

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở NGƯỜI LỚN TUỔI

LÊ THỊ VẺ
Bệnh viện TWQĐ 108

TÓM TẮT:

Nghiên cứu mối liên quan giữa tăng huyết áp (THA) và một số yếu tố nguy cơ ở 110 đối tượng nam giới tuổi trên 50, trong đó có 80 bệnh nhân THA được điều trị tại bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 1 đến tháng 9 năm 2008, chúng tôi thấy rằng: Các yếu tố nguy cơ thường gặp trong bệnh THA theo thứ tự là: rối loạn lipid máu 61,2%, người quá cân 57,5%, hút thuốc lá 36,3%, uống rượu 35,%, tăng đường máu 27,5%, tiền sử gia đình 25%. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ ở nhóm THA cao hơn hẳn nhóm chứng. Vì vậy việc dự phòng và điều trị các yếu tố nguy cơ sẽ góp phần làm giảm bệnh THA.

Từ khóa: tăng huyết áp, bệnh viện TWQĐ 108

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Tăng huyết áp (THA) là bệnh hay gặp nhất trong các bệnh tim mạch ở hầu hết các nước trên thế giới. Hậu quả của bệnh ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe cộng đồng. Những điều tra về dịch tễ học của THA trong cộng đồng cho các số liệu khác nhau, do cách lựa chọn mẫu nghiên cứu, nhưng nhìn chung các kết quả nghiên

cứu đều cho thấy THA chiếm tỷ lệ khá cao và ở hầu hết các quốc gia trên toàn cầu: Hoa Kỳ: 6-8%; Thái Lan: 6,8%. Các điều tra ở Việt Nam cho thấy năm 1992 tỷ lệ này là 11,7% (Trần Đổ Trinh, 15,95% (Phạm Tử Dương, 1998), 16,59%,..

Tỷ lệ tăng huyết áp khác nhiều theo lứa tuổi. Ở lứa tuổi 25 đến 34 tỷ lệ này là 6,68%, nhưng nếu xem lứa tuổi già hơn từ 65 đến 74 tuổi, tỷ lệ tăng huyết áp là 47%, nghĩa là cứ 2 người lại có 1 người tăng huyết áp. Việc nghiên cứu mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và tăng huyết áp sẽ giúp cho việc dự phòng và điều trị, tiên lượng bệnh có hiệu quả hơn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "**Nghiên cứu mối liên quan giữa bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người lớn tuổi**". Nhằm mục đích:

1. Khảo sát một số các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân THA nam giới tuổi trên 50.
2. So sánh tỷ lệ các yếu tố nguy cơ của nhóm THA và nhóm chứng có cùng độ tuổi.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành ở 110 đối tượng, tại

bệnh viện Trung ương quân đội 108 từ tháng 7/2007 đến tháng 5/2008. Đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm:

- Nhóm bệnh, gồm: 80 bệnh nhân nam giới tuổi từ 50-80, được chẩn đoán xác định có bệnh THA nguyên phát theo tiêu chuẩn phân độ của JNC VII 2003 và đang theo dõi và điều trị tại viện Trung ương quân đội 108.

- Nhóm chứng, gồm: 30 nam giới, tuổi từ 50-80, không có các bệnh: tim mạch, THA, các yếu tố nguy cơ tim mạch, các bệnh ảnh hưởng tới tim mạch, bệnh chuyển hoá, bệnh thận, bệnh di truyền và các bệnh mạn tính. Việc xác định tình trạng không có bệnh được xác định qua thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng (máu, Xquang tim phổi, siêu âm tim và điện tim)

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, có phân tích so sánh với đối chứng dựa trên số liệu định tính và 1 định lượng

3. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được mã hoá, chỉ nhập những số liệu hợp lệ và xử lý bằng phần mềm Epi.INFO5, với các phép so sánh thống kê dùng trong y học, tính số trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh 2 số trung bình, 2 tỷ lệ, tính tương quan giữa 2 đại lượng.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Mức độ tăng huyết áp (n= 80).

