

# THỰC TRẠNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM Ở NGƯỜI CAO TUỔI VÀ CÁC YẾU TỐ HÀNH VI NGUY CƠ TẠI MỘT SỐ XÃ TỈNH HÀ NAM NĂM 2018

Nguyễn Thị Hương Giang✉, Bùi Hồng Ngọc

Trường Đại học Y Hà Nội

*Mục tiêu: Mô tả thực trạng bệnh không lây nhiễm của người cao tuổi và mô tả một số yếu tố hành vi nguy cơ bệnh không lây nhiễm của người cao tuổi tại một số xã tỉnh Hà Nam năm 2018. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các kết quả chính: 51% người cao tuổi có mắc bệnh không lây nhiễm. Tỷ lệ người cao tuổi mắc các bệnh tim mạch là cao nhất với 41,3%, tiếp theo là bệnh đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và ung thư lần lượt là 8,3%; 8,7% và 4,7%. Tỷ lệ hút thuốc lá/lào chung là 17,6%. Hầu hết đối tượng sử dụng thuốc lá/lào là nam giới với tỷ lệ chung là 44,0% và cao nhất là trong độ tuổi từ 60 - 69 tuổi (52,8%). Tỷ lệ đối tượng sử dụng rượu bia chung là 20,9% trong đó cao nhất là nhóm 60-69 tuổi với 24,8%. Trung bình một tuần, đối tượng nghiên cứu sử dụng các thực phẩm giàu vitamin và chất xơ nhiều nhất là  $23,1 \pm 9,6$  lần, tiếp đó là  $17,8 \pm 5,0$  lần các thực phẩm giàu glucid. Tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực chung là 20,0% trong đó nữ giới có tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực cao hơn nam giới. Khuyến nghị: Tăng cường hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe hiệu quả. Tăng cường quản lý và điều trị bệnh nhân ở trạm y tế xã và cộng đồng. Khám sàng lọc, phát hiện sớm bệnh lý tim mạch cho các đối tượng từ 70 tuổi trở lên. Hướng dẫn thay đổi chế độ ăn cho các trường hợp mắc khối u/ung thư.*

**Từ khóa:** Bệnh không lây nhiễm, người cao tuổi, hành vi nguy cơ.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dân số đang già đi ở hầu hết các quốc gia trên thế giới. Sự già hóa dân số đã trở thành một trong những biến đổi xã hội quan trọng nhất của thế kỷ 21 và đặc biệt có ý nghĩa đối với gần như tất cả các lĩnh vực xã hội. Trên toàn cầu, dân số từ 60 tuổi trở lên đang tăng nhanh hơn tất cả các nhóm tuổi khác.<sup>1</sup> Theo số liệu từ Liên hợp quốc, số người cao tuổi (NCT) tăng từ 962 triệu người trên toàn cầu trong năm 2017 lên 2,1 tỷ năm 2050 và 3,1 tỷ năm 2100.<sup>2</sup> Tại Việt Nam, theo kết quả điều tra của Tổng cục Thống kê, tỷ lệ dân số từ 60 tuổi trở lên năm 2010 là 9,3%, năm 2011 là 9,8% và đến năm 2012 đạt 10,2%. Như vậy, Việt Nam đã chính thức bước vào giai đoạn già hóa dân số.<sup>3</sup>

Trong những năm gần đây, Việt Nam đang phải đối mặt với sự gia tăng ngày càng trầm trọng của các bệnh không lây nhiễm (BKLN). Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) ước tính trong năm 2012, Việt Nam có 520.000 trường hợp tử vong do tất cả các nguyên nhân, trong đó tử vong do các bệnh không lây nhiễm chiếm tới 73%.<sup>4</sup> Ước tính năm 2012, gánh nặng của bệnh không lây nhiễm chiếm 66,2% tổng gánh nặng bệnh tật do tất cả các nguyên nhân.<sup>5</sup> Đối với người cao tuổi thì mức độ phổ biến của bệnh không lây nhiễm còn cao hơn nữa khi có khoảng một nửa số người cao tuổi mắc bệnh tăng huyết áp (THA) đang cần quản lý bệnh hằng ngày. Người cao tuổi Việt Nam còn thường mắc đồng thời nhiều bệnh. Trong số các bệnh không lây nhiễm, bệnh tim mạch (chủ yếu tai biến mạch máu não và bệnh tim thiếu máu cục bộ với yếu tố nguy cơ là tăng huyết áp) là gánh nặng bệnh tật lớn nhất ở người cao tuổi, với tỷ

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hương Giang

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: [nguyenhuonggiang@hmu.edu.vn](mailto:nguyenhuonggiang@hmu.edu.vn)

Ngày nhận: 02/04/2021

Ngày được chấp nhận: 03/08/2021

lệ gánh nặng tăng dần theo tuổi, khoảng 26% ở nhóm từ 60 - 69 tuổi, 33% ở nhóm 70 - 79 và 38% gánh nặng bệnh tật của nhóm 80 tuổi trở lên.<sup>6</sup> Bệnh tim mạch chiếm 42,8% tổng số tử vong ở người cao tuổi.<sup>7</sup> Nhóm bệnh gây gánh nặng bệnh tật lớn thứ hai là bệnh ung thư (đặc biệt phổi/khí quản, gan, dạ dày, đại tràng...)<sup>6</sup> Cùng với đó, người cao tuổi tích lũy của nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến hành vi khi còn trẻ như hút thuốc, uống rượu, chế độ ăn không lành mạnh và ít hoạt động thể lực. Nhóm này có tác động lớn nhất vào gánh nặng bệnh tật và nguyên nhân tử vong ở người cao tuổi.

