

TỈ LỆ HIỆN MẮC TĂNG HUYẾT ÁP VỚI CÁC YẾU TỐ HÀNH VI CỦA NGƯỜI TỪ 25 ĐẾN 64 TUỔI TẠI THỊ XÃ THỦ DẦU MỘT

Nguyễn Thanh Bình⁽¹⁾, Nguyễn Bình Phương⁽¹⁾

(1) Trường Đại học Thủ Dầu Một

Ngày nhận bài 15/5/2023; Ngày gửi phản biện 22/5/2023; Chấp nhận đăng 25/7/2023

Liên hệ email: phuongnb@tdmu.edu

<https://doi.org/10.37550/tdmu.VJS/2023.04.450>

Tóm tắt

Dự án phòng, chống tăng huyết áp được triển khai tại thành phố Thủ Dầu Một từ năm 2011, trước đó chưa có nghiên cứu nào được tiến hành ở qui mô cộng đồng để có dữ liệu cơ sở phục vụ cho xây dựng kế hoạch của địa phương, nghiên cứu này được tiến hành để xác định các yếu tố hành vi nguy cơ ưu tiên cần được can thiệp trong phòng, chống tăng huyết áp tại thành phố Thủ Dầu Một. Khảo sát được thực hiện trên 1.920 người trong cộng đồng với phương pháp chọn mẫu PPS và phân tích chuẩn hóa tỉ lệ % theo dân số. Kết quả cho thấy tỉ lệ mắc THA chung cao hơn ở nhóm người có hành vi hút thuốc lá (gấp từ 1,89 đến 2,11, $p < ,01$), sử dụng rượu (gấp từ 1,69 đến 2,14 với $p < ,01$) hoặc ăn mặn (1,35, $p < ,01$), chú ý các hành vi nguy cơ ở nam giới bao gồm thích ăn mặn, sử dụng rượu bia hàng tuần và lạm dụng rượu, nếu là phụ nữ thì là ăn ít rau xanh, trái cây hoặc sử dụng nếu chất béo.

Từ khóa: tăng huyết áp, Thủ Dầu Một, yếu tố hành vi nguy cơ

Abstract

PREVALENCE OF HIGH BLOOD PRESSURE DISTRIBUTING AMONG BEHAVIOR FACTORS AT THU DAU MOT TOWN

The project on prevention and control of hypertension has been implemented in Thu Dau Mot city since 2011, no previous studies have been conducted at the community scale to have background data for local planning before. This study was conducted to identify the priority behavioral risk factors that need to be intervened in the prevention and control of hypertension in Thu Dau Mot city. The survey was conducted on 1,920 people in the community with PPS sampling method and normalized analysis of percentage by population. The results showed that the overall prevalence of hypertension was higher in the group of people smoking (from 1.89 to 2.11 times, $p < 0.01$), and using alcohol (from 1.69 to 2.14 times). with $p < .01$ or eating salty (1.35 times, $p < 0.01$), noted that risk behaviors in men including preference for salty foods, weekly alcohol use and alcohol abuse, if the risks falling into women will be those that eat less green vegetables, fruit or use more fat.

1. Đặt vấn đề

Tăng huyết áp (THA) được định nghĩa khi huyết áp tâm thu lớn hơn hay bằng 140mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương lớn hơn hay bằng 90mmHg (Verdecchia và Angeli, 2003). Được nêu rõ là một trong ba nguyên nhân hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh tật toàn cầu và đứng đầu trong các nguyên nhân tử vong (Morgan, 2008). Có nhiều yếu tố nguy cơ THA liên quan đến hành vi của con người đã được chứng minh như chế độ ăn uống dinh dưỡng không hợp lý cụ thể là ăn mặn, ăn ít rau quả, ăn nhiều chất béo, ngoài ra còn các yếu tố hành vi khác liên quan đến hút thuốc lá, uống rượu bia và ít hoạt động thể lực (National Heart, Lung and Blood Institute, 2012).

Dự án phòng, chống THA bắt đầu được triển khai tại tỉnh Bình Dương từ năm 2011. Năm 2012, nghiên cứu xác định tỉ lệ THA tại Thủ Dầu Một được tiến hành xác định tỉ lệ hiện mắc và phân bố tỉ lệ mắc trong các yếu tố nguy cơ hành vi tại đây có khác biệt gì với các địa phương khác, góp phần vào cụ thể hóa dữ liệu làm căn cứ xây dựng kế hoạch phòng, chống cho các yếu tố nguy cơ ưu tiên phù hợp với thực tiễn tại tỉnh Bình Dương.

