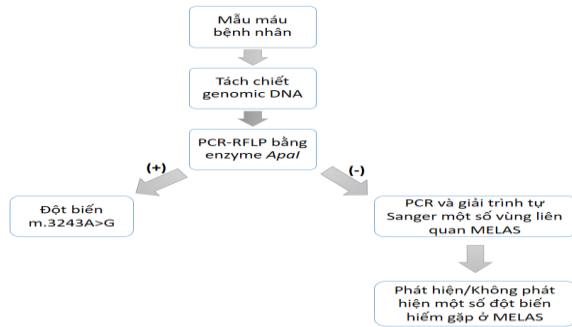


công cụ hữu ích trong việc chẩn đoán xác định các bệnh lý di truyền nói chung và bệnh ty thể nói riêng, trong đó có bệnh liên quan đến hội chứng MELAS⁽⁶⁾. Bằng việc ứng dụng kỹ thuật PCR và giải trình tự trực tiếp sản phẩm PCR, chúng tôi đã khẳng định lại tính chính xác của kỹ thuật PCR-RFLP và ghi nhận thêm 01 đột biến điểm hiếm gặp trong hội chứng MELAS. Ưu điểm của kỹ thuật giải trình tự là có thể khảo sát toàn bộ trình tự trong một số vùng gene quan tâm, từ đó so sánh với trình tự gene chuẩn để tìm ra các bất thường gene. Do đó, sử dụng kết hợp cả 2 kỹ thuật này sẽ rất hữu ích trong việc chẩn đoán bệnh liên quan hội chứng MELAS ở Việt Nam.



Hình 4: Quy trình sàng lọc để phát hiện các đột biến DNA ty thể liên quan đến hội chứng MELAS.

V. KẾT LUẬN

Bằng sự kết hợp kỹ thuật PCR-RFLP và giải trình tự Sanger, nghiên cứu đã thiết kế thành

công quy trình phát hiện đột biến DNA ty thể (Hình 4) cho 36 bệnh nhân mắc hội chứng MELAS với tỷ lệ đột biến là 38,9%, trong đó đột biến m.3243A>G là đột biến điểm chiếm tỷ lệ cao nhất. Do đó, có thể ứng dụng quy trình này vào lâm sàng để chẩn đoán nguyên nhân gây hội chứng MELAS.

CẢM ƠN. Nghiên cứu được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pia S, Lui F: Melas Syndrome.** In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2021.
2. **El-Hattab AW, Adesina AM, Jones J, Scaglia F (2015)** MELAS syndrome: Clinical manifestations, pathogenesis, and treatment options. *Molecular genetics and metabolism*, 116(1-2):4-12.
3. **Cataldo LR, Olmos P, Smalley V, Diez A, Parada A, Gejman R, Fadic R, Santos JL (2013)** Mitochondrial DNA heteroplasmy of the m. 3243A> G mutation in maternally inherited diabetes and deafness. *Revista Medica de Chile*, 141(3):305-312.
4. **Chinnery PF (2021)** Primary mitochondrial disorders overview. *GeneReviews*®[Internet].
5. **Zhang J, Guo J, Fang W, Jun Q, Shi K (2015)** Clinical features of MELAS and its relation with A3243G gene point mutation. *International journal of clinical and experimental pathology*, 8 (10):13411.
6. **Kirby D, McFarland R, Ohtake A, Dunning C, Ryan M, Wilson C, Ketteridge D, Turnbull D, Thorburn D, Taylor RW (2004)** Mutations of the mitochondrial ND1 gene as a cause of MELAS. *Journal of medical genetics*, 41(10):784-789.

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TỈNH QUẢNG BÌNH

Phan Thanh Thủy¹, Trần Khánh Toàn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tăng huyết áp (THA) và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi (NCT) tại tỉnh Quảng Bình. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 815 NCT tại 4 xã thuộc tỉnh Quảng Bình. **Kết quả:** Tỷ lệ THA là 52% trong đó 65,3% đã biết về bệnh và 42,4% đang được điều trị. Tỷ lệ mắc THA tăng theo tuổi (từ 49,5% ở nhóm 60-69 tuổi lên 64,0% ở nhóm từ 80 tuổi trở lên) và mức BMI (từ 43,2% ở người thiếu cân lên 59,9% ở người

thừa cân); cao hơn ở người béo bụng (51,4%) so với người không béo bụng (40,5%), và người có tiền sử mắc các bệnh tim mạch (61,2%) so với những người không có tiền sử mắc bệnh (35,7%). **Kết luận:** NCT tại Quảng Bình có tỷ lệ mắc THA cao với hơn một phần ba chưa biết mình mắc bệnh và gần 60% chưa được điều trị. Nhóm tuổi, chỉ số BMI, tình trạng béo bụng, tiền sử mắc bệnh lý tim mạch theo khai báo là các yếu tố liên quan đến mắc THA ở NCT.