| Mức độ THA | Lứa tuổi (n, %) | | | Tổng số |
|------------|-----------------|-----------------|-------------|------------|
| | 51 - 60 (n= 23) | 61 - 70 (n= 23) | >70 (n= 34) | |
| Độ I | 17 (73,9%) | 11 (47,8%) | 20 (58,8%) | 48 (60,0%) |
| Độ II | 6 (26,1%) | 12 (52,2%) | 14 (41,2%) | 32 (40,0%) |
| | p>0,05 | | | |

Có 60,0% bệnh nhân THA độ I và 40,0% THA độ II. Tỷ lệ bệnh nhân THA độ I, độ II không khác biệt theo lứa tuổi (p>0,05).

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 60,0% bệnh nhân THA độ I và 40,0% THA độ II. Tỷ lệ bệnh nhân THA độ I, độ II không khác biệt theo lứa tuổi (p>0,05).

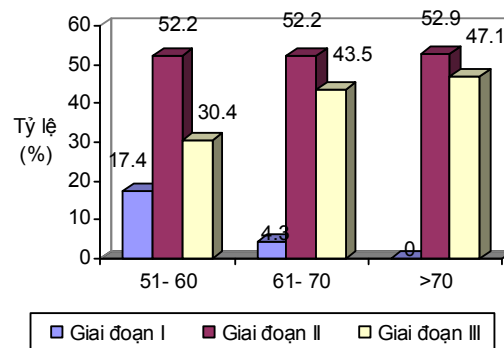
Nhận xét này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Diệu Hồng [8]: ở nhóm bệnh nhân >55 tuổi THA độ I chiếm 19,8%; độ II chiếm 55% và độ III chiếm 25,2%.

Như vậy, mức độ THA không phụ thuộc vào lứa tuổi cao hay thấp mà còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác như quá trình điều trị, việc điều chỉnh các thói quen, lối sống và yếu tố nguy cơ...

Bảng 2. Giai đoạn tăng huyết áp (n= 80).

| Giai đoạn THA | Lứa tuổi (n, %) | | | Tổng số |
|---------------|-----------------|-----------------|-------------|------------|
| | 51 - 60 (n= 23) | 61 - 70 (n= 23) | >70 (n= 34) | |
| I | 4 (17,4%) | 1 (4,3%) | 0 | 5 (6,3%) |
| II | 12 (52,2%) | 12 (52,2%) | 18 (52,9%) | 42 (52,5%) |
| III | 7 (30,4%) | 10 (43,5%) | 16 (47,1%) | 33 (41,3%) |
| | p<0,05 | | | |

Đa số bệnh nhân THA ở giai đoạn II (52,5%) và III (41,3%), chỉ có 6,3% THA giai đoạn I. Số người THA giai đoạn II và III ở nhóm >70 tuổi (52,9% và 47,1%) cao hơn so với nhóm 51- 60 tuổi (52,2% và 30,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.



Qua nghiên cứu thấy đa số bệnh nhân THA ở giai đoạn II (52,5%) và III (41,3%), chỉ có 6,3% THA giai đoạn I. Tỷ lệ người THA giai đoạn II và III ở nhóm >70 tuổi (52,9% và 47,1%) cao hơn so với nhóm 51- 60 tuổi (52,2% và 30,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Kết quả nghiên cứu của Lê Thị Diệu Hồng [8] cũng cho thấy ở nhóm bệnh nhân THA >55 tuổi số người THA ở giai đoạn I chiếm tỷ lệ thấp (7,6%), còn chủ yếu là THA ở giai đoạn II và III (41,2% và 51,2%).

Nhiều nghiên cứu khác cũng cho rằng tuổi càng cao, thời gian bị bệnh càng dài sẽ làm tổn thương các cơ quan đích nhiều hơn, do vậy, tỷ lệ THA giai đoạn II và III càng nhiều.