2. Cơ sở khoa học và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những người từ 25 đến 64 tuổi thường trú hoặc tạm trú trên 6 tháng trước thời điểm thu thập thông tin và đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu sẽ loại ra những người vắng mặt hoặc không có khả năng giao tiếp hoặc bị tật ảnh hưởng đến việc đo chỉ số huyết áp.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2012 tại thị xã Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu: Dùng công thức tính mẫu ước lượng một tỉ lệ với $p = 20\%$ tham khảo trung bình của hai nghiên cứu tương tự (Son và nnk., 2012), (Nguyễn Văn Phúc, 2011); $Z = 1,96$; $d = 0,02$; Hệ số thiết kế = 2. Cỡ mẫu tính được là 1.920, thu thập đủ đúng đối tượng, không mất mẫu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chọn cụm ngẫu nhiên theo dân số 92 khu-ấp theo dân số cộng dồn với cụm đầu tiên có dân số ≥ 6.821 và hệ số cộng là 7.475. Sau lập danh sách người chia theo giới và 4 nhóm tuổi 25-34, 35-44, 45-54, 55-64. Chọn ngẫu nhiên hệ thống 8 người cho mỗi nhóm theo danh sách.

2.6. Biến số nghiên cứu: Biến Bệnh: Như phần đặt vấn đề đã nêu.

Những biến hành vi nguy cơ: Có Ăn rau quả khi ≥ 5 suất/ ngày tương đương 150-200g; Ăn chất béo; Ăn mặn khi được người khác và trong gia đình cho là ăn mặn và ăn các món mặn > 3 ngày/tuần; Có hút thuốc lá khi có hút thuốc bất kỳ số lượng nào trong vòng 6 tháng qua, quá khứ có hút thuốc lá, số điều thuốc lá hút mỗi ngày, số năm hút thuốc lá; có uống rượu và có lạm dụng rượu khi uống rượu bất kỳ số lượng ≥ 5 ly chuẩn

(tương đương 1 lon bia 330ml 5%, 125ml rượu vang nồng độ 11%, 75ml rượu vang nồng độ 20%, 30ml rượu mạnh (rượu đế) nồng độ 40%) vào bất kỳ ngày nào trong tuần qua đối với nam, hoặc ≥ 4 ly chuẩn đối với nữ, mức độ sử dụng rượu, hoạt động thể lực chia theo các mức ít, trung bình, nặng.

2.7. Phương pháp thu thập thông tin: Huyết áp được đo bằng máy Omron Nhật Bản được kiểm định, các yếu tố hành vi được khai thác qua bộ công cụ phỏng vấn trực tiếp phương pháp STEPs của WHO. Sai số thông tin từ nhớ lại của đối tượng được điều tra viên gọi mở dần.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng Epidata 3.1 và Stata 12 trong nhập và phân tích dữ liệu. Tỷ lệ % được chuẩn hóa theo dân số tuổi-giới để mô tả các biến số định tính, dùng kiểm định Khi bình phương, tỉ số tỉ lệ hiện mắc (PR: prevalence ratio), khoảng tin cậy 95% và p value để so sánh khác biệt.

3. Kết quả và thảo luận

Bảng 1. Mối liên quan về hút thuốc với tăng huyết áp theo giới (N = 1.920)

Yếu tố nguy cơ	Chung			Nam			Nữ		
	%	PR (KTC 95%)	P	%	PR (KTC 95%)	P	%	PR (KTC 95%)	P
Không hút thuốc	16,5	1		26,0	1		13,7	1	
Trước đây hút	34,8	2,11 (1,57-2,83)	< ,01	34,7	1,33 (0,10-1,77)	0,50	39,1	1,84 (0,77-10,6)	0,11
Hút mỗi ngày	31,8	1,92 (1,58-2,35)	< ,01	31,6	1,21 (0,93-1,57)	0,15	38,8	2,83 (1,51-5,29)	< ,01
Không hút mỗi ngày	31,3	1,89 (1,26-2,84)	< ,01	31,6	1,21 (0,79-1,84)	0,35	0	*(Rất nhỏ)	< ,01

