

A SURVEY OF LIFESTYLE FACTORS ASSOCIATED WITH CARDIOVASCULAR RISK AMONG OLDER VIETNAMESE PATIENTS WITH HYPERTENSION

Le Thi Nguyen Thu¹, Nguyen Tran To Tran¹, Bang Ai Vien¹, Nguyen Thanh Huan¹

¹University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, Cho Lon ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 19/03/2026

Revised: 05/04/2026; Accepted: 20/05/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological characteristics, comorbidities, antihypertensive medications, and lifestyle factors associated with cardiovascular risk in older Vietnamese outpatients with hypertension.

Method: A descriptive cross-sectional study was conducted on older patients (≥ 60 years old) receiving outpatient treatment for hypertension at Thong Nhat Hospital from September 2025 to December 2025.

Results: The study included 385 elderly hypertensive patients with a median age of 70 (65-77), of which 60.3% were male, 39.7% were female. Common comorbidities included dyslipidemia (97.7%), chronic coronary artery disease (46.8%), and diabetes mellitus (42.3%). Females had lower BMI and waist circumference than males. The smoking rate was low (8.6%), but almost entirely male. The majority of patients did not drink alcohol (72.5%). The rate of salt restriction was low (42.3%). Men tended to accumulate more unhealthy lifestyle habits, with a higher rate of having at least 2 risk behaviors than women.

Conclusion: Lifestyle factors play a crucial role in controlling cardiovascular risk in elderly hypertensive patients. Lifestyle modification interventions should be prioritized according to gender, while also promoting salt restriction habits.

Keywords: old adults, hypertension, lifestyle, cardiovascular risk, men

*Corresponding author

Email: huanguyen@ump.edu.vn Phone: (+84) 909 097 849 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5181

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM CÁC YẾU TỐ LỐI SỐNG LIÊN QUAN ĐẾN NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI VIỆT NAM MẮC TĂNG HUYẾT ÁP

Lê Thị Nguyên Thu¹, Nguyễn Trần Tố Trân¹, Bàn Ái Viên¹, Nguyễn Thanh Huân¹

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – Số 217 Hồng Bàng, Phường Chợ Lớn, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 19/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 05/04/2026; Ngày duyệt đăng: 20/05/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, bệnh đồng mắc, thuốc điều trị tăng huyết áp và các yếu tố lối sống liên quan đến nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân cao tuổi Việt Nam điều trị ngoại trú có tăng huyết áp.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) đang điều trị tăng huyết áp ngoại trú tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 9/2025 đến tháng 12/2025.

Kết quả: Nghiên cứu trên 385 bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp với độ tuổi trung vị là 70 (65-77), trong đó nam giới 60,3%, nữ giới 39,7%. Bệnh đồng mắc phổ biến gồm rối loạn lipid máu (97,7%), bệnh mạch vành mạn (46,8%), đái tháo đường (42,3%). Nữ giới có BMI và vòng bụng thấp hơn nam giới. Tỷ lệ hút thuốc lá thấp (8,6%), nhưng tập trung gần như hoàn toàn ở nam giới. Phần lớn bệnh nhân không uống rượu bia (72,5%). Tỷ lệ hạn chế ăn muối còn thấp (42,3%). Nam giới có xu hướng tích lũy nhiều lối sống không lành mạnh, với tỷ lệ có từ 2 hành vi nguy cơ cao hơn nữ giới.

Kết luận: Các yếu tố lối sống đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp cao tuổi. Cần ưu tiên các can thiệp thay đổi lối sống theo giới, đồng thời tăng cường thúc đẩy thói quen hạn chế lượng muối ăn.

