

HYPERTENSION PREVALENCE AND RELATED FACTORS ON 18 – 69 YEARS OLD PEOPLE IN HA NOI CITY IN 2024

Hoang Duc Hanh¹, Bui Van Hao², Nguyen Hien Thanh², Tran Thi Huyen Trang², Le Huy Tuan², Pham Thu Hie², Bui Xuan Tron², Kim Tuan Anh², Trinh Thi Hong Ngan², Nguyen Thi Phuong Hoa², Dao Huu Than², Hoang Duc Phuc³, Bui Thi Minh Thai¹

¹ DaiNam University-No. 1 Xom Street, Phu Luong Ward, Hanoi City, Vietnam

² HaNoi Center for Disease Control-70 Nguyen Chi Thanh, Lang Ward, Hanoi, Vietnam

³ HaNoi Department Of Health-No. 4 Son Tay, Ba Dinh Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 14/04/2026

Revised: 22/06/2026; Accepted: 22/07/2026

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence of hypertension and describe selected factors associated with hypertension among individuals aged 18–69 years in Hanoi in 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 2,912 individuals aged 18–69 years. A two-stage random sampling method was applied from July to December 2025 in Hanoi, Vietnam.

Result: The prevalence of hypertension was 32.24%. The mean systolic and diastolic blood pressures were 124.72 ± 18.7 mmHg and 78.47 ± 12.21 mmHg, respectively, with higher values observed in males than females. The proportion of participants with adequate knowledge of hypertension was low (6.5%). Most participants had 1–2 non-communicable disease risk factors (59.86%). Multivariable logistic regression analysis showed that age and sex were significantly associated with hypertension. Specifically, individuals aged 45–69 years had a significantly higher likelihood of having hypertension compared with those aged 18–44 years (OR = 8.3; $p < 0.001$). Men had a higher risk of hypertension than women (OR = 1.9; $p < 0.001$). In addition, a history of diabetes mellitus was identified as an independent factor associated with hypertension (OR = 2.5; $p < 0.001$). Overweight and obesity were also significantly associated with hypertension, increasing the likelihood of the condition (OR = 2.5; $p < 0.001$). No statistically significant associations were found between hypertension and knowledge of hypertension, dietary factors, alcohol consumption, or physical activity.

Keywords: Hypertension; risk factors, Hanoi city.

*Corresponding author

Email: buithiminhthai@gmail.com Phone: (+84) 912097432 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5891

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI TỪ 18 - 69 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2025

Hoàng Đức Hạnh¹, Bùi Văn Hào², Nguyễn Hiền Thanh², Trần Thị Huyền Trang², Lê Huy Tuấn², Phạm Thu Hiền², Bùi Xuân Trọng², Kim Tuấn Anh², Trịnh Thị Hồng Ngân², Nguyễn Thị Phương Hoa², Đào Hữu Thân², Hoàng Đức Phúc³, Bùi Thị Minh Thái².

¹Đại học Đại Nam-Số 1 Phố Xóm, phường Phú Lương, thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội-70 Nguyễn Chí Thanh, phường Láng, thành phố Hà Nội, Việt Nam

³Sở Y tế Hà Nội-Số 4 Sơn Tây, phường Ba Đình, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 14/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 22/06/2026; Ngày duyệt đăng: 22/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và mô tả một số yếu tố ảnh hưởng tới bệnh tăng huyết áp ở người từ 18-69 tuổi tại thành phố Hà Nội năm 2025

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 2912 người dân từ 18-69 tuổi. Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hai giai đoạn từ tháng 7 đến tháng 12 năm 2025 tại thành phố Hà Nội.

