

dinh dưỡng cấp chiếm 15,2%, suy dinh dưỡng mạn 22,9% và suy dinh dưỡng mạn tiến triển chiếm 16,2%. Nhóm bệnh nhi nhỏ hơn 12 tháng tuổi có tỷ lệ suy dinh dưỡng là 57,8% và nhóm bệnh nhi từ 12 tháng tuổi trở lên tỷ lệ suy dinh dưỡng là 51,7%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,084$. Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nhóm bệnh nhi tim bẩm sinh có tím là 85,0% và tỷ lệ nhóm tim bẩm sinh không tím là 47,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,047$. Như vậy, phân loại bệnh nhi tim bẩm sinh có tím là yếu tố nguy cơ dẫn đến tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhi mắc bệnh tim bẩm sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Quốc Hưng, Triệu Thị Huyền Trang** (2018). Tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân nhi tim bẩm sinh tại Khoa Phẫu thuật Tim mạch - lồng ngực bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Tạp chí Ngoại khoa, 6.Vũ Văn Quý (2019), "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ dưới 5 tuổi mắc bệnh tim bẩm sinh tại bệnh viện Nhi trung ương", Luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
2. **Hoàng Thị Tín, Lê Nguyễn Thanh Nhân** (2014), "Tình trạng dinh dưỡng ở trẻ mắc bệnh tim bẩm sinh trước và sau phẫu thuật chỉnh tim", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 4.
3. **Doãn Thị Thu** (2017), "Nghiên cứu tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi bị tim bẩm sinh", Luận văn thạc sỹ - Bác sỹ nội trú, Trường đại học Y dược Huế.
4. **Hassan B.A., Albanna E.A., Morsy S.M. et al** (2015), "Nutritional Status in Children with Un-Operated Congenital Heart Disease: An Egyptian Center Experience", Front Pediatr, 3(53), pp. 1-5.
5. **Leitch C. A** (2000), "Growth, nutrition and energy expenditure in pediatric heart failure", 11(3), 195 – 202.
6. **Ratanachu-Ek S., Pongdara A.** (2011), "Nutritional Status of Pediatric Patients with Congenital Heart Disease": Pre- and Post Cardiac Surgery, J Med Assoc Thai, 94(3), pp. 133-137.

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH Ở BỆNH NHÂN NHẬP VIỆN MẮC BỆNH LÝ TIM MẠCH BẰNG THANG ĐIỂM PADUA

Trịnh Ngọc Thạch^{1,2}, Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) là bệnh lý thường gặp, gây tỉ lệ bệnh tật và tử vong cao, đặc biệt ở những bệnh nhân nằm viện và có nhiều bệnh nền. Do đó đánh giá nguy cơ TTHKTM và sử dụng các biện pháp dự phòng hợp lí đóng vai trò quan trọng trên thực hành lâm sàng. **Mục tiêu:** Đánh giá nguy cơ TTHKTM ở bệnh nhân nhập viện mắc bệnh lý tim mạch bằng thang điểm Padua. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, khảo sát bệnh nhân nằm tại khoa Nội Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2022 có 404 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu. Trong đó nữ giới có 206 bệnh nhân (chiếm 51%). Tuổi trung bình là $58,2 \pm 18,5$ năm. Có 56,7% bệnh nhân có nguy cơ TTHKTM cao (Padua ≥ 4 điểm). Các yếu tố xuất hiện phổ biến trong thang điểm Padua lần lượt là: Bất động (58,9%), suy tim hoặc suy hô hấp (51,2%), nhiễm trùng cấp (47%), tuổi ≥ 70 (30%), nhồi máu cơ tim cấp (10,6%). Nhóm bệnh nhân suy tim EF giảm có

nguy cơ TTHKTM theo thang điểm Padua cao hơn so với nhóm suy tim EF giảm nhẹ và bảo tồn ($p = 0,003$). Trong nhóm bệnh nhân nguy cơ TTHKTM cao có 76,9% nguy cơ xuất huyết cao (IMPROVE > 7 điểm) hoặc có chống chỉ định với thuốc kháng đông. **Kết luận:** Trên bệnh nhân nhập viện có bệnh lý tim mạch, tỉ lệ lớn có nguy cơ TTHKTM cao theo thang điểm Padua. Tuy nhiên, phần nhiều bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết cao hoặc chống chỉ định với thuốc kháng đông gây khó khăn trong dự phòng TTHKTM nội viện. **Từ khóa:** Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch, thuốc kháng đông, máy bơm hơi áp lực ngắt quãng.

