

Nghiên cứu gốc

NGUY CƠ TIM MẠCH CỦA CÁN BỘ THUỘC DIỆN QUẢN LÝ SỨC KHOẺ TẠI BAN BẢO VỆ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2024

Nguyễn Thị Hương¹, Ninh Thị Nhung¹, Bùi Thị Mai Hương²,
Phạm Thị Kiều Chinh^{1,✉}, Phạm Văn Thuý³,

¹ Trường Đại học Y Dược Thái Bình

² Viện Dinh dưỡng, Hà Nội

³ Bệnh viện Vinmec Times City

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá nguy cơ tim mạch của cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tại Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe tỉnh Thái Bình năm 2024

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang, sử dụng số liệu thứ cấp từ hồ sơ bệnh án của những người từ 40 đến 60 tuổi được quản lý sức khỏe tại Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe tỉnh Thái Bình đã khám sức khỏe định kỳ tháng 12 năm 2024. Nguy cơ tim mạch được đánh giá bằng thang điểm SCORE_VN và SCORE_VN_{DM2}.

Kết quả: Giá trị trung bình điểm nguy cơ tim mạch trong 10 năm tới ở nam là $4,9 \pm 2,9\%$ cao hơn so với ở nữ là $2,3 \pm 1,7\%$ ($p < 0,001$) và tăng dần theo nhóm tuổi. Phân tầng nguy cơ cho thấy 53,1% đối tượng có nguy cơ ở mức thấp đến trung bình; 42,1% ở mức cao và 4,8% ở mức rất cao.

Kết luận: Nguy cơ tim mạch trong 10 năm tới của cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tại Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe tỉnh Thái Bình ở mức cao. Cần triển khai sàng lọc định kỳ, can thiệp tích cực cho nhóm nguy cơ cao, tăng cường truyền thông thay đổi hành vi và tích hợp quản lý tim mạch vào hệ thống chăm sóc sức khỏe cán bộ.

Từ khoá: nguy cơ tim mạch, 40-60 tuổi, SCORE_VN.

CARDIOVASCULAR RISK AMONG HEALTH MANAGEMENT STAFF AT THE HEALTH CARE PROTECTION DEPARTMENT OF THAI BINH PROVINCE IN 2024

ABSTRACT

Aims: This study aims to evaluate the 10-year cardiovascular risk among health management personnel under the supervision of the Health Care Protection Department of Thai Binh Province in 2024.

Methods: A cross-sectional study was conducted using secondary data from medical records of people aged 40-60 years who were managed by the Thai Binh Provincial Health Care Department and had a periodic health examination in December 2024. Cardiovascular risk was estimated using the SCORE_VN and SCORE_VN_{DM2} tools.

Results: The average of percentage note of cardiovascular risk score for 10 years was $4.9 \pm 2.9\%$ in men, significantly higher than $2.3 \pm 1.7\%$ in women ($p < 0.001$), increasing trend by age. Risk stratification revealed that 53.1% of participants were classified as low to moderate risk, 42.1% as high risk, and 4.8% as very high risk.

✉ Tác giả liên hệ: Phạm Thị Kiều Chinh
Email: phamthikieuchinh@gmail.com
Doi: 10.56283/1859-0381/941

Nhận bài: 30/7/2025 Chính sửa: 5/8/2025
Chấp nhận đăng: 7/8/2025
Công bố online: 8/8/2025

Conclusion: The 10-year cardiovascular risk among this workforce was relatively high, particularly in males and older age groups. These findings underscore the necessity for regular cardiovascular risk screening, targeted interventions for high-risk individuals, enhanced health communication strategies, and the integration of cardiovascular risk management into the routine occupational health care system.

Keywords: cardiovascular risk, 40-60 years, SCORE_VN.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn cầu, chiếm khoảng 32% tổng số ca tử vong [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc bệnh tim mạch đang gia tăng nhanh chóng, đặc biệt trong bối cảnh dân số già hóa, thói quen ăn uống thiếu lành mạnh, ít vận động và gia tăng các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và béo phì [2, 3]. Đáng chú ý, phần lớn các bệnh lý tim mạch đều có thể phòng ngừa hoặc trì hoãn thông qua việc sàng lọc nguy cơ sớm và can thiệp kịp thời.