Từ khóa: Người cao tuổi, tăng huyết áp, Quảng Bình, cộng đồng.

SUMMARY

HYPERTENSION SITUATION AND RELATED FACTORS AMONG ELDERLY PEOPLE IN QUANG BINH

Objective: Describe the situation of hypertension and its related factors in Quang Binh elderly people.

¹Bộ Y tế,

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Khánh Toàn

Email: tktoan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.9.2022

Ngày duyệt bài: 16.9.2022

Subjects and Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted in 815 elderly persons at four communes in Quang Binh province. **Results:** The prevalence of hypertension was 52%, 65.3% of those were aware of their situation, and 42.4% have not received treatment yet. The hypertension rate rose accordingly to age groups (from 45.9% among people aged 60-69 years to 64.0% in those aged 80 years and older) and BMI levels (from 43.2% among those with malnutrition to 59.9% in overweight people). This rate was higher among people with abdominal obese (51.4%) compared to that for non-obese people (40.5%) and among people with a history of cardiovascular disease (61.2%) than that for people without cardiovascular disease history (35.7%).

Conclusion: The Quang Binh elderly people have a high prevalence of hypertension, with more than a third of them unaware of their situation, and nearly 60% have not been treated yet. Age, BMI, abdominal obesity, and a reported history of cardiovascular disease are factors related to hypertension in the elderly.

Keywords: Elderly people, hypertension, Quang Binh, community.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số là một hiện tượng mang tính toàn cầu. Song song với quá trình già hóa dân số là việc đối mặt với sự gia tăng ngày càng trầm trọng của các bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là THA và các bệnh tim mạch khác. Năm 2010, ước tính toàn thế giới đã có 1,4 tỷ người trưởng thành mắc THA, với khoảng 2/3 đang sống ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Mỗi năm có khoảng 9,4 triệu trường hợp tử vong có liên quan tới các biến chứng của THA [1]. Nguy cơ mắc THA suốt cuộc đời cho đến 80 tuổi là 93% ở nam và 91% ở nữ [7]. Với tốc độ già hoá dân số như hiện nay, tỷ lệ mắc THA đang gia tăng nhanh chóng và ước tính chiếm đến 2/3 trong nhóm dân số cao tuổi [8].

Tại Việt Nam, các bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các nguyên nhân gây tử vong của cả nước năm 2012. THA là nguyên nhân chính dẫn đến các bệnh tim mạch và đột quỵ, đồng thời cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu hiện nay [10]. Tỷ lệ mắc THA ở người trưởng thành từ 25 tuổi trở lên năm 2015-2016 là 47,3% [4].

Tỉnh Quảng Bình cũng phải đang đối mặt với các vấn đề sức khỏe của NCT, trong đó có THA nhưng chưa nhiều nghiên cứu về chủ đề này. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả thực trạng mắc tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở NCT trong cộng đồng tại tỉnh Quảng Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn và đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện trong khuôn khổ vòng 1 Dự án Nghiên cứu sức khoẻ người cao tuổi Việt Nam (VHAS) năm 2018 [5]. Đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi sinh từ năm 1958 trở về trước sinh sống tại các xã, phường được lựa chọn, không có tiêu chuẩn loại trừ. Sử dụng công thức tính cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu cắt ngang ước tính một tỷ lệ với tỷ lệ mắc THA ước tính là $p=50\%$, mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, sai số tuyệt đối $d=0,05$, hệ số thiết kế bằng 2 cho nghiên cứu chọn mẫu nhiều giai đoạn tính được cỡ mẫu tối thiểu là 770. Trong khuôn khổ Dự án VHAS, mỗi xã, phường có 204 NCT được chọn ngẫu nhiên để tham gia nghiên cứu. Những người đi vắng hoặc từ chối tham gia được thay thế bởi một người khác cùng thôn, cùng tuổi, cùng giới. Tổng cộng có 815 NCT được phân tích trong bài báo này do 1 trường hợp bị mất số liệu về huyết áp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang, chọn mẫu nhiều giai đoạn. Đầu tiên, huyện Bố Trạch và thành phố Đồng Hới được chọn ngẫu nhiên đại diện cho 2 khu vực nông thôn và thành thị của tỉnh Quảng Bình. Tại mỗi địa phương, hai xã, phường (Sơn Trạch và Cự Nẫm ở Bố Trạch; Đồng Sơn và Nghĩa Ninh ở Đồng Hới) được chọn bằng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. NCT tại mỗi xã, phường được chọn ngẫu nhiên bằng phương pháp ngẫu nhiên đơn.

