	46 (35,9%)	
Sử dụng rượu, bia	Có sử dụng	187	92 (49,2%)	95 (50,8%)	0,013
	Không sử dụng	133	84 (63,2%)	49 (36,8%)	
Tập thể dục	Có tập thường xuyên	107	84 (78,5%)	23 (21,5%)	< 0,001
	Không tập, ít tập	213	92 (43,2%)	121 (56,8%)	
Kiến thức về tăng HA	Chưa tốt	232	98 (42,2%)	134 (57,8%)	< 0,001
	Tốt	88	78 (88,6%)	10 (11,4%)	
BMI	Tăng cân, béo phì ($\geq 23 \text{ kg/m}^2$)	109	58 (53,2%)	51 (46,8%)	0,644
	Bình thường	211	118 (55,9%)	93 (44,1%)	
Ăn mặn	Có thói quen ăn mặn	78	48 (61,5%)	30 (38,5%)	0,182
	Không ăn mặn	242	128 (52,9%)	114 (47,1%)	

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp những dữ liệu dịch tễ học đầu tiên về tình trạng tăng HA tại một khu vực miền núi khó khăn, qua đó làm sáng tỏ nhiều khía cạnh quan trọng trong việc quản lý bệnh tăng HA ở địa bàn nghiên cứu.

4.1. Về tỷ lệ và đặc điểm tăng HA

Tiến hành nghiên cứu trên 320 người dân, kết quả cho thấy tỷ lệ tăng HA chung trong nghiên cứu tại các xã thuộc Minh Hóa là 45%. Khi so sánh với các nghiên cứu khác, tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với mức trung bình toàn quốc là 25,1% theo điều tra của

Bộ Y tế năm 2015 [6] hay theo kết quả của Phân hội Tăng HA thuộc Hội Tim mạch Việt Nam (VSH/VNHA) năm 2024 thì con số này là 30% ở người 30-79 tuổi ở Việt Nam [10]. Kết quả này cũng cao hơn so với nhiều nghiên cứu tại các địa phương khác như ở người trên 40 tuổi của Trương Thanh An và cộng sự (33,3%) [2], hay của Nguyễn Văn Bình và cộng sự (27,7%) [4] ở các tỉnh Đồng Tháp, Cà Mau. Điều này cho thấy gánh nặng tăng HA tại cộng đồng miền núi Minh Hóa có thể nặng hơn so với mặt bằng chung. Tuy nhiên, tỷ lệ này lại thấp hơn con số 69,4% được ghi nhận tại một xã nông thôn ở Cần Thơ [8], cho thấy sự khác biệt có

thể rất lớn về dịch tễ học giữa các vùng miền, có thể do đặc thù về dân tộc, tập quán sinh hoạt, hoặc các yếu tố môi trường chưa được đo lường.

Bên cạnh đó, 56,9% số ca tăng HA được phát hiện thuộc về tăng HA độ I. Tỷ lệ này có sự tương đồng cao với các nghiên cứu tại Cần Thơ (57,7%) [7] và Đồng Tháp (62,7%) [2]. Điều này nhấn mạnh một thực tế rằng phần lớn người bệnh tăng HA trong cộng đồng đang ở giai đoạn mới mắc. Đây vừa là thách thức do số lượng người cần quản lý lớn, vừa là một cơ hội cho ngành y tế dự phòng địa phương trong việc quản lý tăng HA. Việc can thiệp hiệu quả ở giai đoạn này thông qua thay đổi lối sống và theo dõi y tế chặt chẽ có thể ngăn chặn hoặc làm chậm quá trình tiến triển đến các giai đoạn nặng hơn và các biến chứng nguy hiểm, từ đó giảm thiểu gánh nặng cho hệ thống y tế.

4.2. Về mối liên quan với các yếu tố nhân khẩu học

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tái khẳng định tuổi là yếu tố nguy cơ không thể thay đổi và có ảnh hưởng đến tăng HA. Tỷ lệ tăng HA tăng rõ rệt theo độ tuổi, từ 8,6% ở nhóm 18-29 tuổi lên đến 60,6% ở nhóm 46-60 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Thành và cộng sự (2024), ghi nhận tỷ lệ tăng HA cao nhất ở nhóm 51-60 tuổi (39,4%) [5].