Từ khóa: cao tuổi, tăng huyết áp, lối sống, nguy cơ tim mạch, nam giới

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp nguyên phát là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến và quan trọng, làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành, đột quỵ, suy tim và tử vong sớm [1]. Nhiều hướng dẫn quốc tế nhấn mạnh rằng thay đổi lối sống như chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể lực, thói quen uống rượu bia, thuốc lá... là một trong những trụ cột nền tảng trong quản lý tăng huyết áp và phòng ngừa biến cố tim mạch [2]. Với nhóm bệnh nhân cao tuổi, lối sống lành mạnh có mối liên quan chặt chẽ với giảm nguy cơ tim mạch tổng hợp; đặc biệt, người tuân thủ đồng thời nhiều hành vi lối sống đạt được hiệu quả vượt trội so với chỉ can thiệp đơn lẻ từng yếu tố [3]. Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy có sự khác biệt về phân bố và tác động của các yếu tố lối sống đối với nguy cơ tim mạch giữa hai giới, trong đó nam giới thường có lối sống kém lành mạnh như hút thuốc, uống rượu bia, ăn kiêng và kiểm soát yếu tố nguy cơ kém hơn [4]. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát vấn đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: “Khảo sát đặc điểm các yếu tố lối sống liên quan đến nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân cao tuổi Việt Nam mắc tăng huyết áp”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Bệnh viện Thống Nhất - TP. Hồ Chí Minh

- Thời gian: Từ tháng 9/2025 đến tháng 12/2025

2.3. Đối tượng nghiên cứu: 385 bệnh nhân được chẩn đoán xác định tăng huyết áp nguyên phát, điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội Tim mạch – Bệnh viện Thống Nhất.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ≥ 60 tuổi có tiền căn tăng huyết áp, đang dùng thuốc hạ áp hoặc hiện tại đủ tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch học Quốc gia Việt Nam 2022.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đang trong tình trạng cấp cứu hoặc có chỉ định nhập viện.

- Rối loạn nhận thức nặng không có người chăm sóc hỗ trợ trả lời; rào cản ngôn ngữ/giác quan khiến không thể hoàn tất bảng câu hỏi.

2.4. Phương pháp lấy mẫu: Lấy mẫu thuận tiện, kỹ thuật chọn mẫu liên tục

2.5. Định nghĩa biến số

- Biến số đặc điểm dịch tễ: Tuổi, giới, BMI, học vấn, gia đình, thu nhập.

- Biến số bệnh đồng mắc, đặc điểm tăng huyết áp, tuân thủ điều trị theo thang điểm MMAS-8 và thuốc điều trị tăng huyết áp. Rối loạn lipid máu gồm tất cả các bệnh nhân có xét nghiệm

*Tác giả liên hệ

Email: huannghuyen@ump.edu.vn Điện thoại: (+84) 909 097 849 DOI: 10.52163/yhc.v67i5.5181

thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lipid máu theo Chương trình Giáo dục Cholesterol Quốc gia Hoa Kỳ (NCEP), đang điều trị thuốc hạ lipid máu hoặc có tiền sử rối loạn lipid máu.

- Biến số đặc điểm lối sống: Uống rượu bia, thuốc lá, tập thể dục, chế độ ăn giảm mặn, số lượng lối sống không lành mạnh.

2.6 Thu thập số liệu: Bảng phiếu thu thập số liệu soạn sẵn

2.7 Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 17. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỷ lệ %. Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn, đối với biến số định lượng có phân phối lệch mô tả bằng trung vị (khoảng tứ phân vị). Kiểm định chi bình phương hoặc Fisher so sánh các biến định tính, kiểm định Mann-Whitney so sánh các biến định lượng có phân phối lệch.

2.8 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện và phân tích dựa trên dữ liệu nghiên cứu đã được thông qua bởi hội đồng đạo đức Bệnh viện Thống Nhất, số: 168/2025/CN-HĐĐĐ-BVTN ngày 23/09/2025.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu này thu nhận được 385 bệnh nhân ≥ 60 tuổi có tăng huyết áp điều trị ngoại trú. Kết quả nghiên cứu ghi nhận được như sau:

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc và dịch tễ (n = 385)

