

Nghiên cứu gốc

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ KHẨU PHẦN THỰC TẾ CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN THANH KHÊ, THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG NĂM 2021

Nguyễn Thị Hương Lan^{1,3✉}, Phạm Thị Kim Anh², Trần Minh Anh³,
Đặng Kim Anh¹, Phan Bích Hạnh¹, Lê Hoài Thương³, Nguyễn Thành Tiến³

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Y tế Quận Thanh Khê, Thành phố Đà Nẵng

³Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn thực tế của người bệnh tăng huyết áp điều trị tại Trung tâm Y tế Quận Thanh Khê, Thành phố Đà Nẵng.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. 193 người bệnh tăng huyết áp từ 20 tuổi trở lên được cân đo chiều cao, vòng eo, vòng mông và đánh giá khẩu phần 24h.

Kết quả: Chỉ số BMI trung bình của nam giới và nữ giới tương ứng là $22,5 \pm 3,1$ (kg/m^2) và $22,8 \pm 3,6$ (kg/m^2). Tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn là 15,5% và thừa cân béo phì là 20,2%. Tỷ số vòng eo/ vòng mông trung bình của nam là $0,89 \pm 0,1$; nữ là $0,86 \pm 0,1$. Tỷ lệ người bệnh có khẩu phần không đạt năng lượng theo nhu cầu khuyến nghị là 74,1%. Lượng Natri tiêu thụ trung bình là $2777,1 \pm 151,9\text{mg}/\text{ngày}$.

Kết luận: Người bệnh tăng huyết áp thiếu năng lượng trường diễn chiếm tỷ lệ thấp. Lượng natri tiêu thụ của người bệnh tăng huyết áp vẫn ở ngưỡng cao hơn so với nhu cầu khuyến nghị của Hiệp hội Tim mạch học Hoa Kỳ năm 2017 cho người bệnh tăng huyết áp.

Từ khóa: Tăng huyết áp, dinh dưỡng, khẩu phần, Thanh Khê, Đà Nẵng

NUTRITION STATUS AND ACTUAL DIETARY INTAKE OF HYPERTENSIVE PATIENTS TREATED AT THANH KHE DISTRICT MEDICAL CENTER, DA NANG CITY 2021

ABSTRACT

Aims: To assess the nutritional status and actual dietary intake of hypertensive patients treated at the Medical Center of Thanh Khe District, Da Nang City.

Methods: A cross-sectional study was conducted. A total of 193 hypertensive patients aged 20 years and older was weighted, measured for height, waist, buttock circumference and evaluated for a 24-hour diet.

Results: The mean body mass index (BMI) of men and women was 22.5 ± 3.1 (kg/m^2) and 22.8 ± 3.6 (kg/m^2), respectively. The rate of patients with chronic energy deficiency was 15.5%. The mean waist-to-hip ratio was 0.89 ± 0.1 in men and 0.86 ± 0.1 in women. The rate of patients who did not meet the recommended amount of energy was 74.1%. The mean intake of sodium was $2777.1 \pm 151.9\text{mg}/\text{day}$.

Conclusion: A small number of hypertension patients are identified as having chronic energy deficiency. Patients with hypertension continue to consume more sodium than what the American Heart Association recommends in 2017.

Keywords: hypertension, nutrition, diet, Thanh Khe, Da Nang.

