Nghiên cứu gốc

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TỚI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI 40-69 TUỔI TẠI TỈNH THÁI NGUYÊN NĂM 2023

Nguyễn Thị Diệp Anh✉, Trần Thanh Dương, Hoàng Thu Nga, Phạm Thị Đức Hạnh, Vũ Thị Thu Hiền, Nguyễn Hữu Chính

Viện Dinh dưỡng, Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố nguy cơ tới bệnh tăng huyết áp (THA) ở người trưởng thành 40-69 tuổi.

Phương pháp: Nghiên cứu bệnh-chứng tiến hành tại thành phố Thái Nguyên ở 126 người 40-69 tuổi, gồm 67 người bệnh THA và 59 người không THA. Sử dụng bộ câu hỏi thiết kế sẵn để phỏng vấn thu thập số liệu gồm: thông tin chung, hoạt động thể lực, sử dụng đồ uống có cồn, hút thuốc lá, thói quen ăn uống, tần suất sử dụng thực phẩm. Đo huyết áp và cân đo nhân trắc.

Kết quả: Nhóm người THA có trụng bình vòng eo ở nữ giới là 83,03 ± 8,75 cm và vòng mông 94,91 ± 5,99 cm cao hơn tương ứng so với vòng eo và vòng mông của nữ giới ở nhóm không THA (vòng eo: 77,29 ± 6,88 cm; vòng mông: 90,48 ± 5,53) với $p<0,01$. Tỷ lệ thừa cân béo phì ở nhóm THA là 64,2% cao hơn có YNTK so với nhóm đối chứng (45,8%) với $p<0,05$. Tỷ lệ đối tượng sử dụng thực phẩm chế biến sẵn từ thịt cá với tần suất cao ở nhóm THA là 23,9% cao hơn so với nhóm không THA (3,4%) với $p < 0,05$. Tỷ lệ đối tượng sử dụng rau với tần suất cao ở nhóm THA 65,7% thấp hơn so với nhóm không THA (88,1%) với $p < 0,01$.

Kết luận: Tình trạng thừa cân béo phì, tiêu thụ nhiều thực phẩm chế biến sẵn từ thịt cá và ít sử dụng rau liên quan có ý nghĩa thống kê tới tình trạng tăng huyết áp.

Từ khóa: Tăng huyết áp, thừa cân béo phì, yếu tố nguy cơ.

RISK FACTORS FOR HYPERTENSION AMONG ADULTS AGED 40-69 YEARS IN THAI NGUYEN PROVINCE IN 2023

ABSTRACT

Aims: To evaluate risk factors associated with hypertension among adults aged 40-69 years.

Methods: A comparative descriptive study was conducted in Thai Nguyen city on 126 individuals aged 40-69 years, comprising a hypertensive group (n=67) and a non-hypertensive group (n=59). Data collection utilized pre-designed questionnaires covering: general information, physical activity, alcohol consumption, smoking habits, dietary habits, and food consumption frequency. Blood pressure measurements and anthropometric assessments were performed.

Results: In the hypertensive group, females had significantly higher mean waist circumference (83.03 ± 8.75 cm) and hip circumference (94.91 ± 5.99 cm) compared to females in the non-hypertensive group (waist: 77.29 ± 6.88 cm; hip: 90.48 ± 5.53 cm) ($p<0.01$).

✉ Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Diệp Anh
Email: nguyenthidiepanh@gmail.com
Doi: 10.56283/1859-0381/843.

Nhận bài: 16/10/2024 Chỉnh sửa: 1/11/2024
Chấp nhận đăng: 5/11/2024
Công bố online: 6/11/2024

The prevalence of overweight and obesity was significantly higher in the hypertensive group (64.2%) compared to the control group (45.8%) ($p<0.05$). The proportion of subjects consuming processed meat and fish products at high frequency was significantly higher in the hypertensive group (23.9%) compared to the non-hypertensive group (3.4%) ($p<0.05$). The proportion of subjects consuming vegetables at high frequency was significantly lower in the hypertensive group (65.7%) compared to the non-hypertensive group (88.1%) ($p<0.01$).

Conclusion: Overweight and obesity status, high consumption of processed meat and fish products, and low vegetable consumption were statistically significantly associated with hypertension status.