Bảng 3. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu.

| Lứa tuổi | Nhóm chứng (n= 30) | | Nhóm THA (n= 80) | |
|--------------|--------------------|-----------|------------------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| 50 - 60 tuổi | 9 | 30,0 | 23 | 28,8 |
| 61 - 70 tuổi | 13 | 43,3 | 23 | 28,8 |
| >70 tuổi | 8 | 26,7 | 34 | 42,5 |
| (X ± SD) | 65,70 ± 8,77 | | 66,89 ± 9,62 | |
| | p>0,05 | | | |

Tuổi trung bình của nhóm THA (66,89 ± 9,62 tuổi) không khác biệt so với nhóm chứng (65,70 ± 8,77 tuổi), p>0,05. Nhóm THA, số người có độ tuổi >70 chiếm tỷ lệ cao nhất (42,5%), tiếp đến là lứa tuổi 61-70 tuổi (28,8%) và 50- 60 tuổi (28,8%).

Tuổi là một yếu tố nguy cơ ngẫu nhiên và quan trọng trong lâm sàng. Khi mà HA tăng dần trong suốt cuộc đời, tần suất của nó chịu nhiều ảnh hưởng bởi tuổi. Các nghiên cứu rộng rãi kéo dài chỉ ra rằng tần suất THA gia tăng theo tuổi, hơn 1/2 dân số tuổi từ 60 đến 69 và khoảng 3/4 dân số tuổi từ 70 trở lên bị THA. Hầu hết mọi người đều có nguy cơ bị THA trong cuộc đời của họ. Các tác giả trong nghiên cứu Framingham gần đây đã báo cáo nguy cơ suốt đời của THA là vào khoảng 90% đối với cả nam và nữ (những người này không bị THA ở tuổi 55 hay 65 và sống đến 80-85tuổi). Ngay cả khi đã được hiệu chỉnh một số yếu tố thì nguy cơ THA suốt đời vẫn còn 86-90% ở nữ và 81-83% ở nam [9].

Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng thấy tuổi càng cao thì giai đoạn THA càng cao, chứng tỏ bệnh nhân đã bị mắc bệnh THA lâu ngày.

Bảng 4. BMI và huyết áp động mạch của các đối tượng nghiên cứu.

| Chỉ số | Nhóm chứng (n= 30) ($\bar{X} \pm SD$) | Nhóm THA (n= 80) ($\bar{X} \pm SD$) | p |
|--------------------------|--|--|--------|
| BMI (kg/m ²) | 21,96 ± 1,75 | 23,25 ± 2,87 | <0,01 |
| HATT (mm) | 117,00 ± 6,51 | 153,79 ± 17,71 | <0,001 |
| HATTr (mmHg) | 76,00 ± 5,63 | 91,19 ± 12,53 | <0,05 |

Nhóm THA có chỉ số BMI, (23,25 ± 2,87 kg/m²) cao hơn so với nhóm chứng (21,96 ± 1,75 kg/m²), (p<0,01). Huyết áp động mạch của nhóm THA là 153,79 ± 17,71/91,19 ± 12,53 mmHg.

Bảng 5. Phân loại chỉ số BMI ở các đối tượng nghiên cứu.

| Chỉ số BMI (kg/m ²) | Nhóm chứng (n= 30) | | Nhóm THA (n= 80) | |
|---------------------------------|-------------------------------------|-----------|------------------|-----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ (%) | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
| ≤23 | 23 | 76,7 | 34 | 42,5 |
| >23 | 7 | 23,3 | 46 | 57,5 |
| OR (p) | OR= 4,44 (CI: 1,71- 11,55), p<0,001 | | | |

Tỷ lệ người quá cân ở nhóm THA (57,5%) cao hơn so với nhóm chứng với OR= 4,44 (CI: 1,71- 11,55), p<0,001.

