

PREVALENCE OF DYSLIPIDEMIA AND ASSOCIATED FACTORS AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS IN DONG THAP PROVINCE

Tong Duc Minh¹, Le Minh Phong², Ngo Van Thuyen^{3*}

¹Military Medical Academy - 160 Phung Hung, Ha Dong Ward, Hanoi, Vietnam

²Military Hospital 175 - 786 Nguyen Kiem, Hanh Thong Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

³Sa Dec General Hospital - Hoa Khanh Cluster, 153 Nguyen Sinh Sac Street, Sa Dec, Dong Thap, Vietnam

Received: 18/05/2026

Revised: 10/06/2026; Accepted: 29/07/2026

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of dyslipidemia and associated factors among hypertensive patients in Dong Thap Province.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study with analytical components was conducted on 1,200 hypertensive patients in Dong Thap Province from June 2022 to December 2024.

Results: The prevalence of dyslipidemia among hypertensive patients was 89.50%. The proportions of elevated total cholesterol, elevated triglycerides, elevated LDL-C, and reduced HDL-C were 75.25%, 87.0%, 30.83%, and 17.67%, respectively. Dyslipidemia was more common in males (OR = 1.71; $p = 0.003$). Patients with an educational level of primary school or below had a 3.71-fold higher risk of dyslipidemia compared with those with secondary school education or higher ($p < 0.001$). Physically inactive patients had a 2.45-fold higher risk of dyslipidemia compared with physically active individuals ($p < 0.001$). Individuals who frequently consumed salt-rich foods (≥ 5 days/week) had a 2.31-fold higher risk of dyslipidemia compared with those who consumed such foods less frequently (< 5 days/week) ($p < 0.001$). Participants with BMI ≥ 23 had a 4.63-fold higher risk of dyslipidemia compared with those with BMI < 23 ($p = 0.001$). Non-adherent patients had a 3.07-fold higher risk of dyslipidemia compared with treatment-adherent patients.

Conclusion: Dyslipidemia is highly prevalent among hypertensive patients in Dong Thap Province, particularly hypertriglyceridemia and elevated total cholesterol. Dyslipidemia was more common among males, physically inactive individuals, those who frequently consumed salt-rich foods, overweight and obese individuals (BMI ≥ 23), and patients with poor treatment adherence.

Keywords: Hypertension, dyslipidemia, associated factors.

*Corresponding author

Email: thuyendrbrvsd@gmail.com Phone: (+84) 913967809 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD11.6079

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN MỠ MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TỈNH ĐỒNG THÁP

Tống Đức Minh¹, Lê Minh Phong², Ngô Văn Thuyền^{3*}

¹Học viện Quân y - 160 Phùng Hưng, P. Hà Đông, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Quân y 175 - 786 Nguyễn Kiệm, P. Hạnh Thông, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc - khóm Hòa Khánh, 153 Nguyễn Sinh Sắc, Sa Đéc, Đồng Tháp, Việt Nam

Ngày nhận: 18/05/2026

Ngày sửa: 10/06/2026; Ngày đăng: 29/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn mỡ máu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp tại tỉnh Đồng Tháp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện trên 1.200 bệnh nhân tăng huyết áp tại tỉnh Đồng Tháp trong giai đoạn 6/2022–12/2024.

Kết quả: Tỷ lệ rối loạn mỡ máu ở bệnh nhân tăng huyết áp là 89,50%. Tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần chiếm 75,25%, tăng triglycerid 87,0%, tăng LDL-C 30,83% và giảm HDL-C 17,67%. Rối loạn mỡ máu gặp nhiều hơn ở nam giới (OR=1,71; p=0,003), người có trình độ học vấn ≤ cấp 1 có nguy cơ rối loạn mỡ máu gấp 3,71 lần so với người có trình độ học vấn ≥ Cấp 2 (p< 0,001). Ít hoặc không hoạt động thể lực có nguy cơ rối loạn mỡ máu 2,45 lần so với hoạt động thể lực (p< 0,001). Người ăn đồ kho, mặn thường xuyên (≥5 ngày/tuần) có nguy cơ rối loạn mỡ máu gấp 2,31 lần so với người ít ăn đồ kho, mặn (<5 ngày/tuần) (p< 0,001). Những người có chỉ số BMI ≥ 23 nguy cơ RLMM cao gấp 4,63 lần so với những người có BMI <23 (p = 0,001). Những người không tuân thủ điều trị có nguy cơ RLMM cao gấp 3,07 lần so với những người tuân thủ điều trị.