Về nghề nghiệp, phát hiện nhóm buôn bán có tỷ lệ tăng HA cao nhất (76%) là một điểm đáng chú ý, có thể phản ánh mức độ căng thẳng (stress) tâm lý cao liên quan đến áp lực kinh tế và công việc. Nhóm nông dân và công nhân cũng có tỷ lệ tăng HA cao (lần lượt là 43,3% và 46,7%). Kết quả này có phần tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Bình và cộng sự (2023) tại Cà Mau, khi ghi nhận nhóm lao động chân tay có tỷ lệ tăng HA cao hơn [4]. Điều này có thể được lý giải bởi điều kiện làm việc khắc nghiệt, lao động thể chất nặng nhọc và thói quen ăn uống không điều độ.

4.3. Về mối liên quan với các yếu tố hành vi, lối sống

Các yếu tố thuộc về hành vi, lối sống tiếp tục cho thấy vai trò then chốt trong sinh bệnh học của tăng HA. Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tăng HA với thói quen hút thuốc lá, thuốc láo và sử dụng rượu, bia.

Tỷ lệ tăng HA ở nhóm có các hành vi này (51% và 50,8%) cao hơn hẳn so với nhóm không có (35,9% và 36,8%). Kết quả này hoàn toàn nhất quán với y văn trong và ngoài nước. Một nghiên cứu tại Thái Nguyên cũng chỉ ra rằng người sử dụng rượu, bia thường xuyên có nguy cơ tăng HA cao hơn khoảng 1,8 lần [9].

Bên cạnh đó, yếu tố có liên quan đến tình trạng tăng HA được tìm thấy trong nghiên cứu này là tình trạng vận động thể lực. Nhóm không hoặc ít tập thể dục có tỷ lệ tăng HA (56,8%) cao hơn gần gấp ba lần so với nhóm có tập thường xuyên (21,5%) ($p < 0,001$). Phát hiện này nhấn mạnh vai trò bảo vệ của hoạt động thể chất, tương đồng với kết quả của Bùi Thị Hiền (2023), khi chỉ ra rằng nhóm bệnh nhân kém hoạt động thể lực có tỷ lệ mắc tăng HA cao hơn tới 4,31 lần so với nhóm hoạt động thường xuyên [8]. Điều này cho thấy việc khuyến khích vận động thể lực là một trong những chiến lược can thiệp y tế công cộng hiệu quả và chi phí thấp nhất để phòng chống tăng HA.

Cuối cùng, kiến thức phòng chống tăng HA cũng là một yếu tố quan trọng có liên quan đến tình trạng tăng HA. Tỷ lệ tăng HA ở nhóm có kiến thức tốt chỉ là 11,4%, trong khi ở nhóm kiến thức chưa tốt lên đến 57,8%. Điều này cho thấy kiến thức về bệnh có thể dẫn đến hành vi sức khỏe tốt hơn. Người có kiến thức sẽ có xu hướng áp dụng lối sống lành mạnh và chủ động tầm soát bệnh. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác khi chỉ ra người có kiến thức chưa tốt có nguy cơ mắc bệnh cao hơn gấp 2 lần so với người có kiến thức tốt, như trong nghiên cứu của Chu Hồng Thắng (2017) tại Thái Nguyên [9]. Điều này khẳng định rằng, các chương trình can thiệp tăng HA cần bắt đầu từ việc nâng cao nhận thức cho cộng đồng.

5. KẾT LUẬN

Qua việc khảo sát và phân tích dữ liệu từ 320 người dân từ 18-60 tuổi tại một xã miền núi tỉnh Quảng Trị, nghiên cứu đưa ra các kết luận:

- Tỷ lệ tăng HA tại cộng đồng nghiên cứu ở mức rất cao, chiếm 45%. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với mức trung bình của quốc gia và cho thấy tăng HA là một vấn đề sức khỏe công cộng nghiêm trọng tại

địa phương. Đa số các trường hợp là tăng HA độ I (56,9%), cho thấy một “cửa sổ cơ hội” cho các hoạt động can thiệp dự phòng.

- Các yếu tố có mối liên quan chặt chẽ và có ý nghĩa thống kê với tình trạng tăng HA bao gồm tuổi cao, nghề nghiệp (buôn bán), thói quen hút thuốc lá thuốc Lào, sử dụng rượu bia, lối sống ít vận động và kiến thức phòng chống bệnh còn hạn chế. Đây là những yếu tố nguy cơ chính cần được nhắm đến trong các chương trình can thiệp.