Kết quả: Tỷ lệ mắc THA là 32,24%. Huyết áp trung bình là $124,72 \pm 18,7$ mmHg (tâm thu) và $78,47 \pm 12,21$ mmHg (tâm trương), trong đó nam giới cao hơn nữ giới. Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đạt về THA thấp (6,5%). Phần lớn đối tượng có từ 1-2 yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (59,86%). Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy tuổi và giới tính là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng tăng huyết áp. Cụ thể, nhóm tuổi 45-69 có khả năng mắc THA cao hơn đáng kể so với nhóm 18-44 (OR = 8,3; $p < 0,001$). Nam giới có nguy cơ THA cao hơn so với nữ giới (OR = 1,9; $p < 0,001$). Ngoài ra, tiền sử đái tháo đường được xác định là yếu tố liên quan độc lập với THA (OR = 2,5; $p < 0,001$). Tình trạng thừa cân/béo phì cũng có mối liên quan chặt chẽ với THA, làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh (OR = 2,5; $p < 0,001$). Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa với kiến thức về THA, chế độ ăn, uống rượu bia và hoạt động thể lực.

Từ khóa: tăng huyết áp, yếu tố nguy cơ, thành phố Hà Nội.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh không lây nhiễm thường gặp và là một trong những nguyên nhân chính gây ra một phần đáng kể tỉ lệ tàn tật, tử vong trên toàn cầu, trong đó huyết áp tâm thu cao gây ra hàng triệu ca tử vong mỗi năm và làm giảm chất lượng cuộc sống ở những người mắc phải [1]. Trên toàn cầu, một nửa số người mắc tăng huyết áp không biết về tình trạng của mình [2].

Ở Việt Nam, tăng huyết áp đang là một trong những vấn đề y tế công cộng nghiêm trọng và mức độ ngày càng gia tăng. Một nghiên cứu tổng quan cho thấy tỉ lệ tăng huyết áp dao động từ 2-47% trong các nghiên cứu thực địa khác nhau, với tỉ lệ mắc tăng huyết áp trung bình là 25% [3]. Sự gia tăng về quy mô này đặt ra một thách thức khổng lồ cho các hệ thống y tế, đòi hỏi sự chuyển dịch trọng tâm từ phòng ngừa đơn thuần sang tối ưu hóa hiệu quả của các mô hình quản lý và điều trị lâu dài. WHO dự báo nếu không có các biện pháp can thiệp quyết liệt, số người mắc THA có thể vượt 1,5 tỷ vào năm 2030 [4].

Nhiều yếu tố đã được xác định là nguy cơ dẫn đến bệnh THA, trong đó bao gồm: i) các yếu tố không thay đổi được như tuổi, giới tính, tiền sử gia đình, ... ii) các yếu tố nguy cơ thuộc hành vi có thể thay đổi được như hút thuốc lá, uống nhiều rượu/bia, khẩu phần ăn không hợp lý (ăn mặn, ăn nhiều chất béo), ít hoạt động thể lực, ... và iii) các yếu tố trung gian hay yếu tố sinh hoá như thừa cân, béo phì rối loạn lipid máu [5].

Hà Nội với đặc điểm tốc độ đô thị hóa diễn ra rất nhanh, do sự phát triển và gia tăng các khu công nghiệp, khu chế xuất, các trường đại học và sự di chuyển dân số từ nội thành ra các quận vùng ven, ... Kéo theo sự gia tăng mật độ dân số là nhịp sống và lối sống của cư dân nơi đây cũng có nhiều thay đổi và áp lực hơn. Vậy, thực trạng và yếu tố nguy cơ tăng huyết áp của người dân ở thủ đô Hà Nội như thế nào? Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ và mô tả một số yếu tố ảnh hưởng tới bệnh tăng huyết áp ở người từ 18-69 tuổi tại thành phố Hà Nội năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người dân từ đủ 18 tuổi đến 69 tuổi sinh sống trong hộ gia đình tại thành phố Hà Nội. Trong đó, loại trừ những người có tiền sử bệnh lý tâm thần, người có khuyết tật về ngôn ngữ, khiếm thính, khiếm thị, và từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 7 đến tháng 12 năm 2025 tại thành phố Hà Nội.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu: Theo tài liệu “Hướng dẫn tính cỡ mẫu trong điều tra yếu tố nguy cơ BKLN của Tổ chức Y tế thế giới”,