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hương Lan
Email: huonglandd@hmu.edu.vn
Doi: 10.56283/1859-0381/375

Gửi bài: 21/10/2022 Chính sửa: 30/11/2022
Chấp nhận đăng: 2/12/2022
Xuất bản online: 2/12/2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong những bệnh mạn tính không lây chiếm tỷ lệ cao. Tại Việt Nam, tỷ lệ người dân từ 25 tuổi trở lên bị THA tăng từ 25,1% lên 47,3% trong số đó có 69,0% người bệnh có điều trị nhưng chưa kiểm soát được [1]. Ảnh hưởng của tình trạng dinh dưỡng đối với các bệnh lý tim mạch hiện đang là chủ đề ngày càng được quan tâm bởi dinh dưỡng là yếu tố có thể thay đổi được so với các biến số lâm sàng khác. Hầu hết các nghiên cứu trước đây đều tập trung vào thừa dinh dưỡng và kết quả cho thấy đó là một yếu tố nguy cơ đáng kể đối với bệnh tim mạch [2]. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây đã báo cáo suy dinh dưỡng là một yếu tố tiên lượng xấu đối với các bệnh lý tim mạch như rung nhĩ, bệnh động mạch vành nhưng chưa có số liệu cụ thể với bệnh THA [3], [4]. Theo nghiên cứu của Phan Thanh Thủy tiến hành năm 2018 tại tỉnh Quảng Bình

cho thấy trong 424 người bệnh THA có 40,8% người bệnh có thừa cân – béo phì và chỉ có 9,7% người bệnh suy dinh dưỡng [5]. Các nghiên cứu khác cũng ít chú ý tới tỷ lệ suy dinh dưỡng và tác động của nó tới THA. Mặc dù có nhiều công trình nghiên cứu nhằm kiểm soát bệnh THA ở thành phố Đà Nẵng, nhưng nghiên cứu về việc sử dụng chế độ dinh dưỡng hợp lý để can thiệp vào quá trình điều trị bệnh tăng huyết áp vẫn chưa được đề cập nhiều. Vì vậy, để xác định tình trạng dinh dưỡng và tạo cơ sở cho việc đưa ra các giải pháp khuyến cáo điều trị bệnh tăng huyết áp cho người dân, chúng tôi tiến hành NC với mục tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn thực tế của người bệnh tăng huyết áp điều trị tại Trung tâm y tế quận Thanh Khê, thành phố Đà Nẵng năm 2021.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang mô tả tình trạng dinh dưỡng theo BMI và đánh giá khẩu phần bằng phương pháp hỏi ghi khẩu phần 24 giờ qua trên người bệnh tăng huyết áp nội trú. Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Nội, TTYT Quận Thanh Khê, Đà Nẵng từ tháng 4/2021 đến tháng 6/2022.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 20 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định THA điều trị nội trú tại khoa Nội, Trung tâm y tế (TTYT) Quận Thanh Khê, Đà Nẵng, có hồ sơ lưu trữ đầy đủ tại TTYT, có khả năng trả lời câu hỏi và sức khoẻ tâm thần bình thường.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh nặng, yếu không thể trả lời trực tiếp hoặc có rối loạn trí nhớ. Người bệnh có gù, vẹo và không đo được các chỉ số nhân trắc.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả cắt ngang cho 1 tỉ lệ:

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

Trong đó:

- n : Cỡ mẫu nghiên cứu.
- $Z_{(1-\alpha/2)}=1,96$ độ tin cậy 95% với $\alpha=0,05$
- d : Sai số cho phép, chọn $d = 0,05$
- $p = 14,7\%$ (tỷ lệ bệnh nhân THA thiếu năng lượng trường diễn theo BMI tại Bệnh viện Đa khoa Đông Hưng Thái Bình năm 2015) [6]. Sau khi tính toán, $n=193$.

Chọn mẫu thuận tiện: Tất cả bệnh nhân nằm điều trị nội trú tại bệnh viện trong thời gian tiến hành nghiên cứu và thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên đều được chọn vào nghiên cứu. Sau thời gian nghiên cứu chúng tôi lựa chọn được 193 người bệnh.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Các chỉ số đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) người bệnh: cân nặng, chiều cao, BMI, vòng eo/vòng hông (VE/VM). Đánh giá khẩu phần 24h (tổng năng lượng, tỷ lệ Protid:Lipid:Glucid).