NCT được phỏng vấn tại hộ gia đình theo bộ câu hỏi cấu trúc thiết kế bằng phần mềm COMMCARE trên máy tính bảng và được mời đến trạm y tế để cân đo các chỉ số nhân trắc, huyết áp. Việc cân đo do các kỹ thuật viên đã được tập huấn thực hiện theo quy trình chuẩn của Viện Tim mạch trung ương và Viện Dinh dưỡng quốc gia với các công cụ điều tra chuẩn gồm huyết áp kế điện tử đo ở cánh tay hiệu OMRON BP760, cân OMRON HBF-514c, thước đo chiều SECA 217 và thước dây nhân trắc học SECA 203. Số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 16.0. Dự án VHAS đã được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội và Hội đồng đạo đức Bộ Y tế phê duyệt với việc bảo đảm tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của NCT

Thông tin của đối tượng		Số lượng (Tỷ lệ %)
Tuổi (năm)		72,1±9,2
Giới tính	Nam	415(50,9%)
	Nữ	400(49,1%)

Nhóm tuổi	60-69	388(47,6%)
	70-79	238(29,2%)
	≥80	189(23,2%)
Tình trạng hôn nhân	Chưa từng kết hôn	9 (1,1%)
	Đã kết hôn, sống chung	566 (69,4%)
	Ly dị hoặc góa bụa	240 (29,5%)
Trình độ học vấn	Không đi học	87(10,7%)
	Tiểu học	182(22,3%)
	Trung học cơ sở	369(45,3%)
	Phổ thông trung học	93(11,4%)
	Sơ cấp, trung cấp trở lên	84(10,3%)

Nhận xét: NCT tham gia nghiên cứu có tỷ lệ nam và nữ gần tương đương nhau (49,1% và 50,9%). Tuổi trung bình là 72,1±9,2 (dao động từ 60-105 tuổi); đa số thuộc nhóm tuổi 60-69 (47,6%) và có đến 23,2% từ 80 tuổi trở lên. Có đến 30,6% NCT ly dị, góa bụa hoặc chưa từng kết hôn. Hơn 2/3 NCT có học vấn từ trung học cơ sở trở lên.

Bảng 2. Thông tin tiền sử bệnh lý cá nhân

Bảng 3. Giá trị trung bình các chỉ số huyết áp theo nhóm tuổi và giới

		Nhóm tuổi (X±SD)			Chung
		60-69	70-79	≥80	
Chung	HATT	136,4±21,2	141,5±22,5	146,4±23,2	140,2±22,4
	HATT _r	83,9±10,8	82,6±11,1	80,9±12,3	82,8±11,3
Nam	HATT	139,1±19,9	142,5±22,5	145,9±23,7	141,6±21,7
	HATT _r	85,8±11,0	83,6±11,7	81,2±11,1	84,1±11,3
Nữ	HATT	133,7±22,1	140,4±22,5	146,9±23,0	138,8 ±23,00
	HATT _r	82,0±10,3	81,4±10,5	80,7±13,4	81,5±11,2

Nhận xét: Giá trị trung bình HATT có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi, ở cả hai giới với tốc độ gia tăng trung bình mỗi 10 năm tuổi khoảng 7mmHg ở nữ và khoảng 3mmHg ở nam. Ngược lại, giá trị trung bình HATT_r có xu hướng giảm dần theo tuổi ở cả hai giới với tốc độ giảm trong mỗi 10 năm tuổi ở nam khoảng 2mmHg và ở nữ khoảng 1 mmHg. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm tuổi chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 4. Thực trạng mắc THA ở NCT

