

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ NGUY CƠ NGÃ Ở NGƯỜI CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Hà Thị Vân Anh^{1,2}, Nguyễn Trung Anh^{1,2}, Phạm Thắng^{1,2}, Vũ Thị Thanh Huyền^{1,2}

¹Bệnh viện Lão khoa Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu đánh giá thực trạng tăng huyết áp (THA) và mối liên quan với nguy cơ ngã ở bệnh nhân ngoại trú cao tuổi. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 529 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, không suy giảm nhận thức đến khám tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 01 - 12/2018. Kết quả đã chỉ ra tỷ lệ THA là 55,4% (94,5% THA được điều trị và 48,5% kiểm soát được huyết áp mục tiêu), cứ 5 bệnh nhân ≥ 60 tuổi có 1 người nguy cơ ngã cao (21%); các tỷ lệ này tăng dần khi tuổi tăng lên. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ ngã cao ở nhóm THA lớn hơn so với nhóm không THA, $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu đã xác định được một số yếu tố liên quan đến nguy cơ ngã cao, bao gồm: tuổi ≥ 80 (OR 5,44; 95%CI: 2,28 - 12,96), bệnh nhân THA (OR 1,93; 95%CI: 1,13 - 3,28), tiền sử ngã trong 1 năm trước tham gia nghiên cứu (OR 3,77; 95%CI: 1,96 - 7,25), trong khi THA điều trị kiểm soát được huyết áp mục tiêu là yếu tố bảo vệ (OR 0,42; 95%CI: 0,25 - 0,71). THA phổ biến ở người cao tuổi và có liên quan với tăng nguy cơ ngã. Điều trị THA và kiểm soát huyết áp mục tiêu là cần thiết để giảm nguy cơ ngã.

Từ khóa: Tăng huyết áp, nguy cơ ngã, người cao tuổi

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) được biết đến là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới do các biến chứng về tim mạch.¹ Tỷ lệ phổ biến và mức độ nghiêm trọng của THA tăng lên theo tuổi gây ra gánh nặng tài chính lớn ở Việt Nam và toàn cầu.² Khoảng 70% người ≥ 65 tuổi sống trong cộng đồng bị THA, tuy nhiên chỉ một nửa trong số đó được kiểm soát huyết áp (HA) bằng điều trị.³ Không tuân thủ điều trị hoặc không thực hiện thay đổi lối sống phù hợp là lý do phổ biến dẫn đến HA tăng không kiểm soát được, đây là nguy cơ dẫn đến các kết quả

bất lợi của bệnh tim mạch, làm xuất hiện các triệu chứng như đau đầu, chóng mặt, nhìn mờ, đau ngực, khó thở, nhịp tim nhanh, phù. Những triệu chứng này được xem như các yếu tố ảnh hưởng đến sự di chuyển và kiểm soát thăng bằng làm tăng nguy cơ ngã.⁴ Người THA có tốc độ xử lý điều chỉnh dáng đi và thăng bằng chậm hơn, khả năng vận động và sợ ngã cao hơn so với người không THA,⁵ dẫn đến họ dễ bị ngã hơn. Hiệp hội Lão khoa Hoa Kỳ và Hiệp hội lão khoa Anh đã đồng thuận khuyến cáo sử dụng bài kiểm tra “thời gian đứng dậy và đi” để sàng lọc các trường hợp có nguy cơ ngã.⁶

Ngã là mối đe dọa đối với sức khỏe của người cao tuổi, các chấn thương do ngã có thể dẫn đến giảm khả năng độc lập, tàn phế, hoặc tử vong sớm, và đòi hỏi chi phí liên quan tốn kém.⁷ Ngã tăng dần khi tuổi tăng lên, tuy nhiên

Tác giả liên hệ: Hà Thị Vân Anh,
Bệnh viện Lão khoa Trung ương
Email: chatonvananh@yahoo.com
Ngày nhận: 29/07/2021
Ngày được chấp nhận: 09/08/2021

chúng ta có thể giảm nguy cơ ngã bằng cách can thiệp vào các yếu tố có thể thay đổi được. Không tuân thủ điều trị dẫn đến THA không kiểm soát là yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được.⁸

Cùng với sự già hóa dân số, tỷ lệ THA và ngã ngày một tăng cao đang trở thành một thách thức cho cộng đồng cần được giải quyết. Xác định được sự phổ biến của THA và mối liên quan của nó với nguy cơ ngã là điều cần thiết, từ đó giúp các bác sĩ đưa ra chiến lược quản lý THA đúng đắn. Theo chúng tôi được biết, tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào xem xét vấn đề này, vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả thực trạng THA và mối liên quan với nguy cơ ngã ở bệnh nhân ngoại trú cao tuổi tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 529 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên đến khám tại bệnh viện Lão Khoa trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, có khả năng hiểu và trả lời phỏng vấn, và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không tự đi lại (liệt nửa người, khiếm thị hoặc khiếm thính trầm trọng...). Bệnh nhân đang trong tình trạng nguy kịch hoặc mắc các bệnh lý cấp tính (đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ cấp, nhiễm trùng nặng, ung thư...). Bệnh nhân có suy giảm nhận thức - đánh giá dựa trên tổng điểm MoCa < 22 .⁹