Sự gia tăng của các bệnh không lây nhiễm và yếu tố nguy cơ không chỉ gây nên gánh nặng về bệnh tật và kinh tế cho cả bản thân người cao tuổi và gia đình mà còn tạo nên gánh nặng cho hệ thống y tế cũng như toàn xã hội. Chiến lược quốc gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015 - 2025; Đề án chăm sóc sức khỏe người cao tuổi 2017 - 2025 và Kế hoạch tăng cường thực hiện điều trị, quản lý tăng huyết áp và đái tháo đường (ĐTĐ) theo nguyên lý y học gia đình tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn giai đoạn 2018 - 2020 đã được triển khai cho thấy sự quan tâm của nhà nước về tình hình bệnh không lây nhiễm nói chung và tình hình bệnh không lây nhiễm ở người già nói riêng.<sup>6</sup> Tuy nhiên để quản lý, kiểm soát được bệnh không lây nhiễm vẫn còn nhiều khó khăn, thách thức trong bối cảnh già hóa dân số hiện nay.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng bệnh không lây nhiễm của người cao tuổi tại một số xã tỉnh Hà Nam năm 2018.

2. Mô tả một số yếu tố hành vi nguy cơ bệnh không lây nhiễm của người cao tuổi tại một số xã tỉnh Hà Nam năm 2018.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### **Thời gian nghiên cứu**

Từ 6/2018 đến 6/2019.

### **Thời gian thu thập số liệu**

Từ 7/2018 đến 8/2018.

### **Địa điểm nghiên cứu**

Xã An Lão, An Mỹ (huyện Bình Lục), xã Nhật Tân, Đồng Hóa (huyện Duy Tiên) và xã Yên Bắc, Bạch Thượng (huyện Kim Bảng), tỉnh Hà Nam.

### **2. Đối tượng**

Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên tính theo năm sinh dương lịch trên chứng minh thư) sống tại xã 6 xã trên.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Người cao tuổi hiện đang sinh sống tại các xã trên.

- Người cao tuổi có mặt tại thời điểm nghiên cứu.

- Người cao tuổi có đủ tư cách pháp nhân, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Người cao tuổi không sống ở địa điểm nghiên cứu từ 6 tháng trở lên.

- Người cao tuổi bị các rối loạn tâm thần.

- Người cao tuổi không hợp tác trong quá trình tham gia phỏng vấn.

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

#### **Cỡ mẫu**

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ trong cộng đồng.

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

Trong đó:

$p = 30\%$  là tỷ lệ tăng huyết áp do người cao tuổi tự báo cáo tại cộng đồng.<sup>8</sup>

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  (với độ tin cậy 95%)

$d = 0,05$  (sai số tuyệt đối)

Thay vào công thức ta có  $n = 323/1$  huyện. Tổng mẫu là 969. Thực tế thu thập được 1211.

### **Phương pháp chọn mẫu**

Chọn mẫu nhiều giai đoạn:

- Chọn chủ đích 3 huyện: Duy Tiên, Kim Bảng, Bình Lục.

- Mỗi huyện chọn ngẫu nhiên 2 xã và chọn được xã An Lão, An Mỹ (huyện Bình Lục), xã Nhật Tân, Đồng Hóa (huyện Duy Tiên) và xã Yên Bắc, Bạch Thượng (huyện Kim Bảng), tỉnh Hà Nam.

- Tại mỗi xã lập danh sách các hộ gia đình có người cao tuổi.

- Chọn ngẫu nhiên hộ gia đình đầu tiên, tiếp theo lấy hộ gia đình gần nhất hộ gia đình đầu tiên theo phương pháp cổng liền cổng, cứ như vậy đến khi đủ cỡ mẫu (mỗi xã phỏng vấn 162 người cao tuổi).

- Chỉ phỏng vấn người cao tuổi không có các bệnh lý về tâm thần kinh.

### **Biến số về thực trạng không lây nhiễm ở người cao tuổi**

- Tỷ lệ mắc không lây nhiễm.
- Tỷ lệ mắc không lây nhiễm theo giới tính.
- Tỷ lệ mắc không lây nhiễm theo nhóm tuổi.
- Tỷ lệ người mắc không lây nhiễm đã được điều trị.

### **Biến số về một số hành vi nguy cơ không lây nhiễm**

- Tỷ lệ hút thuốc lá/lào.
- Tỷ lệ uống rượu bia thường xuyên.
- Tần suất sử dụng một số loại thực phẩm trung bình.
- Tỷ lệ người cao tuổi thiếu hoạt động thể lực.

Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

### **Công cụ thu thập số liệu**

Công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi phỏng

vấn thiết kế sẵn bao gồm 3 phần:

Phần 1: Thông tin chung về người cao tuổi (Tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, hoàn cảnh sống).