Keywords*: Hypertension, rick factors, overweight and obesity.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, tại các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam, cùng với sự phát triển của xã hội ngày càng gia tăng tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm trong đó có bệnh THA. Theo diễn đàn kinh tế Thế giới dự báo, đến năm 2025, sẽ có gần ba phần tư người mắc THA sống ở các nước đang phát triển [1]. Phòng ngừa, phát hiện, điều trị và kiểm soát tình trạng này nên được ưu tiên cao. Tại Việt Nam, kết quả điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (STEPS) năm 2015 và năm 2020 cho thấy, tỉ lệ THA đã gia tăng đáng kể từ 18,9% năm 2015 lên 26,2% năm 2020 [2,3]. Tỷ lệ THA ở Thái Nguyên khá cao, theo Phạm Thị Lệ Thu (2022) cho thấy, có tới 39,2% người trưởng thành (>18 tuổi) tại tỉnh Thái Nguyên bị THA trong đó tính riêng ở người cao tuổi (>70 tuổi) tỉ lệ THA lên đến 55,3% [4]. Các nghiên cứu công bố cho thấy, người hút thuốc lá, ăn mặn có nguy cơ THA cao trên 8 lần so với người không hút thuốc hoặc không ăn mặn [5]. Theo công bố của tác giả Lê Hoài Thu (2020) [6], Trần Quốc Cường (2020) [7], Hoàng Văn Hùng (2022) [8] đều cho thấy có mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, uống rượu bia, ít hoạt động thể lực, thừa cân béo phì tới bệnh THA. Các yếu tố nguy cơ gây THA bao gồm các yếu tố có thể thay đổi được và không thể thay đổi được. Những thay đổi về lối sống như chế độ ăn uống, hoạt động thể chất, sử dụng rượu, hút thuốc lá, cũng như yếu tố béo phì, đều được coi là yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được. Việc tập trung vào các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được là những cách để ngăn ngừa và kiểm soát bệnh THA.

Nghiên cứu đánh giá các yếu tố nguy cơ gây THA trên người trưởng thành 40-69 tuổi sẽ cung cấp thông tin khoa học cho các nghiên cứu can thiệp, hỗ trợ cho công tác kiểm soát huyết áp cho nhóm bệnh này. Thái Nguyên là tỉnh không quá xa so với Hà Nội, được sự nhất trí của chính quyền địa phương cho phép triển khai nghiên cứu, cán bộ Y tế nhiệt tình và với tỷ lệ THA cao thuận lợi cho việc thu thập mẫu nghiên cứu. Do vậy nghiên cứu đã được triển khai với mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố nguy cơ tới bệnh tăng huyết áp ở người trưởng thành 40-69 tuổi.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu bệnh-chứng tại Thành phố Thái Nguyên. Nghiên cứu sử dụng thống kê suy luận dựa trên ước lượng khoảng (nghiên cứu giữa 2 mẫu độc lập, xác định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ). Thời gian nghiên cứu từ tháng 2/2023 đến tháng 12/2023.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người trưởng thành có độ tuổi từ 40 đến 69, sinh sống tại thành phố Thái Nguyên tỉnh Thái Nguyên, đồng ý tham gia và chấp thuận tuân thủ các yêu cầu của nghiêng cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn nhóm THA: Người có huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg, hoặc đang dùng thuốc hạ huyết áp.

Tiêu chuẩn lựa chọn nhóm không THA: người không bị THA, có HA tâm thu < 130 mmHg và HA tâm trương < 85 mmHg

Tiêu chí loại trừ các đối tượng tham gia nghiên cứu: mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) hoặc có bệnh lý suy tim, suy thận, ung thư, người có dị tật hình dáng cơ thể như gù vẹo, các dị tật bẩm sinh, câm, điếc, lú lẫn, rối loạn tâm thần.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Công thức tính cỡ mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu xác định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ [9]

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\propto}{2}}[p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)]}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu cho từng nhóm; Z là giá trị từ phân bố chuẩn, với mức tin cậy 95% thì Z = 1,96; p_1: Tỷ lệ hút thuốc lá ở nhóm THA, p_1 = 49,6%; p_2: Tỷ lệ hút thuốc lá ở nhóm không THA, p_2 = 7,7%; p_1, p_2 dựa vào nghiên cứu trước [5]; d: sai số tuyệt đối, chọn d = 0,16. Thay các giá trị trên vào công thức tính được cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu là 59 đối tượng/1 nhóm. Vậy tổng cỡ mẫu cần thiết của nghiên cứu là 118 đối tượng. Trên thực tế đã điều tra được 126 đối tượng nghiên cứu.

Chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích. Nhóm THA: là những người đang điều trị ngoại trú bệnh THA tại trung tâm Y tế thành phố Thái Nguyên. Nhóm không THA gồm những người có huyết áp (HA) bình thường, đang sinh sống tại phường Thịnh Đán, Thành phố Thái Nguyên.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Nghiên cứu đã thực hiện phỏng vấn bằng bộ câu hỏi đã thiết kế sẵn để thu thập các thông tin cơ bản của đối tượng (tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, học vấn, nghề nghiệp), Đo huyết áp bằng máy Omron. Sử dụng cân thước để cân đo thu thập các số đo nhân trắc (cân nặng, chiều cao, chu vi vòng eo, chu vi vòng mông).

- Sử dụng chỉ số khối cơ thể Body Mass Index (BMI) để đánh giá tình trạng dinh dưỡng: Phân loại theo Tổ chức Y tế giới (WHO) áp dụng cho người Châu Á, thiếu cân khi BMI < 18,5 kg/m^2, bình thường khi BMI từ 18,5 - 22,9; thừa cân khi BMI từ 23 - 24,9; Béo phì độ I khi BMI từ 25 – 29,9; Béo phì độ II khi BMI ≥ 30 kg/m^2. Béo trung tâm khi chu vi vòng eo ≥ 90 cm ở nam giới và ≥ 80 cm ở nữ giới [10].

- Chẩn đoán huyết áp (HA) theo hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã của Bộ Y tế năm 2019 [11]. Huyết áp bình thường khi HA tâm thu < 130 mmHg và HA tâm trương < 85 mmHg; Huyết áp bình thường cao: HA tâm thu từ 130 đến 139 mmHg và/hoặc HA tâm trương từ 85 đến 89 mmHg; Tăng huyết áp: HA tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg hoặc người đang điều trị dùng thuốc hạ huyết áp.

- Sử dụng bộ câu hỏi đã thiết kế sẵn để phỏng vấn thông tin chung và các yếu tố nguy cơ THA trên các đối tượng tham gia nghiên cứu. Đánh giá hoạt động thể lực, dựa vào bảng câu hỏi hoạt động thể chất (IPAQ: International physical activity questionnarire) [12]. Hoạt động thể lực đạt ≥ 600 MET/tuần (MET: metabolic equivalent task), trong đó: mỗi 1 phút hoạt động thể lực mạnh tương đương 8 MET; mỗi 1 phút hoạt động thể lực trung bình tương đương 4 MET; đi bộ 1 phút tương đương 3,3 MET. Đánh giá mức độ sử dụng rượu bia dựa theo bộ dụng cụ sàng lọc AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test - Công cụ xác định rối loạn do sử dụng rượu, bia) của Tổ chức Y tế thế giới [13]. Tổng điểm từ 0 đến tối đa là 40, phân loại: mức nguy cơ thấp: 0-7 điểm; mức nguy cơ cao: trên 8 điểm.

2.5. Sai số và khắc phục

Các sai số có thể gặp phải gồm sai số thông tin phỏng vấn chưa chính xác, thiếu thông tin, người được phỏng vấn gặp khó khăn trong việc trả lời. Cách khắc phục: điều tra viên được tập huấn và thực hành kỹ năng phỏng vấn, được làm quen và thử nghiệm bộ câu hỏi trước khi điều tra; số liệu được làm sạch trước khi nhập máy tính. Trong quá trình xử lý số liệu, sử dụng các phép phân tích thống kê để kiểm soát các yếu tố nhiễm và sai số.

