

ASSOCIATION BETWEEN LIFESTYLE FACTORS AND CARDIOVASCULAR DISEASES AMONG COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS

Ta Quang Thanh^{1*}, Nguyen Van Chuyen², Le Manh Cuong³

¹Nam Thang Long Hospital - 38 Tan Xuan, Dong Ngac Ward, Hanoi City, Vietnam

²Vietnam Military Medical University - 160 Phung Hung, Ha Dong Ward, Hanoi City, Vietnam

³Vietnam University of Traditional Medicine - 2 Tran Phu, Dai Mo Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 11/03/2026

Revised: 18/05/2026; Accepted: 26/07/2026

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between lifestyle habits and cardiovascular diseases among community-dwelling older adults.

Methods: An analytical cross-sectional study was conducted among 6,203 older adults from eight provinces/cities in Vietnam. Associations were assessed using univariable logistic regression and a multivariable logistic regression model adjusting for selected confounders. The findings were interpreted as cross-sectional associations rather than causal effects.

Results: Univariable analyses showed statistically significant associations between cardiovascular disease and older age, smoking, number of cigarettes per day, duration of smoking, alcohol use, high-salt intake, frequent consumption of animal viscera and animal fat, low fruit intake, family care, sleep disorders and several physical-activity characteristics. In the multivariable model, moderate physical activity was associated with higher odds of cardiovascular disease (adjusted OR=3.14; 95%CI: 1.24-7.90; p=0.015) compared with light activity or less.

Conclusion: Several lifestyle habits and living conditions were associated with cardiovascular disease among community-dwelling older adults. These results support health education on smoking cessation, alcohol-use control, healthy diet, sleep improvement and age-appropriate physical activity.

Keywords: Lifestyle; health behavior; cardiovascular diseases; aged; risk factors.

*Corresponding author

Email: taquangthanhdr@gmail.com Phone: (+84) 904337837 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD11.6027

LIÊN QUAN GIỮA THÓI QUEN SINH HOẠT VÀ LỐI SỐNG TỚI BỆNH LÝ TIM MẠCH NGƯỜI CAO TUỔI TẠI CỘNG ĐỒNG

Tạ Quang Thành^{1*}, Nguyễn Văn Chuyên², Lê Mạnh Cường³

¹Bệnh viện Nam Thăng Long - 38 Tân Xuân, P. Đông Ngạc, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Học viện Quân y - Số 160 Phùng Hưng, P. Hà Đông, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam - 2 Trần Phú, P. Đại Mỗ, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 11/03/2026

Ngày sửa: 18/05/2026; Ngày đăng: 26/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Phân tích mối liên quan giữa thói quen sinh hoạt, lối sống và tình trạng mắc bệnh tim mạch ở người cao tuổi tại cộng đồng.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện trên 6.203 người cao tuổi tại 8 tỉnh/thành phố. Các mối liên quan được đánh giá bằng hồi quy logistic đơn biến và mô hình hồi quy logistic đa biến nhằm hiệu chỉnh một số yếu tố nhiễu chính; kết quả được diễn giải là mối liên quan tại thời điểm khảo sát, không suy luận quan hệ nhân quả.

Kết quả nghiên cứu: Phân tích đơn biến cho thấy một số yếu tố có liên quan thống kê với tình trạng mắc bệnh tim mạch, gồm: tuổi cao, hút thuốc lá, số điều và thời gian hút thuốc, sử dụng rượu/bia, ăn mặn, ăn phủ tạng động vật, ăn mỡ động vật, ít ăn trái cây, sự quan tâm chăm sóc của gia đình, rối loạn giấc ngủ và một số đặc điểm hoạt động thể lực. Trong mô hình đa biến, nhóm hoạt động thể lực mức trung bình có OR hiệu chỉnh 3,14 (95%CI: 1,24-7,90; p=0,015) so với nhóm hoạt động nhẹ trở xuống.