Đặc điểm	Tổng (n=385) n (%)	Nam (n= 232) n (%)	Nữ (n=153) n (%)	p
Tuổi*	70 (65-77)	71 (65-77)	70 (65-77)	0,68
Nhóm tuổi				
< 75	250 (76,2)	148 (65,8)	102 (69,4)	0,47
≥ 75	122 (32,8)	77 (34,3)	45 (30,1)	
BMI (kg/m ²) TB ± ĐLC	23,6 ± 2,7	23,9 ± 2,5	23,1 ± 3	0,003
Nhóm BMI				
Nhẹ cân	8 (2,1)	2 (0,9)	6 (3,9)	0,005
Bình thường	147 (38,2)	76 (32,8)	71 (46,4)	
Thừa cân	120 (31,2)	81 (34,9)	39 (25,5)	
Béo phì	110 (28,6)	73 (31,5)	37 (24,2)	
Vòng bụng (cm)*	90 (85-98)	94 (89-100)	88 (79-92)	<0,001
Học vấn				
≤ THPT	108 (28,0)	53 (22,8)	55 (35,9)	0,005
> THPT	277 (71,9)	179 (77,2)	98 (64,1)	
Bảo hiểm y tế				
Có	382 (99,2)	231 (99,6)	151 (98,7)	0,34
Không	3 (0,8)	1 (0,4)	2 (1,3)	
Thu nhập				
Độc lập	303 (78,7)	181 (78,1)	122 (79,7)	0,69
Không độc lập	82 (21,3)	154 (21,9)	31 (20,3)	
Sống một mình	32 (8,3)	12 (5,2)	20 (13,1)	0,006
Nơi sống				

Đặc điểm	Tổng (n=385) n (%)	Nam (n= 232) n (%)	Nữ (n=153) n (%)	p
Thành thị	329 (85,5)	199 (85,8)	130 (84,9)	0,83
Nông thôn	56 (14,6)	33 (14,2)	23 (15,1)	

BMI: Body Mass Index, TB ± ĐLC: Trung bình ± Độ lệch chuẩn;

THPT: Trung học Phổ thông

*: Trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị)

Nhận xét: Nam giới chiếm 60,3%. BMI trung bình của nam giới cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Tỷ lệ nữ giới sống một mình cao hơn nam giới, tỷ lệ nam giới hoàn thành giáo dục phổ thông cao hơn nữ giới, có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 2. Đặc điểm bệnh đồng mắc (n = 385)

Bệnh đồng mắc	Tổng (n=385) n (%)	Nam (n= 232) n (%)	Nữ (n=153) n (%)	p
Suy tim	11 (2,9)	7 (3,0)	4 (2,6)	0,82
Đái tháo đường	163 (42,3)	101 (43,5)	62 (40,5)	0,5
Bệnh mạch vành mạn	180 (46,8)	117 (50,4)	63 (41,2)	0,07
Rối loạn lipid máu	376 (97,7)	227 (97,8)	149 (97,7)	0,77
Rung nhĩ	20 (5,2)	8 (3,5)	12 (7,8)	0,06
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	18 (4,7)	15 (6,5)	3 (1,9)	0,04
Thiếu máu mạn	50 (12,9)	22 (9,5)	28 (18,3)	0,01
Đột quỵ	5 (1,3)	2 (0,9)	3 (1,9)	0,35
Bệnh thận mạn	22 (5,7)	17 (7,3)	5 (3,3)	0,09
Tiền căn nhồi máu cơ tim	3 (0,8)	3 (1,3)	0 (0)	0,28

Nhận xét: Rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao (97,7%), bệnh mạch vành mạn chiếm 46,8%, đái tháo đường chiếm 42,3%, nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới.

Bảng 3. Đặc điểm tăng huyết áp và điều trị (n = 385)

Đặc điểm	Tổng (n=385) n (%)	Nam (n=232) n (%)	Nữ (n=153) n (%)	P	
Số năm mắc THA*	10 (5-12)	10 (5-13)	10 (5-12)	0,2	
Tuân thủ điều trị MMAS-8	275 (71,8)	164 (71,3)	111 (72,6)	0,8	
HATT trung bình*	130 (120-140)	130 (120-140)	125 (120-130)	0,02	
HATT _r trung bình*	70 (80-80)	80 (80-85)	70 (75-80)	<0,001	
Thuốc điều trị tăng huyết áp	Ức chế hệ RAA	337 (87,5)	209 (90,1)	128 (83,7)	0,06
	Chẹn beta	247 (64,2)	153 (65,9)	94 (61,4)	0,37
	Chẹn kênh Canxi	258 (67,0)	156 (67,2)	102 (66,7)	0,9
	Lợi tiểu Thiazid	25 (6,5)	15 (6,5)	10 (6,5)	0,9
	Lợi tiểu quai	6 (1,6)	4 (1,7)	2 (1,3)	0,7
	Kháng aldosteron	6 (1,6)	4 (1,7)	2 (1,3)	0,7
	Thuốc hạ áp khác	5 (1,3)	4 (1,7)	1 (0,6)	0,4

HATT: Huyết áp tâm thu; HATTr: Huyết áp tâm trương;

RAA: Renin-Angiotension-Aldosteron

*: Trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị)

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh ở nam giới lâu hơn nữ giới nhưng không có ý nghĩa thống kê; Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương trung bình ở nam giới cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Về đặc điểm sử dụng thuốc, không có sự khác biệt giữa hai giới.