Phần 2: Tiền sử bệnh không lây nhiễm của người cao tuổi.

Phần 3: Một số yếu tố hành vi nguy cơ phổ biến gồm: hút thuốc lá/lào, sử dụng rượu bia thường xuyên, chế độ ăn và các hoạt động thể lực.

### **Phương pháp thu thập số liệu**

Phỏng vấn trực tiếp đối tượng tại hộ gia đình bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

Thời gian tiến hành thu thập số liệu từ tháng 7 đến tháng 8 năm 2018.

### **3. Xử lý số liệu**

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, làm sạch và phân tích bằng phần mềm STATA 13. Thống kê mô tả bao gồm: trung bình, độ lệch chuẩn của biến số định lượng và tần số, tỉ lệ phần trăm cho các biến số định tính. Sử dụng test Fisher hoặc Chi bình phương để so sánh sự khác biệt. Tính tỉ suất chênh OR và kiểm định Chi bình phương tìm mối liên quan. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### **4. Đạo đức nghiên cứu**

Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu đã được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Bộ câu hỏi không bao gồm các câu hỏi mang tính riêng tư, các vấn đề nhạy cảm nên không ảnh hưởng gì đến tâm lý hay sức khỏe của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC). Các số liệu này chỉ nhằm mục đích phục vụ cho nghiên cứu, không sử dụng cho các mục đích khác. Các bệnh nhân đều đồng ý tham gia nghiên cứu và đảm bảo bí mật cá nhân cho họ.

Đề cương nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng – Trường Đại học Y Hà Nội.

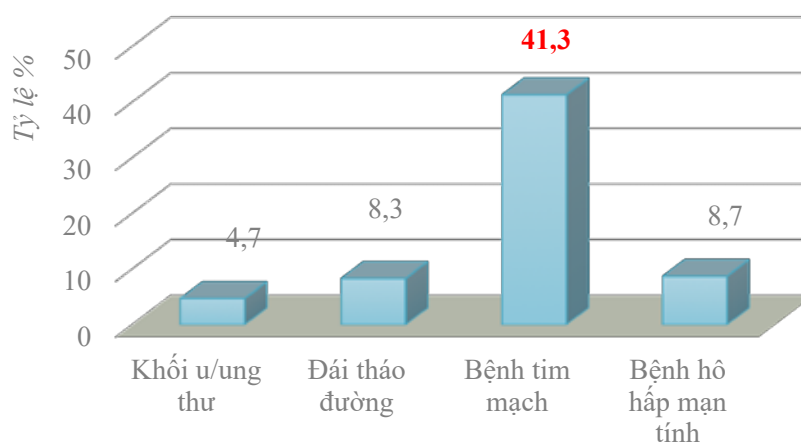
### III. KẾT QUẢ

#### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của đối tượng là:  $71,1 \pm 8,8$ . Gần một nửa số đối tượng thuộc nhóm tuổi từ 60 - 69 (49,6%), nhóm tuổi từ 80 tuổi trở lên

chiếm tỉ lệ nhỏ nhất 18,74%. Tỷ lệ đối tượng người cao tuổi là nữ giới tham gia nghiên cứu chiếm 60,8%.

#### 2. Thực trạng bệnh không lây nhiễm của người cao tuổi tại Hà Nam năm 2018



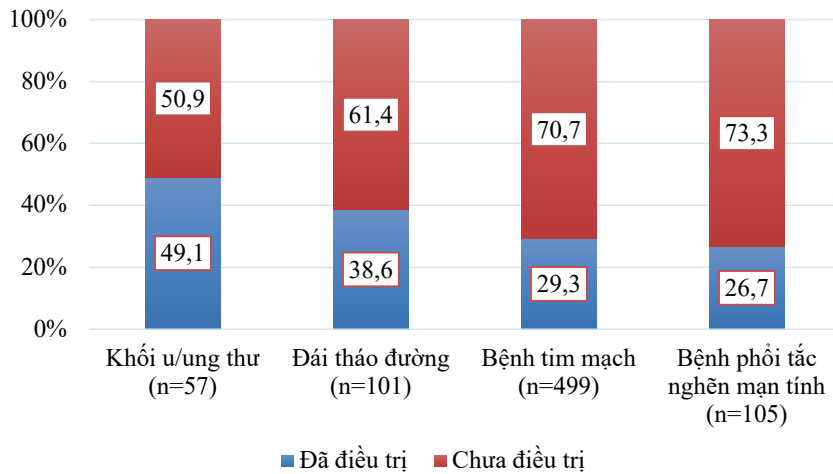
**Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc một số bệnh không lây nhiễm của người cao tuổi**

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NCT mắc các bệnh tim mạch là cao nhất với 41,3%. Tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh đái tháo đường và bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tương đương nhau là 8,3% và 8,7%. Tỷ lệ người cao tuổi mắc các bệnh khối u/ung thư chiếm tỷ lệ thấp nhất.