2.6. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Giá trị của các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình (TB) ± độ lệch chuẩn (SD). Đánh giá sự khác biệt giữa các cặp giá trị trung bình bằng kiểm định Test student (t-test). Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%). Đánh giá sự khác biệt giữa các cặp tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 test. Các yếu tố nguy cơ đối với tăng huyết áp được xác định bằng phân tích hồi quy đa biến logistic regression và được trình bày theo OR (95%CI).

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức - Viện Dinh dưỡng thông qua. Được sự phối hợp của trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên và Trung tâm Y tế thành phố Thái Nguyên. Người tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích, nội dung, quyền lợi khi tham gia và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào. Tất cả các dụng cụ sử dụng trong nghiên cứu đều đảm bảo an toàn tuyệt đối, không gây tổn thương hoặc rủi ro cho người tham gia.

III. KẾT QUẢ

Kết quả ở Bảng 1 cho thấy, ở nhóm THA trung bình huyết áp tâm thu là: 147,21 ± 20,49 và huyết áp tâm trương là 88,48 ± 11,33. Tuổi trung bình của nhóm không THA là 57,92 ± 8,35 thấp hơn có ý nghĩa thống kế (YNTK) so với nhóm THA là 62,81 ± 5,57. Không có sự khác biệt về giới tính giữa hai nhóm.

Bảng 2 trình bày tình trạng dinh dưỡng của đối tượng tham gia nghiên cứu. Ở nhóm THA trung bình vòng eo của nữ giới là (83,03 ± 8,75 cm) và trung bình vòng mông của nữ giới là (94,91 ± 5,99 cm) cao hơn có YNTK so với nhóm không THA (vòng eo của nữ giới: 77,29 ± 6,88 cm; vòng mông nữ giới: 90,48 ± 5,53 cm) với p<0,01. Không thấy sự khác biệt về trung bình vòng eo và vòng mông ở nam giới giữa hai nhóm. Tình trạng dinh dưỡng ở nhóm không THA chủ yếu là bình thường (52,5%), trong khi ở nhóm bệnh nhân THA tỷ lệ béo phì là cao nhất (35,8%). Không có sự khác biệt về các chỉ số BMI giữa hai nhóm nghiên cứu với p>0,05.

Bảng 1. *Một số đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu*

Đặc điểm chung	THA (*n*=67)	Không THA (n=59)	*p*
Huyết áp tâm thu (mmHg)	147,21 ± 20,49	122,93 ± 12,41	0,000
Huyết áp tâm trương (mmHg)	88,48 ± 11,33	76,53 ± 7,60	0,000
Tuổi trung bình	62,81 ± 5,57	57,92 ± 8,35	0,000
Giới tính nam	34 (50,7)	28 (47,5)	0,713

THA: tăng huyết áp. Số liệu được trình bày dưới dạng (trung bình ± SD) ngoại trừ giới tính theo n(%); t-test hoặc Fisher's exact test được sử dụng để so sánh giữa hai nhóm.

Bảng 2. *Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng tham gia nghiên cứu*

Đặc điểm chung	THA (n=67)		Không THA (n=59)		*p*
Vòng eo (cm)					
Nam	34	85,44 ± 9,11	28	81,64 ± 7,14	0,077
Nữ	33	83,03 ± 8,75	31	77,29 ± 6,88	0,005
Vòng mông (cm)					
Nam	34	94,44 ± 6,56	28	92,89 ± 6,12	0,345
Nữ	33	94,91 ± 5,99	31	90,48 ± 5,53	0,003
BMI (kg/m^2)		23,84 ± 2,55		23,41 ± 2,71	0,363
Tình trạng dinh dưỡng	n	%	n	%	*p*
Thiếu cân (BMI < 18,5)	4	6,0	1	1,7	0,051
Bình thường (BMI 18,5-22,9)	20	29,9	31	52,5	
Thừa cân (BMI 23 - 24,9)	19	28,4	10	16,9	
Béo phì (BMI ≥25)	24	35,8	17	28,8	

Số liệu được trình bày dưới dạng (trung bình ± SD) và tỷ lệ %; t-test hoặc Fisher's exact test được sử dụng để so sánh giữa hai nhóm.