Tỉ lệ mắc THA chung ở nhóm trước đây có hút thuốc, nhóm hút thuốc mỗi ngày, nhóm không hút mỗi ngày so với nhóm không hút thuốc cao gấp 2,11 lần, 1,92 lần, 1,89 lần có ý nghĩa thống kê ($p < ,01$). Kết quả tương tự được tác giả Trịnh Thị Phương Thảo (2009) thực hiện tại quận 5 thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM), thì tỉ lệ mắc chung ở nhóm trước đây có hút thuốc, nhóm hút thuốc mỗi ngày so với nhóm không hút thuốc lần lượt cao gấp 2,46 lần; 1,32 lần và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < ,01$). Ở nam giới: nhóm trước đây có hút thuốc, nhóm hút thuốc mỗi ngày, nhóm không hút mỗi ngày so với nhóm không hút thuốc thì tỉ lệ mắc cao lần lượt là 1,33 lần; 1,21 lần; 1,21 lần, tuy nhiên các khác biệt trên không có ý nghĩa ($p > 0,05$). So với tác giả Nguyễn Văn Phúc (2010) thực hiện tại TPHCM, cũng có kết quả tương tự khi khác biệt được chứng minh là không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Ở nữ giới: Tỉ lệ mắc trong nhóm hút thuốc mỗi ngày, nhóm không hút mỗi ngày so với nhóm không hút thuốc thì tỉ lệ mắc cao gấp 2,83 lần và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < ,01$), kết quả này khác biệt hẳn so với nghiên cứu Nguyễn Văn Phúc khi tỉ lệ nữ hút thuốc là bằng 0% (Nguyễn Văn Phúc, 2010).

Bảng 2. Mối liên quan giữa THA và uống rượu theo giới (N = 1.920)

Yếu tố nguy cơ	Chung			Nam			Nữ		
	%	PR (KTC 95%)	p	%	PR (KTC 95%)	p	%	PR (KTC 95%)	p
Sử dụng rượu									
Chưa từng uống	17,0	1		24,2	1		15,9	1	
Không uống 12 tháng qua	19,7	1,16 (0,76-1,78)	0,47	31,9	1,31 (0,76-2,29)	0,31	9,6	0,61 (0,29-1,27)	0,18
<1 lần/tháng	15,1	0,89 (0,68-1,16)	0,38	23,5	0,97 (0,64-1,47)	0,89	4,3	0,27 (0,11-0,68)	< ,01
1-3 lần/tháng	28,7	1,69 (1,28-2,22)	,01	30,9	1,27 (0,83-1,97)	0,26	3,8	0,24 (0,03-1,55)	0,13
1-4 lần/tuần	33,8	1,99 (1,52-2,60)	< ,01	33,5	1,38 (0,93-2,05)	0,10	100	6,29 (5,06-7,80)	< ,01
5-6 lần/tuần	34,5	2,21 (1,63-2,98)	< ,01	38,5	1,58 (1,10-2,27)	,01	18,9	1,19 (0,17-7,60)	0,85
Lạm dụng rượu									
Không	13,4	1		24,9	1		6,8	1	
Có	40,7	2,14 (1,37-3,36)	< ,01	42,9	1,76 (1,35-2,31)	< ,01	21,8	3,49	0,86

Tỉ lệ mắc chung ở những người có uống rượu từ ít nhất 1 lần trong tháng đến những người nghiện rượu thì tỉ lệ THA cao hơn những người chưa từng uống rượu và có ý nghĩa thống kê ($p < ,01$). Ở những người nam không uống rượu trong 12 tháng qua, người uống < 1 lần trong tháng, người uống 1-3 lần trong tháng, người uống 1-4 lần trong tuần thì tỉ lệ THA so với người chưa từng uống rượu không có sự khác biệt ($p > 0,05$), nhưng người uống 5-6 lần trong tuần và người lạm dụng rượu so với người chưa từng uống rượu thì tỉ lệ THA cao hơn gấp 1,53 lần, 1,68 lần và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < ,01$). Điều này phù hợp với tỉ lệ 72% nam trong nghiên cứu có uống rượu ít nhất 1 lần trên tuần cao hơn so với 31,9% của tác giả Trịnh Thị Phương Thảo, và 53% của Trần Thiện Thuận với phương pháp tương tự tại TP HCM năm 2005. Ở nữ giới: tỉ lệ THA ở nhóm uống rượu < 1 lần trong tháng và nhóm uống rượu 1-4 lần trong tháng so với nhóm chưa từng uống rượu sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < ,01$); các nhóm còn lại so với nhóm chưa từng uống rượu sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) có lẽ do nữ giới ít người uống rượu nên cỡ mẫu không đủ lớn thể hiện ở tỉ lệ nữ uống rượu hằng tuần chỉ có 0,5% trong nghiên cứu này và thấp hơn kết quả 1,8% của tác giả Trần Thiện Thuận với phương pháp tương tự tại TP HCM năm 2005, 5,2% của tác giả Trịnh Thị Phương Thảo (Trần Thiện Thuận, 2005; Trịnh Thị Phương Thảo, 2009).