**Bảng 1. Tỷ lệ mắc bệnh của một số bệnh không lây nhiễm theo nhóm tuổi**

Bệnh không lây nhiễm	60 - 69 (n = 600)		70 - 79 (n = 384)		≥ 80 (n = 227)		p
	n	%	n	%	n	%	
	Khối u/ung thư	34	5,7	14	3,7	9	
Đái tháo đường	49	8,2	38	9,9	14	6,1	0,261
Bệnh tim mạch	196	32,7	197	51,3	106	46,7	0,000
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	41	6,8	38	9,9	26	11,5	0,064
Bệnh không lây nhiễm chung	259	43,2	230	59,9	129	56,8	0,000

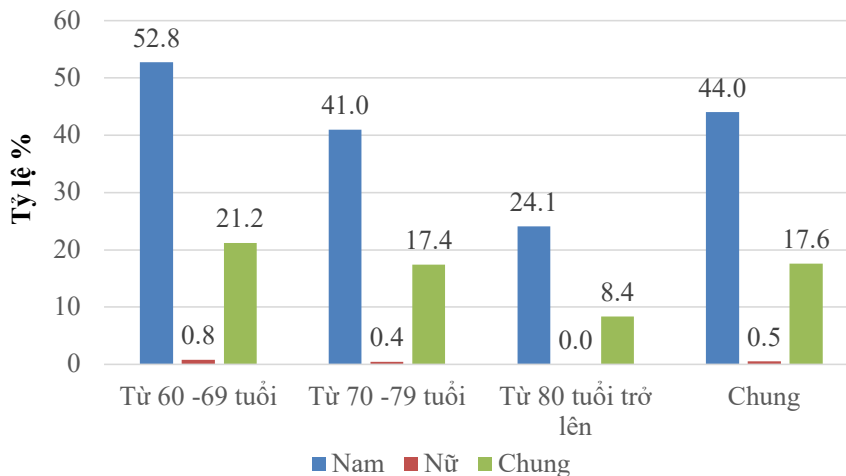
Kết quả nghiên cứu chỉ ra có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc bệnh không lây nhiễm chung được tính là tỷ lệ người cao tuổi có ít nhất 1 bệnh không lây nhiễm) và bệnh lý tim mạch giữa các nhóm tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh lý tim mạch ở nhóm 60 - 69 tuổi chỉ chiếm 32,7% trong khi đó nhóm 70 - 79 tuổi và từ 80 tuổi chiếm 51,3% và 46,7%. Tỷ lệ người cao tuổi có mắc bệnh không lây nhiễm ở nhóm 70 - 79 tuổi là cao nhất (59,9%).



**Biểu đồ 2. Tỷ lệ điều trị bệnh trên đối tượng có mắc bệnh không lây nhiễm**

Đối tượng mắc bệnh khối u/ung thư có tỷ lệ điều trị là cao nhất chiếm 49,1%. Đối tượng mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có tỷ lệ điều trị thấp nhất là 26,7%.

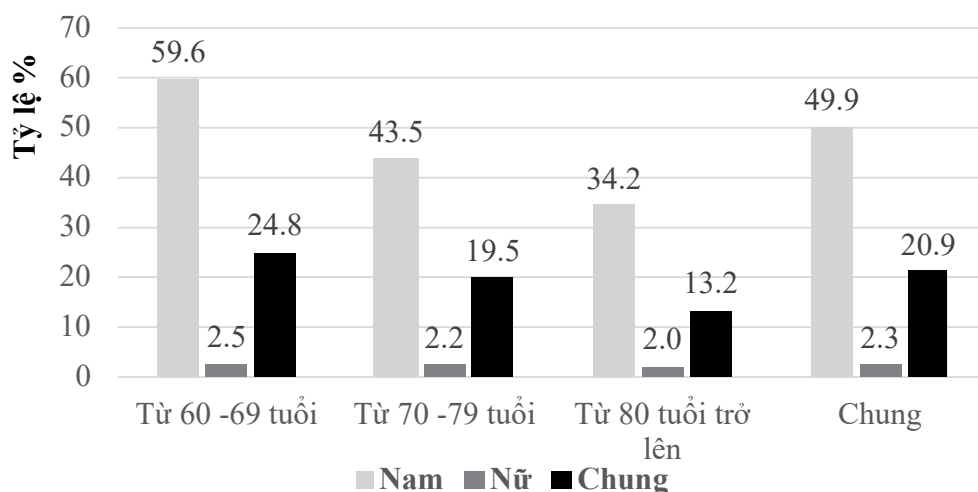
### 3. Thực trạng một số yếu tố hành vi nguy cơ bệnh không lây nhiễm của người cao tuổi tại Hà Nam năm 2018



**Biểu đồ 3. Tỷ lệ hút thuốc lá/lào ở đối tượng nghiên cứu**

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu hút thuốc lá/lào chung là 17,6% trong đó cao nhất là nhóm 60 - 69 tuổi với 21,2%. Hầu hết đối tượng sử dụng thuốc lá/lào là nam giới với tỷ lệ chung là 44,0%, tỷ lệ nam giới hút thuốc lá/lào cao nhất là trong độ tuổi từ 60 - 69 tuổi (52,8%).