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03/2018 đến tháng 12/2018.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ. Cỡ mẫu được tính theo công

thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Với n là cỡ mẫu tối thiểu, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ($\alpha = 0,05$ và khoảng tin cậy 95%), $p = 0,62$ là tỷ lệ THA của người Việt Nam ≥ 60 tuổi theo nghiên cứu của Bùi Văn Nhơn và cộng sự¹⁰, $d = 0,05$ là khoảng sai lệch mong muốn.

Cỡ mẫu ước tính 362 bệnh nhân, cỡ mẫu thực tế lấy được 529 bệnh nhân.

Thu thập số liệu: Những người tham gia nghiên cứu được phỏng vấn với bộ câu hỏi đã chuẩn bị sẵn bởi nhóm nghiên cứu (gồm 6 Bác sĩ tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương). Những người có điểm MOCA ≥ 22 được chọn vào nghiên cứu, tiếp tục thực hiện bài kiểm tra “thời gian đứng dậy và đi”, 2 Điều dưỡng trong nhóm nghiên cứu đánh giá bài kiểm tra này.

Các chỉ số nghiên cứu: Nguy cơ ngã: Được đánh giá bằng bài kiểm tra “thời gian đứng dậy và đi”. Cách thực hiện: Thực hiện tại phòng họp của Bệnh viện để đảm bảo yên tĩnh, đủ rộng. Cho bệnh nhân ngồi trên ghế, yêu cầu bệnh nhân đứng lên và đi về phía trước 3m với tốc độ bình thường, sau đó quay lại và ngồi vào vị trí cũ. Đo tổng thời gian bệnh nhân hoàn thành bài kiểm tra, nếu tổng thời gian $\geq 13,5$ giây được xem là có nguy cơ ngã cao.¹¹

Tăng huyết áp: HA được đo bằng máy đo HA ké đồng hồ (sản xuất tại Nhật Bản). Bệnh nhân nghỉ ngơi tối thiểu 5 phút, ngồi trên ghế, tay để trên bàn sao cho nếp gấp khuỷu ngang với mức tim. HA được đo ít nhất 2 lần cách nhau 2 - 3 phút và con số cuối cùng là trung bình cộng của 2 lần đo. Nếu có sự chênh lệch HA nhiều > 5 mmHg thì bệnh nhân được đo thêm nhiều lần nữa rồi lấy trung bình cộng của các kết quả đo được. THA được xác định dựa vào tiền sử do bệnh nhân tự khai báo kết hợp việc đánh giá thông qua hồ sơ sức khỏe của bệnh nhân và trị số HA đo được tại thời điểm tham gia nghiên cứu theo tiêu chuẩn của Tổ

chức THA thế giới (ISH: International Society of Hypertension) 2020.¹² Tình trạng HA được chia thành: không THA (không có tiền sử THA và HA đo tại thời điểm hiện tại < 140/90 mmHg), THA không điều trị (HA hiện tại \geq 140/90 mmHg, đang không dùng thuốc điều trị THA), THA có điều trị không kiểm soát (HA hiện tại \geq 140/90, đang dùng thuốc điều trị THA), THA có điều trị có kiểm soát (HA hiện tại < 140/90 với người \geq 65 tuổi và HA < 130/80 với người < 65 tuổi, đang dùng thuốc điều trị THA).

Hạ huyết áp tư thế được xác định khi huyết áp tâm thu (HATT) giảm \geq 20 mmHg và hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) giảm \geq 10 mmHg trong vòng 3 phút khi bệnh nhân chuyển từ tư thế ngồi sang tư thế đứng.¹³

Các chỉ số khác: tuổi, giới tính, khu vực sống, tình trạng hôn nhân, tình trạng hút thuốc lá và sử dụng rượu, tiền sử ngã, các bệnh kèm theo (đái tháo đường, bệnh động mạch chi dưới (ĐMCD), tiền sử đột quỵ hoặc tai biến mạch não (TBMN) thoáng qua), BMI = cân nặng/chiều cao (kg/m²). BMI được phân thành 4 nhóm: gầy (< 18,50), bình thường (18,50 – 22,99), quá cân (23 – 24,99) và béo phì (\geq 25).¹⁴