*Tác giả liên hệ

Email: buithiminhthai@gmail.com Điện thoại: (+84) 912097432 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5891

mẫu được phân tầng theo giới tính (nam, nữ) và 2 nhóm tuổi (18 – 44, 45– 69). Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE \times 4 \text{ (nhóm)}$$

Trong đó:

- n: là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu
- $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$ (với độ tin cậy 95%); với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$;
- p: ước tính tỷ lệ các yếu tố nguy cơ = 0,5 để được cỡ mẫu lớn nhất;
- d = 0,05: sai số kỳ vọng
- DE = Hệ số thiết kế (do chọn mẫu cụm, nhiều giai đoạn). Lấy DE = 1,5
- Thay số vào ta được cỡ mẫu tối thiểu là 2.304 đối tượng.
- Ước tính tỷ lệ đồng ý tham gia nghiên cứu là 70%. Từ đó, tính được: $n = 2.304/0,7 = 3.291$ người, làm tròn thành 3.300.
- Trên thực tế, điều tra được 2.912 đối tượng.

2.4.2. Chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên 2 giai đoạn gồm chọn cụm và chọn đối tượng điều tra.

Bước 1- Chọn cụm: Mỗi cụm là một đơn vị hành chính nhỏ nhất như tổ dân phố ở khu vực nội thành và thôn dân cư ở khu vực ngoại thành. Áp dụng phương pháp chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích thước quần thể (PPS) chọn ra 27 cụm ở nội thành và 33 cụm ở ngoại thành.

Bước 2- Chọn đối tượng nghiên cứu: Tại mỗi cụm được chọn, lập danh sách người dân từ 18- 69 tuổi. Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống trên danh sách người dân đã được lập để chọn ra đủ số lượng đối tượng nghiên cứu. Mẫu chọn không thay thế.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Phỏng vấn đối tượng theo bộ câu hỏi được xây dựng sẵn, tham khảo bộ câu hỏi điều tra yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm của Tổ chức Y tế thế giới.
- Đo chiều cao (dùng thước gỗ của Unicef); đo vòng bụng - vòng hông bằng thước dây không giãn với độ chính xác 0,1 cm. Cân trọng lượng cơ thể (cân SECA của Nhật Bản)
- Đo huyết áp bằng máy Omron (Nhật Bản)
- Bộ tranh minh họa: Hỗ trợ cho người phỏng vấn để đo lường và qui đổi sang đơn vị, bộ tranh minh họa sẽ gồm:
 - + Tranh minh họa cho rau quả và trái cây.
 - + Tranh minh họa cho đồ uống có cồn.
 - + Tranh minh họa cho hoạt động thể lực.

2.6. Xử lý số liệu

* Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS, phiên bản 20.0. Sử dụng test χ^2 để xác định mối liên quan giữa biến phụ thuộc (tỷ lệ THA) với biến độc lập, chọn mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$.

* Phân loại tăng huyết áp theo chỉ số huyết áp: Người được coi là có tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu trung bình ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương trung bình ≥ 90 mmHg, được tính từ ít nhất hai lần đo huyết áp trong cùng một lần thăm khám, hoặc người đó đang sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại thời điểm điều tra, không phân biệt giá trị huyết áp đo được.

* Đánh giá Kiến thức về tăng huyết áp, 5 câu (khái niệm THA, yếu tố nguy cơ, cách phát hiện bệnh, biến chứng, các biện pháp phòng bệnh THA).