SUMMARY

ASSESSMENT VENOUS THROMBOEMBOLISM RISK IN HOSPITALIZED MEDICAL PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE BY PADUA SCORE

Background: Venous thromboembolism (VTE) is a common disease that causes a high morbidity and mortality rate, especially in hospitalized patients with many underlying medical conditions. Therefore, assessing the risk of VTE and using appropriate prophylaxis play an important role in clinical practice. **Objective:** Assessment of venous thromboembolism risk in hospitalized medical patients with cardiovascular disease by Padua score. **Methods:** Retrospective study, surveying of patients in Cardiology Department at Cho Ray Hospital from October 2021 to May 2022. **Results:** From October

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2022

Ngày duyệt bài: 4.11.2022

2021 to May 2022, 404 patients were selected for the study. In which, there are 206 female patients (accounting for 51%). The mean age was 58.2 ± 18.5 years. There are 56.7% patients at high risk of VTE (Padua ≥ 4 points). The factors that appear commonly in the Padua score are: Immobility (58.9%), heart or respiratory failure (51.2%), acute infection (47%), age ≥ 70 years (30%), acute myocardial infarction (10.6%). The group of patients with heart failure with reduced ejection fraction had a higher risk of VTE according to the Padua score than the group with mildly reduced and preserved ejection fraction ($p = 0.003$). In the group of patients with high risk of VTE, there was 76.9% high risk of bleeding (IMPROVE > 7 points) or contraindications to anticoagulation.

Conclusion: In hospitalized patients with cardiovascular disease, a large proportion have a high risk of VTE according to the Padua score. However, the majority of patients with high bleeding risk or contraindications to anticoagulation make it difficult to prevent VTE in hospital.

Keywords: Venous thromboembolism, anticoagulant, intermittent pneumatic compression.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) gồm thuyên tắc phổi (TTP) và huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS), là bệnh lý thường gặp gây ra tỉ lệ bệnh tật và tử vong đáng kể. TTHKTM là bệnh lý nguy hiểm, đặc biệt TTP có tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày lên đến 31% [2]. Thêm vào đó, TTP chiếm tới 5-10% tổng số bệnh nhân tử vong nội viện. Ngoài ra, số lượng mắc TTHKTM lên đến 300.000-600.000 người dân Hoa Kỳ mỗi năm, với tỉ lệ mới mắc trung bình là 100-200/100.000 và bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố nhân trắc, bệnh tật [5]. Trong đó, nguy cơ TTHKTM thay đổi rõ rệt theo tuổi, với tỉ lệ mới mắc là 1/100.000 ở nhóm người trẻ và tăng lên 1.000/100.000 ở nhóm người ≥ 80 tuổi [5]. Với bệnh nhân nằm viện, nguy cơ TTHKTM càng cao hơn với các yếu tố nguy cơ như bất động, phẫu thuật hay nhiễm trùng cấp.

Từ đó cho thấy việc nhận diện bệnh nhân nằm viện có nguy cơ cao mắc TTHKTM và sử dụng các biện pháp dự phòng TTHKTM đóng vai trò quan trọng trong thực hành lâm sàng ở cả khoa nội và ngoại. Đặc biệt, đối với những bệnh nhân mắc bệnh tim mạch, càng gia tăng nguy cơ mắc TTHKTM với các yếu tố như suy tim, nhồi máu cơ tim, suy hô hấp. Để làm rõ vấn đề đó, chúng tôi tiến hành khảo sát nguy cơ TTHKTM trên bệnh nhân nhập viện tại khoa Nội Tim mạch bằng thang điểm Padua.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân ≥ 18

tuổi, nằm tại khoa Nội Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy từ 10/2021 đến 5/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ. Bệnh nhân đang dùng thuốc kháng đông với mục đích điều trị bệnh lý huyết khối hoặc dự phòng đột quỵ trong rung nhĩ hoặc dự phòng huyết khối tĩnh mạch sau mổ thay khớp gối, khớp háng.

Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu. Hồi cứu. Các biến số

Nguy cơ TTHKTM cao. Biến nhị giá, 2 giá trị: có hoặc không. Bệnh nhân được xem như có nguy cơ TTHKTM cao khi tổng điểm Padua ≥ 4 .