Kết quả ở Bảng 3 cho thấy, tỷ lệ thừa cân và béo phì ở nhóm bệnh nhân THA là 64,2% cao hơn có đối chứng (45,8%) với p<0,05. Tỷ lệ đạt mức hoạt động thể lực theo khuyến cáo của WHO cả ở hai nhóm đều ở mức khá cao (79,7% và 83,6%). Không thấy sự khác biệt về tỷ lệ sử dụng rượu bia ở mức nguy cơ cao, hoạt động thể lực và tỷ lệ hút thuốc lá giữa 2 nhóm nghiên cứu (p>0,05).

Bảng 3. *Một số yếu tố nguy cơ tới bệnh THA ở các đối tượng nghiên cứu.*

Yếu tố nguy cơ		THA (n=67)	Không THA (n=59)	p
Hoạt động thể lực	Không đạt	11(16,4)	12 (20,3)	0,570
	Đạt	56 (83,6)	47 (79.7)	
Hút thuốc lá	Có	9 (13,4)	11 (18,6)	0,424
	Không	58 (86,6)	48 (81,4)	
Sử dụng rượu bia	Nguy cơ cao	9 (13,4)	4 (6,8)	0,221
	Nguy cơ thấp	58 (86,6)	55 (93,2)	
Thừa cân, béo phì	Có	43 (64,2)	27 (45,8)	0,038
	Không	24 (35,8)	32 (54,2)	

Số liệu được trình bày dưới dạng tỷ lệ (%); χ^2 test hoặc Fisher's exact test được sử dụng để so sánh giữa hai nhóm.

Bảng 4. *Tần suất sử dụng một số nhóm thực phẩm của đối tượng nghiên cứu*

Tần suất sử dụng một số loại thức ăn		THA (n=67)	Không THA (n=59)	p
Thực phẩm chế biến sẵn từ thịt cá	> 2 lần/ tuần	16 (23,9)	2 (3,4)	0,000
	≤ 2 lần/ tuần	51(76,1)	57 (96,6)	
Trứng các loại	> 2 lần/ tuần	43 (64,2)	30 (50,9)	0,028
	≤ 2 lần/ tuần	24 (35,8)	29 (49,1)	
Mỡ động vật	> 2 lần/ tuần	27 (40,3)	19 (32,2)	0,029
	≤ 2 lần/ tuần	40 (59,7)	40 (67,8)	
Rau	> 1 lần/ngày	44 (65,7)	52 (88,1)	0,006
	≤ 1 lần/ngày	23 (34,3)	7 (11,9)	

Số liệu được trình bày dưới dạng tỷ lệ (%); χ^2 tes hoặc Fisher's exact test được sử dụng để so sánh giữa hai nhóm.

Theo Bảng 4, tần suất sử dụng các sản phẩm chế biến sẵn từ thịt cá, trứng, mỡ động vật ở nhóm bệnh nhân THA cao hơn có YNTK so với nhóm không THA với p < 0,05. Trong khi tần suất sử dụng rau ở nhóm không THA nhiều hơn có YNTK so với nhóm THA với p<0,01.

Không có sự khác biệt có YNTK giữa 2 nhóm về tần suất sử dụng: sữa, đồ ăn ngọt, nước ngọt, rượu bia đồ uống có cồn, cà phê, phủ tạng động vật, hải sản, đậu đỗ, đậu phụ, quả chín, đồ hộp, các thực phẩm xào rán, các món kho mặn (p>0,05).

Theo Bảng 5, những người có tần xuất sử dụng thực phẩm chế biến sẵn từ thịt cá cao (≥ 2 lần/tuần) có nguy cơ THA cao với OR(95%CI)=8,94(1,96–40,79) so với những người có tần xuất sử dụng ít hơn (< 2 lần/tuần). Những người có tần suất sử dụng rau ít (≤ 1 lần/ngày) có nguy cơ THA cao với OR(85%CI)=3,88 (1,52–9,91) so với những người có tần suất tiêu thụ rau > 1 lần/ngày. Tương tự như vậy, những người có BMI ≥ 23 có nguy cơ THA cao với OR(95%CI)= 2,12 (1,04 – 4,34) so với những người có BMI < 23. Không thấy sự khác biệt về các yếu tố nguy cơ hoạt động thể lực, uống rượu bia, hút thuốc lá, ăn mỡ động vật đến nguy cơ THA ở hai nhóm.