Nghiên cứu cũng chỉ ra người cao tuổi có hút thuốc lá/lào có nguy cơ mắc bệnh phổi mạn tính cao hơn 1,3 lần những người không hút. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Không tìm thấy mối liên quan giữa hút thuốc lá/lào với mắc bệnh tim mạch, khối u/ung thư và đái tháo đường.



**Biểu đồ 4. Tỷ lệ thường xuyên sử dụng rượu bia theo tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu**

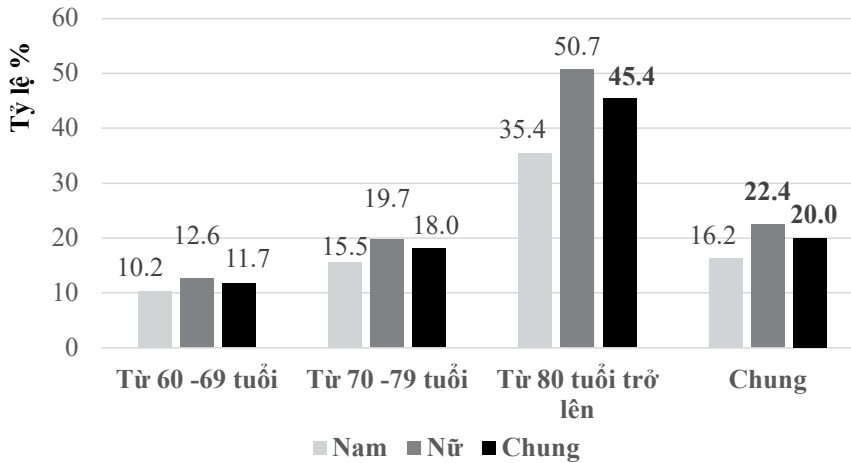
Tỷ lệ đối tượng sử dụng rượu bia chung là 20,9% trong đó cao nhất là nhóm 60-69 tuổi với 24,8%. Tỷ lệ thường xuyên sử dụng rượu bia ở nam giới (49,9%) cao hơn nhiều nữ giới, cao nhất là nam giới trong độ tuổi từ 60-69 tuổi (59,6%).

Kết quả chỉ ra những người cao tuổi có sử dụng rượu bia thường xuyên đều có nguy cơ mắc các nhóm bệnh không lây nhiễm thấp hơn những người không sử dụng. Tuy nhiên mối liên quan này là không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 2. Tần suất sử dụng một số nhóm thực phẩm của đối tượng nghiên cứu**

Thực phẩm	Trung bình (lần/tuần)	Độ lệch chuẩn
Thực phẩm giàu protein	8,0	5,2
Thực phẩm giàu glucid	17,8	5,0
Thực phẩm giàu vitamin và chất xơ	23,1	9,6
Đồ chiên và nướng	1,0	2,1

Trung bình một tuần, đối tượng nghiên cứu sử dụng nhiều nhất các thực phẩm giàu vitamin và chất xơ là:  $23,1 \pm 9,6$  lần, tiếp đó là  $17,8 \pm 5,0$  lần các thực phẩm giàu glucid. Đối tượng nghiên cứu chỉ sử dụng trung bình  $8,0 \pm 5,2$  lần/tuần các thực phẩm giàu protein. Kết quả chỉ ra đối tượng nghiên cứu mắc khối u/ung thư có tần suất sử dụng đồ chiên và nướng trung bình cao hơn không mắc. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



**Biểu đồ 5. Tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực theo tuổi và giới tính**

Tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực chung của đối tượng trong nghiên cứu là 20,0% trong đó nữ giới có tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực cao hơn nam giới (22,4% và 16,2%). Nhóm từ 80 tuổi trở lên thiếu hoạt động thể lực chiếm tỷ lệ cao nhất (45,4%).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho kết quả: 51% người cao tuổi mắc bệnh không lây nhiễm. Người cao tuổi ở Việt Nam thường mắc bệnh không lây nhiễm và thường mắc đồng thời nhiều bệnh. Bệnh ung thư là một nhóm bệnh phổ biến ở người cao tuổi và nghiên cứu chúng tôi đưa ra tỷ lệ mắc khối u/ung thư chiếm 4,69%. Kết quả chúng tôi đưa ra tương tự với nghiên cứu của Mitchell-Fearon và cộng sự (2012) tại Jamaica.<sup>9</sup> Theo 1 điều tra cộng đồng tại Việt Nam cho thấy khoảng 1,1% số người cao tuổi mắc các loại bệnh ung thư thấp hơn so với tỉ lệ người cao tuổi tự báo cáo trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo nghiên cứu trong bệnh viện, tỷ lệ mắc các bệnh về khối u trong số bệnh nhân cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Lão khoa TW năm 2008 là 6,4%.<sup>10</sup> Tỷ lệ mắc ung thư ở người sau 70 tuổi cao hơn nhóm 60 - 69 tuổi, nam mắc nhiều hơn nữ.<sup>11</sup>