3. Xử lý số liệu

Các số liệu được phân tích với phần mềm SPSS phiên bản 22 cho thống kê mô tả và thống kê suy luận. Thống kê mô tả dùng để mô tả các đặc điểm của người tham gia nghiên cứu. Trong đó, các biến liên tục được mô tả bằng trung bình (\bar{X}) và độ lệch chuẩn (SD), các biến phân loại được đánh giá bằng sử dụng tần số và tỷ lệ phần trăm. Kiểm định Chi-square được thực hiện để so sánh các biến khác nhau (biến phân loại) giữa các nhóm khác nhau. Mô hình

hồi quy logistic đơn biến và đa biến được dùng để xác định mối liên quan giữa THA và nguy cơ ngã, với tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy (CI) 95% được tính toán ở tất cả các mô hình. Giá trị $p \leq 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Mô hình hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa từng biến độc lập và tỷ lệ người có nguy cơ ngã. Các biến có giá trị $p < 0,20$ ở phân tích đơn biến được chọn để đưa vào phân tích đa biến. Phương án loại trừ được áp dụng và mô hình cuối cùng giữ lại các biến có ý nghĩa với $p \leq 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

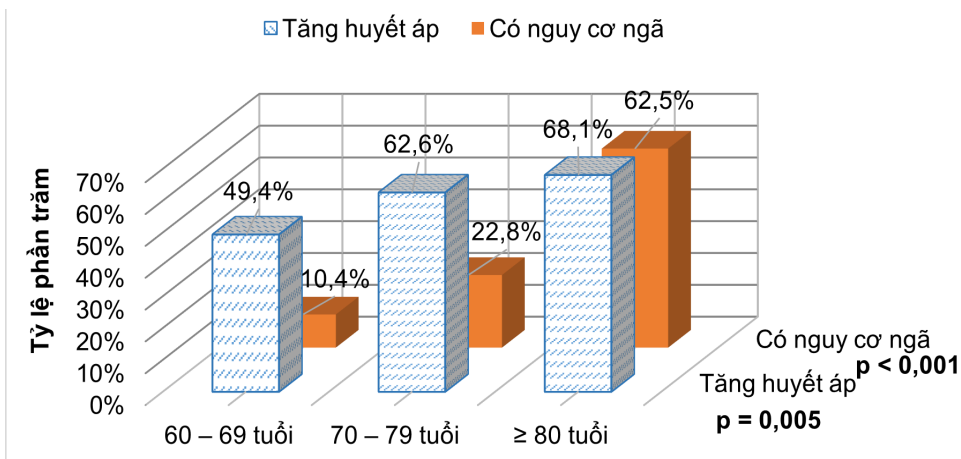
Người tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích của nghiên cứu. Biên bản chấp thuận tham gia nghiên cứu được sự đồng ý của tất cả đối tượng tham gia. Đề cương nghiên cứu đã được phê duyệt và thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội số 11NCS17/HĐĐĐĐHYHN, 08/02/2018.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu trên 529 bệnh nhân \geq 60 tuổi, không suy giảm nhận thức, chúng tôi thu được kết quả sau: Tuổi trung bình là $69,4 \pm 7,5$; nhóm THA có tuổi trung bình cao hơn nhóm không THA (70,3 so với 68,3, $p < 0,001$) (Bảng 1). Tỷ lệ THA là 55,4% (94,5% THA đang được điều trị; trong đó 48,5% bệnh nhân kiểm soát được HA mục tiêu). Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ ngã cao là 21%, tỷ lệ này cao hơn ở nhóm THA so với nhóm không THA (26,6% so với 14,0%, $p < 0,001$). Tỷ lệ bệnh nhân với Đái tháo đường, bệnh ĐMCD, tiền sử đột quỵ hoặc cơn TBMN thoáng qua, và bệnh nhân có tiền sử ngã cao hơn ở nhóm THA so với nhóm không THA ($p < 0,05$).