Bảng 5. *Một số yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp từ phân tích đa biến*

Yếu tố liên quan đến bệnh THA	THA n = 67		Không THA n = 59		OR (95% CI)
	n	%	n	%	
Hoạt động thể lực					
Không đạt	11	47,8	12	52,2	1,0
Đạt	56	54,4	47	45,6	0,77 (0,31 – 1,90)
Hút thuốc lá					
Có	9	45,0	11	55,0	1,0
Không	58	54,7	48	45,3	0,68 (0,26 – 1,77)
Sử dụng rượu bia					
Nguy cơ cao	9	69,2	4	30,8	2,13 (0,62 – 7,33)
Nguy cơ thấp	58	51,3	55	48,7	1,0
Tần suất sử dụng thực phẩm chế biến sẵn từ thịt cá					
≥ 2 lần/tuần	16	88,9	2	11,9	8,94 (1,96–40,79)
<2 lần/tuần	51	47,2	57	52,8	1,0
Mỡ động vật					
> 2 lần/tuần	27	58,7	19	41,3	1,42 (0,68 – 2,96)
≤ 2 lần/tuần	40	50	40	50	1,0
Tần suất sử dụng rau					
≤1 lần/ngày	23	76,7	7	23,3	3,88 (1,52 – 9,91)
>1 lần/ngày	44	45,8	52	54,2	1,0
Chỉ số khối cơ thể					
≥ 23 kg/m^2	43	61,4	27	38,6	2,12 (1,04 – 4,34)
< 23 kg/m^2	24	42.9	32	57,1	1,0

Bảng 6. *Mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến đánh giá mối liên quan các yếu tố nguy cơ đối với tăng huyết áp*

Yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp	Đơn biến			Đa biến		
	OR	(95% CI)	p	OR	(95%CI)	p
Tần suất sử dụng thực phẩm chế biến sẵn từ thịt cá						
≥ 2 lần/tuần	8,94	(1,92-82,72)	0,001	7,69	(1,62-36,6)	0,010
<2 lần/tuần*	1,0			1,0		
Tần suất sử dụng rau						
≤1 lần/ngày	3,88	(1,43-11,65)	0,003	3,48	(1,29-9,36)	0,014
>1 lần/ngày*	1,0			1,0		
Chỉ số khối cơ thể, kg/m^2						
≥ 23	2,12	(1,03-4,62)	0,038	2,24	(1,03-4,87)	0,04
< 23*	1,0			1,0		

** Nhóm tham chiếu*

Kết quả Bảng 6 cho thấy, các yếu tố nguy cơ tới bệnh THA như tần xuất sử dụng thực phẩm chế biến sẵn cao (≥ 2 lần/tuần), hoặc có tần suất sử dụng rau ít (≤ 1 lần/ngày) và yếu tố thừa cân béo phì (BMI ≥ 23) đều liên quan có ý nghĩa thống kê đến bệnh THA.