Việc ước tính và phân tầng nguy cơ là cơ sở cho phòng ngừa tiên phát bệnh tim mạch đặc biệt ở người không có biểu hiện lâm sàng của bệnh. Nghiên cứu của tác giả Đoàn Phạm Phước Long ở người trưởng thành từ 40 - 89 tuổi mắc tiền tăng huyết áp cho thấy nguy cơ tim mạch ước tính trung bình là $13,84 \pm 12,037$ điểm; 51,6% người tham gia có nguy cơ tim mạch rất cao; 23,4% nguy cơ cao và 25,1% nguy cơ thấp-trung bình [4]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Anh Tiên trên 141 người độ tuổi từ 40 - 89 tuổi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế cho thấy điểm ước tính nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP có trung vị là 15,0. Nhóm nguy cơ tim

mạch rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất với 64,5%; nhóm nguy cơ cao và thấp - trung bình với tỷ lệ tương ứng là 22,0% và 13,5% [5].

Trong các nhóm dân cư, cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe - đặc biệt là tại các Ban Bảo vệ Chăm sóc Sức khỏe - là lực lượng có vị trí quan trọng trong hệ thống cán bộ cấp cao. Tuy nhiên, do đặc thù công việc hành chính, áp lực tâm lý cao và ít thời gian vận động, nhóm đối tượng này lại có nguy cơ tích lũy các yếu tố nguy cơ tim mạch mà không được phát hiện kịp thời. Việc đánh giá nguy cơ tim mạch trong vòng 10 năm bằng các công cụ dự đoán chuẩn hóa là một cách tiếp cận hiệu quả để phân tầng đối tượng theo mức nguy cơ, từ đó xây dựng các biện pháp dự phòng phù hợp. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu tập trung vào nhóm cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe của tỉnh, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá nguy cơ tim mạch của cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tại Ban Bảo vệ Chăm sóc Sức khỏe tỉnh Thái Bình năm 2024 nhằm cung cấp số liệu thực tiễn, làm cơ sở đề xuất các giải pháp can thiệp phù hợp để cải thiện sức khỏe tim mạch trong nhóm đối tượng đặc thù này.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua phân tích số liệu thứ cấp từ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án của những người từ 40-60 tuổi được quản lý

và chăm sóc sức khỏe tại Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe tỉnh Thái Bình đã đến khám sức khỏe định kỳ tháng 12/2024 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án của đối tượng đã được chẩn đoán hoặc có

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Áp dụng công thức ước lượng 1 tỷ lệ: $n = Z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-p)/d^2$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu. Với độ tin cậy 95%, ta có $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; p: tỷ lệ đối tượng có nguy cơ tim mạch rất cao trong nghiên cứu của tác giả Đoàn Phạm Phước Long (51,6%), với $p = 0,516$

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Các cán bộ của ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe tỉnh được tập huấn về kỹ thuật sử dụng máy inbody 770. Các bác sỹ của khoa xét nghiệm được thống nhất qui trình các xét nghiệm hóa sinh

Gửi giấy mời đến người trong diện khám sức khỏe định kỳ, thông báo nhin ăn sáng để xét nghiệm; Qui trình khám bệnh được thực hiện cùng một nhóm cán bộ. Mỗi người đến khám lượt theo các bước sau.

- B1: Mỗi người được phát 1 bộ hồ sơ điền đủ các thông tin hành chính: tuổi, giới, thói quen hút thuốc lá, tình trạng bệnh lý mạn tính kèm theo.

- B2: Kiểm tra huyết áp

- B3: Đo chiều cao đứng và phân tích thành phần cơ thể bằng máy inbody 770

- B4: Lấy máu xét nghiệm các chỉ số: Đường huyết lúc đói, HbA1c, tổng cholesterol, LDL-C, HDL-C, triglycerid, Albumin huyết, protein huyết

Phân loại nguy cơ tim mạch [7, 8]: Nguy cơ thấp và trung bình (<2,5% ở nhóm < 50 tuổi và < 5% ở nhóm ≥50 tuổi); Nguy cơ cao (2,5- <7,5% ở nhóm < 50 tuổi và 5- < 10% ở nhóm ≥50 tuổi); Nguy cơ rất cao (≥ 7,5% ở nhóm < 50 tuổi và ≥ 10% ở nhóm ≥50 tuổi)

giấy tờ ghi nhận mắc các bệnh lý tim mạch do xơ vữa; Tiền sử tăng lipid máu nặng có tính chất gia đình (di truyền); Bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh lý thận mạn giai đoạn 3 trở lên.