Người bệnh được cân bằng cân sức khoẻ Nhon Hoà (đơn vị tính: kg) vào buổi sáng, khi chưa ăn uống, mặc quần áo gọn, nhẹ, đứng giữa bàn cân, không cử động mắt nhìn thẳng, hai tay khép vào hai bên mình, trọng lượng dồn đều cả hai bàn chân. Đo chiều cao bằng thước đo gắn tường SH - 2M (độ chia nhỏ nhất 0,1cm). Đối tượng đứng quay lưng lại với tường, đi chân trần, đảm bảo 9 điểm chạm của cơ thể vào mặt phẳng đứng của tường (2 gót chân, 2 bắp chân, 2 hông, 2 vai và cằm). Người đo kéo thước từ trên xuống, áp sát đỉnh đầu của đối tượng và áp sát vào mặt phẳng tường. Mắt nghiên cứu viên ngang tầm với vạch chỉ kết quả và ghi kết quả với một số lẻ theo đơn vị cm.

Đo vòng eo, vòng hông bằng thước dây không co giãn. Vòng eo được đo ở điểm giữa của bờ dưới xương sườn số 12 và bờ trên mào chậu trên đường nách giữa, tại thời điểm bệnh nhân thở ra hết. Vòng hông được đo tại vùng to nhất của hông, ở mức ngang 2 mấu chuyển xương đùi.

Khẩu phần ăn được điều tra bằng Phương pháp hỏi ghi khẩu phần 24 giờ qua. Điều tra viên hỏi ghi tất cả những thực phẩm (kể cả đồ uống) được đối tượng ăn uống trong giai đoạn 24 giờ kể

từ lúc điều tra viên bắt đầu phỏng vấn đối tượng trở về trước. Khẩu phần ăn được hỏi ghi theo mẫu phiếu hỏi ghi khẩu phần 24 giờ.

Nhu cầu khuyến nghị (NCKN) cho người bệnh tăng huyết áp: Năng lượng 30kcal/kg cân nặng lý tưởng/ ngày (cân nặng lý tưởng được tính bằng $22 \times$ chiều cao (m)² ở nam giới và $21 \times$ chiều cao (m)² ở nữ giới), protein: 15–20% tổng năng lượng, lipid: 15-20% tổng năng lượng (trong đó 2/3 là acid béo không no), glucid: 60–65% tổng năng lượng đối với bệnh nhân không bị đái tháo đường (< 60% đối với người bệnh có đái tháo đường đi kèm) [7]; chất xơ: 20–22g/ngày [8], Natri <1500 mg/ngày, Kali: 3500–5000 mg/ngày [9].

Chỉ số khối cơ thể (BMI) được bằng cân nặng (kg) chia bình phương chiều cao (m). Tổ chức Y tế thế giới (WHO) khuyến dùng BMI để đánh giá phân loại TTDD. Ngưỡng BMI cho người Châu Á theo khuyến nghị của WHO khu vực Châu Á – Thái Bình Dương WPRO như sau [10]: thiếu năng lượng trường diễn: < 18,5 kg/m²; Bình thường: 18,5-23 kg/m²; Thừa cân: ≥ 23 kg/m²; Béo phì ≥ 25 kg/m².

Béo bụng khi vòng eo ≥ 90 cm ở nam và ≥ 80 cm ở nữ. Tỷ số VE/VM được coi là cao khi giá trị này > 0,8 đối với nữ và > 0,9 đối với nam [11].

Phân độ tăng huyết áp: Khi huyết áp tâm thu (HATT) và huyết áp tâm trương (HATTr) nằm hai mức độ khác nhau, chọn mức độ cao hơn đã phân loại. Phân độ tăng huyết áp theo Hội Tim mạch học Việt Nam 2015: THA độ 1 khi HATT/HATTr là 140-159/90-99 mmHg; THA độ 2 khi HATT/HATTr là 160-179/100-109 mmHg và THA độ 3 khi HATT ≥ 180 hoặc HATTr ≥ 110 mmHg .