Tỉ lệ THA trên những người lạm dụng rượu ở cả 2 giới và nam giới cao hơn so với người không lạm dụng rượu tuần tự là 2,14 lần và 1,76 lần và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < ,01$). Riêng ở nữ lạm dụng rượu có tỉ lệ THA cao hơn 3,49 lần so với nữ không lạm dụng rượu và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan với thói quen ăn rau quả (N = 1.920)

Mức độ hành vi	Chung			Nam			Nữ		
	%	PR (KTC 95%)	p	%	PR (KTC 95%)	p	%	PR (KTC 95%)	p
0 suất/ngày	26,7	1		19,3	1		44,1	1	
1 suất/ngày	33,1	1,24 (0,60-2,56)	0,54	40,8	2,11 (0,66-6,68)	0,19	20,1	0,45 (0,19-1,08)	0,07
2 suất/ngày	20,1	0,75 (0,37-1,52)	0,42	27,8	1,43 (0,45-4,60)	0,45	13,2	0,30 (0,17-0,52)	< ,01
3 suất/ngày	20,7	0,78 (0,39-1,55)	0,46	30,2	1,56 (0,48-5,12)	0,48	13,2	0,30 (0,15-0,58)	< ,01
4 suất/ngày	21,4	0,80 (0,39-1,66)	0,54	29,3	1,51 (0,47-4,84)	0,47	14,7	0,33 (0,16-0,68)	< ,01
≥ 5 suất/ngày	22,2	0,83 (0,40-1,71)	0,61	32,6	1,69 (0,51-5,65)	0,51	14,2	0,32 (0,18-0,56)	< ,01

Tỉ lệ THA chung cho cả 2 giới và nam giới của những người ăn từ 1 suất rau quả đến ≥ 5 suất rau quả so với những người không ăn rau quả thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Riêng ở giới nữ những người ăn từ 2 suất rau quả đến ≥ 5 suất rau quả so với những người không ăn rau quả tỉ lệ THA có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < ,01), có lẽ ngày nay qua nhiều kênh thông tin nên mọi người điều biết lợi ích của việc ăn rau quả và có thể những người bị THA được các bác sỹ khuyến khích ăn nhiều rau quả hơn.

Bảng 4. Mối liên quan về ăn mặn và ăn chất béo với THA theo giới (N = 1.920)

Mức độ hành vi	Chung			Nam			Nữ		
	%	PR (KTC 95%)	p	%	PR (KTC 95%)	p	%	PR (KTC 95%)	p
Ăn món mặn 3 ngày/ tuần									
Không	21,6	1		29,3	1		15,7	1	
Có	21,7	1,00 (0,85-1,20)	0,93	30,4	1,04 (0,82-1,32)	0,79	13,5	0,86 (0,61-1,22)	0,39
Mọi người cho là ăn mặn									
Không	19,8	1		27,5	1		13,7	1	
Có	26,9	1,35 (1,13-1,61)	< ,01	36,3	1,31 (1,07-1,62)	,01	15,2	1,10 (0,76-1,60)	0,60
Ăn chất béo									
Thực vật	21,7	1		30,3	1		13,9	1	
Động vật	17,7	0,82 (0,32-2,07)	0,65	26,1	0,85 (0,26-2,79)	0,79	13,8	0,95 (0,23-3,92)	0,94
Cả 2 thứ	36,8	1,69 (0,53-5,42)	0,35	23,5	0,76 (0,18-3,09)	0,69	100	7,17 (5,88-8,74)	< ,01

Ăn mặn: Tỉ lệ mắc chung và cho từng giới ở những người có ăn món mặn 3 ngày các món mặn như kho, ram, xào mặn... trong tuần so với người ăn ít hơn 3 ngày thì sự

khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ THA của những người được cho là ăn mặn cao hơn so với những người không bị cho là ăn mặn chung và giới nam lần lượt là 1,35 lần và 1,31 lần, các khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < ,01$). So với kết quả của Trịnh Thị Phương Thảo (2009) thì thói quen ăn mặn có nguy cơ THA gấp 2,6 lần so với những người không ăn mặn ($p < ,01$).