[6]; d: Độ chính xác mong muốn (sai số cho phép), chọn $d = 0,07$. Tính được $n \approx 196$ đối tượng. Thực tế điều tra 209 đối tượng.

Áp dụng phương pháp chọn mẫu chủ đích, chủ động chọn hồ sơ bệnh án đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu và loại mẫu cho đến khi đủ cỡ mẫu đã tính.

Nghiên cứu đã thực hiện đánh giá nguy cơ tim mạch 10 năm tới trên các đối tượng cán bộ từ 40 đến 60 tuổi được quản lý và chăm sóc sức khỏe tại Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe tỉnh Thái Bình bằng cách khám sàng lọc toàn diện, phỏng vấn đối tượng nghiên cứu, sử dụng thang điểm SCORE_VN cho những cán bộ đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ mẫu, không mắc đái tháo đường; sử dụng thang điểm SCORE_VN_{DM2} cho những cán bộ mắc đái tháo đường. Thang điểm SCORE_VN gồm các biến số: giới tính, tuổi, thói quen hút thuốc, huyết áp tâm thu, cholesterol toàn phần, HDL-C (High Density Lipoprotein-Cholesterol). Thang điểm SCORE_VN gồm các biến số: giới tính, tuổi, tuổi khi được chẩn đoán đái tháo đường, thói quen hút thuốc, huyết áp tâm thu, cholesterol toàn phần, HDL-C, HbA_{1C} (Hemoglobin A_{1C}), creatinin [7].

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng: theo Quyết định 2892/QĐ - BYT năm 2022 của Bộ Y tế phân loại tình trạng dinh dưỡng: suy dinh dưỡng khi BMI (Body Mass Index - Chỉ số khối cơ thể) <18,5 kg/m², bình thường khi 18,5 - 22,9 kg/m², thừa cân béo phì khi BMI ≥ 23kg/m² [9].

- Huyết áp: Đo bằng máy đo huyết áp điện tử Omron dùng 1 cỡ băng quấn cánh tay và pin. Đối tượng ngồi nghỉ 15 phút để chuẩn bị đo. Thực hiện đo huyết áp lặp lại 3 lần cho mỗi đối tượng. Phân độ huyết áp theo tiêu chuẩn của Phân hội Tăng huyết áp Việt Nam - Hội Tim mạch học Việt Nam 2022 [10]. Huyết áp tối ưu: HATT (huyết áp tâm thu) < 120 mmHg và HATTr (huyết áp tâm trương) < 80mmHg. Huyết áp bình thường: HATT 120-129 mmHg và HATT 80-84 mmHg. Tiền THA: HATT 130 - 139 mmHg và hoặc HATTr 85- 89 mmHg.

Tăng HA độ I: HATT 140–150

2.4. Phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập được nhập liệu bằng phần mềm EpiData phiên bản 3.1. Số liệu được kiểm tra, làm sạch, mã hóa biến cần thiết thực hiện trên phần mềm SPSS.20. Các số liệu định lượng sẽ

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua hội đồng xét duyệt đề cương của trường Đại học Y Dược Thái Bình theo quyết định số 436/QĐ-YDTB và Ban bảo vệ và chăm sóc sức khỏe tỉnh Thái Bình cho phép thực hiện. Tất cả các đối tượng nghiên

mmHg và hoặc HATTr 90–99 mmHg. Tăng HA độ II: HATT 160 – 179mmHg và hoặc HATTr 100 -109 mmHg. Tăng HA độ III: HATT $\geq$ 180mmHg và hoặc HATTr $\geq$ 110 mmHg. Tăng HA tâm thu đơn độc: HATT $\geq$ 140 mmHg và HATTr $\leq$ 90mmHg. Tăng HA tâm trương đơn độc :HATT $\leq$ 140 mmHg và HATTr $\geq$ 90mmHg.

- Phân loại rối loạn lipid máu theo Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam 2024 [7]: Cholesterol cao: $\geq$ 5,2 mmol/L; Triglycerid cao: $\geq$ 1,7 mmol/L; LDL-C cao: $\geq$ 3,4 mmol/L; HDL-C thấp: < 1,0 mmol/L (nam), < 1,3 mmol/L (nữ).