Tỷ lệ mắc đái tháo đường ở người cao tuổi dao động rất nhiều giữa các nghiên cứu cho nên khó phát hiện xu hướng theo thời gian. Nghiên cứu của chúng tôi đưa ra tỷ lệ người cao tuổi mắc đái tháo đường là 8,31%. Tỷ lệ này nằm

trong tỷ lệ người cao tuổi mắc đái tháo đường thấp nhất là 4,15% và cao nhất là 14,59% theo các nghiên cứu ở Việt Nam đã công bố trước đây. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Điều tra khảo sát của dự án HFG về sử dụng quỹ Bảo hiểm Y tế tại 6 tỉnh năm 2014.<sup>12</sup> Và cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Huỳnh Minh khi tỷ lệ này chỉ có 1,8% người cao tuổi mắc đái tháo đường. Đa số nghiên cứu tại Việt Nam cũng như nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các công bố của các tác giả khác trên thế giới như tại Mỹ tỷ lệ này là từ 22 - 33% hay nghiên cứu cắt ngang của 6038 người dân cao tuổi từ cộng đồng Changfeng Thượng Hải (2009 - 2012), tỷ lệ mắc một số bệnh đái tháo đường là 21,9%. Sự khác biệt này là do mô hình bệnh tật ở các quốc gia phát triển, thu nhập cao chủ yếu là ở các nước đang phát triển. Mặc dù vậy, ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình thì bệnh không lây nhiễm cũng đang có chiều hướng gia tăng.

Bệnh tim mạch (CVD) là nhóm các rối loạn của tim và mạch máu, bao gồm: tăng huyết áp,



bệnh tim mạch vành, bệnh mạch máu não (đột quỵ), bệnh mạch máu ngoại biên, suy tim, bệnh tim bẩm sinh, bệnh cơ tim và các tình trạng khác. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người cao tuổi mắc các bệnh tim mạch là cao nhất trong nhóm các bệnh không lây nhiễm với 41,3%. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả nghiên cứu tổng quan hệ thống của tác giả David Munday và cộng sự khi tỷ lệ mắc bệnh chiếm 38%. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi do tiêu chuẩn lựa chọn người cao tuổi trong một số bài báo là các đối tượng trên 50 tuổi dựa trên quy định của mỗi quốc gia. Kết quả nghiên cứu chỉ ra có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mắc bệnh lý tim mạch giữa các nhóm tuổi. Trong đó nhóm 70 - 79 tuổi và từ 80 tuổi trở lên cao hơn so với nhóm 60 - 69 tuổi. Hay trong nghiên cứu của Ali Yazdanyar và cộng sự tại Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc bệnh tim mạch, bao gồm tăng huyết áp, bệnh mạch vành và đột quỵ tăng từ 70 - 75% ở những người 60 - 79 tuổi và đến 79 - 86 % trong số những người từ 80 tuổi trở lên.

Các bệnh phổi mạn tính phổ biến ở Việt Nam chủ yếu là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Tỷ lệ mắc những bệnh phổi mạn tính ở người cao tuổi tương đối cao, giữa 10% và 20%. Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung vào tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Tỷ lệ này chiếm 8,7%. Kết quả này thấp hơn so với 2 nghiên cứu trước tại Việt Nam khi tỷ lệ mắc từ 14,5 - 16,6%. Bệnh phổi mạn tính gây gánh nặng bệnh tật lớn, chiếm khoảng 5,5% tổng số DALY đối với người 60 - 64 tuổi và tăng lên gần 9% ở nhóm 80 tuổi trở lên.

Trong các bệnh không lây nhiễm, đối tượng mắc bệnh khối u/ung thư có tỷ lệ điều trị là cao nhất chiếm 49,1%. Ngược lại, đối tượng mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có tỷ lệ điều trị thấp nhất là 26,7%. Các bệnh ung thư, bệnh tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các bệnh không lây nhiễm khác ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe

cộng đồng và sự phát triển kinh tế xã hội. Nếu không được quản lý và điều trị, bệnh sẽ gây tàn tật và tử vong cao.

Hút thuốc là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới và tại Việt Nam. Hút thuốc không những ảnh hưởng đến sức khỏe người hút mà còn ảnh hưởng tới sức khỏe của người xung quanh.

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu hút thuốc lá/lào trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 17,6% trong đó cao nhất là nhóm 60 - 69 tuổi với 21,2%. Hầu hết đối tượng sử dụng thuốc lá/lào là nam giới với tỷ lệ chung là 44,0%, tỷ lệ nam giới hút thuốc lá/lào cao nhất là trong độ tuổi từ 60 - 69 tuổi (52,8%). Tỷ lệ nam giới hút thuốc lá/lào trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả Điều tra tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành (gọi tắt là điều tra GATS) tại Việt Nam năm 2015 với tỷ lệ là 45,3%.<sup>13</sup> Tuy nhiên tỷ lệ hút thuốc lá/lào chung là 22,5%. Và cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Huỳnh Minh với tỷ lệ sử dụng thuốc lá trong nghiên cứu 13,3%; theo giới nam là 33%.<sup>14</sup>