- Mức độ vận động thể lực và kiến thức phòng bệnh là hai yếu tố có mối liên quan mạnh mẽ nhất. Nhóm người lười vận động và nhóm có kiến thức chưa tốt có tỷ lệ tăng HA cao hơn vượt trội so với các nhóm còn lại, nhấn mạnh tầm quan trọng của giáo dục sức khỏe và khuyến khích lối sống năng động.

Dựa trên kết quả nghiên cứu, chúng tôi đề xuất một chiến lược can thiệp nhằm tăng cường hiệu quả công tác phòng, chống tăng HA tại địa bàn nghiên cứu:

- Đối với ngành y tế, cần ưu tiên nguồn lực cho các chương trình phòng chống bệnh không lây nhiễm dựa trên tỷ lệ tăng HA 45% đã được ghi nhận.

- Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cần được đẩy mạnh, với nội dung tập trung vào các yếu tố nguy cơ chính như tác hại của thuốc lá, rượu bia và tầm quan trọng của hoạt động thể chất, được thiết kế phù hợp với văn hóa địa phương.

- Song song đó, cần tổ chức các chiến dịch tầm soát, sàng lọc tăng HA lồng ghép trong các hoạt động cộng đồng, đặc biệt chú trọng đến các nhóm nguy cơ cao (người trên 40 tuổi, người làm nghề buôn bán). Đồng thời, việc củng cố, nâng cao năng lực cho cán bộ y tế tuyến cơ sở để xây dựng mô hình quản lý, tư vấn và điều trị cho các trường hợp tăng HA độ I là hết sức cần thiết nhằm tăng khả năng tiếp cận và tuân thủ điều trị.

- Về phía chính quyền địa phương và các đoàn thể, cần phát động các phong trào rèn luyện sức khỏe, kiến tạo môi trường thuận lợi cho người dân vận động thể chất.

Hạn chế của nghiên cứu:

Nghiên cứu này có một số hạn chế nhất định. Thiết kế cắt ngang chỉ cho phép xác định mối liên quan chứ không thể khẳng định quan hệ nhân-quả. Cỡ mẫu và địa bàn đặc thù giới hạn khả năng khái quát hóa kết quả. Ngoài ra, việc thu thập dữ liệu về hành vi lối sống dựa trên tự báo cáo có thể chứa đựng sai lệch thông tin.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva, 2023.
- [2] Trương Thanh An và cộng sự. Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người dân từ 25 đến 64 tuổi tại xã Phú Thuận B, huyện Hồng Ngự, tỉnh Đồng Tháp năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022, 520 (1B): 74-79.
- [3] NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. The Lancet, 2017, 389 (10064): 37-55.
- [4] Nguyễn Văn Bình, Dương Phúc Lam. Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp và đánh giá kết quả can thiệp ở người tăng huyết áp từ 25 tuổi trở lên tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau năm 2022-2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2023, 65: 137-143.
- [5] Phạm Văn Thành, Nguyễn Đức Trọng. Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người dân tộc Mường tại huyện Cẩm Thủy, tỉnh Thanh Hóa năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, 534 (1-S2).
- [6] Bộ Y tế. Điều tra quốc gia về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm năm 2015, 2016.
- [7] Trần Kim Sơn và cộng sự. 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 Dược học Cần Thơ, 2023, 57: 109-115.
- [8] Bùi Thị Hiền. Thực trạng tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở người bệnh đến khám điều trị tại

Bệnh viện Quân y 175. Tạp chí Y Dược thực hành 175, 2023, 35: 43-53.

- [9] Chu Hồng Thắng. Đặc điểm dịch tễ học và giải pháp can thiệp phòng chống tăng huyết áp ở người Nùng trưởng thành tại tỉnh Thái Nguyên. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, 2017.
- [10] VSH/VNHA 2024. Đồng thuận quan điểm của một số chuyên gia của Phân hội Tăng huyết áp (VSH/VNHA) 2024 về chiến lược thực hành lâm sàng quản lý tăng huyết áp tại Việt Nam. <https://tanghuyetap.vn/tai-lieu/dong-thuan-quan-diem-cua-mot-so-chuyen-gia-cua-phan-hoi-tang-huyet-ap-vsh-vnha-2024-ve>.