Nghiên cứu Framingham đã khẳng định béo phì là một yếu tố nguy cơ và là một khâu quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh THA nguyên phát. Những người béo phì có nguy cơ bị THA cao gấp 5,6, ĐĐT cao gấp 3,8 lần và tăng mỡ máu gấp 2,1 lần những người không có béo phì [4]. Phạm Gia Khải nhận thấy các yếu tố về thể tạng như BMI, chỉ số vòng bụng/ vòng mông (WHR), chu vi vòng bụng có mối tương quan chặt chẽ với nguy cơ xuất hiện bệnh THA. Chỉ số BMI cứ tăng thêm một mức độ (từ bình thường thành quá cân hay từ quá cân thành béo phì) thì nguy cơ THA tăng lên từ 1,8-2,0 lần (p<0,001).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ người quá cân ở nhóm THA (57,5%) cao hơn so với nhóm chứng với OR= 4,44 (CI: 1,71- 11,55), p<0,001.

Số liệu này tương tự như kết quả nghiên cứu của Lê Thị Diệu Hồng [8]: tỷ lệ này người quá cân ở bệnh nhân THA là 30,5% và béo phì là 23%.

Bảng 6. Tỷ lệ hút thuốc lá của đối tượng nghiên cứu (n= 80).

| Yếu tố nguy cơ | Nhóm chứng (n=30) (n, %) | Nhóm THA (n=80) (n, %) | OR (p) |
|----------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| Hút thuốc lá | 4 (13,3%) | 29 (36,3%) | 3,69 (1,17-11,63), p<0,001 |

Nhiều nghiên cứu cho rằng hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ của bệnh THA. Nghiên cứu Framingham nhận thấy hút thuốc lá là thủ phạm của 20% các tai biến mạch máu não, 50% các bệnh mạch vành và 90% bệnh động mạch chi dưới. Đây là yếu tố nguy cơ độc lập của THA cũng như của các bệnh tim mạch đối với cả hai giới. Theo Nguyễn Phú Kháng, những người hút thuốc lá >10 điếu/ ngày liên tục trên 3 năm có tỷ lệ THA cao hơn nhóm chứng không hút thuốc một cách đáng kể.

Qua nghiên cứu thấy nhóm THA có tỷ lệ người hút thuốc lá (36,3%), cao hơn so với nhóm chứng (13,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR= 3,69, (p<0,001).

Nghiên cứu của Lê Thị Diệu Hồng cũng cho thấy số bệnh nhân THA đã và đang hút thuốc lá chiếm 56%. Như vậy, cần phải tư vấn cho bệnh nhân về tác hại của thuốc lá để góp phần hạn chế biến chứng của THA.

Bảng 7. Tỷ lệ uống rượu của đối tượng nghiên cứu (n=80)

| Yếu tố nguy cơ | Nhóm chứng (n= 30) (n, %) | Nhóm THA (n= 80) (n, %) | OR (p) |
|----------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Uống rượu | 5 (16,7%) | 28 (35,0%) | 2,69 (0,93- 7,81) p<0,05 |

Uống rượu quá độ là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với THA, và là yếu tố nguy cơ gây đột quỵ, uống rượu nhiều có thể gây đề kháng thuốc điều trị THA. Vai trò tác động của rượu lên HA phụ thuộc vào số lượng tiêu thụ. Ngược với tác dụng hạ HA tức thời ngay sau uống, sự tiêu thụ kéo dài ngay cả với mức độ vừa phải cũng có thể gây tăng huyết áp. Ở mức số lượng tiêu thụ lớn, rượu có thể là nguyên nhân đáng kể gây THA. Mac Mahon (1987) nhận thấy có khoảng 10% THA ở nam giới có thể qui cho có nguyên nhân trực tiếp từ rượu. Các nghiên cứu cũng chỉ ra uống rượu kết hợp hằng định với THA ở tất cả dân số được nghiên cứu. Tuổi cao, hút thuốc lá và béo phì đều làm gia tăng tác dụng tăng huyết áp của rượu.