Bảng 4. Đặc điểm các yếu tố lối sống liên quan đến nguy cơ tim mạch (n = 385)

Đặc điểm lối sống	Tổng (n=385) n (%)	Nam (n=232) n (%)	Nữ (n=153) n (%)	P
Tập thể dục				
Có	251 (65,2)	168 (72,4)	83 (54,3)	<0,001
Không	134 (34,8)	64 (27,4)	70 (45,7)	
Hút thuốc lá				
Có	33 (8,6)	32 (13,8)	1 (0,7)	<0,001
Không	352 (91,4)	200 (86,2)	152 (99,4)	
Hạn chế ăn muối				
Có	163 (42,3)	99 (42,7)	64 (41,8)	0,87
Không	222 (57,7)	133 (57,3)	89 (58,2)	
Uống rượu bia				
Không uống	279 (72,5)	132 (56,9)	147 (96,1)	<0,001
Uống ít	94 (24,4)	88 (37,9)	6 (3,9)	
Uống nhiều	12 (3,1)	12 (5,2)	0 (0)	
Số lượng lối sống không lành mạnh				
0	93 (24,2)	40 (17,2)	53 (34,6)	0,001
1	114 (29,6)	78 (33,6)	36 (23,5)	
2	46 (12,0)	29 (12,5)	17 (11,1)	
3	124 (32,2)	78 (33,6)	46 (30,1)	
4	8 (2,1)	7 (3,0)	1 (0,7)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có tập thể dục đạt 65,2%, không hút thuốc lá là 91,4%, không uống rượu bia là 72,5%; Tỷ lệ hút thuốc ở nam giới 13,8%, tỷ lệ không tập thể dục ở nữ giới 45,7%.

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân trắc - dịch tễ học, bệnh đồng mắc của bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có tăng huyết áp theo giới:

Trong 385 bệnh nhân, tuổi trung bình là 70 (65-77) tuổi, giới nam chiếm ưu thế là 60,3%, nữ giới 39,7%. Nhóm bệnh nhân <75 tuổi cao gấp 2 lần nhóm ≥ 75 , nam giới đều chiếm tỷ lệ cao hơn ở 2 nhóm này. Kết quả nghiên cứu cho thấy BMI và vòng bụng trung bình ở nam giới cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây trên người cao tuổi, cho thấy sự khác biệt rõ rệt theo giới trong các chỉ số nhân trắc [5].

Hầu hết bệnh nhân sống ở thành thị, độc lập về kinh tế và có bảo hiểm y tế. Tỷ lệ đã hoàn thành giáo dục phổ thông khá cao 71,9%, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn, khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Đây là những yếu tố thuận lợi cho việc

tiếp cận dịch vụ y tế và tuân thủ điều trị. Tỷ lệ sống một mình thấp 8,3%, nhưng tỷ lệ nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn gấp 2 lần so với nam giới, có ý nghĩa thống kê. Điều này gợi ý rằng, cần đặc biệt quan tâm đến nhóm nữ giới sống một mình do nguy cơ thiếu hỗ trợ từ xã hội trong quá trình điều trị bệnh.

Rối loạn lipid máu, bệnh mạch vành mạn, đái tháo đường là các bệnh đồng mắc phổ biến nhất, không có sự khác biệt giới tính. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Liu và cs [6], cho thấy gánh nặng bệnh tim mạch – chuyển hóa ảnh hưởng lên cả hai giới. Bên cạnh đó, tỷ lệ thiếu máu mạn cao hơn ở nữ và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cao hơn ở nam. Thiếu máu mạn ở nữ chiếm 18,3% so với 9,5% ở nam ($p = 0,01$). Nguyên nhân có thể liên quan đến yếu tố dinh dưỡng, tình trạng viêm mạn tính phổ biến hơn ở nữ giới. Về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn (6,5% so với 1,9%, $p = 0,04$), nguyên nhân có thể liên quan thói quen hút thuốc lá.