- Nguyên tắc chấm điểm kiến thức
- + Mỗi ý trả lời đúng được chấm 1 điểm
- + Trả lời sai / không chọn / “không biết”: 0 điểm

- + Với câu hỏi nhiều lựa chọn: Mỗi phương án đúng được tính 1 điểm độc lập; Không trừ điểm khi chọn sai
- + Tổng điểm kiến thức là tổng điểm các ý trả lời đúng
- Cấu trúc thang điểm Kiến thức về THA, bao gồm:
 - + Khái niệm THA (1 điểm)
 - + Yếu tố nguy cơ THA (11 điểm)
 - + Phát hiện THA (1 điểm)
 - + Biến chứng THA (7 điểm)
 - + Biện pháp phòng THA (6 điểm)
- Tổng điểm kiến thức THA tối đa: 26 điểm
- Quy đổi điểm và phân loại mức kiến thức: Điểm kiến thức được quy đổi về tỷ lệ phần trăm theo công thức: Tỷ lệ đạt kiến thức = (Tổng điểm đạt được / Tổng điểm tối đa) $\times 100\%$. Kiến thức về THA đạt khi điểm đạt $\geq 50\%$ tổng điểm (≥ 13 điểm).

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp thông tin đầy đủ và lấy ý kiến đồng thuận trước khi tham gia, được bảo mật thông tin cá nhân và đảm bảo quyền tự nguyện tham gia của người dân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=2912)

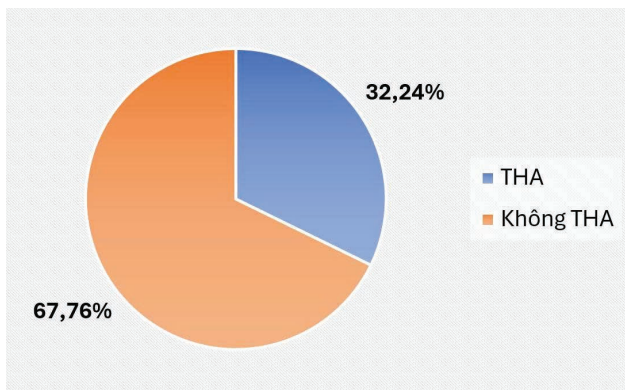
Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	1240	42,6
Nữ	1672	57,4
Nhóm tuổi		
18-44	1086	37,3
45-69	1826	62,7
Dân tộc		
Kinh	2902	99,7
Khác	10	0,3
Trình độ học vấn		
Chưa tốt nghiệp THPT	1406	48,3
Tốt nghiệp THPT	852	29,3
Tốt nghiệp ĐH/CĐ/THCN	614	21,1
Tốt nghiệp sau ĐH	40	1,4
Tình trạng hôn nhân		
Chưa kết hôn	270	9,3
Đang có vợ/chồng	2494	85,6
Ly thân/ly hôn	34	1,2
Góa	114	3,9
Khác	0	0,0

Trong tổng số 2.912 đối tượng, nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam (57,4% so với 42,6%); nhóm tuổi 45–69 chiếm đa số (62,7%). Đối tượng chủ yếu là người Kinh (99,7%). Trình độ học vấn chủ yếu dưới THPT (48,3%), trong khi tỷ lệ sau đại học thấp (1,4%). Phần lớn đối tượng đang có vợ/chồng (85,6%).

Bảng 2. Trị số huyết áp trung bình của đối tượng nghiên cứu sau 3 lần đo (n=2912)

Chỉ số huyết áp (mmHg)	Giá trị trung bình theo giới tính (X±SD)		
	Nam (n=1240)	Nữ (n=1672)	Chung (n=2912)
Huyết áp tâm thu	129,52 ± 18,63	121,35 ± 18,01	124,72 ± 18,7
Huyết áp tâm trương	82,1 ± 12,51	75,93 ± 11,32	78,47 ± 12,21

Huyết áp trung bình của đối tượng nghiên cứu ở mức 124,72 ± 18,7 mmHg (tâm thu) và 78,47 ± 12,21 mmHg (tâm trương). Nam giới có trị số huyết áp cao hơn nữ giới ở cả huyết áp tâm thu (129,52 so với 121,35 mmHg) và tâm trương (82,1 so với 75,93 mmHg).