Kết luận: Rối loạn mỡ máu rất phổ biến ở bệnh nhân tăng huyết áp tại tỉnh Đồng Tháp, đặc biệt là tăng triglycerid và cholesterol toàn phần. Rối loạn mỡ máu gặp nhiều hơn ở nam giới, không hoạt động thể lực, thường xuyên ăn đồ kho, mặn, thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23), không tuân thủ điều trị.

Từ khóa: Tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, yếu tố liên quan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ hàng đầu của bệnh tim mạch và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong sớm trên toàn cầu. Theo Hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch châu Âu năm 2024, sự đồng mắc giữa THA và rối loạn lipid máu (RLMM) làm gia tăng đáng kể nguy cơ xơ vữa động mạch, tổn thương cơ quan đích và các biến cố tim mạch, do đó việc kiểm soát đồng thời cả hai yếu tố nguy cơ là yêu cầu thiết yếu trong quản lý người bệnh THA [1]. Phân tích gộp của Tassew và cộng sự cho thấy tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần, tăng triglycerid, tăng LDL-C và giảm HDL-C ở bệnh nhân THA lần lượt là 33,4%, 38,9%, 34,0% và 42,2%; đồng thời tuổi cao, thừa cân/béo phì và ít hoạt động thể lực là những yếu tố liên quan quan trọng đến RLMM [2]. Tại Việt Nam, Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự ghi nhận tỷ lệ RLMM ở người cao tuổi mắc THA lên tới 88% [3]. Tuy nhiên, dữ liệu về RLMM và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân THA quản lý tại cộng đồng còn hạn chế, đặc biệt tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ rối loạn mỡ máu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp tại tỉnh Đồng Tháp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Người được chẩn đoán THA tại tỉnh Đồng Tháp.

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại tỉnh Đồng Tháp

từ tháng 6/2022 đến tháng 12/2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tăng huyết áp được chẩn đoán theo tiêu chí của Bộ Y tế (Huyết áp tâm thu ≥140 mmHg và hoặc huyết áp tâm trương ≥90 mmHg) hoặc bệnh nhân được bác sĩ chẩn đoán tăng huyết áp, có hộ khẩu thường trú tại tỉnh Đồng Tháp.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Bỏ địa bàn trong thời gian nghiên cứu.
- + Không giao tiếp được do rối loạn tâm thần.
- + Bệnh nhân tăng huyết áp kèm theo bệnh nhiễm trùng cấp tính, sốt.
- + Những trường hợp bệnh nặng, bệnh nhân không tự đi đứng được.
- + Bệnh viêm đường tiết niệu, tiểu máu.
- + Bệnh nhân tiểu đái đại thể.
- + Bệnh nhân tăng huyết áp đang có thai tại thời điểm khảo sát.
- + Bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích

- Phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong nghiên cứu cắt ngang:

*Tác giả liên hệ

Email: thuyendoi@gmail.com Điện thoại: (+84) 913967809 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD11.6079

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

Trong đó

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

p là tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp, theo nghiên cứu của, theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn, tỷ lệ này là 88% hay $p=0,88$ [3];

d là sai số tuyệt đối cho phép; chọn $d=0,05$; hệ số thiết kế (DEFF) được chọn là 2 do áp dụng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn.

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 325 đối tượng; sau khi cộng thêm 10% dự phòng không đáp ứng, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 362 đối tượng. Thực tế, nghiên cứu thu thập được 1.200 người bệnh tăng huyết áp thông qua phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên nhiều giai đoạn gồm 2 huyện/thành phố, 4 xã/phường mỗi huyện, 5 ấp/khóm mỗi xã và 30 người bệnh tại mỗi ấp/khóm

- Các biến số nghiên cứu: Cholesterol toàn phần, triglyceride, LDL, HDL, giới tính, tuổi, thời gian THA, trình độ học vấn, hôn nhân, bảo hiểm y tế, hút thuốc lá, uống rượu, hoạt động thể lực, thói quen ăn uống, BMI, WHR, tuân thủ điều trị, kiểm soát huyết áp. Rối loạn mỡ máu được xác định theo khuyến cáo của National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III) [4]. Người bệnh được xác định có rối loạn mỡ máu khi có ít nhất một trong các bất thường sau: cholesterol toàn phần (TC) $\geq 5,2$ mmol/L (200 mg/dL); triglycerid (TG) $\geq 1,7$ mmol/L (150 mg/dL); LDL-cholesterol (LDL-C) $\geq 3,4$ mmol/L (130 mg/dL); HDL-cholesterol (HDL-C) $< 1,0$ mmol/L (40 mg/dL) ở nam hoặc $< 1,3$ mmol/L (50 mg/dL) ở nữ. Mẫu máu tĩnh mạch được lấy sau khi người bệnh nhịn ăn ít nhất 8 giờ để định lượng các thành phần lipid máu.

- Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData và phân tích bằng SPSS 25.0. Thống kê mô tả được sử dụng để trình bày tỷ lệ và giá trị trung bình. Kiểm định Chi-square được sử dụng để so sánh tỷ lệ giữa các nhóm. Mối liên quan giữa từng yếu tố với tình trạng rối loạn mỡ máu được đánh giá bằng OR thô (crude OR) và khoảng tin cậy 95% (95%CI). Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

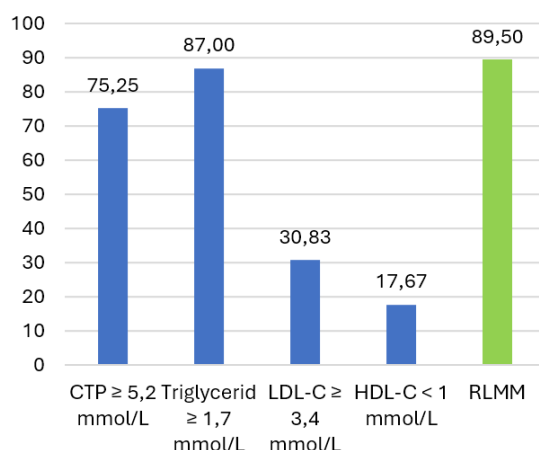
2.3. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân đều được thông báo và giải thích về kết quả xét nghiệm rối loạn mỡ máu và vi phạm nội dung, tư vấn về điều trị, mọi thông tin của đối tượng đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Tất cả các thông tin chỉ có người nghiên cứu mới được phép tiếp cận.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tình hình rối loạn các thành phần mỡ máu của các đối tượng nghiên cứu

Thành phần mỡ máu	n	Trung bình $\pm$ ĐLC	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Cholesterol toàn phần (mmol/L)	1200	$6,15 \pm 1,44$	2,36	11,54
Triglycerid (mmol/L)	1200	$3,73 \pm 1,95$	1,67	16,72
LDL (mmol/L)	1200	$3,58 \pm 1,04$	0,61	7,82
HDL (mmol/L)	1200	$1,36 \pm 0,64$	0,39	2,91

Nhận xét: Cholesterol toàn phần trong máu các bệnh nhân THA là $6,15 \pm 1,44$ mmol/ dL, Triglycerid là $3,73 \pm 1,95$ mmol/L, LDL $3,58 \pm 1,04$ mmol/ L, HDL $1,36 \pm 0,64$ mmol/ L.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn mỡ máu ở đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân THA có tăng cholesterol toàn phần chiếm tỷ lệ 75,25% (KTC 95%: 71,23%-79,33%), tăng Triglycerid chiếm tỷ lệ 87,0% (KTC 95%: 82,11%-89,52), có 17,67% (KTC 95%: 13,45-20,57) có HDL cholesterol trong máu giảm và 30,83% (KTC 95%: 25,19%-34,43%) LDL-C trong máu tăng. Tỷ lệ bệnh nhân THA có rối loạn mỡ máu chiếm tỷ lệ 89,50% (KTC 95%: 82,0%-95,34%).