Sự khác biệt về bệnh và thuốc điều trị tăng huyết áp theo giới tính:

Về đặc điểm tăng huyết áp, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ về thời gian mắc bệnh, với trung vị 10 năm ở cả hai giới (nam: 10 [5–13] năm; nữ: 10 [5–12] năm; $p = 0,2$). Tỷ lệ tuân thủ điều trị theo MMAS-8 [7] đạt 71,8% và không có sự khác biệt giữa nam và nữ (71,3% so với 72,6%; $p = 0,8$). Điều này cho thấy mức độ tuân thủ điều trị tương đối đồng đều giữa hai giới. Các chỉ số huyết áp ghi nhận sự khác biệt giới tính có ý nghĩa thống kê. Huyết áp tâm thu trung vị ở nam cao hơn so với nữ (130 [120–140] mmHg so với 125 [120–130] mmHg; $p = 0,02$), trong khi huyết áp tâm trương trung vị ở nam cũng cao hơn rõ rệt (80 [80–85] mmHg so với 75 [70–80] mmHg; $p < 0,001$). Các kết quả trên gợi ý rằng ngoài tuân thủ điều trị, có thể tồn tại những yếu tố khác góp phần vào sự khác biệt kiểm soát huyết áp giữa hai giới.

Về các nhóm thuốc điều trị được sử dụng với tỷ lệ cao và tương đối đồng đều giữa nam và nữ. Nhóm ức chế hệ renin-angiotensin-aldosterone (RAA) được sử dụng phổ biến nhất 87,5%, tương đồng với kết quả nghiên cứu khác ở Việt Nam [8], phản ánh vai trò trung tâm trong điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi, đặc biệt là khi có bệnh kèm như đái tháo đường, suy tim, bệnh thận mạn. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc hạ áp chính khác như chẹn kênh canxi (67,0%), chẹn beta (64,2%) và lợi tiểu thiazid (6,5%) không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai giới ($p > 0,05$). Điều này cho thấy chiến lược lựa chọn thuốc nền tảng trong điều trị ở quần thể nghiên cứu tương đối thống nhất, ít chịu ảnh hưởng bởi yếu tố giới tính. Các nhóm thuốc ít được sử dụng hơn như lợi tiểu quai (1,6%), kháng aldosteron (1,6%) và các thuốc hạ áp khác (1,3%), cũng không có sự khác biệt đáng kể giữa nam và nữ.

Sự khác biệt về yếu tố lối sống giữa nam và nữ:

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt rõ rệt về các yếu tố lối sống giữa nam và nữ trong quần thể. Về hoạt động thể lực, tỷ lệ bệnh nhân có tập thể dục đạt 65,2% trong toàn bộ mẫu nghiên cứu, tuy nhiên nam giới có tỷ lệ tập thể dục cao hơn nữ giới (72,4% so với 54,3%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điều này cho thấy nữ giới cao tuổi có xu hướng ít vận động hơn, có thể liên quan đến hạn chế về thể chất, vai trò xã hội truyền thống hoặc ít tiếp cận các hoạt động rèn luyện sức khỏe có tổ chức.

Hút thuốc lá và uống rượu bia chiếm tỷ lệ thấp trong toàn bộ mẫu nghiên cứu. Cụ thể, trên 90% bệnh nhân không hút thuốc lá; tuy nhiên, tỷ lệ hút thuốc ở nam giới vẫn còn đáng kể (13,8%), cao hơn rõ rệt so với nữ giới (0,7%), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tương tự, 96,9% bệnh

nhân không uống rượu bia hoặc chỉ uống với lượng ít, song tỷ lệ uống rượu bia ở nam giới cao hơn nữ giới một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), trong đó 37,9% nam giới uống rượu bia mức độ ít và 5,2% uống nhiều, trong khi nữ giới hầu như không ghi nhận uống rượu bia mức độ nhiều. Những kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước [9,10].

Về chế độ ăn hạn chế muối, tỷ lệ bệnh nhân thực hiện hạn chế ăn muối còn thấp (42,3%) và không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới ($p = 0,87$). Điều này cho thấy việc tuân thủ khuyến cáo giảm muối vẫn còn hạn chế ở cả nam và nữ, phản ánh khó khăn trong thay đổi thói quen ăn uống truyền thống. Đây là một vấn đề cần được cải thiện trong quản lý tăng huyết áp ở người cao tuổi.