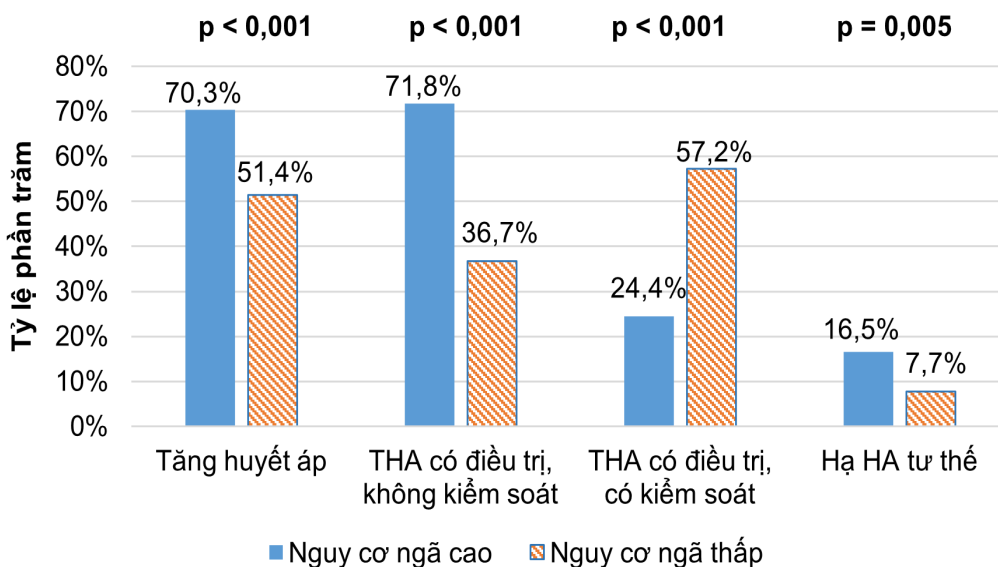
Bảng 1. Đặc điểm chung của quần thể nghiên cứu (n = 529)

Đặc điểm	Tăng huyết áp			p	
	Có	Không	Tổng		
Tổng (n,%)	293 (55,4%)	236 (44,6%)	529		
Đặc điểm chung					
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	70,3 \pm 7,7	68,3 \pm 7,1	69,4 \pm 7,5	0,003	
Giới tính (n,%)	Nam	151 (51,5%)	113 (47,9%)	264 (49,9%)	0,403
	Nữ	142 (48,5%)	123 (52,1%)	265 (50,1%)	
BMI (kg/m ²) (n,%)	Gầy	38 (13,1%)	35 (15,0%)	73 (13,9%)	0,020
	Bình thường	154 (52,9%)	147 (62,8%)	301 (57,3%)	
	Quá cân	56 (19,2%)	34 (14,5%)	90 (17,1%)	
Khu vực sống (n,%)	Béo phì	43 (14,8%)	18 (7,7%)	61 (11,6%)	0,121
	Nông thôn	123 (42,0%)	115 (48,7%)	238 (45,0%)	
Tình trạng hôn nhân (n,%)	Thành thị	170 (58,4%)	121 (51,3%)	291 (55,0%)	0,632
	Có gia đình	248 (84,9%)	196 (83,4%)	444 (84,3%)	
Hút thuốc lá (lào) (n,%)	Độc thân/Góa	44 (15,1%)	39 (16,6%)	83 (15,7%)	0,410
	Hút thuốc lá (lào) (n,%)	26 (8,9%)	26 (11,0%)	52 (9,8%)	
Lạm dụng rượu (n,%)	102 (34,8%)	90 (38,1%)	192 (36,3%)	0,429	
Đái tháo đường (n,%)	64 (21,8%)	25 (10,6%)	89 (16,8%)	< 0,001	
Bệnh ĐMCD (n,%)	23 (7,8%)	1 (0,4%)	24 (4,5%)	< 0,001	
Tiền sử đột quy/TBMN thoáng qua (n,%)	17 (5,8%)	1 (0,4%)	18 (3,4%)	< 0,001	
Ngã 12 tháng trước (n,%)	82 (28,0%)	44 (18,6%)	126 (23,8%)	0,012	
Có nguy cơ ngã (n,%)	78 (26,6%)	33 (14,0%)	111 (21,0%)	< 0,001	
Đặc điểm HA					
HATT trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	131 \pm 18	120 \pm 11	127 \pm 17	< 0,001	
HATTr trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	77 \pm 9	76 \pm 8	77 \pm 8	0,132	
Hạ HA tư thế (n,%)	33 (11,7%)	16 (6,9%)	49 (9,6%)	0,067	
THA không điều trị (n,%)	16 (5,5%)				
THA điều trị, không kiểm soát (n,%)	135 (46,0%)				
THA điều trị, có kiểm soát (n,%)	142 (48,5%)				



Biểu đồ 1. Sự phân bố THA và nguy cơ ngã theo nhóm tuổi

Tỷ lệ THA và nguy cơ ngã đều tăng dần khi tuổi tăng lên (biểu đồ 1), và tăng tới trên 60% ở những người ≥ 80 tuổi (THA: 68,1% và nguy cơ ngã cao: 62,5%, $p \leq 0,005$).



Biểu đồ 2. Liên quan giữa huyết áp và nguy cơ ngã

Biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ bệnh nhân THA, THA điều trị không kiểm soát, và hạ HA tư thế chiếm ưu thế hơn ở nhóm có nguy cơ ngã cao, trong khi tỷ lệ bệnh nhân THA có kiểm soát thấp hơn ở nhóm này so với nhóm nguy cơ ngã thấp.