Bảng 1: Thang điểm Padua [6]

Đặc điểm	Điểm số
Ung thư tiến triển	3
Tiền căn TTHKTM	3
Bất động	3
Tình trạng tăng đông đã biết	3
Chấn thương hoặc thủ thuật trong vòng 1 tháng	2
Tuổi ≥ 70	1
Suy tim hoặc suy hô hấp	1
Nhồi máu cơ tim hoặc nhồi máu não	1
Nhiễm trùng cấp hoặc bệnh thấp	1
Béo phì	1
Đang điều trị hormon	1

Nguy cơ xuất huyết cao

Biến nhị giá, 2 giá trị: có hoặc không. Bệnh nhân được xem như có nguy cơ xuất huyết cao khi tổng điểm IMPROVE ≥ 7 .

Bảng 2: Thang điểm IMPROVE [4]

Đặc điểm	Điểm số
Loét dạ dày tiến triển	4,5
Xuất huyết trong vòng 3 tháng trước nhập viện	4
Số lượng tiểu cầu < 50 G/L	4
Tuổi ≥ 85	3,5
Suy gan	2,5
Suy thận nặng	2,5
Đang điều trị tại phòng hồi sức tích cực	2,5
Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm	2
Bệnh thấp khớp	2
Ung thư tiến triển	1,5
Tuổi 40-84	1
Giới nam	1
Suy thận trung bình	1

Chống chỉ định tuyệt đối với thuốc kháng đông. Biến nhị giá, 2 giá trị: có hoặc không. Bệnh nhân có chống chỉ định tuyệt đối khi có ít nhất 1 trong số những tình trạng: suy thận nặng (eGFR < 30 ml/ph/1.73 m²da), suy gan nặng (INR $> 1,5$), xuất huyết não, xuất huyết

tiến triển, tiền căn xuất huyết giảm tiểu cầu, dị ứng với thuốc kháng đông, rối loạn đông máu mắc phải hay bẩm sinh.

Chỉ định tương đối với thuốc kháng đông. Bệnh nhân có chống chỉ định tương đối khi có ít nhất 1 trong số những tình trạng: chốc dò tủy sống, đang dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu, số lượng tiểu cầu < 100 G/L, tăng huyết áp nặng chưa kiểm soát (huyết áp tâm thu >180 mmHg, hoặc huyết áp tâm trương >110 mmHg), mới phẫu thuật sọ não hoặc phẫu thuật tủy sống, xuất huyết nội nhãn, phụ nữ ở giai đoạn chuẩn bị chuyển dạ hoặc nhau tiền đạo.

Phương pháp tiến hành. Những bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn bệnh được đưa vào khảo sát, không thỏa tiêu chí loại trừ. Khảo sát lần lượt các đặc điểm nhân trắc căn bản, nguy cơ TTHKTM theo thang điểm Padua, nguy cơ xuất huyết theo thang điểm IMPROVE, đánh giá các chống chỉ định tuyệt đối và tương đối với thuốc kháng đông.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 16.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn.

So sánh các biến định tính: phép kiểm chi bình phương, hoặc Fisher (khi có > 20% ô có vọng trị < 5 hoặc có ô vọng trị < 1).

So sánh biến định lượng (biến phụ thuộc) với biến nhị giá (biến độc lập): dùng phép kiểm t bất cặp nếu cùng 1 nhóm đối tượng, dùng phép kiểm t không bất cặp nếu trên 2 đối tượng khác nhau.

So sánh 2 biến định lượng: Hồi quy tuyến tính với hệ số tương quan Pearson nếu biến phụ thuộc có phân phối bình thường, dùng hệ số tương quan Spearman nếu biến phụ thuộc không có phân phối bình thường.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 10/2021 đến 05/2022, chúng tôi thu nhận 404 bệnh nhân vào nghiên cứu. Kết quả có được như sau:

Bảng 3: Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Biến số		Tần số	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	198	49
	Nữ	206	51
Lý do nhập viện	Khó thở	209	51,7
	Mệt	34	8,4
	Đau ngực	29	7,2

	Sốt	12	3
	Rối loạn tri giác	5	1,2
	Khác	115	28,5
Tuổi (trung bình ± độ lệch chuẩn) (năm)		58,2 ± 18,5	
Cân nặng (trung bình ± độ lệch chuẩn) (kg)		58,7 ± 13,9	
Chiều cao (trung bình ± độ lệch chuẩn) (cm)		160 ± 6,1	
BMI (trung bình ± độ lệch chuẩn) (kg/m ²)		22,8 ± 4,4	