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy nhóm THA có tỷ lệ người uống rượu (35,0%) cao hơn so với nhóm chứng (16,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR= 2,69 (p<0,01).

Lima C. T. và cs. (theo [8]) khi nghiên cứu ảnh hưởng của rượu lên HA động mạch ở công nhân nhà máy lọc dầu nhận thấy những người nghiện người nghiện rượu (phụ thuộc rượu) có nguy cơ tương đối và nguy cơ "thực sự" THA đều lớn hơn nhóm những người uống rượu nhưng không phụ thuộc rượu (RR = 2.58; AR = 24.95 mỗi 1.000 người- năm) và cao hơn nhóm không uống rượu (RR = 2.06; AR = 20.97 mỗi 1.000 người-năm).

Tại Việt Nam Phạm Gia Khải (2003) nhận thấy rằng những người uống rượu nhiều có tỷ lệ THA cao hơn những người không uống rượu].

Bảng 8. Tỷ lệ tiền sử gia đình có người THA của đối tượng nghiên cứu

| Yếu tố nguy cơ | Nhóm chứng (n= 30) (n, %) | Nhóm THA (n= 80) (n, %) | OR (p) |
|------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Tiền sử gia đình | 2 (6,7%) | 20 (25,0%) | 4,66 (1,01-21,36) p<0,01 |

Tiền sử gia đình có người bị THA là một yếu tố nguy cơ độc lập của THA. Người ta đã nhận thấy bố mẹ bị THA thì trong số con cái cũng có nhiều người mắc bệnh. Điều tra phả hệ những người THA nhận thấy có tới 50% có liên quan tới yếu tố gia đình (trong gia đình có người THA - quan hệ bậc 1).

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người có tiền sử gia đình THA ở nhóm THA (25,0%) cao hơn so với nhóm chứng (6,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR= 4,66 (p<0,01).

Điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả. Tô Văn Hải và CS (2002) khi nghiên cứu THA trong cộng đồng tại Hà Nội nhận thấy người THA có tiền sử gia đình bị THA chiếm 48,8% trong đó có bố mẹ bị THA chiếm 31,56%, anh chị em ruột THA chiếm 17,24% [7].

Lê Thị Diệu Hồng [16] thấy tỷ lệ có yếu tố tiền sử gia đình ở nhóm bệnh nhân trên 55 tuổi là 11,5%, ở nhóm bệnh nhân ≤55 tuổi là 16%.

Phạm Gia Khải (2003) nghiên cứu về THA cũng thấy có sự tương quan chặt chẽ giữa tiền sử gia đình và

bệnh THA.

Bảng 9. Tỷ lệ tăng Glucose của đối tượng nghiên cứu.

| Chỉ số nghiên cứu | | Nhóm chứng (n= 30) | Nhóm THA (n= 80) | p |
|-------------------|-------------------|--------------------|------------------|-------|
| Glucose (mmol/l) | Tăng (n, %) | 0 | 22 (27,5%) | <0,01 |
| | Không tăng (n, %) | 30 (100,0%) | 58 (72,5%) | |
| | X ± SD | 4,65 ± 1,00 | 6,41 ± 2,92 | |

Nhóm THA có 27,5% tăng glucose máu và sự khác biệt so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Đái tháo đường thường kết hợp với các yếu tố nguy cơ tim mạch khác đặc biệt là rối loạn chuyển hóa lipid và là yếu tố nguy cơ của THA. Một trong các biến chứng thường gặp của bệnh nhân ĐTĐ là biến chứng THA và từ biến chứng THA bệnh có thể đưa đến các biến chứng khác nặng hơn như nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, tổn thương thận trong ĐTĐ, các biến chứng này góp phần làm bệnh ĐTĐ nặng thêm nhanh chóng và từ đó làm THA nặng thêm. Người ta thấy rằng THA phối hợp với ĐTĐ và tăng glucose máu sẽ làm tăng gấp đôi tỷ lệ mắc bệnh mạch vành.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở nhóm THA có 27,5% số bệnh nhân tăng glucose máu, sự khác biệt so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Theo số liệu của Lê Thị Diệu Hồng [8] thì nhóm bệnh nhân THA >55 tuổi có tỷ lệ đái tháo đường là 11,5%, còn nhóm bệnh nhân ≤55 tuổi thì tỷ lệ này là 8%.