Kết luận: Một số thói quen sinh hoạt và lối sống có liên quan với tình trạng mắc bệnh tim mạch ở người cao tuổi tại cộng đồng. Kết quả nghiên cứu gợi ý cần tăng cường kiểm soát hút thuốc lá, sử dụng rượu/bia, chế độ ăn không hợp lý, rối loạn giấc ngủ và hướng dẫn hoạt động thể lực phù hợp cho người cao tuổi.

Từ khóa: Thói quen sinh hoạt, lối sống, bệnh tim mạch, người cao tuổi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, gánh nặng bệnh tim mạch ngày càng gia tăng cùng với sự phát triển kinh tế - xã hội và tốc độ già hóa dân số nhanh chóng. Tại Hoa Kỳ, ước tính có tới 82% các trường hợp tử vong do bệnh tim mạch là người cao tuổi [1]. Trong khi đó, Việt Nam đang đối mặt với tốc độ già hóa dân số cao, với tỷ lệ người cao tuổi tăng từ 10% năm 2011 lên 11,9% vào năm 2019, [2], [3]. Tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch tại Việt Nam cũng duy trì ở mức cao và có xu hướng tăng theo độ tuổi. Phần lớn các bệnh tim mạch có thể phòng ngừa được thông qua việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi. Qua nhiều nghiên cứu đã chỉ ra những yếu tố nguy cơ truyền thống bao gồm: tuổi tác, tăng huyết áp, hút thuốc lá, đái tháo đường, béo phì và lối sống ít vận động [4]. Do vậy, việc xác định mối liên hệ giữa các yếu tố nguy cơ này và bệnh tim mạch rất quan trọng.

Xuất phát từ những vấn đề trên, nghiên cứu được triển khai nhằm mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa thói quen sinh hoạt, lối sống và tình trạng mắc bệnh lý tim mạch ở người cao tuổi tại cộng đồng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: 6.203 người cao tuổi tại 8 tỉnh/thành phố.

- Địa điểm, thời gian nghiên cứu

+ Địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành tại 8 tỉnh/thành phố (trước khi sáp nhập theo đơn

vị hành chính mới), gồm: Hà Giang, Thái Bình, Nghệ An, Đắk Lắk, Đồng Nai, Cần Thơ, Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh.

+ Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2021 đến tháng 9/2025; trong đó giai đoạn thu thập số liệu thực địa được tổ chức theo từng đợt tại các địa phương. Các biến về thói quen sinh hoạt, lối sống và tình trạng bệnh tim mạch được ghi nhận tại thời điểm khảo sát của từng đối tượng; do đó kết quả được diễn giải theo thiết kế cắt ngang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Thiết kế này cho phép xác định mối liên quan giữa các yếu tố tại thời điểm khảo sát, không cho phép khẳng định quan hệ nhân quả hay trình tự thời gian giữa phơi nhiễm và bệnh tim mạch.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu điều tra: 6.203 người cao tuổi tại 8 tỉnh/thành phố đại diện cho 6 khu vực kinh tế - xã hội và 2 thành phố lớn. Căn cứ quy mô dân số, mỗi tỉnh (Hà Giang, Thái Bình, Nghệ An, Đắk Lắk, Đồng Nai, Cần Thơ) điều tra 700 người; tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh, mỗi thành phố điều tra 1001-1002 người. Tại mỗi địa phương, khung chọn mẫu là danh sách người cao tuổi do địa phương phối hợp Hội Người cao tuổi lập và rà soát. Đối tượng được chọn theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống từ danh sách đủ tiêu chuẩn; trường hợp vắng mặt hoặc từ chối tham gia được ghi nhận và thay thế bằng đối tượng kế tiếp trong danh sách theo cùng nguyên tắc chọn

*Tác giả liên hệ

Email: taquangthanhdr@gmail.com Điện thoại: (+84) 904337837 DOI: 10.52163/vhc.v67iCD11.6027

mẫu. Phân tích trong bài chưa sử dụng trọng số mẫu, đây là một hạn chế cần lưu ý khi khái quát hóa kết quả.