Bảng 4: Nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (thang điểm Padua)

Nguy cơ TTHKTM	Tần số	Tỉ lệ %
Nguy cơ cao (Padua ≥ 4 điểm)	229	56,7
Nguy cơ thấp (Padua < 4 điểm)	175	43,3
Tổng cộng	404	100

Bảng 5: Phân bố các yếu tố trong thang điểm Padua và mối tương quan với nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Biến số	Tần số	Tỉ lệ %	p
Ung thư tiến triển	12	3	0,013
Tiền căn TTHKTM	2	0,5	1
Bất động	238	58,9	< 0,001
Tình trạng tăng đông đã biết	0	0	N.A
Chấn thương hoặc phẫu thuật trong vòng 1 tháng	12	3	0,013
Tuổi ≥ 70	121	30	< 0,001
Suy tim hoặc suy hô hấp	207	51,2	< 0,001
Nhồi máu cơ tim hoặc nhồi máu não	43	10,6	0,001
Nhiễm trùng cấp hoặc bệnh thấp	190	47	< 0,001
Béo phì	16	4	0,011
Đang điều trị hormon	0	0	N.A

Bảng 6: Nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (thang điểm Padua) theo nhóm phân suất tổng máu thất trái

Phân suất tổng máu thất trái	Nguy cơ TTHKTM cao (Padua ≥ 4 điểm) N (%)	Nguy cơ TTHKTM thấp (Padua < 4 điểm) N (%)	p
EF ≤ 40%	100 (71,9)	12 (42,9)	0,003
EF > 40	39 (28,1)	16 (57,1)	
EF < 50	122 (87,8)	23 (82,1)	0,422
EF ≥ 50	17 (12,2)	5 (17,9)	

Bảng 7: Nguy cơ xuất huyết và chống chỉ định thuốc kháng đông trong nhóm nguy cơ TTHKTM cao

Biến số	Tần số	Tỉ lệ %
Có chống chỉ định kháng đông hoặc nguy cơ xuất huyết cao	176	76,9
Không có chống chỉ định không đông và nguy cơ xuất huyết thấp	53	23,1
Tổng cộng	229	100

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu. Tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ nhau. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu cao, tương ứng 58,2 năm phù hợp với đối tượng mắc bệnh tim mạch. Những lý do nhập viện phổ biến như: khó thở (51,7%), mệt (8,4%), đau ngực (7,2%) là đặc thù của những bệnh nhân nhập viện tại khoa Nội Tim mạch. Có thể thấy rằng, khó thở là lý do nhập viện phổ biến nhất, chiếm hơn một nửa các trường hợp. Tình trạng khó thở khiến cho bệnh nhân giảm vận động làm tăng nguy cơ TTHKTM mắc phải nội viện. Phần nhiều trường hợp khó thở đòi hỏi bệnh nhân phải được sử dụng oxy liệu pháp, vô hình chung buộc bệnh nhân dành hầu hết thời gian tại giường bệnh, khó khăn trong việc di chuyển. Mặt khác, tình trạng khó thở thường đi kèm bệnh lý suy tim, suy hô hấp, hoặc do nguyên nhân nhiễm trùng, càng làm gia tăng nguy cơ TTHKTM.

Nguy cơ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch ở bệnh nhân nhập viện mắc bệnh lý tim mạch

Hơn một nửa bệnh nhân (56,7%) có nguy cơ TTHKTM cao (Padua ≥ 4 điểm). Tỉ lệ này lớn hơn so với các nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân nội khoa nói chung của tác giả Lavon (22%), Mahlab-Guri (30,1%) [7], [8]. Nhưng thấp hơn so với nhóm bệnh nhân nằm hồi sức tích cực trong nghiên cứu của tác giả Pathak (84,7%) và Hosseini (89,9%) [1], [3]. Có thể thấy rằng nguy cơ TTHKTM của bệnh nhân nằm viện có bệnh lý tim mạch cao hơn so với bệnh nhân nội khoa nói chung. Ngoài những đặc tính chung của bệnh nhân nội khoa nằm viện như lớn tuổi, bất động, nhiễm trùng; bệnh nhân tim mạch còn mang thêm các yếu tố như: suy tim, suy hô hấp, nhồi máu cơ tim, béo phì làm tăng hơn nữa nguy cơ TTHKTM mắc phải tại bệnh viện.