Khi khảo sát trên 54 bệnh nhân THA tại Huế, Trần Hữu Dàng nhận thấy bệnh ĐTĐ và rối loạn đường huyết chiếm một tỷ lệ khá cao trên các bệnh nhân THA: ĐTĐ chiếm 31,5%, rối loạn đường huyết chiếm 37% [4]. Các tác giả cho rằng cần phải lưu ý điều chỉnh glucose máu ở những bệnh nhân bị bệnh THA có đái tháo đường kèm theo.

Bảng 10. Các chỉ số lipid máu của đối tượng nghiên cứu

| Chỉ số nghiên cứu | | Nhóm chứng (n= 30) | Nhóm THA (n= 80) | p |
|----------------------|----------------------|--------------------|------------------|-------|
| Cholesterol (mmol/l) | Tăng (n, %) | 0 | 30 (37,5%) | <0,05 |
| | Không tăng (n, %) | 30 (100,0%) | 50 (62,5%) | |
| | X ± SD | 4,58 ± 0,52 | 5,13 ± 0,89 | |
| Triglycerid (mmol/l) | Tăng (n, %) | 0 | 22 (27,5%) | <0,01 |
| | Không tăng (n, %) | 30 (100,0%) | 58 (72,5%) | |
| | X ± SD | 1,40 ± 0,43 | 2,05 ± 1,06 | |
| HDL- C (mmol/l) | Giảm (n, %) | 0 | 11 (13,8%) | <0,05 |
| | Không giảm (n, %) | 30 (100,0%) | 69 (86,3%) | |
| | X ± SD | 1,36 ± 0,25 | 1,25 ± 0,29 | |
| LDL- C (mmol/l) | Tăng (n, %) | 0 | 24 (30,0%) | |
| | Không tăng (n, %) | 30 (100,0%) | 56 (70,0%) | |
| | X ± SD | 2,44 ± 0,39 | 3,07 ± 0,95 | |
| Rối loạn lipid máu | Không (n, %) | 30 (100,0%) | 31 (38,8%) | |
| | Có (n, %) | 0 | 49 (61,2%) | |
| | 1 thành phần (n, %) | | 21 (26,3%) | |
| | 2 thành phần (n, %) | | 19 (23,8%) | |
| | ≥3 thành phần (n, %) | | 9 (11,3%) | |

Đa số bệnh nhân THA có rối loạn lipid máu (61,2%). Trong đó có 26,3% rối loạn 1 thành phần, 23,8% rối loạn 2 thành phần và 11,3% rối loạn ≥ 3 thành phần lipid máu. Tỷ lệ rối loạn lipid máu theo thứ tự là tăng cholesterol 37,5%; tăng LDL- C: 30,0%; tăng triglycerid: 27,5% và giảm 13,8%.

Các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy VXĐM và rối loạn chuyển hóa lipid máu có ảnh hưởng đến THA, tỷ lệ rối loạn lipid máu trong bệnh nhân THA là rất cao và nguy cơ THA của những người có rối loạn lipid máu là rất lớn [6].

Phạm Gia Khải và CS (2002) khi nghiên cứu tần suất THA và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía bắc Việt nam, nhận thấy tần suất tăng cholesterol là 54,7%, tăng LDL-C: 51,3%, tăng triglycerid: 41,9%, giảm HDL- C: 40,7%. Có tới 78,8% ít nhất có tới một thành phần lipid máu bị rối loạn. Tần suất các rối loạn lipid máu tăng dần theo tuổi, khi mỗi mức độ rối loạn tăng lên một mức sẽ làm tăng nguy cơ THA lên 1,5- 2,3 lần.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân THA có rối loạn lipid máu (61,2%). Trong đó có 26,3% rối loạn 1 thành phần, 23,8% rối loạn 2 thành phần và 11,3% rối loạn ≥ 3 thành phần lipid máu. Tỷ lệ rối loạn lipid máu theo thứ tự là tăng cholesterol 37,5%; tăng LDL- C: 30,0%; tăng triglycerid: 27,5% và giảm 13,8%.