- Bộ công cụ nghiên cứu: công cụ nghiên cứu được nhóm nghiên cứu xây dựng, thử nghiệm trước và thống nhất trước khi điều tra chính thức. Bộ câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc gồm 6 phần: (1) Thông tin hành chính, nhân khẩu học; (2) Thông tin về các yếu tố liên quan; (3) Tiền sử bệnh; (4) Khám lâm sàng và đo lường các chỉ số cơ bản; (5) Kết quả xét nghiệm; (6) Kết luận chẩn đoán. Nhóm điều tra viên, kỹ thuật viên và bác sĩ được tập huấn thống nhất quy trình phỏng vấn, đo lường, ghi nhận kết quả; các thiết bị xét nghiệm, điện tim, siêu âm được kiểm tra trước khi triển khai tại từng điểm nghiên cứu nhằm hạn chế sai lệch đo lường.

- Chẩn đoán và phân loại các tình trạng liên quan đến một số bệnh tim mạch thường gặp.

Trong bài báo này, thuật ngữ “bệnh tim mạch” được sử dụng để chỉ nhóm một số bệnh tim mạch thường gặp được phát hiện hoặc xác nhận trong quá trình khám sàng lọc cộng đồng và khai thác hồ sơ sức khỏe.

- Chẩn đoán bệnh tim mạch: Áp dụng phương pháp chẩn đoán sàng lọc cộng đồng. Kết quả chẩn đoán dựa trên khám lâm sàng của bác sĩ, kết quả cận lâm sàng (điện tim, siêu âm tim, sinh hóa máu khi có chỉ định trong quy trình nghiên cứu) và hồ sơ sức khỏe/tiền sử đã được cơ sở chuyên khoa xác định. Các trường hợp được phân loại theo cùng biểu mẫu và tiêu chí thống nhất giữa các điểm nghiên cứu. Do nhóm bệnh tim mạch bao gồm nhiều bệnh cảnh khác nhau, kết quả cần được hiểu là mối liên quan với tình trạng có bệnh tim mạch chung, không thay thế cho phân tích riêng từng bệnh lý cụ thể.

2.3. Quy trình nghiên cứu

- Thu tuyển đối tượng vào nghiên cứu

- Chọn mẫu: chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống từ khung danh sách người cao tuổi đủ tiêu chuẩn tại từng địa bàn nghiên cứu.

+ Chọn tỉnh/thành phố: nghiên cứu được tiến hành tại 6 tỉnh đại diện cho 6 khu vực kinh tế - xã hội và 2 thành phố lớn.

+ Chọn quận/huyện: tại mỗi tỉnh, chọn 1 quận/huyện để điều tra thực địa.

+ Chọn đối tượng nghiên cứu:

Bước 1: Khảo sát, lập và rà soát danh sách người cao tuổi. Tại mỗi quận/huyện, nhóm nghiên cứu phối hợp với Hội Người cao tuổi địa phương lập danh sách tất cả người cao tuổi trên địa bàn nghiên cứu. Tiêu chuẩn lựa chọn: người ≥ 60 tuổi; sống tại địa phương ≥ 2 năm; có khả năng cung cấp thông tin hoặc có người hỗ trợ cung cấp thông tin phù hợp; tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Bước 2: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Căn cứ danh sách người cao tuổi đủ tiêu chuẩn tại mỗi địa phương, nhóm nghiên cứu xác định khoảng cách chọn mẫu theo số lượng cần điều tra và tổng số người trong danh sách, chọn ngẫu nhiên điểm bắt đầu, sau đó chọn lần lượt theo khoảng cách mẫu. Trường hợp người được chọn vắng mặt sau các lần liên hệ hoặc từ chối tham gia, nhóm nghiên cứu ghi nhận và chọn người kế tiếp trong danh sách để bảo đảm cỡ mẫu.

- Tổ chức triển khai phỏng vấn, xét nghiệm và khám cho đối tượng

+ Các đối tượng được phỏng vấn theo bộ câu hỏi điều tra sau khi được thông báo về nội dung, mục đích, quy trình nghiên cứu và ký chấp thuận tham gia nghiên cứu.

+ Các đối tượng được làm điện tim, siêu âm tim và xét nghiệm theo quy trình nghiên cứu bởi kỹ thuật viên/bác sĩ đã được tập huấn. Kết quả được ghi vào hồ sơ ng-

hiên cứu thống nhất của từng đối tượng.