Tăng huyết áp	Số lượng	Tỷ lệ %
Không	391	48,0

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan với tình trạng THA ở NCT

Yếu tố		THA	Không THA	OR (95% CI)
Giới	Nam	213 (53,2)	187 (46,8)	1,1 (0,84-1,45)
	Nữ	211 (50,8)	204 (49,2)	1
Nhóm tuổi	60-69	178 (45,9)	210 (54,1)	1
	70-79	125 (52,5)	113 (47,5)	1,3 (0,94-1,80)
	≥80	121 (64,0)	68 (36,0)	2,1 (1,47-3,01)
BMI	Gầy	41 (43,2)	54 (56,8)	0,8 (0,51-1,25)
	Bình thường	210 (48,2)	221 (51,3)	1
	Thừa cân	173 (59,9)	116 (40,1)	1,6 (1,16-2,12)

và hành vi sức khỏe NCT theo khai báo

Thông tin của đối tượng	Số lượng (Tỷ lệ %)	
Tiền sử mắc đái tháo đường	Có	69 (8,5%)
	Không	746 (91,5%)
Tiền sử mắc rối loạn mỡ máu	Có	105 (12,9%)
	Không	710 (87,1%)
Tiền sử mắc bệnh lý tim mạch	Có	521 (63,9%)
	Không	294 (36,1%)
Đã hoặc đang hút thuốc lá	Có	333 (40,9%)
	Không	482 (59,1%)
Uống rượu/bia trong 1 năm qua	Có	377 (46,3%)
	Không	438(53,7%)

Nhận xét: Có 63,9% NCT khai báo có tiền sử mắc các bệnh tim mạch; 12,9% có tiền sử mắc rối loạn mỡ máu và 8,5% có tiền sử mắc đái tháo đường. Có đến 40,9% NCT đã hoặc đang hút thuốc lá và 46,3% người có uống rượu/bia trong vòng 1 năm qua.

Có	424	52,0
Đã biết về bệnh	277	65,3
Đang được điều trị	180	42,4
Độ I	423	51,9
Độ II	187	22,9
Độ III	205	25,2

Hơn một nửa NCT mắc THA(52,0%). Trong đó, 65,3% đã biết về tình trạng bệnh của mình và 42,4% đang được điều trị. Theo ESH/ESC (2013), trong số những người mắc THA, THA độ 1 chiếm tỷ lệ lớn nhất (51,9%), tỷ lệ THA độ 2 và độ 3 gần bằng nhau, lần lượt là 25,9% và 22,2%.

Béo bụng	Có	154 (59,5)	105 (40,5)	1,6 (1,15-2,09)
	Không	270 (48,6)	286 (51,4)	1
Tiền sử mắc ĐTĐ	Có	34 (49,3)	35 (50,7)	0,9 (0,54-1,45)
	Không	390 (52,3)	356 (47,7)	1
Tiền sử mắc rối loạn mỡ máu	Có	54 (51,4)	51 (48,6)	1,0 (0,65-1,47)
	Không	370 (52,1)	340 (47,9)	1
Tiền sử mắc bệnh tim mạch	Có	319 (61,2)	202 (38,8)	2,8 (2,11-3,82)
	Không	105 (35,7)	189 (64,3)	1
Hút thuốc lá	Có	178 (53,5)	155 (46,5)	1,1 (0,83-1,46)
	Không	246 (51,0)	236 (49,0)	1
Uống rượu bia trong năm qua	Có	190 (50,4)	187 (49,6)	0,9 (0,67-1,17)
	Không	234 (54,3)	340 (47,9)	1

Nhận xét: Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, BMI, béo bụng, bệnh tim mạch với tình trạng THA ở NCT. Tỷ lệ THA ở nhóm 80 tuổi trở lên cao hơn so với nhóm 60-69 tuổi ($p < 0,05$), nhóm béo bụng cao hơn so với nhóm không béo bụng với ($p < 0,05$), người có tiền sử mắc các bệnh tim mạch cao hơn so với người không mắc ($p < 0,05$). Chưa thấy mối liên quan giữa giới, tiền sử mắc đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, tình trạng hút thuốc lá và uống rượu bia với mắc THA.