Trong phân tích đa biến (bảng 2), chúng tôi đã xác định được một số yếu tố liên quan đến nguy cơ ngã cao, bao gồm: tuổi ≥ 80 làm tăng nguy cơ ngã cao gấp hơn 5,4 lần (OR 5,44; 95% CI: 2,28 - 12,96), nhóm có tiền sử ngã trong 1 năm trước khi tham gia nghiên cứu có nguy cơ ngã tăng 3,8 lần so với nhóm không có tiền sử ngã (OR 3,77; 95% CI: 1,96 - 7,25), bệnh nhân THA có nguy cơ ngã cao hơn 2 lần so với người không THA (OR 1,93; 95% CI: 1,13 - 3,28); tuy nhiên với những bệnh nhân THA điều trị kiểm soát được HA mục tiêu thì nguy cơ ngã giảm 0,4 lần so với nhóm HA không được kiểm soát (OR 0,42; 95% CI 0,25 - 0,71).

Bảng 2. Các yếu tố liên với nguy cơ ngã từ phân tích hồi quy logistic

Biến số	Mô hình chưa điều chỉnh (95%CI)			Mô hình sau điều chỉnh (95% CI)		
	OR	95%CI	p	OR	95%CI	p
Tuổi ≥ 80: Có (Không)	9,87	5,73 – 17,01	< 0,001	5,44	2,28 – 12,96	< 0,001
Giới tính: Nữ (Nam)	0,56	0,36 – 0,86	0,008	0,71	0,37 – 1,37	0,309
Tình trạng hôn nhân: Góa/ Độc thân (Có gia đình)	4,02	2,44 – 6,63	< 0,001	2,05	0,84 – 4,99	0,114
THA: Có (Không)	2,23	1,42 – 3,50	< 0,001	1,93	1,13 – 3,28	0,016
THA có điều trị: Kiểm soát (không kiểm soát)	0,42	0,27 – 0,66	< 0,001	0,42	0,25 – 0,71	0,001
Hạ HA tư thế: Có (Không)	2,38	1,28 – 4,44	0,006	1,21	0,48 – 3,04	0,685
Đái tháo đường: Có (Không)	1,39	0,82 – 2,37	0,218	1,40	0,65 – 3,01	0,394
Bệnh ĐMCD: Có (Không)	2,37	1,01 – 5,57	0,048	0,78	0,22 – 2,81	0,700
Ngã 12 tháng trước: Có (Không)	6,63	4,19 – 10,48	< 0,001	3,77	1,96 – 7,25	0,001

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của nghiên cứu đã chỉ ra tỷ lệ THA là 55,4% (94,5% THA được điều trị và 48,5% kiểm soát được HA mục tiêu), cứ 5 bệnh nhân ≥ 60 tuổi không suy giảm nhận thức có 1 người có nguy cơ ngã cao (21%); các tỷ lệ này tăng dần khi tuổi tăng lên. Các yếu tố liên quan đến nguy cơ ngã cao được tìm thấy trong nghiên cứu này bao gồm: tuổi ≥ 80, THA, THA điều trị có kiểm soát, và tiền sử ngã trong 12 tháng trước; trong đó THA điều trị có kiểm soát làm giảm nguy cơ ngã, các yếu tố còn lại đều làm tăng nguy cơ ngã.

Tỷ lệ THA của chúng tôi cao hơn so với tỷ lệ THA của người lớn tuổi trong cộng đồng Việt Nam (21,1%) theo một phân tích tổng hợp trên các đối tượng từ 18 tuổi trở lên, 15 và (24,3%) trên các đối tượng có tuổi trung bình 46,4 ± 13,5 của tác giả Quốc Cường và cộng sự.¹⁶ Sự khác biệt này do tuổi trung bình của những

người tham gia trong nghiên cứu hiện tại cao hơn, điều này củng cố thêm bằng chứng tỷ lệ THA tăng dần khi tuổi càng cao, được giải thích là do sự gia tăng độ cứng động mạch - kết quả của quá trình lão hóa.¹⁷ Tuy nhiên, tỷ lệ THA của người Việt Nam ≥ 60 tuổi trong cộng đồng là 62,1%,¹⁰ cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do chúng tôi chỉ chọn vào nghiên cứu những bệnh nhân không suy giảm nhận thức, đồng thời loại ra bệnh nhân không tự đi lại hoặc đang trong tình trạng nguy kịch hoặc mắc các bệnh lý cấp tính (đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim hoặc đột quỵ cấp, nhiễm trùng nặng, ung thư...); trong khi trong cộng đồng tỷ lệ người ≥ 60 tuổi có các bệnh lý này chiếm tỷ lệ khá cao.