**Hình 1.** Phân bố tỷ lệ mắc tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu (n=2912)

Tỷ lệ mắc tăng huyết áp trong đối tượng nghiên cứu là 32,24%, trong khi phần lớn không mắc tăng huyết áp (67,76%).

Bảng 3. Thực trạng kiến thức về THA của đối tượng nghiên cứu

Kiến thức	Nam (n=1240)		Nữ (n=1672)		Chung (N=2912)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Đạt	68	5,5%	121	7,2%	189	6,5%
Không đạt	1172	94,5%	1551	92,8%	2723	93,5%
Tổng	1240	100%	1672	100%	2912	100%

Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đạt về tăng huyết áp còn thấp (6,5%), trong khi đa số không đạt (93,5%). Nữ có tỷ lệ đạt cao hơn nam (7,2% so với 5,5%).

Bảng 4. Phân bố đối tượng theo nhóm nguy cơ mắc BKN

Nhóm tuổi	n	không có yếu tố nguy cơ (%)	1-2 yếu tố nguy cơ (%)	3-5 yếu tố nguy cơ (%)
Nam				
18 - 44	478	19,46	68,62	11,92
45 - 69	762	6,69	53,81	37,14
18- 69	1240	11,61	59,52	27,42
Nữ				
18- 44	608	37,34	62,5	0,16
45 - 69	1064	39,1	58,74	2,16
18- 69	1672	38,46	60,11	1,44

Nhóm tuổi	n	không có yếu tố nguy cơ (%)	1-2 yếu tố nguy cơ (%)	3-5 yếu tố nguy cơ (%)
Tổng				
18- 44	1086	29,47	65,19	5,34
45 - 69	1826	25,58	56,68	16,76
18- 69	2912	27,03	59,86	12,5

Tỷ lệ đối tượng có 1-2 yếu tố nguy cơ chiếm cao nhất ở tất cả các nhóm (59,86%), tiếp đến là nhóm không có yếu tố nguy cơ (27,03%) và nhóm có 3-5 yếu tố nguy cơ (12,5%). Ở nam giới, tỷ lệ có ≥3 yếu tố nguy cơ cao hơn rõ rệt so với nữ (27,42% so với 1,44%), đặc biệt tập trung ở nhóm tuổi 45-69 (37,14%). Trong khi đó, nữ giới chủ yếu thuộc nhóm có 1-2 yếu tố nguy cơ và tỷ lệ có ≥3 yếu tố nguy cơ rất thấp.

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đơn biến, đa biến phân tích mối liên quan giữa THA với một số yếu tố nguy cơ

Đặc điểm	n	Có THA n (%)	Không THA n (%)	Đơn biến		Đa biến	
				OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Nhóm tuổi							
18- 44	976	76 (7,8)	900 (92,2)				
45- 69	1.760	705 (40,1)	1.055 (59,9)	7,9 (6,1–10,2)	<0,001	8,3 (6,3–10,8)	<0,001
Giới tính							
Nữ	1.607	381 (23,7)	1.226 (76,3)				
Nam	1.129	400 (35,4)	729 (64,6)	1,8 (1,5–2,1)	0,001	1,9 (1,5–2,4)	<0,001
Khu vực							
Ngoại thành	1.494	396 (26,5)	1.098 (73,5)				
Nội thành	1.242	385 (31)	857 (69)	1,3 (1,02–1,6)	0,034	1,2 (1,02–1,5)	0,034
Tiền sử bệnh							
Không ĐTĐ	1.955	603 (25)	1.809 (75)				
Có ĐTĐ	781	178 (54,9)	146 (45,1)	3,7 (2,9–4,6)	<0,001	2,5 (1,9–3,2)	<0,001
Kiến thức về ĐTĐ							
Đạt	135	48 (27,1)	129 (72,9)				
Không đạt	2.601	733 (28,6)	1.826 (71,4)	0,9 (0,6–1,6)	0,782	1,04 (0,7–1,5)	0,837
Ăn đủ rau và trái cây theo khuyến cáo							
Không	1.035	278 (26,9)	757 (73,1)			1,08 (0,9–1,3)	0,459
Có	1.701	503 (29,6)	1.198 (70,4)	1,1 (0,96–1,4)	0,128		
Ăn mặn							
Không	1.376	384 (28,2)	976 (71,8)				
Có	1.360	397 (28,9)	979 (71,2)	0,9 (0,7–1,1)	0,341	0,99 (0,8–1,2)	0,945