3.2. Các yếu tố liên quan đến rối loạn mỡ máu ở người tăng huyết áp

Bảng 2. Mối liên quan giữa một số yếu tố dân số với RLMM trên bệnh nhân tăng huyết áp

Yếu tố	RLMM				OR 95%CI	p
	Có		Không			
	n	%	n	%		
Tuổi						
≥ 60	726	90,41	77	9,59	1,33 0,91-1,94	0,087
<60	348	87,66	49	12,34		
Giới						
Nam	685	92,46	64	8,54	1,71 1,17-2,47	0,003
Nữ	389	86,25	62	13,75		
Trình độ học vấn						
≤ Cấp 1	747	93,96	48	6,04	3,71 2,53-5,46	0,001
≥ Cấp 2	327	80,74	78	19,26		
Bảo hiểm y tế						
Có	920	88,80	116	11,20	0,51 0,24-1,01	0,054
Không	154	93,90	10	6,10		

Nhận xét: Nam giới có nguy cơ rối loạn mỡ máu 1,71 lần so với nữ giới ($p < 0,05$), người có trình độ học vấn $\leq$ cấp 1 có nguy cơ rối loạn mỡ máu gấp 3,71 lần so với người có trình độ học vấn $\geq$ Cấp 2 ($p < 0,001$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa một số yếu tố hành vi và RLMM trên bệnh nhân tăng huyết áp

Yếu tố	RLMM				OR 95%CI	p
	Có		Không			
	n	%	n	%		
Hút thuốc lá						
Có	229	93,85	15	6,15	1,16 0,73-1,90	0,64
Không	845	88,39	111	11,61		
Uống rượu						
Có	130	90,91	13	9,09	1,20 0,67-2,27	0,663
Không	944	89,31	113	10,69		
HĐTL						
Ít/ không	637	93,13	47	6,87	2,45 1,68-3,60	0,001
Có	437	84,69	79	15,31		
Ăn rau, trái cây						
<5 đơn vị/ngày	953	90,08	105	9,92	1,57 0,93-2,58	0,081
≥5 đơn vị/ngày	121	85,21	21	14,79		
Ăn chiên xào						
≥5 ngày/ tuần	108	92,31	9	7,69	1,45 0,74-3,13	0,344
<5 ngày/ tuần	966	89,20	117	10,80		
Ăn đồ kho, mặn						
≥5 ngày/ tuần	391	93,99	25	6,01	2,31 1,48-3,70	0,001
<5 ngày/ tuần	683	87,12	101	12,88		

Nhận xét: Ít hoặc không hoạt động thể lực có nguy cơ rối loạn mỡ máu 2,45 lần so với hoạt động thể lực ($p < 0,001$). Người ăn đồ kho, mặn thường xuyên (≥ 5 ngày/tuần) có nguy cơ rối loạn mỡ máu gấp 2,31 lần so với người ít ăn đồ kho, mặn (< 5 ngày/tuần) ($p < 0,001$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa yếu tố nhân trắc, điều trị, kiểm soát huyết áp và RLMM trên bệnh nhân tăng huyết áp

Yếu tố	RLMM				OR 95%CI	p
	Có		Không			
	n	%	n	%		
BMI						
≥ 23	546	95,96	23	4,04	4,63 2,93-7,52	0,001
< 23	528	83,68	103	16,32		

Yếu tố	RLMM				OR 95%CI	p
	Có		Không			
	n	%	n	%		
WHR						
Tăng	414	89,80	47	10,20	1,05 0,72-1,55	0,847
Không	660	89,31	79	10,69		
Thời gian THA						
≥ 10 năm	213	91,41	20	8,59	1,31 0,81-2,11	0,341
< 10 năm	861	89,04	106	8,96		
Tuân thủ điều trị						
Có	525	84,81	94	15,19	1	0,001
Không	549	94,49	32	5,51	3,07 2,03-4,72	

Nhận xét: Những người có chỉ số BMI ≥ 23 nguy cơ RLMM cao gấp 4,63 lần so với những người có BMI < 23 ($p = 0,001$). Những người không tuân thủ điều trị có nguy cơ RLMM cao gấp 3,07 lần so với những người tuân thủ điều trị.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình hình RLMM ở người THA

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân THA có RLMM chiếm tỷ lệ 89,50%. Tỷ lệ này tương đương so với những nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn (2021) và Nguyễn Hoàng Phi (2023) đều ghi nhận tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp là 88,0% [3], [5]. Tuy nhiên, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Thanh và cộng sự (2024) tại Trung tâm Y tế Thủ Đức (77,6%) và Văn cùng cộng sự (2024) tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản (60,1%) [6], [7]. So với các nghiên cứu quốc tế, tỷ lệ RLMM trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với phân tích gộp tại Ethiopia (37,12%) [2]. Sự chênh lệch này phản ánh khác biệt về chủng tộc, thói quen ăn uống giàu carbohydrate và chất béo bão hòa trong ẩm thực Việt Nam, cũng như tỷ lệ béo phì và lối sống ít vận động ngày càng gia tăng.