Tỷ lệ đối tượng sử dụng rượu bia thường xuyên là 20,9% trong đó cao nhất là nhóm 60-69 tuổi với 24,8%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của SAMHSA (2014) tại Hoa Kỳ khi có 14,1% người từ 60 đến 64 tuổi và 9,1% những người trên 65 tuổi sử dụng rượu bia thường xuyên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thường xuyên sử dụng rượu bia ở nam giới (49,9%) cao hơn nhiều nữ giới, cao nhất là nam giới trong độ tuổi từ 60-69 tuổi (59,6%). Kết quả về tỉ lệ nam giới sử dụng rượu bia của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Huỳnh Minh ở người cao tuổi tại hai xã Nhật Tân và Đồng Hóa, huyện Kim Bảng (2014).<sup>14</sup>

Dinh dưỡng đang trở thành tiên quyết như một yếu tố quyết định chính của bệnh không lây nhiễm, với bằng chứng khoa học ngày càng ủng hộ quan điểm rằng sự thay đổi trong chế



độ ăn uống có tác động mạnh mẽ, cả tích cực và tiêu cực, đến sức khỏe trong suốt cuộc đời.

Trung bình một tuần, đối tượng nghiên cứu sử dụng nhiều nhất các thực phẩm giàu vitamin và chất xơ là:  $23,1 \pm 9,6$  lần. Về tần suất sử dụng thực phẩm có thể thấy người cao tuổi thường xuyên ăn các thực phẩm giàu vitamin và chất xơ và sử dụng.

Tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực chung của đối tượng trong nghiên cứu là 20,0% trong đó nữ giới có tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực cao hơn nam giới (22,4% và 16,2%). Theo nghiên cứu thực trạng hoạt động thể lực ở người cao tuổi tại huyện Ân Thi, tỉnh Hưng Yên năm 2012 của Trần Văn Đình và cộng sự thấy đa số người cao tuổi có mức hoạt động thể lực cao khi có 81,3% nữ giới có mức độ HĐTL cao, trong khi đó mức độ này là 74,7% ở nam giới.<sup>15</sup> Theo nghiên cứu của Bộ Y tế Hoa Kỳ, hơn 60% người Mỹ trưởng thành trên 50 tuổi không đạt được mức hoạt động thể lực khuyến nghị.<sup>16</sup>

Nghiên cứu chúng tôi chỉ ra rằng nhóm từ 80 tuổi trở lên thiếu hoạt động thể lực chiếm tỷ lệ cao nhất (45,4%). Đây là nhóm có nhiều trở ngại về mặt vận động và tinh thần, dễ gặp chấn thương trong quá trình tập luyện mặc dù vậy tuổi cũng là một yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm khi tuổi càng tăng thì người cao tuổi càng dễ mắc các bệnh không lây nhiễm. Vì vậy để dự phòng bệnh tốt nhân viên y tế cần tư vấn hoạt động thể lực sao cho thích hợp với từng cá nhân về liều lượng (cường độ, thời gian và tần suất) và loại hoạt động theo tình trạng sức khỏe. Kết quả nghiên cứu về lợi ích sức khỏe lâu dài của hoạt động thể chất - đánh giá có hệ thống các nghiên cứu dọc của Reiner M và cộng sự chỉ ra rằng hoạt động thể lực là một yếu tố nguy cơ quan trọng với các bệnh không lây nhiễm (bệnh tim mạch và đái tháo đường týp 2) và tình trạng thừa cân và béo phì.<sup>17</sup>

Để đánh giá cụ thể hơn về mức độ hoạt động

thể lực giữa những người cao tuổi, phương pháp thang hoạt động (activity scale) thường được khuyến cáo sử dụng.<sup>18</sup>

#### **Hạn chế nghiên cứu**

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang tại một thời điểm ngắn.

Tiền sử bệnh tật của đối tượng thông qua phỏng vấn/hỏi hồi cứu, đối tượng tự báo cáo mà chưa có bệnh án hoặc sổ khám bệnh đối chiếu.

#### **IV. KẾT LUẬN**

Kết quả nghiên cứu thu được 51% người cao tuổi có mắc bệnh không lây nhiễm. Trong đó tỷ lệ người cao tuổi mắc các bệnh tim mạch là cao nhất với 41,3% (THA: 35,7% và bệnh mạch vành: 10,3%); tỷ lệ người cao tuổi mắc bệnh đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính lần lượt là 8,3%; 8,7% và 4,7%. Có sự khác biệt về tỷ lệ mắc không lây nhiễm chung và bệnh lý tim mạch giữa các nhóm tuổi. Đối tượng mắc bệnh khối u/ung thư có tỷ lệ điều trị cao nhất (49,1%) và thấp nhất là bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (26,7%).