Đặc điểm	n	Có THA n (%)	Không THA n (%)	Đơn biến		Đa biến	
				OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Hút thuốc hàng ngày							
Không	2.284	624 (27,3)	1.660 (72,7)				
Có	452	157 (34,7)	295 (65,3)	1,5 (1,2 – 2)	0,003	0,9 (0,7 – 1,2)	0,446
Uống rượu bia ở mức nguy hại							
Không	2.532	715 (28,2)	1.817 (71,8)				
Có	204	66 (32,4)	138 (67,7)	1,2 (0,8 – 1,8)	0,387	1,2 (0,8 – 1,7)	0,412
Thừa cân béo phì							
Không	2.147	531 (24,7)	1.620 (75,3)				
Có	589	250 (42,7)	335 (57,3)	1,6 (1,2 – 2,1)	0,001	2,5 (1,98 – 3,1)	<0,001
Thiếu hoạt động thể lực							
Không	1.907	538 (30,4)	1.229 (69,5)				
Có	829	243 (25,1)	726 (74,9)	0,98 (0,8 – 1,3)	0,88	0,99 (0,8 – 1,22)	0,930

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy tuổi và giới tính là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng tăng huyết áp. Cụ thể, nhóm tuổi 45–69 có khả năng mắc THA cao hơn đáng kể so với nhóm 18–44 (OR = 8,3; $p < 0,001$). Nam giới có nguy cơ THA cao hơn so với nữ giới (OR = 1,9; $p < 0,001$). Ngoài ra, tiền sử đái tháo đường được xác định là yếu tố liên quan độc lập với THA (OR = 2,5; $p < 0,001$). Tình trạng thừa cân/béo phì cũng có mối liên quan chặt chẽ với THA, làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh (OR = 2,5; $p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc tăng huyết áp là 32,24%, phản ánh gánh nặng bệnh tật đáng kể trong cộng đồng nghiên cứu. Tỷ lệ này tương đương với các kết quả từ điều tra STEPS tại Việt Nam và một số nghiên cứu trong nước, dao động khoảng 30–35% [7],[8], đồng thời có xu hướng cao hơn nhẹ so với ước tính toàn cầu của WHO (31%) [9]. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu thực nghiệm của tác giả Nguyễn Văn Vinh về bệnh tăng huyết áp trên nhóm người từ 45–64 tuổi ở huyện Tam Đảo, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2024 [10]. Điều này cho thấy Việt Nam đang nằm trong nhóm nước có xu hướng gia tăng nhanh của THA, gắn liền với quá trình đô thị hóa, già hóa dân số và thay đổi lối sống.

Phân tích mối liên quan cho thấy nhóm tuổi 45–69 có khả năng mắc THA cao hơn đáng kể so với nhóm 18–44 (OR = 8,3; $p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh của quá trình lão hóa tim mạch, khi thành mạch giảm tính đàn hồi, tăng xơ vữa và dẫn đến tăng sức cản ngoại vi [11]. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, nguy cơ THA ở nhóm tuổi trung niên và cao tuổi thường tăng từ 2–4 lần, tương đồng với kết quả nghiên cứu này [12]. Bên cạnh đó, nam giới có nguy cơ THA cao hơn nữ (OR=1,9) và có trị số huyết áp trung bình cao hơn ở cả huyết áp tâm thu và tâm trương. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây, trong đó nam giới thường tiếp xúc nhiều hơn với các yếu tố

nguy cơ như hút thuốc, uống rượu bia và căng thẳng nghề nghiệp [13]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng sự khác biệt này có thể giảm dần ở nữ sau tuổi mãn kinh, điều chưa được phân tích sâu trong nghiên cứu hiện tại.