được tổng hợp, phân tích và trình bày theo các phương pháp thống kê mô tả với giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Biến phân loại được phân tích mô tả bằng tần số và tỷ lệ %.

cứu đều được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung của nghiên cứu và tự nguyện đồng ý tham gia. Mọi thông tin của đối tượng đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

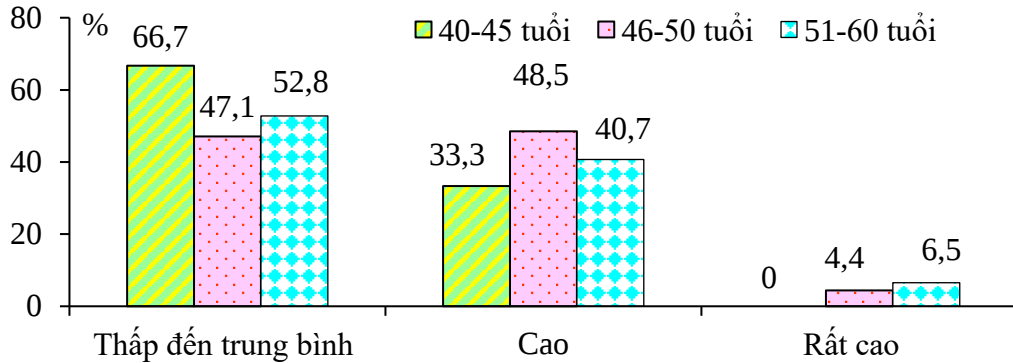
III. KẾT QUẢ

Bảng 2. Nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm tới theo giới, nhóm tuổi (n=209)

Biến số	X ± SD	Min	Max	p _(t - test)
Giới tính				
Nam (n=164)	4,9±2,9	0,9	22,6	<0,001
Nữ (n=45)	2,3±1,7	0,5	8,7	
Nhóm tuổi				
40-45 tuổi (n=33)	2,1±1,6	0,5	7,2	<0,001
46-50 tuổi (n=68)	3,6±1,9	0,9	10,0	
51-60 tuổi (n=108)	5,4±3,2	1,3	22,6	
Tình trạng dinh dưỡng				
Bình thường (n=70)	3,8±3,3	0,5	22,6	>0,05
Thừa cân (n=46)	4,9±3,3	0,7	19,0	
Béo phì độ 1 (n=88)	4,4±2,2	0,7	11,3	
Béo phì độ 2 (n=5)	4,7±3,1	1,6	9,3	
Chung	4,3±2,9	0,5	22,6	

Kết quả bảng trên cho thấy điểm nguy cơ bệnh tim mạch cao nhất ở nam là 22,6%, ở nữ là 8,7%. Điểm trung bình % nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm tới ở nam là $4,9 \pm 2,9\%$ cao hơn so với ở nữ là $2,3 \pm 1,7\%$, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$. Điểm trung bình % nguy cơ

bệnh tim mạch trong 10 năm tới cũng tăng dần theo nhóm tuổi, cao nhất ở nhóm 51-60 tuổi với $5,4 \pm 3,2\%$. Điểm trung bình % nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm tới không có sự khác biệt theo phân loại tình trạng dinh dưỡng.



Hình 1. Phân tầng nguy cơ tim mạch trong 10 năm tới theo nhóm tuổi (n=209)

Kết quả Hình 1 cho thấy tỷ lệ đối tượng có nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm tới ở mức thấp đến trung bình cao nhất ở nhóm từ 40-45 tuổi với 66,7%. Tỷ

lệ đối tượng có nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm tới ở mức rất cao cao nhất ở nhóm từ 51-60 tuổi với 6,5%.