Ăn chất béo: Trong nghiên cứu này nguy cơ THA chung của người có ăn dầu thực vật chỉ bằng 0,82 lần so với người ăn mỡ động vật, ở nữ bằng 0,95 lần, ở nam bằng 0,85 lần, tuy nhiên những khác biệt trên là không có ý nghĩa ($p \geq 0,05$). Tỷ lệ mắc chung ở những người ăn cả chất béo động/thực vật so với người chỉ ăn chất béo thực vật cao hơn 1,69 lần nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), riêng ở nữ giới cao gấp 7,17 lần có ý nghĩa thống kê ($p < ,01$); Có lẽ qua các kênh truyền thông người dân thành phố Thủ Dầu Một biết được tác hại của việc ăn nhiều chất béo nhất là mỡ động vật do đó tỷ lệ dùng mỡ động vật trong nghiên cứu là rất thấp ở nữ là 1,4%, ở nam là 1,6% nên sự khác biệt tỷ lệ THA không có ý nghĩa thống kê giữa ở người có và không có ăn mỡ động vật.

Bảng 5. Mối liên quan giữa THA và vận động thể lực theo giới ($N = 1.920$)

Mức độ hành vi	Chung			Nam			Nữ		
	%	PR (KTC 95%)	p	%	PR (KTC 95%)	p	%	PR (KTC 95%)	p
Nặng	22,3	1		28,3	1		12,8	1	
Vừa	24,8	1,11 (0,85-1,45)	0,43	33,8	1,19 (0,89-1,59)	0,2	17,6	1,37 (0,78-2,42)	0,25
Nhẹ	20,9	0,90 (0,70-1,16)	0,43	29,7	1,05 (0,79-1,39)	0,7	12,7	1,00 (0,57-1,75)	1,0

Trong nghiên cứu này nam ở nhóm vận động vừa có nguy cơ THA gấp 1,19 lần và ở nhóm vận động nhẹ là 1,05 lần so với nhóm vận động nặng nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tương tự, nữ ở nhóm vận động vừa có nguy cơ THA gấp 1,37 lần và ở nhóm vận động nhẹ là 1,0 lần so với nhóm vận động nặng nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Phúc và Trần Thiệu Thuận.

4. Kết luận

Tỷ lệ mắc THA chung cao hơn ở nhóm người có hành vi hút thuốc lá (gấp từ 1,89 đến 2,11, $p < ,01$), sử dụng rượu (gấp từ 1,69 đến 2,14 với $p < ,01$) hoặc ăn mặn (1,35, $p < ,01$). Ở nam giới cần chú ý đến các hành vi nguy cơ thích ăn mặn, sử dụng rượu bia hàng tuần và lạm dụng rượu, nếu là phụ nữ thì nguy cơ cao hơn ở nhóm ăn ít rau xanh, trái cây hoặc sử dụng nhiều chất béo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Đặng Văn Phước (2008). Tăng huyết áp trong thực hành lâm sàng. NXB Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 8-9.
- [2] Morgan T (2008). Hypertension in the Asian Pacific region: the problem and the solution. *Journal of hypertension*. 26(9), 1883-5.
- [3] National Heart, Lung and Blood Institute (2012). *Causes and Risk Factors*. Retrieved from <https://www.nhlbi.nih.gov/health/high-blood-pressure/causes>.
- [4] Nguyễn Văn Phúc (2011). *Tỉ lệ hiện mắc tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ ở người lớn 25-64 tuổi tại Quận 12, thành phố Hồ Chí Minh* (Luận án chuyên khoa II).
- [5] P. T. Son, N. N. Quang, N. L. Viet, P. G. Khai, S. Wall, L. Weinehall, R. Bonita, P. Byass (2012). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from a national survey. *Journal of human hypertension*, 26(4), 268-80.
- [6] Trần Thiện Thuận (2005). *Xác định tỉ lệ THA và những nguy cơ hành vi của THA ở người dân TP HCM từ 25 đến 64 tuổi trong năm 2005* (Luận án tiến sỹ).
- [7] Trịnh Thị Phương Thảo (2009). *Ảnh hưởng của hành vi về lối sống lên bệnh tăng huyết áp ở người trưởng thành tại quận 5, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2009* (Luận án chuyên khoa II).
- [8] Verdecchia P, Angeli F (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the weapons are ready. *Revista espanola de cardiologia*, Septimo informe de Joint National Committee para la Prevencion, Deteccion, Evaluacion y Tratamiento de la Hipertension Arterial: el armamento esta a punto. 56 (9), 843-7.