+ Khám, chẩn đoán BTM: sau khi có kết quả phỏng vấn, khám và cận lâm sàng, đối tượng được bác sĩ chuyên khoa khám, đối chiếu hồ sơ sức khỏe và kết luận tình trạng bệnh tim mạch theo biểu mẫu nghiên cứu.

- Phân tích số liệu: số liệu được phân tích bằng thống kê mô tả và hồi quy logistic. Phân tích đơn biến được sử dụng để sàng lọc các yếu tố có liên quan; mô hình hồi quy logistic đa biến được xây dựng nhằm hiệu chỉnh một số yếu tố nhiễu chính như tuổi, giới, hút thuốc, thói quen ăn uống và mức độ hoạt động. Do nghiên cứu có thiết kế cắt ngang và tỷ lệ mắc BTM trong mẫu tương đối cao, OR được diễn giải là nguy cơ mắc bệnh tại thời điểm khảo sát, không phải nguy cơ theo thời gian; đồng thời OR có thể cao hơn tỷ số hiện mắc (PR).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa các yếu tố nhân trắc và tình trạng mắc bệnh tim mạch ở đối tượng nghiên cứu

Yếu tố		OR	95% CI	p
Giới tính	Nam*	1,04	0,94– 1,15	0,423
	Nữ			
Nhóm tuổi	60-69*			
	70-79	1,4	1,24-1,58	< 0,01
	Trên 80	1,34	1,17 – 1,52	< 0,01
Trình độ học vấn	Không đi học, tiểu học*			
	THCS, THPT	1,31	1,09 - 1,57	< 0,05
	Trung cấp, cao đẳng	1,23	1,03 - 1,48	< 0,05
	Đại học, trên đại học	0,92	0,76 - 1,11	0,384
Nghề nghiệp	Thất nghiệp*			
	Lao động tự do	1,07	0,89 - 1,29	0,454
	Hưu trí	1,08	0,90 - 1,30	0,411
	Kinh doanh, buôn bán	1,04	0,82 - 1,32	0,744

*Nhóm so sánh

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy nhóm 70-79 tuổi và nhóm từ 80 tuổi trở lên có nguy cơ mắc BTM cao hơn lần lượt 1,40 và 1,34 lần so với nhóm 60-69 tuổi; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng mắc BTM theo giới tính và nghề nghiệp.

Bảng 2. Mối liên quan giữa hút thuốc lá và tình trạng mắc bệnh tim mạch ở đối tượng nghiên cứu

Yếu tố		Bệnh tim mạch		OR 95% CI	p
		Có	Không		
Môi trường có khói thuốc lá thường xuyên	Có	993 62,4%	599 37,6%	1,11 0,99 – 1,25	0,079
	Không*	2761 59,9%	1850 40,1%		

Yếu tố		Bệnh tim mạch		OR 95% CI	p
		Có	Không		
Hút thuốc lá	Có	1855 60,5%	1107 39,5%	1,18 1,07 – 1,31	0,001
	Không*	1899 58,6%	1342 41,4%		
Số điều thuốc lá/ngày	Trên 5 điều/ngày	1062 67,0%	522 33,0%	1,50 1,29 – 1,74	0,001
	Dưới 5 điều/ngày*	793 57,5%	585 42,5%		
Thời gian hút thuốc lá	Trên 10 năm	1484 64,7%	808 35,3%	1,48 1,24 – 1,76	0,001
	Dưới 10 năm	371 55,4%	299 44,6%		

Tỷ lệ mắc BTM ở nhóm thường xuyên tiếp xúc với khói thuốc lá và nhóm có hút thuốc lá lần lượt là 62,4% và 60,5%. Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy người hút thuốc có nguy cơ mắc BTM cao hơn 1,18 lần so với nhóm không hút thuốc ($p=0,001$). Trong các đối tượng có hút thuốc lá, nhóm hút trên 5 điều/ngày có nguy cơ mắc BTM cao hơn 1,50 lần so với nhóm hút dưới 5 điều/ngày; nhóm hút trên 10 năm có nguy cơ mắc BTM cao hơn 1,48 lần so với nhóm hút dưới 10 năm ($p<0,01$).