Nghiên cứu cũng ghi nhận sự khác biệt theo khu vực sinh sống, khi đối tượng sống ở nội thành có nguy cơ THA cao hơn so với ngoại thành (OR=1,2). Kết quả này phù hợp với các bằng chứng cho thấy môi trường đô thị với lối sống ít vận động, chế độ ăn giàu năng lượng, nhiều muối và chất béo, cùng với áp lực tâm lý và ô nhiễm môi trường góp phần làm gia tăng nguy cơ THA [14]. Đáng chú ý, tiền sử đái tháo đường có mối liên quan rất mạnh với THA (OR=2,5), phản ánh mối liên hệ chặt chẽ giữa hai bệnh lý trong hội chứng chuyển hóa. Cơ chế có thể liên quan đến kháng insulin, rối loạn chức năng nội mô và tình trạng viêm mạn tính, làm tăng nguy cơ tổn thương mạch máu và tăng huyết áp [15]. Tương tự, thừa cân béo phì cũng là yếu tố nguy cơ quan trọng, phù hợp với nhiều nghiên cứu đã chứng minh vai trò của tăng khối lượng cơ thể trong việc làm tăng hoạt động thần kinh giao cảm và giữ muối nước, từ đó làm tăng huyết áp [9].

Về các yếu tố hành vi, nghiên cứu cho thấy hút thuốc lá có liên quan có ý nghĩa thống kê với THA, phù hợp với cơ chế sinh học khi nicotine gây co mạch và tổn thương nội mạc mạch máu [13]. Tuy nhiên, không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa THA với các yếu tố như chế độ ăn rau quả, ăn mặn, uống rượu bia và hoạt động thể lực. Kết quả này có phần khác biệt so với nhiều nghiên cứu quốc tế, trong đó các yếu tố lối sống này được xem là yếu tố nguy cơ chính của THA [9],[14]. Sự khác biệt có thể do sai số trong quá trình thu thập thông tin, đặc biệt khi các biến hành vi chủ yếu dựa vào việc phỏng vấn đối tượng, hoặc do cách phân loại chưa đủ đại diện để phản ánh chính xác mức độ phơi nhiễm.

Một điểm đáng chú ý khác là tỷ lệ đối tượng có kiến thức đạt về THA còn rất thấp (6,5%) và không có mối liên quan có ý nghĩa với tình trạng bệnh. Điều này cho thấy tồn tại khoảng cách giữa kiến thức và hành vi trong phòng chống THA, phù hợp với các nghiên cứu tại Việt Nam, nơi mà việc chuyển đổi từ nhận thức sang thực hành còn hạn chế [8]. Điều này gợi ý rằng các can thiệp y tế công cộng cần được thiết kế theo hướng toàn diện hơn, không chỉ dừng lại ở truyền thông giáo dục mà còn cần tác động đến môi trường và hành vi.