2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích khẩu phần 24h: Sử dụng phần mềm Eiyokun để đánh giá khẩu phần ăn. Sử dụng các test thống kê trong y học như χ^2 để kiểm định các biến định tính, các biến định lượng biểu thị bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so

sánh trung bình bằng T-test; khoảng tin cậy 95% với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép của TTYT quận Thanh Khê và thông qua Hội đồng bảo vệ đề cương thạc sĩ của trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	<i>n</i>	%	
Tuổi	<50	8	4,1
	50–59	40	20,7
	60–69	64	33,2
	≥ 70	81	42,0
Thời gian phát hiện bệnh	< 1 năm	6	3,1
	1–5 năm	26	13,5
	6–10 năm	100	51,8
	> 10 năm	61	31,6

Nhóm người bệnh từ 70 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (42,0%), nhóm người bệnh < 50 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,1%). Thời gian phát

hiện bệnh chủ yếu nằm trong khoảng 6–10 năm chiếm tỷ lệ 51,8% (Bảng 1).

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm nhân trắc của người bệnh tăng huyết áp

Chỉ số	Nam (<i>n</i> = 85)	Nữ (<i>n</i> = 108)
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Cân nặng (kg)	59,1 ± 8,0	54,4 ± 9,1
Chiều cao (cm)	162,4 ± 5,3	154,4 ± 4,6
BMI (kg/m ²)	22,5 ± 3,1	22,8 ± 3,6
Vòng eo (cm)	82,9 ± 8,7	79,9 ± 10,2
Vòng hông (cm)	92,3 ± 5,5	92,3 ± 8,0
Tỷ số VE/VM	0,89 ± 0,1	0,86 ± 0,1

Chỉ số BMI trung bình của nam là 22,5 ± 3,1 (kg/m²); nữ là 22,8 ± 3,6 (kg/m²). Vòng eo trung bình của nam là

82,9 ± 8,7 (cm); nữ là 79,9 ± 10,2 (cm). Tỷ số VE/VM trung bình của nam là 0,89 ± 0,1; nữ là 0,86 ± 0,1 (Bảng 2).

Bảng 3. Phân loại tình trạng dinh dưỡng dựa vào BMI theo phân độ tăng huyết áp

Tình trạng dinh dưỡng	Tăng huyết áp				P
	Tổng (n = 193)	Độ 1 (n = 85)	Độ 2 (n = 92)	Độ 3 (n = 16)	
Thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5 kg/m ²)	30 (15,5)	14 (16,5)	13 (14,1)	3 (18,75)	>0,05
Bình thường (BMI: 18,5–22,9 kg/m ²)	98 (50,8)	43 (50,6)	52 (56,5)	3 (18,75)	
Thừa cân (BMI: 23,0–24,9 kg/m ²)	26 (13,5)	9 (10,6)	11 (12,0)	6 (37,5)	
Béo phì (BMI ≥ 25 kg/m ²)	39 (20,2)	19 (22,3)	16 (17,4)	4 (25,0)	
Béo bụng	124 (64,2)	55 (64,7)	62 (67,3)	7 (43,8)	> 0,05

Số liệu trình bày trong bảng theo n (%). Giá trị p từ kiểm định χ^2 so sánh tình trạng dinh dưỡng theo 3 độ huyết áp

Người bệnh THA độ 3 có tỷ lệ thừa cân và béo phì cao nhất, tương ứng là 37,5% và 25,0%. Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn cao nhất ở người bệnh THA độ 3 (18,75%) và thấp nhất ở người bệnh THA độ 2 (14,1%). Tỷ lệ người bệnh béo bụng là 64,2%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (Bảng 3).