Bảng 3. Mỗi liên quan giữa sử dụng chất kích thích, uống rượu và tình trạng mắc bệnh tim mạch ở đối tượng nghiện cứu

Yếu tố		Bệnh tim mạch		OR 95% CI	p
		Có	Không		
Sử dụng chất kích thích	Có	184 62,6%	110 37,4%	1,10 0,86 – 1,40	0,458
	Không	3570 60,4%	2339 39,6%		
Sử dụng rượu, bia	Lạm dụng rượu	255 60,7%	165 39,3%	1,11 0,90 – 1,36	0,331
	Uống thường xuyên (≥ 3 lần/tuần)	1158 63,0%	681 37,0%	1,22 1,08 – 1,37	0,001
	Uống <3 lần/tuần	452 64,6%	248 35,4%	1,31 1,10 – 1,55	0,002
	Không uống*	1889 58,2%	1355 41,8%		

Tỷ lệ mắc BTM ở nhóm đối tượng sử dụng rượu, bia hàng ngày (lạm dụng rượu) là 60,7%. Tỷ lệ này ở nhóm sử dụng rượu bia thường xuyên là 63,0%. Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy, nguy cơ mắc BTM ở nhóm uống rượu thường xuyên (≥ 3 lần/tuần) cao gấp 1,22 lần nhóm không uống rượu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p<0,05$. Không có mối liên quan giữa việc sử dụng chất kích thích và mắc BTM.

Bảng 4. Mỗi liên quan giữa thói quen ăn uống và tình trạng mắc bệnh tim mạch ở đối tượng nghiên cứu

Thói quen		Bệnh tim mạch		OR 95% CI	p
		Có	Không		
Uống cà phê/chè thường xuyên	Có	2074 60,8%	1338 39,2%	1,03 0,93 – 1,14	0,635
	Không*	1680 60,2%	1111 39,8%		
Ăn mặn thường xuyên	Có	2878 62,7%	1115 37,3%	1,84 1,66 – 2,03	0,001
	Không*	1876 58,4%	1334 41,6%		
Ăn phụ tạng động vật thường xuyên	Có	1245 62,8%	739 37,2%	1,15 1,03 – 1,28	0,014
	Không*	2509 59,5%	1710 40,5%		
Ăn bánh, kẹo ngọt thường xuyên	Có	1489 62,0%	914 38,0%	1,10 0,99 – 1,23	0,064
	Không*	2265 59,6%	1535 40,4%		
Ăn mỡ động vật thường xuyên	Có	1279 62,4%	772 37,6%	1,12 1,00 – 1,25	0,037
	Không*	2475 59,6%	1677 40,4%		
Ăn trái cây thường xuyên	Có	1955 58,8%	1368 41,2%	0,86 0,78 – 0,96	0,004
	Không*	1799 62,5%	1081 37,5%		
Ăn rau củ thường xuyên	Có	322 58,3%	230 41,7%	0,90 0,76 – 1,08	0,271
	Không*	3432 60,7%	2219 39,3%		

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy: ăn mặn thường xuyên, ăn phụ tạng động vật thường xuyên và ăn mỡ động vật thường xuyên có liên quan với nguy cơ mắc BTM cao hơn. Uống cà phê/chè thường xuyên và ăn rau củ thường xuyên không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Kết quả bảng cũng cho thấy nhóm không ăn trái cây thường xuyên có tỷ lệ mắc BTM cao hơn nhóm ăn trái cây thường xuyên; do đó biến “ăn trái cây thường xuyên” được diễn giải theo hướng có thể liên quan với nguy cơ mắc BTM thấp hơn.