Khi xem xét số lượng lối sống không lành mạnh, nam giới có xu hướng tích lũy nhiều hành vi nguy cơ hơn so với nữ giới. Tỷ lệ bệnh nhân có từ 2–3 yếu tố lối sống không lành mạnh ở nam giới cao hơn, trong khi nữ giới chủ yếu tập trung ở nhóm không có hoặc chỉ có 1 yếu tố nguy cơ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$), cho thấy nam giới cao tuổi mắc tăng huyết áp là nhóm có gánh nặng hành vi nguy cơ cao hơn, mặc dù nữ giới lại ít vận động thể lực hơn.

5. KẾT LUẬN

Mặc dù bệnh nhân trong nghiên cứu có nhiều yếu tố kinh tế – xã hội thuận lợi và tuân thủ điều trị tăng huyết áp tương đối đồng đều giữa nam và nữ, sự khác biệt giới tính vẫn ghi nhận ở các chỉ số nhân trắc và khả năng kiểm soát huyết áp, trong khi gánh nặng các bệnh đồng mắc tim mạch – chuyển hóa nhìn chung tương đương. Trong bối cảnh tỷ lệ chung các hành vi nguy cơ ở mức thấp, hút thuốc lá và uống rượu bia vẫn chủ yếu tập trung ở nam giới, trong khi nữ giới có xu hướng ít vận động thể lực hơn. Đồng thời, việc tuân thủ chế độ ăn hạn chế muối còn thấp ở cả hai giới, và xét tổng thể, nam giới có xu hướng tích lũy nhiều hành vi lối sống không lành mạnh hơn.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] World Health Organization. Hypertension 2025.
 [2] Maniero C, Lopuszko A, Papalois K-B, Gupta A, Kapil V, Khanji MY. Non-pharmacological factors for hypertension management: a systematic review of international guidelines. *European Journal of Preventive Cardiology* 2023;30:17–33. <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac163>.

[3] Almutairi M, Almutairi AA, Alodhialah AM. The Influence of Lifestyle Modifications on Cardiovascular Outcomes in Older Adults: Findings from a Cross-Sectional Study. *Life* 2025;15:87. <https://doi.org/10.3390/life15010087>.
 [4] Tang Y, Zhang Z, Liu X. Lifestyle modifications and control of cardiovascular risk factors in older adults with hypertension: from NHANES 1999–2018. *BMC Geriatr* 2025;25:537. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06204-0>.
 [5] Jiang X, Zhao Y, Yang Q, Wang W, Lin T, Qiu Y. Gender differences in associations between obesity and hypertension, diabetes, dyslipidemia: evidence from electronic health records of 3.5 million Chinese senior population. *BMC Public Health* 2025;25:405. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21534-9>.
 [6] Liu J, Ma J, Wang J, Zeng DD, Song H, Wang L, et al. Comorbidity Analysis According to Sex and Age in Hypertension Patients in China. *Int J Med Sci* 2016;13:99–107. <https://doi.org/10.7150/ijms.13456>.
 [7] De Oliveira-Filho AD, Morisky DE, Neves SJF, Costa FA, De Lyra DP. The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian–Portuguese version in hypertensive adults. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2014;10:554–61. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.10.006>.
 [8] To Nguyen VT, Nguyen HV, Pham TD, Nguyen GT, Nguyen TTT. Medication use in elderly patients with hypertension: a cross-sectional study at a medical center in Vietnam, 2024–2025. *BMC Geriatr* 2025. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06869-7>.
 [9] Nguyen PH, Goldberg RJ, Allison JJ, Nguyen DB, Tran HT, Tran OM, et al. Lifestyle practices and associated factors among adults with hypertension: Conquering Hypertension in Vietnam-solutions at the grassroots level study. *PLoS ONE* 2024;19:e0303354. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303354>.
 [10] Jung H. Sex differences in cardiovascular risk factors and quality of life among individuals with hypertension in Korea from 2013 to 2018: A cross-sectional cohort study. *PLoS ONE* 2024;19:e0296326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296326>.