V. BÀN LUẬN

Mục tiêu điều trị THA nhằm ngăn ngừa hoặc làm chậm tiến triển các biến chứng của THA trên cơ quan đích với "Huyết áp mục tiêu" cần đạt là < 140/90 mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Kết quả trong nghiên cứu cho thấy, trên nhóm người bệnh THA đang điều trị nhưng mức độ kiểm soát huyết áp chưa đạt mục tiêu với mức trung bình huyết áp tâm thu (147,21 ± 20,49 mmHg). Tình trạng thừa cân béo phì có tác động bất lợi lên tất cả các vấn đề sức khỏe, gây ra nhiều bệnh lý mạn tính không lây nhiễm như: THA, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch, tăng lipid máu, làm giảm chất lượng sống. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thừa cân béo phì ở nhóm THA là 64,2 % cao hơn có YNTK so với nhóm không THA (45,8%), kết quả này đồng thuận với nghiên cứu của Trần Quốc Cường (2019) tại thành phố Hồ Chí Minh; Hoàng Văn Hùng (2021) tại tỉnh Tuyên Quang; Phan Thanh Thủy (2022) tại tỉnh Quảng Bình đều cho kết quả tỷ lệ thừa cân béo phì ở các bệnh nhân THA cao hơn các đối tượng không bị THA (p<0,05) [7,8,14]. Tỷ lệ thừa cân béo phì ở nhóm THA trong nghiên cứu của chúng tôi (thừa cân 28,4%; béo phí 35,8%) thấp hơn so với nghiên cứu của Pawel và cộng sự (2021) trên 76 đối tượng là bệnh nhân THA có tỷ lệ thừa cân là 38,1%, tỷ lệ béo phì là 59,9% [15]. Trung bình vòng eo, vòng mông ở nữ giới của nhóm bệnh nhân THA (83,03 ± 8,75 cm) và trung bình vòng mông (94,91 ± 5,99 cm) đều cao hơn so với nhóm không THA (tương ứng: 77,29 ± 6,88 cm; vòng mông nữ giới: 90,48 ± 5,53 cm) với p<0,01. Kết quả này đồng thuận với kết quả Trần Quốc Cường (2019), Phan Thanh Thủy (2022), Hoàng Đức Thuận Anh (2010), đều cho kết quả vòng eo tăng có liên quan tới bệnh THA [7,14,16].

Thay đổi lối sống, hay là liệu pháp không dùng thuốc, đóng một vai trò quan trọng ở cả bệnh nhân THA và không THA. Duy trì lối sống lành mạnh có thể làm giảm huyết áp tâm thu xuống 3,5 mm Hg và giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (CVD) khoảng 30% [17]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực ở nhóm không THA (20,3%) và ở nhóm THA (16,4%) có phần thấp hơn so với kết quả điều tra toàn quốc năm 2020 về các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (22,2%) [3]. Sử dụng rượu bia ở mức nguy cơ cao của nhóm bệnh nhân THA trong nghiên cứu này là 13.4% và nhóm không THA là 6,8%. Tỷ lệ này tương tự như kết quả điều tra toàn quốc năm 2020 ở nhóm THA là 14,6% cũng như của Lê Hoài Thu năm 2020 tại tỉnh Thái Nguyên có tỷ lệ uống rượu bia quá mức khuyến cáo ở bệnh nhân THA là 11,5% và nhóm không THA là 7,3% [3,6].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tần suất sử dụng các thực phẩm chế biến sẵn từ thịt, cá; trứng; mỡ động vật ở các bệnh nhân THA sử dụng nhiều hơn so với nhóm người không THA. Trong khi tần suất sử dụng rau ở bệnh nhân THA ít hơn so với nhóm đối chứng (p<0.05). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu Trần Quốc Cường (2019) cho thấy thói quen ăn mỡ động vật có liên quan với bệnh THA (p<0,001) [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Bình và Dương Phúc Lam

năm 2022- 2023 ở tỉnh Cà Mau thấy rằng yếu tố ăn nhiều chất béo liên quan đến bệnh THA (p<0,001) [18].

Khi phân tích mối liên quan của một số yếu nguy cơ tới bệnh THA (bảng 5) kết quả cho thấy những đối tượng có tần xuất sử dụng thực phẩm chế biến sẵn cao (≥ 2 lần/tuần), hoặc có tần suất sử dụng rau ít (≤ 1 lần/ngày) có liên quan đến bệnh THA gần 9 lần lần so với việc ăn thực phẩm chế biến sẵn ít hơn 2 lần/tuần và tăng gần 4 lần nếu ăn ít rau. Những người thừa cân béo phì (BMI ≥ 23) có nguy cơ THA gấp hơn 2 lần so với những người có tình trạng dinh dưỡng bình thường. Nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ đánh giá về thói quen, tần suất sử dụng các nhóm thực phẩm chính có liên quan đến THA mà chưa đi sâu vào khẩu phần các nhóm thực phẩm này để đánh giá tác động của chế độ dinh dưỡng liên quan tới bệnh THA. Tuy vậy kết quả của nghiên cứu cũng phần nào nhấn mạnh việc cần duy trì một chế độ ăn lành mạnh như giảm sản phẩm chế biến sẵn, mỡ động vật hoặc chế độ ăn thêm rau ở bệnh nhân THA.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 126 đối tượng ở Thành phố Thái Nguyên cho thấy, tình trạng thừa cân béo phì, tiêu thụ nhiều thực phẩm chế biến sẵn từ thịt cá và ít sử dụng rau là những yếu tố nguy cơ đối với tình trạng tăng huyết áp.