Cơ chế đồng mắc giữa tăng huyết áp (THA) và rối loạn lipid máu (RLMM) chủ yếu liên quan đến tình trạng kháng insulin. Kháng insulin làm tăng ly giải mỡ tại mô mỡ, tăng giải phóng acid béo tự do (FFA) đến gan, từ đó tăng tổng hợp triglycerid và bài tiết lipoprotein tỷ trọng rất thấp (VLDL), đồng thời làm giảm HDL-C. Mặt khác, THA kéo dài gây rối loạn chức năng nội mô và thúc đẩy phản ứng viêm, góp phần làm nặng thêm rối loạn chuyển hóa lipid và tăng nguy cơ xơ vữa động mạch [8].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần, tăng triglycerid, tăng LDL-C và giảm HDL-C lần lượt là 75,25%, 87,0%, 30,83% và 17,67%. So với nghiên cứu của Thanh và cộng sự, trong đó tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần là 39,3%, tăng LDL-C 31,5%, tăng triglycerid 30,4% và giảm HDL-C 29,5% [6], nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần và đặc biệt là tăng triglycerid cao hơn rõ rệt, trong khi tỷ lệ tăng LDL-C tương đối tương đồng và tỷ lệ giảm HDL-C thấp hơn. So với phân tích gộp của Tassew và cộng sự, tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần (33,4%), tăng triglycerid (38,9%), tăng LDL-C (34,0%) và giảm HDL-C (42,2%) đều thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, ngoại trừ tỷ lệ tăng LDL-C tương đối tương đồng [2]. Sự



khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu, bối cảnh thu nhận mẫu, tỷ lệ thừa cân/béo phì và các yếu tố lối sống của đối tượng nghiên cứu.

4.2. Các yếu tố liên quan

Kết quả nghiên cứu cho thấy, RLMM ở nữ chiếm tỷ lệ 86,25% thấp hơn so với nam 92,46% ($p=0,014$), kết quả nghiên cứu tương tự với nghiên cứu của Thanh và cộng sự, tỷ lệ RLMM của nam cao hơn so với nữ (trừ cholesterol) [6]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn (nam 85,29%; nữ 90,24%) và nghiên cứu của Huỳnh Kim Phượng tỷ lệ RLMM nữ cao hơn nam (89,1% so với 86,7%), mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) [3], [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ RLMM không khác biệt theo nhóm tuổi ($p=0,087$), tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự khi tỷ lệ RLMM ở nhóm 60–69 tuổi và ≥ 70 tuổi lần lượt là 87,37% và 89,09%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) [3]. Ngược lại, phân tích gộp của Tassew và cộng sự cho thấy tuổi ≥ 40 là yếu tố liên quan đến RLMM ở bệnh nhân THA [2]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi và Nguyễn Văn Tuấn đều thực hiện trên nhóm bệnh nhân chủ yếu là người cao tuổi, khoảng tuổi nghiên cứu tương đối hẹp nên ảnh hưởng của tuổi đến RLMM không còn rõ rệt, trong khi phân tích gộp của Tassew bao gồm nhiều nghiên cứu với phổ tuổi rộng hơn, do đó dễ ghi nhận tác động của tuổi đối với rối loạn chuyển hóa lipid.

Chúng tôi quan sát thấy những người có hút thuốc lá bị RLMM là 93,85%, những người không HTL có tỷ lệ RLMM là 88,39% ($p=0,64$), tỷ lệ này có khác hơn so với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Lê Ngọc Hải Vân và cộng sự, nhóm HTL có tỷ lệ RLMM là 20,2%; nhóm không HTL có 39,9% bị RLMM ($p=0,168$) [7]. Mặc dù hút thuốc lá được biết là có thể làm tăng stress oxy hóa, rối loạn chức năng nội mô và thúc đẩy quá trình oxy hóa LDL-C, ảnh hưởng của yếu tố này lên tình trạng RLMM có thể bị chi phối bởi nhiều yếu tố khác như tuổi, béo phì, chế độ ăn, hoạt động thể lực và điều trị hạ lipid. Do đó, trong quần thể bệnh nhân tăng huyết áp, hút thuốc lá đơn thuần có thể chưa đủ để tạo ra sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ RLMM.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, người có uống rượu tỷ lệ RLMM chiếm tỷ lệ 90,91%, nhóm không uống rượu tỷ lệ RLMM là 89,31% ($p=0,663$), tỷ lệ này tương đồng với một số các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Huỳnh Kim Phượng có tỷ lệ RLMM ở nhóm uống rượu là 96,2%, người không uống rượu tỷ lệ RLMM chiếm 76,2% hay Nguyễn Văn Tuấn (93,75 so với 81,43), tuy nhiên các tác giả này ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p < 0,05$) [3], [5].