Nguyễn Đức Công và CS khi nghiên cứu mối liên quan giữa lipid máu và HA ở bệnh nhân THA nguyên phát nhận thấy tỷ lệ rối loạn lipid máu chung rất cao chiếm tới 86,3% [3].

KẾT LUẬN

Nghiên cứu một số các yếu tố nguy cơ ở 80 bệnh nhân nam, lớn tuổi tăng huyết áp và so sánh với nhóm chứng chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

Độ THA không phụ thuộc vào lứa tuổi, giai đoạn THA có phụ thuộc rõ rệt vào lứa tuổi, tuổi càng cao thì tỷ lệ THA gặp nhiều ở giai đoạn II (52,2%) v giai đoạn III (47,1%). Các yếu tố nguy cơ thường gặp trong bệnh THA theo thứ tự là: rối loạn lipid máu 61,2%, người quá cân 57,5%, hút thuốc lá 36,3%, uống rượu 35,%, tăng đường máu 27,5%, tiền sử gia đình 25%. Nhóm THA có tỉ lệ các yếu tố nguy cơ cao hơn nhóm chứng (0%, 42,7%, 13,3%, 16,7%, 0%, 6,7%). Vì vậy việc dự phòng và điều trị các yếu tố nguy cơ sẽ góp phần làm giảm bệnh THA một cách đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2000), Bệnh béo phì – Nguy cơ và thái độ của chúng ta, *Phòng và quản lý bệnh đái tháo đường ở Việt Nam*, năm 2000,, tr. 19 -40.
2. Hoàng Minh Châu (1996), Bệnh tim tăng huyết áp, *Bài giảng lớp tập huấn siêu âm tim*, Cục Quân y - Bệnh viện TƯQĐ 108, tr.113-119.
3. Nguyễn Đức Công, Lê Gia Vinh (2005), "Nghiên cứu mối liên quan giữa lipid máu và tăng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát", *Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học, Hội nghị tim mạch miền trung mở rộng lần III, Tạp chí tim mạch học*, 41(1), tr 524-529.
4. Trần Hữu Dàng (2005) " Khái niệm hiện nay về mô mỡ ", *kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học, Hội nghị nội tiết & đái tháo đường quốc gia Việt nam lần thứ 3, tạp chí Y học thực hành* 507-508, tr 53-57

5. Trần Hữu Dàng (2002), “Nghiên cứu tăng huyết áp ở người béo phì”, *Kỹ yếu toàn văn các đề tài khoa học, Đại hội tim mạch quốc gia lần thứ IX, Tạp chí tim mạch học*, 29(2), tr. 90-94.

6. Nguyễn Đào Dũng (2004), “Khảo sát rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát”, *Kỹ yếu toàn văn các đề tài khoa học, Đại hội tim mạch quốc gia lần thứ X, Tạp chí tim mạch học*, 37(2), tr. 39-48.

7. Tô Văn Hải và CS (2002), “Điều tra về tăng huyết

áp ở cộng đồng Hà nội”, *Tạp chí tim mạch học*, 29, tr. 105-108.

8. Lê Thị Diệu Hồng (2002), *Nghiên cứu các biến chứng của bệnh tăng huyết áp ở những bệnh nhân nam giới trên 55 tuổi*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Học viện Quân y, năm 2002.

9. JNC-7 (2005), Phòng ngừa phát hiện đánh giá và điều trị tăng huyết áp, tài liệu dịch, les Laboratoires Servier.