IV. BÀN LUẬN

Trong 815 NCT tham gia nghiên cứu, giá trị trung bình HATT ở NCT là $140,2 \pm 22,4$ mmHg và HATT_r là $82,8 \pm 11,3$ mmHg (Bảng 3). Các giá trị này đều cao hơn so với trị số huyết áp chuẩn hoá theo tuổi trong các nghiên cứu khác trên thế giới [8]. Trị số huyết áp cao trong nghiên cứu này có thể do tỷ lệ mắc THA cao và tỷ lệ được điều trị còn thấp. Điều này đặt ra nhu cầu cần tăng cường quản lý điều trị để kiểm soát trị số huyết áp nhằm giảm nguy cơ biến chứng và tử vong. Bảng 3 cũng cho thấy giá trị trung bình HATT tăng dần theo tuổi, ở cả hai giới. Tình trạng này đã được giải thích trong y văn bởi sự lão hoá và xơ vữa làm giảm tính đàn hồi của thành động mạch. Trong khi đó, HATT của bệnh nhân THA trong bệnh viện có xu hướng giảm dần theo tuổi [1]. Điều này cho thấy THA ở NCT nếu được quản lý điều trị hiệu quả vẫn có thể kiểm soát được huyết áp, cải thiện sức khỏe, từ đó giảm được nguy cơ biến chứng và tử vong. Cũng trong Bảng 3, mặc dù trị số trung bình HATT của nam ($141,6$ mmHg), vẫn cao hơn nữ ($138,8$ mmHg) nhưng tốc độ gia tăng HATT ở nữ nhanh hơn so với nam giới nên đến độ tuổi từ 80 trở lên, HATT trung bình của nữ đã cao hơn so với nam. Ngược lại, giá trị trung bình HATT_r giảm dần theo tuổi ở cả hai giới, tương tự như trong nghiên cứu của Hà Thị Vân Anh tại Bệnh viện Lão khoa trung ương [1]. Tình trạng này là do ở ở NCT, các động mạch bị xơ cứng hơn, độ

cứng động mạch tăng dần theo tuổi làm giảm khả năng thu nhỏ trong thì tâm trương dẫn đến HATT_r giảm dần khi tuổi tăng lên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc THA ở NCT là 52,0% (Bảng 4). Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu khác trên người trưởng thành ở Việt Nam [6] cũng như nghiên cứu ngay tại địa bàn Quảng Bình [2]. Trên đối tượng NCT, kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả khác với tỷ lệ mắc THA ở NCT của Hoàng Phương Thủy [3] là 51,29%

Trong số những người mắc bệnh, THA độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,9%; độ 2 và độ 3 có tỷ lệ lần lượt là 25,9% và 22,2%. Hầu hết các nghiên cứu trong cộng đồng đều cho kết quả tương tự với THA độ 1 chiếm chủ yếu. Trong khi đó, một nghiên cứu trong bệnh viện cho thấy THA độ 2 và độ 3 chiếm đa số, với tỷ lệ lần lượt là 51,4% và 40,7% [1]. Sự khác biệt này do bệnh nhân điều trị trong bệnh viện thường có tình trạng bệnh nặng hơn so với những người mắc bệnh ngoài cộng đồng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc THA có liên quan với nhóm tuổi. Do trị số huyết áp gia tăng sinh lý theo lứa tuổi, tỷ lệ mắc THA cũng tăng tương ứng, cao nhất ở đối tượng NCT [1],[8]. Mặc dù có sự khác biệt về thời gian và địa điểm, song nghiên cứu của tác giả khác ở Việt Nam cũng cho thấy tỷ lệ mắc THA tăng theo độ tuổi của NCT [3].

Bảng 5 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa BMI và tỷ lệ mắc THA, BMI càng cao thì tỷ lệ mắc THA càng cao. Ở người có BMI < 18,5, tỷ lệ THA là 43,2%, tỷ lệ này tăng lên đến 59,9% ở người có BMI ≥ 23 , với OR giữa hai nhóm là 1,6 (95%CI: 1,16-2,12). Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác khi đều cho rằng thừa cân theo BMI làm tăng nguy cơ THA, có thể cao hơn đến 2,87 lần so với người có BMI bình thường [8]. Tỷ lệ THA ở nhóm béo bụng (có vòng bụng ≥ 80 cm ở nữ và ≥ 90 cm ở nam) là 59,5%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm

không béo bụng (48,6%). Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước, theo đó người béo bụng có liên quan với THA và vòng bụng càng to nguy cơ bị THA càng cao [1],[8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ THA ở người có tiền sử các bệnh tim mạch theo khai báo là 61,2%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với những người không có tiền sử này (35,7%). Mỗi liên quan giữa tỷ lệ mắc THA và tiền sử mắc các bệnh mạn tính như đái tháo đường, rối loạn mỡ máu hay các bệnh tim mạch khác đã được chứng minh trong các nghiên cứu tổng quan và phân tích gộp trên thế giới [1],[8]. Tuy nhiên, mỗi liên quan giữa THA với tiền sử mắc đái tháo đường hay rối loạn mỡ máu chưa được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể do tiền sử mắc bệnh chỉ dựa trên khai báo trong khi tỷ lệ được khám, chẩn đoán các bệnh này ở NCT hiện nay chưa cao. Tương tự, tỷ lệ mắc THA cũng chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hành vi hút thuốc lá, sử dụng rượu bia có thể do nghiên cứu mới chỉ khai thác tình trạng có hay không có sử dụng thuốc lá, rượu bia ở thời điểm hiện tại chứ chưa đề cập đến mức độ sử dụng cũng như thói quen sử dụng trong quá khứ, vốn ảnh hưởng nhiều hơn đến tình trạng THA ở NCT.