Trong thang điểm Padua thì bất động, suy tim (hoặc suy hô hấp), nhiễm trùng cấp, là các yếu tố nguy cơ phổ biến nhất, xuất hiện lần lượt ở 58,9%; 51,2% và 47% các trường hợp. Ngoài ra, bất động chiếm 3 điểm trong thang Padua, do đó đây là yếu tố quan trọng bậc nhất. Cụ thể là bệnh nhân có bất động kèm theo bất kỳ yếu tố nào khác trong thang điểm Padua sẽ có nguy

cơ TTHKTM cao (tối thiểu là 4 điểm). Do đó, khuyến khích vận động sớm tùy khả năng gắng sức, điều trị tốt suy tim, nhiễm trùng cũng là các biện pháp quan trọng trong phòng ngừa nguy cơ TTHKTM.

Trong nghiên cứu này, sau bất động, suy tim hoặc suy hô hấp là yếu tố phổ biến thứ 2. Hơn một nửa số bệnh nhân (51,2%) có một trong hai tình trạng, hoặc cả hai. Với đặc tính của dân số là bệnh nhân nặng, có bệnh tim mạch, tỉ lệ suy tim/suy hô hấp của nghiên cứu này cao vượt trội so với tác giả Lavon (13,6%) và Mahlab-Guri (18,7%) [7], [8]. Ở bệnh nhân suy tim, nhóm có phân suất tống máu thất trái giảm (LVEF $\leq 40\%$) có nguy cơ TTHKTM cao hơn so với nhóm phân suất tống máu thất trái giảm nhẹ hay bảo tồn (LVEF $> 40\%$), $p = 0,003$. Từ kết quả này, cho thấy phân suất tống máu thất trái giảm có thể cũng là yếu tố nguy cơ TTHKTM. Trong tương lai, cần thêm các nghiên cứu để đánh giá vai trò của nhóm suy tim với phân suất tống máu thất trái giảm đối với nguy cơ hình thành TTHKTM. Để xem xét đưa phân suất tống máu thất trái vào tiên lượng nguy cơ TTHKTM trên bệnh nhân nằm viện có bệnh lý tim mạch.

4.2. Nguy cơ xuất huyết và các chống chỉ định với thuốc kháng đông. Trong 229 bệnh nhân có nguy cơ TTHKTM cao, có 176 bệnh nhân (chiếm 76,9%) có nguy cơ xuất huyết cao (IMPROVE ≥ 7 điểm) hoặc có chống chỉ định tương đối/tuyệt đối với thuốc kháng đông. Có thể thấy, trên bệnh nhân nằm viện có bệnh lý tim mạch, không những nguy cơ TTHKTM cao mà nguy cơ xuất huyết khi sử dụng thuốc kháng đông cũng cao. Điều này chỉ ra tầm quan trọng trong đánh giá nguy cơ xuất huyết ở bệnh nhân dùng kháng đông dự phòng TTHKTM. Mặt khác nêu ra vai trò rất lớn của các biện pháp cơ học trong dự phòng TTHKTM ở bệnh nhân tim mạch nặng nằm viện, vốn mang những đặc điểm làm tăng nguy cơ xuất huyết như lớn tuổi, nằm hồi sức tích cực, suy gan, suy thận. Do đó, tại các cơ sở y tế điều trị bệnh nặng, cần trang bị thêm các phương tiện cơ học như vớ y khoa, máy bơm hơi áp lực ngắt quãng để dự phòng TTHKTM, đặc biệt trên đối tượng có nguy cơ xuất huyết cao hoặc có các chống chỉ định với thuốc kháng đông.

V. KẾT LUẬN

Có thể thấy, ở bệnh nhân nhập viện có bệnh lý tim mạch, tỉ lệ có nguy cơ TTHKTM cao theo thang điểm Padua lớn hơn dân số nội khoa chung. Do vậy, việc thiết lập quy trình đánh giá nguy cơ TTHKTM và nguy cơ xuất huyết một