Bảng 3. Phân tầng nguy cơ tim mạch trong 10 năm tới của đối tượng (n=209)

Các tầng	Mức nguy cơ tim mạch		
	Thấp-trung bình	Cao	Rất cao
Tổng chung (n=209)	111 (53,1)	88 (42,1)	10 (4,8)
Giới tính			
Nam (n=164)	72 (43,9)	82 (50,0)	10 (6,1)
Nữ (n=45)	39 (86,7)	6 (13,3)	0 (0,0)
Tình trạng dinh dưỡng			
Bình thường (n=70)	44 (62,9)	22 (31,4)	4 (5,7)
Thừa cân (n=46)	18 (39,1)	25 (54,3)	3 (6,5)
Béo phì (n=93)	49 (52,7)	41 (44,1)	3 (3,2)
Tình trạng lipid máu			
Bình thường	22 (75,9)	6 (20,7)	1 (3,4)
Rối loạn 1 chỉ số (n=51)	32 (62,7)	17 (33,3)	2 (3,9)
Rối loạn 2 chỉ số (n=61)	25 (41,0)	33 (54,1)	3 (4,9)
Rối loạn ≥ 3 chỉ số (n=68)	32 (47,1)	32 (47,1)	4 (5,9)
Tình trạng huyết áp			
Bình thường (n=122)	88 (72,1)	33 (27,0)	1 (0,8)
Tiền tăng huyết áp (n=37)	13 (35,1)	24 (64,9)	0 (0,0)
Tăng huyết áp (n=50)	10 (20,0)	31 (62,0)	9 (18,0)

Số liệu trong bảng trình bày theo tần số (%)

Bảng 3 trình bày nguy cơ tim mạch 10 năm tới phân tầng theo giới tính và các tình trạng dinh dưỡng, lipid máu và huyết áp. Nguy cơ tim mạch ở mức cao chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm nam so với nữ,

nhóm thừa cân béo phì so với bình thường, nhóm có rối loạn lipid máu so với nhóm không rối loạn và nhóm rối loạn tăng huyết áp so với nhóm huyết áp bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 209 cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tại Ban Bảo vệ Chăm sóc Sức khỏe tỉnh Thái Bình, trong độ tuổi từ 40 đến 60. Trong số này, có 164 nam giới (chiếm 78,5%) và 45 nữ giới (chiếm 21,5%). Nhóm tuổi trung niên từ 40 đến 60 là giai đoạn có nguy cơ gia tăng rõ rệt các bệnh lý tim mạch do tác động tích lũy của các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường type 2 và lối sống tĩnh tại.

Đánh giá nguy cơ tim mạch đóng vai trò quan trọng trong phòng ngừa bệnh lý tim mạch. Phương pháp này kết hợp nhiều chỉ số sinh học như lipid máu, glucose, huyết áp với các yếu tố lâm sàng như chỉ số khối cơ thể và tiền sử bệnh. Kết quả đánh giá giúp bác sĩ xác định chiến lược điều trị phù hợp như can thiệp lối sống, điều trị nội khoa, giúp giảm tỷ lệ mắc bệnh tim mạch và nâng cao chất lượng đời sống cho người bệnh. Kết quả điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam khi đánh giá nguy cơ mắc các biến cố tim mạch trong 10 năm tới cho thấy tỷ lệ người có nguy cơ mắc biến cố tim mạch trong 10 năm $\geq 20\%$ hoặc đang mắc bệnh tim mạch chiếm 15,3% dân số nghiên cứu ở độ tuổi 40–69 (15,0% ở nam và 15,6% ở nữ) [3].

SCORE_VN là một công cụ Việt hóa từ ESC SCORE, được Hội Tim mạch học Việt Nam và Phân hội tim mạch can thiệp Việt Nam thống nhất phát triển và đã có phiên bản trên website của Hội tim mạch học Việt Nam. Đây là một phương tiện đơn giản với các thông tin cá nhân và các

yếu tố nguy cơ truyền thống (giới tính, tuổi, tiền căn hút thuốc lá, vận động thể lực, yếu tố gia đình, mức huyết áp, Cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C) giao diện thân thiện với ngôn ngữ Việt, giúp nhân viên y tế đánh giá nguy cơ cho người bệnh trong thời gian ngắn. Kết quả đánh giá được hình ảnh hóa sinh động dễ cho việc giải thích người bệnh với các mục tiêu cụ thể [7].