V. KẾT LUẬN

NCT tại Quảng Bình có tỷ lệ mắc THA cao lên đến 52,0%; vẫn còn hơn 1/3 NCT chưa biết mình mắc bệnh và 57,6% chưa được điều trị. Nhóm tuổi, BMI, tình trạng béo bụng, tiền sử mắc bệnh lý tim mạch theo khai báo là các yếu tố liên quan đến mắc THA ở NCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Thị Vân Anh.** Nghiên cứu đặc điểm tăng huyết áp tâm thu đơn độc ở người cao tuổi tại bệnh viện Lão khoa trung ương. Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2012.
2. **Lê Thị Hương, Trần Thị Mai Hoa, Lê Thị Thanh Xuân, và cộng sự.** Tăng huyết áp ở người trưởng thành tại hai xã thuộc huyện Quảng Trạch, tỉnh Quảng Bình năm 2013. Tạp chí Y học dự phòng, 2015, XXV, pp 77-82.
3. **Hoàng Phương Thủy (2013).** Tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi và các yếu tố liên quan tại phường An Hải Tây, quận Sơn Trà, thành phố Đà Nẵng. Hội nghị Tăng huyết áp Việt Nam lần thứ II, Hà Nội, 2016.
4. **Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Doãn Lợi, Huỳnh Văn Minh, và cộng sự.** Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015 – 2016. Hội nghị Tăng huyết áp Việt Nam lần thứ II, Hà Nội, 2016.
5. **Korinek K, Teerawichitchainan B, Zimmer Z, et al.** Design and measurement in a study of war exposure, health, and aging: protocol for the Vietnam health and aging study. BMC Public Health. Oct 23 2019;19(1):1351. doi:10.1186/s12889-019-7680-6.
6. **Meiqari L, Essink D, Wright P, et al.** Prevalence of Hypertension in Vietnam: A Systematic Review and Meta-Analysis. Asia Pac J Public Health, 2019, 31,101-112.
7. **Lionakis N, Mendrinou D, Sanidas E, et al.** Hypertension in the elderly. World J Cardiol. May 26 2012;4(5):135-47. doi:10.4330/wj.v4.i5.135.
8. **Mills K. T., Stefanescu, A. & He, J.** The global epidemiology of hypertension. Nat Rev Nephrol, 2020, 16, 223-237.
9. **Mills K. T., Bundy J. D., Kelly T. N., et al.** Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. Circulation, 2016, 134, 441-50.
10. **World Health Organization.** Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. WHO, Geneva, 2014.

SƠ SÁNH PHƯƠNG PHÁP HAI HỆ THỐNG MÁY XÉT NGHIỆM HÓA SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH ĐIỆN BIÊN

Lê Đặng Quỳnh Trang¹, Nguyễn Thị Thanh Hải²

TÓM TẮT

Đánh giá độ tương đồng xét nghiệm từ hai hay nhiều thiết bị giúp đảm bảo tính thống nhất kết quả xét nghiệm, thuận lợi trong chẩn đoán và theo dõi kết

quả điều trị. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên được trang bị thêm máy mới Monarch 1200 bên cạnh hệ thống Cobas 6000. Để đảm bảo hiệu quả sử dụng phục vụ lâm sàng, chúng tôi tiến hành so sánh phương pháp hay đánh giá độ tương đồng cho 2 máy trên theo hướng dẫn quốc tế CLSI EP15-A3 và EP09-A3. **Mục tiêu:** (1) Xác định độ chụm (precision) và độ đúng (trueness) của một số xét nghiệm thường gặp trên hệ thống máy hóa sinh tự động Monarch 1200. (2) Đánh giá khoảng chênh lệch (bias) của một số xét nghiệm hóa sinh thường gặp trên hai máy Cobas 6000 và Monarch 1200. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu thực nghiệm ứng dụng. Sử dụng mẫu

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Điện Biên.

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hải

Email: nguyenthanhhai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2022

Ngày duyệt bài: 26.9.2022