3.3. Đánh giá khẩu phần ăn thực tế của người bệnh tăng huyết áp

Bảng 4. Đặc điểm khẩu phần 24h theo nhu cầu khuyến nghị (NCKN) của người bệnh tăng huyết áp

Thành phần dinh dưỡng	Đạt NCKN		Không đạt NCKN		Khẩu phần $\bar{X} \pm SD$
	n	%	n	%	
Năng lượng (kcal)	50	25,9	143	74,1	1437,9 ± 271,9
Protein (g)	115	59,6	78	40,4	67,9 ± 14,1
Lipid (g)	33	17,1	160	82,9	33,5 ± 11,3
Glucid (g)	77	39,9	116	60,1	215,9 ± 49,2
Chất xơ (g)	0	0	193	100	7,2 ± 2,6
Natri (mg)	193	100	0	0	2777,1 ± 151,9
Kali (mg)	1	0,5	192	99,5	1890,6 ± 498,1

Năng lượng trung bình trong khẩu phần là 1437,9 ± 271,9 kcal. Tỷ lệ người bệnh không đạt nhu cầu năng lượng theo khuyến nghị là 74,1%. 100% người bệnh không sử dụng đủ số lượng chất xơ theo NCKN, trung bình là 7,2 ± 2,6gram/ngày. Lượng natri trong khẩu phần 24h là 2777,1 ± 151,9mg/ngày (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh tăng huyết áp

Chỉ số BMI trung bình của nam giới trong nghiên cứu (NC) của chúng tôi là $22,5 \pm 3,1$ (kg/m^2) và của nữ giới là $22,8 \pm 3,6$ (kg/m^2). Chỉ số này thấp hơn so với các NC của Milicevic T ($27,47 \pm 5,02$) tiến hành năm 2018 trên 214 bệnh nhân có tuổi trung bình là $64,67 \pm 14,5$ tuổi [12]. Điều này có thể giải thích bởi sự ảnh hưởng của các yếu tố di truyền, chuyển hoá cũng như nhóm các yếu tố môi trường, chế độ ăn uống và xã hội liên quan đến tăng huyết áp. Thời gian mắc bệnh của người bệnh trong NC của chúng tôi chủ yếu là từ 6–10 năm với độ tuổi nhiều nhất là ≥ 70 tuổi chiếm 42,0%. Độ tuổi này cao hơn so với NC của Kwater A khi nhận thấy tuổi trung bình của 96 bệnh nhân là $58,7 \pm 11,9$ tuổi [13]. Nguyên nhân gây THA thường gặp ở người cao tuổi có thể do việc uống không đủ nước, mất máu, mất dịch, một số bệnh lý phát triển nặng ở người cao tuổi hoặc dùng thuốc, bao gồm cả những thuốc được kê đơn cho bệnh THA.

Người bệnh có chỉ số BMI ở mức bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất với 50,8%, tỷ lệ người bệnh bị thiếu năng lượng trường diễn là 15,5%, người bị thừa cân và béo phì tương ứng là 13,5% và 20,2%. Tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn tính theo BMI của chúng tôi thấp hơn so với NC của Yang ZW đánh giá bằng hệ thống thang điểm CONUT (19,9%) và NPS (82,9%) [14]. Sự khác biệt này có thể do các thông số đánh giá khác nhau và có mối tương quan giữa tăng huyết áp và viêm nhiễm, việc kích hoạt các con đường gây viêm dẫn tới làm tăng nhu cầu dị hoá và dẫn đến suy dinh dưỡng. Vì vậy khi sử dụng các bộ công cụ để đánh giá dinh dưỡng phải sử dụng nhiều tiêu chí và bộ công cụ khác nhau để áp dụng cho phù hợp

với từng đối tượng người bệnh cụ thể.