Tài liệu tham khảo

1. World Economic (2011). "Global Economic Burden of Non-communicable Diseases," in World Economic Forum and the Harvard School of Public Health.
2. Bộ Y tế, Cục Y tế dự phòng (2016). "Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam năm 2015."
3. Cục Y tế dự phòng (2021). Báo cáo tóm tắt "Điều tra quốc gia yếu tô nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam 2020."
4. Phạm Thị Lệ Thu (2022). Thực trạng bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp ở người trưởng thành tại tỉnh Thái Nguyên năm 2020. Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường. số 51 trang 70-72.
5. Trần Thị Quỳnh Chi, Trần Thị Thùy Trang, Nguyễn Văn Tâm. Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp của người dân xã Trân Châu, Cát Hải, Hải Phòng. Tạp chí Y học Việt Nam tập 509 – tháng 12 – số chuyên đề 2021.
6. Lê Hoài Thu, Đào Minh Nam và Cộng sự (2020). Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại thành phố Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 484 số 1 trang 221-225
7. Trần Quốc Cường, Lê Văn Bảo, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Văn Chức. Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người từ 18 - 69 tuổi tại quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018-2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2020; 30(6): 17-26.
8. Hoàng Văn Hùng, Nguyễn Văn Kiên, Đàm Khải Hoàn. Thực trạng tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang năm 2021.Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 516(1): 155-160.
9. Hoàng Văn Minh, Lưu Ngọc Hoạt. Phương pháp chọn mẫu và tính toán cỡ mẫu trong nghiên cứu khoa học sức. Trường Đại học Y tế công cộng – mạng lưới nghiên cứu khoa học sức khỏe Việt Nam. 2020. Mục 1.5 Nghiên cứu gồm 2 mẫu độc lập, xác định sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ (trang 32).
10. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì Quyết định 2892/QĐ-BYT ngày 22 tháng 10 năm 2022.
11. Bộ Y tế (2019). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã (Ban hành kèm theo Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20 tháng 12 năm 2019).
12. Van Dinh Tran, Van Vuong Do, et al (2020), "Validity of the International Physical Activity Questionnaire–Short Form for Application in Asian Countries: A Study in Vietnam" Disease Prevention and Health

Promotio - Evaluation & the Health Professions, Vol. 43(2) 105-109.

13. Bộ Y tế (2020), "Hướng dẫn sàng lọc và can thiệp giảm tác hại cho người có nguy cơ sức khỏe do uống rượu, bia tại cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu và tại cộng đồng – Quyết định số 4946/QĐ-BYT ngày 26/11/2020 của Bộ Trưởng Bộ Y tế.
14. Phan Thanh Thủy, Trần Khánh Toàn. Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại tỉnh Quảng Bình. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022; 519(1):208-212.
15. Paweł Ga´c, et al. (2021). The Total Antioxidant Status, Serum Selenium Concentrations and the Ultrasound Assessment Carotid Intima Media Thickness in Patients with Arterial Hypertension. Antioxidants 10, 63.
16. Hoàng Đức Thuận Anh, Hoàng Đình Tuyên, Nguyễn Thanh Nga, Nguyễn Văn Tập, Võ Thị Kim Anh. Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi tại huyện Hương Thủy, Thừa Thiên Huế.Tạp chí Y học Thực Hành. 2013; 876(7): 135-138.
17. Theodora, Solomon Boamah, Yudong Miao, et al. Comprehensive effects of lifestyle reform, adherence, and related factors on hypertension control: A review. J Clin Hypertens (Greenwich). 2023 May 9;25(6):509–520.
18. Nguyễn Văn Bình, Nguyễn Phúc Lam. Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp và đánh giá kết quả can thiệp ở người tăng huyết áp từ 25 tuổi trở lên tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau năm 2022-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 352(1): 174-179.