cách bắt buộc là điều cần thiết. Cùng với đó, nhiều bệnh nhân có nguy cơ xuất huyết cao và chống chỉ định với thuốc kháng đông gây ra những khó khăn nhất định trong việc thực hiện các biện pháp dự phòng TTHKTM trên thực tế lâm sàng. Do đó, việc triển khai các biện pháp cơ học dự phòng TTHKTM giúp nhà lâm sàng có thêm lựa chọn đúng đắn cho những trường hợp thuốc kháng đông bị hạn chế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **E Hosseini, et al.** (2019), Appropriateness of the venous thromboembolism protocol in critically ill medical patients: A cross-sectional study in a resource-limited setting, *Netherlands Journal of Critical Care*.
2. **L. E Flinterman, et al** (2012), Long-term survival in a large cohort of patients with venous thrombosis: incidence and predictors, *PLoS Med.* 2012 Jan; 9(1):e1001155.
3. **B. K. Pathak, et al** (2021), Venous Thromboembolism Prophylaxis in Medical Intensive Care Unit: An Audit, *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 15 (1)
4. **D. C. Hostler, et al.** (2016), Validation of the International Medical Prevention Registry on Venous Thromboembolism Bleeding Risk Score. *Chest*, 149 (2), 372-9.
5. **M. G. Beckman, et al.** (2010), Venous thromboembolism: a public health concern. *Am J Prev Med*, 38 (4 Suppl), S495-501.
6. **S. Barbar, et al.** (2010), A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score. *J Thromb Haemost*, 8 (11), 2450-7.
7. **O. Lavon, et al.** (2022), Evaluation of the Padua Prediction Score ability to predict venous thromboembolism in Israeli non-surgical hospitalized patients using electronic medical records. *Scientific Reports*, 12 (1), 6121.
8. **Keren Mahlab-Guri, et al.** (2020), Venous thromboembolism prophylaxis in patients hospitalized in medical wards: A real life experience. 99 (7), e19127.

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI XÃ PHÚ THUẬN B, HUYỆN HỒNG NGỰ, TỈNH ĐỒNG THÁP NĂM 2022

Trương Thanh An¹, Nguyễn Thị Ngọc Yến¹, Lai Nam Tài¹, Nguyễn Thị Thùy Dung¹, Đoàn Duy Tân¹, Nguyễn Duy Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người trưởng thành tại xã Phú Thuận B, huyện Hồng Ngự, tỉnh Đồng Tháp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 160 đối tượng là người dân từ 18 tuổi trở lên. **Kết quả:** Tỷ lệ chấm mặn, nêm thêm gia vị, ăn các thực phẩm chế biến sẵn có chứa nhiều muối, hút thuốc mỗi ngày và sử dụng đồ uống có cồn lần lượt là 53,1%, 49,4%, 43,7%, 13,8% và 13,8%. Tỷ lệ ăn trái cây và rau từ 4 ngày/tuần trở lên và hoạt động thể lực trung bình trở lên lần lượt là 35,6%, 78,7% và 83,8%. Tỷ lệ tăng huyết áp là 69,4% (Trong đó tăng huyết áp độ 1 là 57,7%; độ 2 là 33,3% và độ 3 là 9%). **Kết luận:** Tỷ lệ đối tượng có các yếu tố nguy cơ và tỷ lệ tăng huyết áp trong nghiên cứu khá cao, cần tiến hành các biện pháp can thiệp để góp phần cải thiện sức khỏe cho người dân.

Từ khóa: Tăng huyết áp, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

THE SITUATION OF HYPERTENSION AND RISK FACTOR IN ADULTS IN PHU THUAN B VILLAGE, HONG NGU TOWN, DONG THAP PROVINCE IN 2022

Objectives: To determine the rate of hypertension and risk factors in adults in Phu Thuan B Village, hong ngu town, dong thap province. **Subjects and methods:** a cross-sectional descriptive study on 160 adults. **Results:** the rate of salting, seasoning, eating processed foods containing a lot of salt, smoking and using alcoholic beverages were 53,1%, 49,4%, 43,7%, 13,8% và 13,8%. The rate of eating fruits and vegetables more than 4 days per week and over beverage physical activities were 35,6%, 78,7% và 83,8%. The rate of hypertension in this study was 69,4% (in which, grade 1 was 57,7%; grade 2 was 33,3% and grade 3 was 9%). **Conclusions:** The proportion of subjects with risk factors and the rate of hypertension in the study was quite high, it is necessary to conduct interventions to contribute to improving the health of the people.

Keywords: Hypertension, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là căn bệnh diễn tiến âm thầm và không có dấu hiệu cảnh báo đặc hiệu

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Phong
 Email: ndphongytcc@ump.edu.vn
 Ngày nhận bài: 27.9.2022
 Ngày phản biện khoa học: 25.10.2022
 Ngày duyệt bài: 4.11.2022