Tỷ lệ người bệnh TC-BP trong NC của chúng tôi cao hơn NC của Nguyễn Thị Duyên (12,0%), Huỳnh Ngọc Diệp (24,9%) và Lê Thanh Chiến (67,5%) [6,14,15]. Vì BMI có liên quan tuyến tính với THA, bất kỳ mức giảm BMI nào đều có thể làm giảm gánh nặng THA trong cộng đồng. Việc chẩn đoán và điều trị sớm THA là rất quan trọng để giảm gánh nặng các bệnh mạn tính không lây nhiễm ở các nước Nam Á, việc dự phòng thông qua giảm BMI sẽ có tác dụng lớn hơn nhiều trong việc giảm tỷ lệ mắc và tử vong do tim mạch. Nghiên cứu của Hossain FB nhận thấy khi tăng lên $5\text{kg}/\text{m}^2$ chỉ số BMI, OR cho THA tương ứng là 1,79 (95% CI: 1,65–1,93), 1,59 (95% CI: 1,58–1,61) và 2,03 (95% CI: 1,90–2,16) tại Bangladesh, India và Nepal [17]. Do đó các biện pháp y tế để đưa về cân nặng lý tưởng ở tất cả các nhóm dân số cũng sẽ giúp làm giảm gánh nặng THA.

Vòng eo có mối liên quan chặt chẽ tới lượng mỡ nội tạng và hiện đang được sử dụng để xác định béo bụng của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vòng eo trung bình của nam là $82,89 \pm 8,72$ (cm), nữ là $79,87 \pm 10,23$ (cm), tỷ số VE/VM trung bình của nam là $0,89 \pm 0,07$; nữ là $0,86 \pm 0,07$. Kết quả này khá tương đồng với NC của Lê Thanh Chiến nhưng thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Milicevic (vòng eo: $105,58 \pm 12,92$ cm) [11,15]. Tác giả Choi J. nhận thấy tỷ số vòng eo/vòng hông (VE/VM) cao hơn đáng kể ở những người THA so với nhóm người bệnh không bị ($0,54 \pm 0,05$ so với $0,51 \pm 0,05$, $p < 0,001$) [18]. Có thể do khác nhau ở việc sàng lọc đối tượng người bệnh đưa vào NC nên các kết quả này có sự khác biệt đáng kể.

Chúng tôi thấy rằng người bệnh THA độ 3 có tỷ lệ thừa cân, béo phì cao nhất (37,5% và 25,0%). NC của Landi F. cho thấy HATT tăng hơn 10 mmHg từ BMI bình thường lên BMI trên 40 kg/m² (béo phì độ III) (tương ứng 123 mmHg so với

135 mmHg; $p < 0,001$), ở cả nam và nữ ($p < 0,001$). Tương tự, HATTr tăng hơn 5 mmHg từ BMI bình thường lên BMI trên 40 kg/m² (béo phì độ III) (lần lượt là 74 mmHg so với 81 mmHg; $p < 0,001$), ở cả nam và nữ ($p < 0,001$) [19].

4.2. Đánh giá khẩu phần ăn thực tế của người bệnh tăng huyết áp

Kết quả NC của chúng tôi cho thấy: năng lượng trung bình là 1437,9±271,9 kcal. Tỷ lệ người bệnh không đạt NCKN về năng lượng là 74,1%, lipid 82,9%, glucid 60,1%, protein là 40,4%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Văn Bắc năm 2015 trên 87 người bệnh THA với 97,4% người bệnh không đạt NCKN về năng lượng, không đạt NCKN về glucid là 84,4% và về protein là 46,4%. Năng lượng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với NC của Phạm Văn Bắc, 1437kcal so với 1289 kcal [20].

Chất xơ khi phối hợp cùng với các thuốc bảo vệ tim mạch có tác dụng trong việc kiểm soát bệnh lý tim mạch và THA đồng thời làm giảm nguy cơ tử vong ở người bệnh. Tăng lượng chất xơ trong khẩu phần dẫn đến sự cải thiện đáng kể về huyết áp ở người cao tuổi bị THA. Chất xơ làm giảm hấp thu cholesterol, cải thiện độ đàn hồi của thành mạch máu để giảm sức cản của mạch. Tiêu thụ lượng chất xơ cao hơn góp phần cải thiện độ nhạy insulin-yếu tố được cho là có vai trò trong rối loạn chức năng nội mô và THA. Chất xơ giúp hỗ trợ cho việc giảm cân, nên có lợi trong điều trị và phòng ngừa THA.