Tỷ lệ THA của bệnh nhân ngoại trú cao tuổi Việt Nam trong nghiên cứu này tương đương tỷ lệ THA của những người ≥ 60 tuổi ở một nước đang phát triển Bangladesh (53%),¹⁸ nhưng thấp hơn so với Hoa Kỳ (63,1%)¹⁹ – một quốc

gia phát triển. Tỷ lệ thừa cân béo phì ở Hoa Kỳ cao có thể phần nào giải thích cho sự khác biệt này; người thừa cân có nguy cơ bị THA cao hơn 2 lần và người béo phì nguy cơ này tăng 6 lần so với những người có chỉ số BMI bình thường.²⁰ Theo kết quả của một cuộc khảo sát quốc gia, nếu như Việt Nam những năm trước tỷ lệ THA được điều trị chỉ ở mức 29,6% và 10,7% đạt được HA mục tiêu,²¹ kết quả từ nghiên cứu hiện tại cho thấy tỷ lệ THA được điều trị đã cải thiện đáng kể (94,5%), trong đó 48,5% THA được kiểm soát - tương đương với tỷ lệ THA được kiểm soát ở Hoa Kỳ (48,3%),¹⁹ điều này khẳng định cho sự quan tâm và nỗ lực của Bộ Y tế Việt Nam và các ban ngành liên quan trong chiến lược quản lý THA những năm gần đây (thông qua các chương trình giáo dục THA, chương trình quản lý THA tại các bệnh viện và cấp thuốc điều trị THA cho bệnh nhân BHYT). Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra việc gia tăng các chiến dịch nâng cao nhận thức về THA, thay đổi lối sống, và điều trị sớm THA đã giúp đẩy mạnh việc kiểm soát HA.²² Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ ngã cao trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ ngã thực tế được tìm thấy ở bệnh nhân ngoại trú ≥ 60 tuổi (23,75%).²³ Bởi vì ngã đã được chứng minh phụ thuộc vào nhiều yếu tố nguy cơ nội tại và ngoại cảnh. Bài kiểm tra “thời gian đứng dậy và đi” mặc dù được khuyến cáo sử dụng bởi nhiều hiệp hội Lão khoa uy tín để sàng lọc những người có nguy cơ ngã,⁶ với sự đồng thuận của Viện Quốc Gia về bằng chứng lâm sàng (NICE: The National Institute of Clinical Evidence);²⁴ tuy nhiên không bao gồm đầy đủ các yếu tố nguy cơ ngã nội tại và ngoại cảnh. Chúng tôi quan sát thấy tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ ngã cao ở nhóm THA cao hơn so với nhóm không THA. Kết quả này phù hợp với kết luận của Hausdorff và cộng sự²⁵ đã chứng minh HA tăng không chỉ dẫn đến tăng nguy cơ tim mạch mà còn ảnh hưởng đến

sự cân bằng, khả năng di chuyển và nguy cơ ngã. Các nghiên cứu trước đây đã chứng minh rằng mức HA cao gây ra sự mất ổn định tư thế có thể dẫn đến nguy cơ ngã ở người cao tuổi.²⁶

Nghiên cứu này cho thấy tuổi cao ≥ 80 , THA, THA điều trị có kiểm soát có liên quan với nguy cơ ngã, kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác.^{13,17} Cùng với sự tăng lên của tuổi tác, khối cơ giảm, giảm cảm giác sâu, dẫn truyền thần kinh chậm lại dẫn đến tình trạng giảm hoạt động của các khớp và cơ lực, giảm sức mạnh chi dưới, kéo dài thời gian phản ứng, kèm theo suy giảm thị lực, khiến người cao tuổi dễ ngã hơn.²⁷ Thời gian xử lý tốc độ kéo dài, di chuyển chậm lại và khả năng kiểm soát thăng bằng kém hơn ở người THA làm tăng nguy cơ ngã.²⁶ Tương tự kết quả này, nhiều nghiên cứu gần đây đã chứng minh điều trị tích cực THA là có lợi, và hạ HA tư thế không liên quan đến nguy cơ cao mắc các biến cố tim mạch, ngã, hoặc ngất kể cả khi điều trị để đạt mức HA mục tiêu chuẩn và tích cực.²⁸ Đồng thuận với phát hiện của chúng tôi, tiền sử ngã đã được xác định là một yếu tố nguy cơ quan trọng của ngã,²⁹ do tiền sử ngã có thể dẫn đến lo sợ bị tái ngã; đáng đi thận trọng quá mức do sợ ngã thể hiện bằng việc tốc độ đi quá chậm, bước ngắn làm tăng nguy cơ ngã.³⁰