Đối với những người không HDTL tỷ lệ RLMM là 93,13%, nhóm có HDTL có 84,69% ($p=0,001$, $OR=2,45$), tương tự với một số nghiên cứu khác có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về RLMM theo HDTL như nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn, các yếu tố liên quan đến RLMM ít vận động thể lực $OR=2,889$ [3]. Hoạt động thể lực thường xuyên giúp cải thiện độ nhạy insulin, tăng hoạt tính lipoprotein lipase, thúc đẩy dị hóa triglycerid, đồng thời làm tăng nồng độ HDL-C và giảm triglycerid huyết tương. Ngược lại, ít vận động làm giảm tiêu hao năng lượng, thúc đẩy tích lũy mỡ nội tạng và rối loạn chuyển hóa lipid, từ đó làm tăng nguy cơ RLMM ở bệnh nhân THA. Kết quả này cho thấy việc duy trì hoạt động thể lực thường xuyên cần được xem là một biện pháp quan trọng trong kiểm soát đồng thời huyết áp và rối loạn lipid máu.

Dựa vào phân loại BMI cho người Châu Á của WHO 2000, người có chỉ số BMI ≥ 23 có tỷ lệ RLMM cao hơn nhóm còn lại ($OR=4,63$, $p=0,001$), kết quả nghiên cứu tương đồng với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Chí Thanh cũng như Nguyễn Văn Tuấn ghi nhận nhóm thừa cân

– béo phì có RLMM cao hơn nhóm không thừa cân – béo phì, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [3], [6]. Như vậy trong thực tế nếu BMI > 23 cần xét nghiệm bilan lipid máu trên bệnh nhân tăng huyết áp. Ngoài ra, cần khuyến khích người bệnh THA đạt và duy trì cân nặng ở mức lý tưởng (BMI = 18,5–22,9), sự duy trì ở mức BMI này cũng giúp cho người bệnh kiểm soát huyết áp, kiểm soát các chỉ số Lipid máu.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên bệnh nhân tăng huyết áp tại tỉnh Đồng Tháp cho thấy rối loạn mỡ máu là tình trạng rất phổ biến, với tỷ lệ lên đến 89,50%. Trong đó, tăng triglycerid và tăng cholesterol toàn phần chiếm tỷ lệ cao nhất. Rối loạn mỡ máu gặp nhiều hơn ở nam giới, không hoạt động thể lực, thường xuyên ăn đồ kho, mặn, thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23), không tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). *European Heart Journal*. 2024;45(38):3912–4018. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
- [2] Tassew WC, Woldie SS, Ferede YA, Zeleke AM, Nigussie A. Dyslipidemia and associated factors among hypertensive patients in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2025;25(1):367. <https://doi.org/10.1186/s12872-025-04808-3>
- [3] Nguyễn Văn Tuấn, Hoàng Thị Cúc. Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;508(1). DOI: 10.51298/vmj.v508i1.1533.
- [4] Expert Panel on Detection E, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *The Journal of the American Medical Association*. 2001;285(19):2486–97. DOI: 10.1001/jama.285.19.2486
- [5] Nguyễn Hoàng Phi, Huỳnh Kim Phượng, Huỳnh Trung Cang. Nghiên cứu tình hình rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022–2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023(64):104–10. DOI: 10.58490/ctump.2023i64.1370.
- [6] Nguyễn Chí Thanh, Lê Thị Kim Hương, Lê Thị Kim Cường. Nghiên cứu rối loạn lipid máu trên bệnh nhân tăng huyết áp. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2026;67(4):306–9. DOI: <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD4.4859>.
- [7] Lê Ngọc Hải Vân, Nguyễn Hùng Trấn. Tình hình rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;541(1). DOI: 10.51298/vmj.v541i1.10638
- [8] Ginsberg HN. Insulin resistance and cardiovascular disease. *J Clin Invest*. 2000;106(4):453–458. DOI: 10.1172/JCI10762