Trong nghiên cứu này, lượng chất xơ trung bình chỉ 7,2 g thấp hơn rất nhiều so với NCKN của Viện Dinh dưỡng năm 2016 (20-22g/ngày) và không có người bệnh nào đạt được NCKN. Cần phải thường xuyên giáo dục truyền thông về vai trò của chất xơ và những thực phẩm giàu chất xơ cho người bệnh.

Nghiên cứu gần đây cũng xác nhận rằng 40–50% THA là do muối ăn và do đó muối ăn được coi là một trong những yếu tố nguy cơ chính đối với THA. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc giảm tiêu thụ natri có thể dẫn đến giảm huyết áp từ 5–10mmHg, do đó làm giảm nguy cơ mắc các bệnh tim mạch khác nhau và các bệnh liên quan đến mạch máu não đến 80% [21]. Các NC trước đây đã chỉ ra rằng khoảng 95% dân số toàn cầu tiêu thụ trong khoảng từ 3–6g/Natri mỗi ngày mà trong NC chúng tôi nhận thấy người bệnh tiêu thụ 2777,1±151,9mg/ngày, như vậy là cao hơn so với khuyến nghị của WHO là <2300mg/ngày [22] và cao hơn nhiều so với khuyến cáo của Trường Tim mạch Hoa Kỳ/Hiệp hội Tim mạch học Hoa Kỳ ((American College of Cardiology/American Heart Association) -ACC/AHA) [9].

Hiện nay, khuyến nghị của ACC/AHA 2017 lượng Kali trong khẩu phần đạt 3500-5000 mg/ngày. Filippini và cộng sự đã tiến hành một phân tích gộp 32 thử nghiệm ở những đối tượng THA được bổ sung kali (30–140 mmol/ngày) trong thời gian dài cho thấy mức độ giảm đáng kể của cả HATT và HATTr, đặc biệt là ở những đối tượng THA có lượng natri cao hơn [23]. Nghiên cứu của chúng tôi có 99,5% người bệnh không đạt NCKN về kali. Như vậy cần có các biện pháp để bổ sung kali cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Tăng huyết áp thường gặp ở người cao tuổi và người bệnh tăng huyết áp thiếu năng lượng trường diễn phân loại theo BMI chiếm tỷ lệ thấp. Lượng natri tiêu thụ của người bệnh tăng huyết áp vẫn ở ngưỡng cao hơn so với NCKN của Hiệp hội Tim mạch học Hoa Kỳ năm 2017 và nên có các giải pháp can thiệp

nhằm giảm lượng muối ăn vào trong cộng đồng người bệnh tăng huyết áp.