THA và ngã đang là mối đe dọa đối với sức khỏe người cao tuổi, làm tăng gánh nặng tổn thất kinh tế cho toàn xã hội. Tỷ lệ THA và ngã tăng dần khi tuổi tăng lên, tuy nhiên chúng ta có thể giảm nguy cơ ngã bằng cách can thiệp vào các yếu tố có thể thay đổi được. Không tuân thủ điều trị dẫn đến THA không kiểm soát là yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được.⁸ Quản lý THA hiệu quả có thể làm giảm ngã ở người cao tuổi, cải thiện chất lượng cuộc sống, mang lại lợi ích kinh tế rộng rãi cho hệ thống y tế.³¹

Việt Nam hiện đang là 1 trong 10 quốc gia có tốc độ già hóa nhanh nhất thế giới 32, tỷ lệ

người cao tuổi ngày càng cao kéo theo sự gia tăng của THA, ngã và các chi phí y tế liên quan đang trở thành một gánh nặng cho toàn xã hội.³³ Trong bối cảnh đó, đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá thực trạng THA và mối liên quan với nguy cơ ngã cao của bệnh nhân cao tuổi ngoại trú. Chúng tôi sử dụng Bài kiểm tra “thời gian đứng dậy và đi” để đánh giá nguy cơ ngã - đây là thử nghiệm đơn giản và không đòi hỏi các thiết bị chuyên khoa nên bệnh nhân dễ dàng chấp thuận. Hạn chế của nghiên cứu là HA chỉ được đo tại 1 thời điểm, do đó chưa loại trừ được các trường hợp THA giả tạo hoặc THA áo choàng trắng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng chưa xem xét ảnh hưởng của các loại thuốc điều trị HA và các thuốc khác mà bệnh nhân đang sử dụng, một số loại thuốc đã được chứng minh có liên quan đến tăng nguy cơ ngã. Cần có các nghiên cứu sâu hơn đánh giá sự liên quan này.

V. KẾT LUẬN

Cứ 2 bệnh nhân ngoại trú ≥ 60 tuổi không suy giảm nhận thức có 1 người THA, 21% có nguy cơ ngã cao; các tỷ lệ này tăng dần khi tuổi tăng lên. Tuổi ≥ 80 , THA và tiền sử ngã làm tăng nguy cơ ngã; trong khi THA điều trị có kiểm soát làm giảm nguy cơ ngã. Kết quả này đã cung cấp thêm thông tin cho nhân viên y tế, đặc biệt các bác sĩ góp phần đưa ra các hướng dẫn điều trị và quản lý THA phù hợp nhằm giảm nguy cơ ngã, cải thiện chất lượng cuộc sống của người cao tuổi. Một lần nữa khẳng định tầm quan trọng của đánh giá tim mạch và ngã trong đánh giá lão khoa toàn diện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, et al. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990 – 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The*

Lancet Neurology. 2016; 15(9): 913 - 924.

2. Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, et al. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*. 2020; 395(10226): 795-808.

3. Anandita M, Mehta A, Yang E, Parapid B. Older Adults and Hypertension: Beyond the 2017 Guideline for Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. 2020; 26.

4. Abate M, Di Iorio A, Pini B, et al. Effects of hypertension on balance assessed by computerized posturography in the elderly. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2009; 49(1): 113-117.

5. Ozaldemir I, Iyigun G, Malkoc M. Comparison of processing speed, balance, mobility and fear of falling between hypertensive and normotensive individuals. *Brazilian journal of physical therapy*. 2019.

6. Panel on Prevention of Falls in Older Persons AGS, Society BG. Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59(1):148-157.

7. Dionyssiotis Y. Analyzing the problem of falls among older people. *International journal of general medicine*. 2012; 5: 805-813.

8. Kulkarni S, Rao R, Goodman JDH, Connolly K, O'Shaughnessy KM. Nonadherence to antihypertensive medications amongst patients with uncontrolled hypertension: A retrospective study. *Medicine*. 2021; 100(14).

9. Rosli R, Tan MP, Gray WK, Subramanian P, Chin A-V. Cognitive assessment tools in Asia: a systematic review. *International psychogeriatrics*. 2016; 28(2): 189.