Bảng 5. Mối liên quan giữa các yếu tố hoàn cảnh sống và tình trạng mắc bệnh tim mạch ở đối tượng nghiên cứu

Yếu tố		Bệnh tim mạch		OR 95% CI	p
		Có	Không		
Tình trạng hôn nhân	Có vợ chồng sống chung*	2539 60,5%	1659 39,5%		
	Có vợ chồng sống xa nhau	348 62,1%	212 37,9%	0,93 0,78 - 1,12	0,450
	Ly hôn, mất vợ hoặc chồng	867 60,0%	578 40,0%	1,02 0,90 - 1,15	0,747
Tình trạng kinh tế	Có thu nhập	2953 59,9%	1975 40,1%	0,88 0,78 - 1,00	0,059
	Phụ thuộc	801 62,8%	474 37,2%		
Hoàn cảnh kinh tế gia đình	Nghèo	826 62,6%	493 37,4%	1,12 0,99 - 1,27	0,078
	Đủ sống trở lên	2928 60,0%	1956 40%		
Sự quan tâm, chăm sóc của gia đình	Có	2872 59,7%	1937 40,3%	0,86 0,76 - 0,97	0,017
	Không	882 63,3%	512 36,7%		
Rối loạn giấc ngủ	Có	1660 65,9%	858 34,1%	1,47 1,32 - 1,63	< 0,001
	Không	2094 56,8%	1591 43,2%		

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy rối loạn giấc ngủ có liên quan với nguy cơ mắc BTM cao hơn (OR=1,47; 95%CI: 1,32-1,63; p<0,001). Hoàn cảnh kinh tế nghèo có xu hướng liên quan với nguy cơ mắc BTM cao hơn so với nhóm đủ sống trở lên nhưng khoảng tin cậy 95% còn chứa 1, cần diễn giải thận trọng. Nhóm có sự quan tâm, chăm sóc của gia đình có nguy cơ mắc BTM thấp hơn nhóm không được quan tâm, chăm sóc. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng hôn nhân và mắc BTM.

Bảng 6. Mối liên quan giữa các yếu tố hoạt động và tình trạng mắc bệnh tim mạch ở đối tượng nghiên cứu

Yếu tố		Bệnh tim mạch		OR 95% CI	p
		Có	Không		
Khả năng hoạt động	Ít hoạt động, cần chăm sóc, hỗ trợ*	2093 62,8%	1242 37,2%		
	Tự chăm sóc	838 57,2%	628 42,8%	0,5 0,3 - 0,8	0,004
	Làm việc được	823 58,7%	579 41,3%	0,62 0,41 - 0,93	0,009
Cường độ hoạt động thường xuyên	Hoạt động nhẹ trở xuống*	538 55,4%	433 44,6%		
	Hoạt động cường độ trung bình	2230 60,9%	1431 39,1%	1,25 1,09 - 1,43	0,002
	Hoạt động cường độ nặng	986 62,8%	585 37,2%	1,36 1,17 - 1,58	0,002
Hoạt động thể thao	Không tập*	1421 64,1%	796 35,9%		
	Tập ít hơn 150 phút/tuần	1535 61,1%	979 38,9%	0,88 0,78 - 0,99	0,031
	Tập từ 150 phút/tuần trở lên	798 54,2%	674 45,8%	0,66 0,58 - 0,75	< 0,001
Tham gia sinh hoạt tại các CLB	Có	2914 59,8%	1956 40,2%	0,87 0,76 - 1,00	0,035
	Không	840 63,0%	493 37,0%		

* Phân tích hồi quy logistic đa biến một số yếu tố liên quan đến tình trạng mắc bệnh tim mạch

Phân tích hồi quy logistic đa biến được thực hiện nhằm hiệu chỉnh đồng thời một số yếu tố chính. Trong mô hình này, tuổi và mức độ hoạt động thể lực vẫn có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng mắc BTM; nhóm hoạt động thể lực mức trung bình có OR hiệu chỉnh 3,14 (95%CI: 1,24-7,90; p=0,015) so với nhóm hoạt động nhẹ trở xuống. Các biến hút thuốc và ăn mỡ động vật có xu hướng liên quan nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến. Kết quả cần được diễn giải thận trọng do thiết kế cắt ngang, tỷ lệ mắc BTM cao và khả năng còn nhiều tồn dư.