Kết quả về một số yếu tố hành vi nguy cơ chỉ ra rằng tỷ lệ đối tượng nghiên cứu hút thuốc lá/lào chung là 17,6%. Hầu hết đối tượng sử dụng thuốc lá/lào là nam giới với tỷ lệ chung là 44,0%, tỷ lệ nam giới hút thuốc lá/lào cao nhất là trong độ tuổi từ 60 - 69 tuổi (52,8%). Tỷ lệ đối tượng sử dụng rượu bia chung là 20,9% trong đó cao nhất là nhóm 60 - 69 tuổi với 24,8%. Tỷ lệ thường xuyên sử dụng rượu bia ở nam giới cao hơn nhiều nữ giới, cao nhất là nam giới trong độ tuổi từ 60 - 69 tuổi. Trung bình một tuần, đối tượng nghiên cứu sử dụng các thực phẩm giàu vitamin và chất xơ nhiều nhất là  $23,1 \pm 9,6$  lần, tiếp đó là  $17,8 \pm 5,0$  lần các thực phẩm giàu glucid. Tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực chung của đối tượng nghiên cứu là 20,0% trong đó nữ giới có tỷ lệ thiếu hoạt động thể lực cao hơn nam giới.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Department of Economic and Social Affairs United Nations PD. World Population Ageing 2015, (ST/ESA/SER.A/390). 2015.
2. Department of Economic and Social Affairs United Nations PD. World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248. 2017.
3. Tổng cục Thống kê. Kết quả điều tra biến động dân số và nhà ở năm 2012, Hà Nội. 2012.
4. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2014. 2014.
5. World Health Organization. World health statistics 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. *World Health Statistics, 2015*. 2014.
6. Bộ Y tế. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2016. Hướng tới mục tiêu già hoá khoẻ mạnh ở Việt Nam. *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*. 2018.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results, < <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>>. 2016;
8. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới sự khác biệt về thực trạng sức khỏe, khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế tại 6 tỉnh thuộc 6 vùng kinh tế xã hội của Việt Nam năm 2014 - 2015. *HSPI, Hà Nội*. 2016.
9. Mitchell-Fearon K, Waldron N, Laws H, et al. Non-communicable diseases in an older, aging population: a developing country perspective (Jamaica). *Journal of health care for the poor and underserved*. 2015;26(2):475-487. DOI: 10.1353/hpu.2015.0041.
10. Nguyễn Hải Hằng, Lê Văn Tuấn, Phạm Thắng. Mô hình bệnh tật của người cao tuổi điều trị tại Viện Lão khoa quốc gia năm 2008. *Tạp chí Y học thực hành* 2009;6(666).
11. Hội Liên hiệp Phụ nữ Việt Nam. Điều tra quốc gia về người cao tuổi Việt Nam VNAS năm 2011 - Các kết quả chủ yếu. *Nhà xuất bản Phụ nữ, Hà Nội*. 2012.
12. Dự án quản trị và tài chính y tế (HFG). Điều tra khảo sát về sử dụng quỹ BHYT tại 6 tỉnh năm 2014, HFG, Hà Nội. 2015.
13. Bộ Y tế. Điều tra tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam năm 2015, Hà Nội. 2015.
14. Nguyễn Huỳnh Minh. Một số triệu chứng và bệnh mạn tính hay gặp ở người cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại hai xã nhật tân, đồng hóa huyện Kim Bảng, tỉnh Hà Nam năm 2014. *Khóa luận Bác sỹ Y khoa Trường Đại học Y Hà Nội*. 2015.
15. Trần Văn Đình, Ngô Thị Mai Anh, Nguyễn Tuấn Việt và cộng sự. Thực trạng hoạt động thể lực ở người cao tuổi tại huyện Ân Thi, tỉnh Hưng Yên năm 2012. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2013;11(147):92.
16. Health UDo, Services H. Physical activity guidelines for americans. US Department of Health and Human Services. *Washington, DC*. 2008; <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCOUTCOMES.118.005263>.
17. Woll A, Jekauc D, Niermann C, Reiner M. Long-term health benefits of physical activity—a systematic review of longitudinal studies. *BMC Public Health*. 2013; 13: 813. Published online 2013 Sep 8. doi: 10.1186/1471-2458-13-813.
18. Nguyễn Đức Hình, Trần Thị Thanh Hương. Hoạt động thể lực trong phòng và điều trị bệnh. *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*; 2012.

## Summary

# NON-COMMUNICABLE DISEASES AMONG THE ELDERLY AND THEIR RISK FACTORS IN SOME COMMUNITIES OF HA NAM PROVINCE IN 2018

This study aimed to describe the prevalence of non-communicable diseases among the elderly in some communes of Ha Nam province in 2018 and identify some behavioral risk factors associated with disease status. Interviews and surveys were administered among 1211 adults aged 60 or older. About half of the elderly (51%) had non-communicable diseases (NCDs). The prevalence of cardiovascular diseases was the highest (41.3%), followed by diabetes (8.3%), chronic obstructive pulmonary disease (8.7%), and cancer (4.7%). Only 17.6% of the elderly reported smoking cigarettes/waterpipe, and less than half of those who smoked were men (44.0%). Among male elderly who smoked, a little more than half were aged 60 to 69 years. About 20.9% of the elderly drank alcohol is 20.9%, of whom 24.8% were those aged 60-69 years. On average, the elderly took foods rich in vitamins and fiber about  $23.1 \pm 9.6$  times per week, and foods rich in glucoside about  $17.8 \pm 5.0$  times per week. About one fifth of the elderly (20.0%) were inactive, and women were more likely to be inactive than men. Among the elderly in Hanam province, there is a need for effective health education and communication activities, better management and treatment of patients at commune and community health centers, early screening for cardiovascular diseases, and clear guidelines for diets to reduce the risk of cancer.

**Keywords:** Non-communicable disease, the elderly, risk behavior factor.