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành sử dụng thang đánh giá Score VN và Score VNDM2 để đánh giá nguy cơ tim mạch trên các đối tượng nghiên cứu, cho thấy điểm trung bình % nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm tới ở nam là $4,9 \pm 2,9\%$ cao hơn so với ở nữ là $2,3 \pm 1,7\%$, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$. Điểm trung bình % nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm tới cũng tăng dần theo nhóm tuổi, cao nhất ở nhóm 51-60 tuổi với $5,4 \pm 3,2\%$. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Đoàn Phạm Phước Long khi đánh giá nguy cơ mắc bệnh tim mạch ở người trưởng thành từ 40 - 89 tuổi mắc tiền tăng huyết áp trong cộng đồng bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP cho thấy nguy cơ tim mạch ước tính trung bình là $13,84 \pm 12,037$ điểm [4]. Điều này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các cán bộ viên chức nằm trong độ tuổi từ 40-60 tuổi, còn nghiên cứu của tác giả Đoàn Phạm Phước Long có cả nhóm trên 60 tuổi và kèm theo tình trạng tiền mắc tăng huyết áp, nên điểm trung bình nguy cơ cao hơn.

Về phân tầng nguy cơ tim mạch trong 10 năm tới, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 53,1% đối tượng có nguy cơ bệnh

tim mạch trong 10 năm tới ở mức thấp đến trung bình; 42,1% ở mức cao và 4,8% ở mức rất cao. Nghiên cứu của tác giả Zairova khi phân tầng nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE trên 971 người trưởng thành từ 40 đến 64 tuổi tại Tomsk, Nga cho thấy nhóm nguy cơ cao và rất cao chiếm 41,0% [11]. Nghiên cứu trên 159 đối tượng từ 40 đến 70 tuổi tại Ba Lan cho thấy nhóm có nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE từ thấp đến trung bình là 49,06%; nguy cơ ở mức cao là 40,88% và nguy cơ rất cao là 10,06% [12].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nguy cơ bệnh tim mạch ở mức cao và rất cao trên đối tượng nam giới cao hơn so với nữ giới. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Anh Tiến cũng ghi nhận phân tầng nguy cơ cao và rất cao ở nam có tỷ lệ cao hơn nữ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [5]. Ở nam giới, nguy cơ mắc bệnh tim mạch gia tăng gần như tuyến tính theo tuổi, phản ánh quá trình xơ vữa động mạch liên tục tích lũy. Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ với vai trò của estrogen, hormon này cải thiện chức năng nội mô, tăng vận chuyển ngược cholesterol và ức chế đáp ứng viêm, nhờ đó mức nguy cơ tim mạch theo tuổi ở nữ giới tiền mãn kinh thấp hơn đáng kể so với nam giới đồng lứa [13].

Tỷ lệ mắc bệnh tim mạch cũng đã được chứng minh là tăng theo tuổi tác, ở cả nam và nữ, bao gồm tỷ lệ mắc xơ vữa động mạch, đột quỵ và nhồi máu cơ tim [14]. Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ báo cáo rằng tỷ lệ mắc bệnh tim mạch ở nam giới và phụ nữ Hoa Kỳ là ~40% từ 40–59 tuổi, ~75% từ 60–79 tuổi và ~86% ở những người trên 80 tuổi [15]. Gánh nặng của bệnh tim mạch liên quan trực tiếp đến việc tăng tỷ lệ tử vong, bệnh tật và tình

trạng suy nhược ở những người bị ảnh hưởng, điều này cũng dẫn đến tổng chi phí chăm sóc sức khỏe đáng kể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân tầng nguy cơ tim mạch ở ngưỡng cao và rất cao cũng tăng dần theo nhóm tuổi.

Trên nhóm đối tượng có tình trạng tăng huyết áp thì phân tầng nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm tới ở mức cao và rất cao là 62,0% và 18,0%. Kết quả này gần tương đồng với một số nghiên cứu như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Tâm thực hiện trên 367 bệnh nhân tăng huyết áp từ 40 đến 79 tuổi tại tỉnh Kon Tum cho thấy 36,0% được phân loại là có nguy cơ tim mạch từ thấp đến trung bình, 50,7% là nguy cơ cao và 13,3% là nguy cơ rất cao [16]. Nghiên cứu của tác giả Lương Thị Vân Trang khi đánh giá thang điểm SCORE ở bệnh nhân THA nguyên phát cho thấy phân tầng nguy cơ rất cao là 10,3% [17]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Anh Tiến mô tả cắt ngang trên 141 bệnh nhân trong độ tuổi từ 40 - 89 tuổi được chẩn đoán tăng huyết áp đến khám chữa bệnh tại Khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế cho thấy nhóm nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ lớn nhất sau đó đến nhóm nguy cơ cao và thấp - trung bình với tỷ lệ lần lượt là 64,5%, 22,0% và 13,5% [5].

Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc và phân tầng nguy cơ tim mạch định kỳ, từ đó đề xuất các biện pháp can thiệp kịp thời nhằm phòng ngừa biến cố tim mạch và cải thiện sức khỏe cộng đồng.

Nghiên cứu còn hạn chế là chưa đánh giá được khẩu phần và thói quen ăn uống, hoạt động thể lực của các đối tượng, là yếu tố quan trọng liên quan với nguy cơ của bệnh tim mạch.

V. KẾT LUẬN

Nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm tới ở cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tại Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe tỉnh Thái Bình ở mức cao. Nam giới có nguy cơ trung bình cao hơn nữ và tăng dần theo tuổi. Có 53,1% thuộc nhóm nguy cơ thấp - trung bình, 42,1% nguy cơ cao

và 4,8% rất cao. Trước thực trạng này, cần thực hiện sàng lọc định kỳ, phát hiện sớm và can thiệp cho nhóm nguy cơ cao. Đồng thời, lồng ghép tư vấn thay đổi hành vi, cải thiện lối sống và quản lý yếu tố nguy cơ vào chăm sóc sức khỏe thường quy.

Tài liệu tham khảo

1. Luo Y, Liu J, Zeng J, et al. Global burden of cardiovascular diseases attributed to low physical activity: An analysis of 204 countries and territories between 1990 and 2019. *Am J Prev Cardiol.* 2024; 17(6): 1006-1033.
2. Zhao D. Epidemiological Features of Cardiovascular Disease in Asia. *JACC Asia.* 2021; 1(1): 1-13.
3. WHO. Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam, 2021.2023.
4. Đoàn Phạm Phước Long, Nguyễn Thị Thúy Hằng, Nguyễn Thị Lan Nhi và các cộng sự. Nghiên cứu nguy cơ tim mạch bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP ở người trưởng thành mắc tiền tăng huyết áp tại tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.* 2024; 5(109)L: 88-93.
5. Hoàng Anh Tiến, Trần Thanh Toàn và Đoàn Chí Thắng. Dự báo nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm score2 và score2-op trên bệnh nhân tăng huyết áp. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế.* 2024; 5(94): 63-68.
6. Phạm Ngọc Oanh, Văn Thái Minh, Phan Thanh Tâm và các cộng sự. Hội chứng chuyển hóa và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2020. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm.* 2023; 19(1+2): 74-82.
7. Hội tim mạch học Việt Nam. Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam - Điều trị rối loạn lipid máu. 2024.
8. Visseren F. L. J., Mach F., Smulders Y. M., et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021; 42(34): 3227-3337.
9. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì - Ban hành kèm theo Quyết định 2892/QĐ-BYT. 2022.
10. Hội tim mạch học Việt Nam. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. 2022.
11. Zairova A.R., Rogoza A.N., Oshchepkova E.V., et al. SCORE2 cardiovascular risk stratification of an urban adult population sample and evaluation of its effectiveness based on 5-year follow-up. *Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2025; 24(1): 41-84.
12. Rzepka-Cholasinska A., Kasprzak M., Michalski P., et al. Cardiovascular risk assessment based on SCORE and SCORE2. *Med Res J.* 2022; 7(2):164-169.
13. Ryczkowska K., Adach W., Janikowski K., et al (2023). Menopause and women's cardiovascular health: is it really an obvious relationship? *Arch Med Sci.* 2023; 19(2): 458-466.
14. North B. J. and Sinclair D. A. The intersection between aging and cardiovascular disease. *Circ Res.* 2012; 110(8): 1097-108.
15. Rodgers JL, Jones J, Bolleddu SI, et al. Cardiovascular Risks Associated with Gender and Aging. *J Cardiovasc Dev Dis.* 2019; 6(2): 567-579.
16. Nguyen M T, Le H T Q A, Che T L L, et al. Comorbidity burden and cardiovascular risk stratification using Score2 and Score2-op in rural primary care settings. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2025; 550(1): 205-212.
17. Lương Thị Vân Trang và Hoàng Anh Tiến. Nghiên cứu vận tốc sóng mạch và thang điểm SCORE ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế.* 2019; 9(6+7): 41-48.