4. BÀN LUẬN

4.1. Mối liên quan giữa một số đặc điểm cá nhân và tình trạng mắc bệnh tim mạch bằng phân tích hồi quy logistic đơn biến

Yếu tố tuổi: Nhóm từ 70- 79 tuổi và nhóm từ 80 tuổi có nguy cơ mắc BTM cao gấp 1,4 và 1,34 lần so với nhóm đối tượng từ 60-70 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,05. Không có sự khác biệt về tình trạng mắc BTM ở

các nhóm phân theo giới tính và nghề nghiệp. Nghiên cứu ở các nước cũng cho kết quả tương tự, cho thấy tình trạng mắc bệnh BTM tăng theo tuổi ở cả nam và nữ [].

Yếu tố hoàn cảnh sống: Các yếu tố như kinh tế, sự quan tâm chăm sóc của gia đình và rối loạn giấc ngủ có thể liên quan đến sức khỏe người cao tuổi theo nhiều cơ chế khác nhau. Trong nghiên cứu này, rối loạn giấc ngủ liên quan với nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn; trong khi có sự quan tâm, chăm sóc của gia đình liên quan với nguy cơ mắc bệnh tim mạch thấp hơn. Hoàn cảnh kinh tế nghèo có xu hướng liên quan với nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn nhưng cần diễn giải thận trọng do khoảng tin cậy 95% còn chứa 1. Kết quả này gợi ý vai trò của điều kiện sống, hỗ trợ xã hội và chất lượng giấc ngủ đối với sức khỏe tim mạch ở người cao tuổi; tuy nhiên không thể khẳng định quan hệ nhân quả từ thiết kế cắt ngang.

4.2. Mối liên quan giữa thói quen sinh hoạt và tình trạng mắc bệnh tim mạch bằng phân tích hồi quy logistic đơn biến

- Hút thuốc, thói quen ăn uống: Người hút thuốc có nguy cơ mắc BTM cao hơn 1,18 lần so với nhóm không hút thuốc ($p=0,001$). Trong các đối tượng có hút thuốc lá, nhóm hút trên 5 điếu/ngày có nguy cơ mắc BTM cao hơn 1,50 lần so với nhóm hút dưới 5 điếu/ngày; nhóm hút trên 10 năm có nguy cơ mắc BTM cao hơn 1,48 lần so với nhóm hút dưới 10 năm ($p<0,01$). Nhiều nghiên cứu khác trên người cao tuổi tại Việt Nam cũng có kết quả tương tự [6]. Hút thuốc từ lâu đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ với bệnh tim mạch ở nhiều nhóm tuổi và cả hai giới.

Tỷ lệ mắc BTM ở nhóm đối tượng sử dụng rượu, bia hàng ngày (lạm dụng rượu) là 60,7%. Tỷ lệ này ở nhóm sử dụng rượu bia thường xuyên là 63,0%. Nguy cơ mắc BTM ở nhóm uống rượu thường xuyên (≥ 3 lần/tuần) cao gấp 1,22 lần nhóm không uống rượu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p<0,05$.

Về thói quen ăn uống, nghiên cứu ghi nhận ăn mặn thường xuyên, ăn phủ tạng động vật thường xuyên và ăn mỡ động vật thường xuyên có liên quan với nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn. Đối với trái cây, số liệu trong bảng cho thấy nhóm ăn trái cây thường xuyên (≥ 3 lần/tuần) thấp hơn nhóm không ăn thường xuyên; do đó phần diễn giải đã được chỉnh theo hướng “ít ăn trái cây” liên quan với tỷ lệ mắc BTM cao hơn. Uống cà phê/chè thường xuyên không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê trong phân tích đơn biến ($p=0,635$), vì vậy không kết luận đây là yếu tố liên quan độc lập trong nghiên cứu này. Kết quả này phù hợp với nhận định rằng tác động của cà phê/chè đến hệ tim mạch phụ thuộc loại đồ uống, liều lượng và đặc điểm cá thể [7].