Khuyến nghị: Sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng đầy đủ cho người bệnh tăng huyết áp để phát hiện các nguy cơ dinh dưỡng nhằm có kế hoạch can thiệp sớm và hiệu quả.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Lâm Việt. Báo cáo “Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015–2016.” *Hội nghị Tăng huyết áp Việt Nam lần thứ 2, 2016*, Hội nghị Tăng huyết áp Việt Nam.
2. Saxton SN, Clark BJ, Withers SB, et al. Mechanistic Links Between Obesity, Diabetes, and Blood Pressure: Role of Perivascular Adipose Tissue. *Physiol Rev*. 2019;99(4):1701–1763.
3. Raposeiras-Roubín S, Abu-Assi E, Paz RC, et al. Impact of malnutrition in the embolic-haemorrhagic trade-off of elderly patients with atrial fibrillation. *Europace*. 2020;22(6), 878–887.
4. Wei W, Zhang L, Li G, et al. Prevalence and prognostic significance of malnutrition in diabetic patients with coronary artery disease: a cohort study. *Nutrition & Metabolism*. 2021;18(102).
5. Phan Thanh Thủy and Trần Khánh Toàn. Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại Tỉnh Quảng Bình. *VMJ*. 2022;519(1).
6. Nguyễn Thị Duyên (2016). Tình Trạng Dinh Dưỡng, Thói Quen Ăn Uống và Lối Sống Của Bệnh Nhân Tăng Huyết Áp Tại Khoa Nội Bệnh Viện Đa Khoa Đông Hưng Thái Bình Năm 2015., Đại học Y Hà Nội.
7. Bệnh viện Bạch Mai (2013). *Tư vấn dinh dưỡng cho người trưởng thành*, Nhà xuất bản Y học, Bệnh viện Bạch Mai.
8. Viện Dinh dưỡng (2016). *Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Viện Dinh Dưỡng.
9. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018;71(6), e13–e115.
10. Phạm Duy Tường (2018). *Dinh Dưỡng và An Toàn Thực Phẩm*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Đại học Y Hà Nội.
11. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004;363(9403):157-63.
12. Milicevic T, Radić J, Radman M, et al. Nutrition status of patients with arterial hypertension in acute hospital setting. *Journal of Hypertension*. 2018;36, e137.
13. Kwatek A, Gasowski J, Krolczyk J, et al. (2010). Blood pressure level and duration of hypertension as parameters associated with cerebral hemodynamics in hypertension. *Journal of Hypertension*, 28, e147.
14. Yang Z, Wei X, Fu B, et al. Prevalence and Prognostic Significance of Malnutrition in Hypertensive Patients in a Community Setting. *Front Nutr*. 2022;9, 822376.
15. Huỳnh Ngọc Diệp (2016). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tăng huyết áp nằm viện tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Tháp Mười. <<https://timmachhoc.vn/nghien-cuu-dac-diem-lam-sang-can-lam-sang-benh-nhan-tang-huyet-ap-nam-vien-tai-benh-vien-da-khoa-khu-vuc-thap-muoi/>>, accessed: 09/29/2022.
16. Lê Thanh Chiến, Lý Huy Khanh và Đỗ Công Tâm. Khảo sát mối tương quan giữa tăng huyết áp với BMI, vòng eo, tỉ số eo mông ở người dân phường Hòa Thạnh quận Tân Phú. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2011;15.

- 17.Hossain FB, Adhikary G, Chowdhury AB, et al. Association between body mass index (BMI) and hypertension in south Asian population: evidence from nationally-representative surveys. *Clinical Hypertension*. 2019;25(28).
- 18.Choi JR, Koh SB, and Choi E. Waist-to-height ratio index for predicting incidences of hypertension: the ARIRANG study. *BMC Public Health*.2018;18(1):767.
- 19.Landi F, Calvani R, Picca A, et al. Body Mass Index is Strongly Associated with Hypertension: Results from the Longevity Check-Up 7+ Study. *Nutrients*. 2018;10(12), 1976.
- 20.Phạm Văn Bắc (2016). *Tình Trạng Dinh Dưỡng, Khẩu Phần Ăn Thực Tế và Thói Quen Ăn Uống Của Bệnh Nhân Tại Khoa Nội Tim Mạch Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Bắc Ninh Năm 2015-2016*, Đại học Y Hà Nội.
- 21.Grillo A, Salvi L, Coruzzi P, et al. Sodium Intake and Hypertension. *Nutrients*. 2019;11(9), E1970.
- 22.Mente A, O'Donnell M, and Yusuf S. Sodium Intake and Health: What Should We Recommend Based on the Current Evidence?. *Nutrients*. 2021;13(9),3232.
- 23.Filippini T, Naska A, Kasdagli MI, et al. Potassium Intake and Blood Pressure: A Dose-Response Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Am Heart Assoc*. 2020;9(12):e015719.