10. Van NB, Hoang LV, Van TB, et al. Prevalence and risk factors of hypertension in the Vietnamese elderly. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*. 2019; 26(3): 239-246.
11. Barry E, Galvin R, Keogh C, Horgan F, Fahey T. Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC geriatrics*. 2014; 14(1): 1-14.
12. Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*. 2020; 75(6): 1334-1357.
13. Gangavati A, Hajjar I, Quach L, et al. Hypertension, orthostatic hypotension, and the risk of falls in a community-dwelling elderly population: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly of Boston study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011; 59(3): 383-389.
14. WHO EC. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet (London, England)*. 2004; 363(9403):157.
15. Meiqari L, Essink D, Wright P, Scheele F. Prevalence of hypertension in Vietnam: a systematic review and meta-analysis. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2019; 31(2): 101-112.
16. Quoc Cuong T, Van Bao L, Anh Tuan N, et al. Associated factors of hypertension in women and men in Vietnam: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*. 2019; 16(23): 4714.
17. Volpe M, Battistoni A, Rubattu S, Tocci G. Hypertension in the elderly: which are the blood pressure threshold values? *European heart journal supplements: journal of the European Society of Cardiology*. 2019; 21(Suppl B):B105.
18. Islam CMZ, Meshbahur R, Tanjila A, et al. Hypertension prevalence and its trend in Bangladesh: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Clinical Hypertension*. 2020; 26(3): 40-58.
19. Fryar CD, Ostchega Y, Hales CM, Zhang G, Kruszon-Moran D. Hypertension prevalence and control among adults: United States, 2015-2016. 2017.
20. Mishra VK. Epidemiology of obesity and hypertension in Uzbekistan. *ORC Macro*; 2005.
21. Son P, Quang N, Viet N, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam - results from a national survey. *Journal of human hypertension*. 2012; 26(4): 268-280.
22. Iqbal A, Ahsan KZ, Jamil K, et al. Demographic, socioeconomic, and biological correlates of hypertension in an adult population: evidence from the Bangladesh demographic and health survey 2017-18. *BMC Public Health*. 2021; 21(1): 1-14.
23. Subramanian MS, Singh V, Chatterjee P, Dwivedi SN, Dey AB. Prevalence and predictors of falls in a health-seeking older population: An outpatient-based study. *Aging Medicine*. 2020.
24. NICE CfCPa. Falls: Assessment and prevention of falls in older people. 2013.
25. Hausdorff JM, Herman T, Baltadjieva R, Gurevich T, Giladi N. Balance and gait in older adults with systemic hypertension. *American Journal of Cardiology*. 2003; 91(5): 643-645.
26. Bank off ADP. Study on body balance in hypertensive patients. *J Hypertens Open Access*. 2012; 1: 2167-1095.1000101.
27. Sturnieks DL, St George R, Lord SR. Balance disorders in the elderly. *Neurophysiologie clinique = Clinical neurophysiology*. Dec 2008; 38(6): 467-478.
28. Juraschek SP, Taylor AA, Wright Jr JT, et al. Orthostatic hypotension, cardiovascular

outcomes, and adverse events: results from SPRINT. *Hypertension*. 2020;75(3):660-667.

29. Kiel DP, Schmader K, Lin F. Falls in older persons: Risk factors and patient evaluation. Up To Date. *Waltham: Up To Date Inc*. 2018.

30. Ellmers TJ, Kal EC, Richardson JK, Young WR. Short-latency inhibition mitigates the relationship between conscious movement processing and overly cautious gait. *Age and ageing*. 2021; 50(3): 830-837.

31. Luiting S, Jansen S, Seppälä L, Daams J, van der Velde N. Effectiveness of cardiovascular evaluations and interventions on fall risk: a scoping review. *The journal of nutrition, health & aging*. 2019; 23(4): 330-337.

32. Bộ Y Tế. Dự thảo đề cương đề án chăm sóc sức khỏe người cao tuổi giai đoạn 2010-2020. *Báo cáo của Bộ Y Tế Việt Nam*. 2017.

33. Tran MT, Dang LT, Vu NC. Vietnamese Older Persons. Nguyen Cong Vu Mai Thi Tran Linh Thuy Dang Choy-Lye Chei. 2020:23.

Summary

PREVALENCE OF HYPERTENSION AND ITS ASSOCIATION WITH A HIGH RISK OF FALLS IN OLDER ADULTS

The study aimed to investigate the prevalence of hypertension and its association with a high risk of falls among older outpatients. A cross-sectional study was conducted in 529 patients aged 60 or older without cognitive impairment, who visited at the National Geriatric Hospital, Hanoi, Vietnam from March to December 2018. The rate of hypertension was 55.4% (94.5% had treated hypertension and 48.5% had controlled hypertension), every 1 in 5 patients ≥ 60 years old suffered from a high risk of falls (21%); these proportions increased with age. The percentage of patients at high risk of falls in the hypertensive group was significantly greater than that the non-hypertensive group, $p < 0.001$. We found a number of factors associated with high risk of falls, including: age ≥ 80 (OR 5.44; 95%CI: 2.28 - 12.96), previous history of falls (OR 3.77; 95%CI: 1.96 – 7.25), hypertension (OR 1.93; 95%CI: 1.13 - 3.28), patients with treated controlled hypertension (OR 0.42; 95%CI: 0.25 - 0.71). Hypertension is prevalent, and is associated with an increased risk of falls among older people. Hypertension treatment and targeted blood pressure control are needed to reduce fall risk.

Keywords: Hypertension, risk of falls, older adults