- Chế độ luyện tập, sinh hoạt: Về chế độ luyện tập, sinh hoạt, kết quả cho thấy khả năng tự chăm sóc và làm việc được liên quan với nguy cơ mắc BTM thấp hơn so với nhóm ít hoạt động/cần chăm sóc, hỗ trợ. Nhóm hoạt động cường độ nặng có nguy cơ mắc BTM cao hơn nhóm hoạt động nhẹ trở xuống; trong mô hình đa biến, nhóm hoạt động mức trung bình có OR hiệu chỉnh 3,14 so với nhóm hoạt động nhẹ trở xuống. Kết quả này cần được diễn giải thận trọng vì có thể tồn tại quan hệ hai chiều: người đã mắc bệnh tim mạch có thể thay đổi mức độ hoạt động theo khuyến cáo hoặc theo khả năng sức khỏe. Do đó, hoạt động thể lực ở người cao tuổi cần được cá thể hóa, phù hợp với bệnh nền, thể trạng và hướng dẫn của nhân viên y tế.

4.3. Phân tích hồi quy logistic đa biến một số yếu tố liên quan đến tình trạng mắc bệnh tim mạch

Trong nghiên cứu này, mô hình hồi quy logistic đa biến được sử dụng để hiệu chỉnh đồng thời một số yếu tố chính. Kết quả cho thấy tuổi và mức độ hoạt động thể lực có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng mắc BTM;

trong khi hút thuốc và ăn mỡ động vật có xu hướng liên quan nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh. Uống cà phê/chè không được kết luận là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê. Do tỷ lệ mắc BTM trong mẫu báo cáo, OR có thể làm phóng đại mức độ liên quan so với tỷ số hiện mắc; đây là một hạn chế khi diễn giải kết quả.

- Hạn chế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang nên không xác định được quan hệ nhân quả và trình tự thời gian giữa phơi nhiễm và bệnh tim mạch. Một số thông tin về lối sống được thu thập bằng phỏng vấn nên có thể có sai lệch nhớ lại hoặc sai lệch báo cáo. Kết cục “bệnh tim mạch” là nhóm bệnh chung, có thể còn dị hợp giữa các bệnh lý thành phần. Ngoài ra, phân tích chưa sử dụng trọng số mẫu và OR trong bối cảnh tỷ lệ mắc bệnh cao cần được diễn giải thận trọng.

5. KẾT LUẬN

Một số thói quen sinh hoạt và lối sống có liên quan với tình trạng mắc bệnh tim mạch ở người cao tuổi tại cộng đồng, gồm hút thuốc lá, sử dụng rượu/bia, chế độ ăn không hợp lý, rối loạn giấc ngủ, sự quan tâm chăm sóc của gia đình và một số đặc điểm hoạt động thể lực. Cần tăng cường truyền thông thay đổi hành vi nguy cơ và hướng dẫn hoạt động thể lực phù hợp, cá thể hóa cho người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al. Heart disease and stroke statistics—2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;129(3):e28–e292.
- [2] Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc Việt Nam. Già hóa dân số nhanh chóng ở Việt Nam: Thách thức và cơ hội. Hà Nội: Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc Việt Nam; 2016.
- [3] Tổng cục Thống kê. Báo cáo kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở. Hà Nội: Tổng cục Thống kê; 2019.
- [4] Van Bussel E, Hoevenaars-Blom MP, Poortvliet RKE, et al. Predictive value of traditional risk factors for cardiovascular disease in older people: a systematic review. *Prev Med*. 2020;132:105986.
- [5] Global Burden of Cardiovascular Diseases Collaboration. The burden of cardiovascular diseases among US states, 1990–2016. *JAMA Cardiol*. 2018;3(5):375–389.
- [6] Tô Mười. Nghiên cứu tỷ lệ tiền tăng huyết áp và ảnh hưởng lên cơ quan đích ở người trưởng thành tỉnh Quảng Nam [Luận án tiến sĩ]. Huế: Đại học Y Dược Huế; 2020.
- [7] Voskoboinik A, Koh Y, Kistler PM. Cardiovascular effects of caffeinated beverages. *Trends Cardiovasc Med*. 2019;29(6):345–350.