Phân tích phân bố yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm cho thấy phần lớn đối tượng có từ 1–2 yếu tố nguy cơ (59,86%), trong khi nhóm có ≥ 3 yếu tố nguy cơ chiếm 12,5% nhưng tập trung chủ yếu ở nam giới và nhóm tuổi cao. Kết quả này phản ánh mô hình tích lũy yếu tố nguy cơ theo thời gian và sự khác biệt rõ rệt giữa các nhóm dân số, tương đồng với các nghiên cứu quốc tế [12]. Nhìn chung, kết quả nghiên cứu khẳng định vai trò của các yếu tố nguy cơ truyền thống đối với THA, đồng thời nhấn mạnh sự cần thiết của các chiến lược can thiệp nhằm kiểm soát hiệu quả THA trong cộng đồng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở người từ 18–69 tuổi tại thành phố Hà Nội năm 2025 là 32,24%, phản ánh gánh nặng bệnh tật đáng kể trong cộng đồng. Huyết áp trung bình của nam giới cao hơn nữ giới và tỷ lệ mắc tăng huyết áp cũng cao hơn ở nam.

Tăng huyết áp có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với một số yếu tố như tuổi, giới tính, khu vực sinh sống, tiền sử đái tháo đường, hút thuốc lá và thừa cân béo phì. Trong đó, nguy cơ mắc tăng huyết áp tăng rõ rệt ở nhóm tuổi 45–69, nam giới, người sống ở nội thành, người có đái

tháo đường và người thừa cân béo phì. Ngược lại, chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức về tăng huyết áp và một số yếu tố hành vi như chế độ ăn, uống rượu bia và hoạt động thể lực. Tăng huyết áp tại Hà Nội chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố nguy cơ, trong đó các yếu tố có thể can thiệp như hút thuốc và thừa cân béo phì đóng vai trò quan trọng, cần được ưu tiên trong các biện pháp dự phòng và kiểm soát bệnh tại cộng đồng.

6. TÀI LIỆU KHAM KHẢO

- [1] Oparil S. Global blood pressure screening: a wakeup call. Hypertension. 2020.
- [2] Bushara SO, Noor SK, Elmadhoun WM, Sulaiman AA, Ahmed MH. Undiagnosed hypertension in a rural community in Sudan and association with some features of the metabolic syndrome: how serious is the situation? Ren Fail. 2015;37:1022–6.
- [3] Biswas T, Tran N, Thi My Hanh H, Van Hien P, Thi Thu Cuc N, Hong Van P, et al. Type 2 diabetes and hypertension in Vietnam: a systematic review and meta-analysis of studies between 2000 and 2020. BMJ Open. 2022;12:e052725.
- [4] World Health Organization. Global report on hypertension 2025: high stakes: turning evidence into action [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2025 Oct 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115569>
- [5] Nguyễn Thanh Bình. Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số giải pháp can thiệp [luận án tiến sĩ]. Hà Nội: Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương; 2017. p. 4–63.
- [6] Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội. Báo cáo điều tra tỷ lệ mắc tăng huyết áp, đái tháo đường của người dân từ 18–69 tuổi tại Hà Nội năm 2021. Hà Nội; 2021.
- [7] Bộ Y tế. Điều tra STEPS về các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam năm 2015. Hà Nội: Bộ Y tế; 2016.
- [8] Nguyễn Lâm Việt, et al. Tăng huyết áp tại Việt Nam: thực trạng và giải pháp. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2018;82:1–10.
- [9] World Health Organization. Hypertension. Geneva: WHO; 2021.
- [10] Nguyễn Văn Vinh. Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố ảnh hưởng đến bệnh tăng huyết áp ở người từ 45 tuổi trở lên tại huyện Tam Đảo, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2024. Tạp chí Y học cộng đồng. 2025;66(2):152–7.
- [11] Franklin SS, et al. Ageing and hypertension. Circulation. 2011;123(21):2434–50.
- [12] Mills KT, et al. Global disparities of hypertension prevalence. Circulation. 2020;141(9):678–89.
- [13] Whelton PK, et al. 2017 ACC/AHA guideline for hypertension. Hypertension. 2018;71(6):e13–115.
- [14] Forouzanfar MH, et al. Global burden of hypertension. Lancet. 2017;389:37–55.
- [15] American Diabetes Association. Cardiovascular disease and risk management. Diabetes Care. 2022;45(Suppl 1):S144–74.

