

TỶ LỆ TĂNG HUYẾT ÁP CỦA NGƯỜI DÂN ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH NĂM 2025

Nguyễn Thu Uyên¹, Cao Trường Sinh¹, Nguyễn Thị Mai Thơ¹, Nguyễn Hữu Toàn²

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

²Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh

Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ tăng huyết áp của người dân đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2025. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 390 bệnh nhân từ độ tuổi 18 trở lên. Kết quả cho thấy độ tuổi trung bình là $57,62 \pm 16,68$, trong đó nhóm tuổi trên 60 chiếm 58,7%. Ở nữ được khám sàng lọc nhiều hơn nam với tỷ số nữ/nam $\approx 1,4$. Hơn 1/3 dân số người từ 18 tuổi trở lên bị tăng huyết áp (38,7%), trong đó nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc là 35,1%. Cần phải tuyên truyền để người dân nhận thức được tầm quan trọng của việc đo huyết áp thường xuyên.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tâm thu đơn độc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng nhất trên toàn cầu hiện nay, với tỷ lệ mắc cao và có xu hướng tiếp tục gia tăng theo thời gian. THA không chỉ là yếu tố nguy cơ chính của các bệnh lý tim mạch, mà còn là nguyên nhân hàng đầu gây ra các biến cố nặng nề như đột quỵ não, nhồi máu cơ tim, suy tim, suy thận và tử vong sớm. Đây cũng là gánh nặng lớn đối với hệ thống y tế cả về chi phí điều trị và quản lý lâu dài [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), đến năm 2023, toàn thế giới có khoảng 1,27 tỷ người trong độ tuổi từ 30 đến 79 mắc THA, trong đó gần một nửa không được chẩn đoán hoặc không được điều trị đầy đủ [2]. THA không chỉ phổ biến ở các nước thu nhập cao mà còn đang gia tăng nhanh chóng tại các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Ở nước ta, nhiều nghiên cứu trong thời gian gần đây đã cho thấy tỷ lệ THA có xu hướng ngày càng tăng, đặc biệt ở người trung niên và cao tuổi, kèm theo đó là tỷ lệ kiểm soát huyết áp còn thấp.

Trong bối cảnh đó, việc tầm soát, chẩn đoán và kiểm soát tăng huyết áp tại cộng đồng, đặc

biệt tại các cơ sở y tế tuyến đầu, đóng vai trò hết sức quan trọng trong chiến lược phòng chống bệnh tim mạch nói chung và THA nói riêng.

Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh là cơ sở y tế trực thuộc trường đại học y khoa, có chức năng khám chữa bệnh, đào tạo và nghiên cứu khoa học; đồng thời là nơi tiếp nhận và điều trị nội trú - ngoại trú cho một số lượng lớn bệnh nhân trên địa bàn thành phố Vinh và khu vực lân cận. Trong những năm gần đây, số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị THA tại bệnh viện ngày càng tăng, phản ánh phần nào thực trạng phổ biến của bệnh lý này trong cộng đồng. Nhằm cung cấp cơ sở dữ liệu thực tiễn phục vụ cho việc xây dựng các giải pháp can thiệp phù hợp, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu: Xác định tỷ lệ THA của người dân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Người dân (nam và nữ) 18 tuổi trở lên đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người 18 tuổi trở lên đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh. Có hộ khẩu thường trú và đang

sinh sống trên địa bàn nghiên cứu ít nhất 12 tháng (tính đến thời điểm điều tra). Có khả năng nghe, nói và trả lời các câu hỏi, có khả năng hợp tác thực hiện các bước đo huyết áp và trả lời phỏng vấn. Đồng ý tham gia nghiên cứu. Không hút thuốc, sử dụng đồ uống có chứa caffeine và tập thể dục trong vòng 30 phút trước khi tiến hành đo huyết áp.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có tiền sử bệnh lý tâm thần. Người có khuyết tật về ngôn ngữ, khiếm thính, khiếm thị. Phụ nữ mang thai.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh, từ tháng 11/2024 đến tháng 05/2025.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Có 390 bệnh nhân được lựa chọn thuận tiện thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Phương pháp thu thập số liệu: Tại phòng chờ khoa Khám bệnh Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh, người dân được nghỉ ngơi trước khi tiến hành đo huyết áp ít nhất 10 phút. Trước khi đo, người dân được hỏi và điền đầy đủ các thông số theo phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn như tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, có được đo HA thường xuyên hay không, dùng thuốc đều đặn hay không, có dùng rượu hay không,... Phòng đo là nơi thoáng mát, yên tĩnh, nhiệt độ phòng xung quanh 30°C. Người tham gia được đo ở tư thế ngồi, đo 3 lần cách nhau 1 phút lấy trung bình. Người đo là cán bộ y tế được tập huấn kỹ về cách đo và cách ghi chép dữ liệu. Chẩn đoán và phân độ tăng huyết áp theo ESC 2024[3].

Phân độ huyết áp	HATT (mmHg)		HATTr (mmHg)
Huyết áp không tăng	< 120	và	< 70
Huyết áp tăng	120 - 139	và/hoặc	70 – 89
Tăng huyết áp	140 - 159	và/hoặc	90 - 99
Tăng huyết áp	160 - 179	và/hoặc	100 - 109
Tăng huyết áp	≥ 180	và/hoặc	≥ 110

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả nên không có bất kỳ một can thiệp nào vào đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm về tuổi và giới tính

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới

Độ tuổi (năm)	Nam (1)		Nữ (2)		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
18-24	15	45,5	18	54,5	33	100
25-39	11	35,5	20	64,5	31	100
40-59	42	43,3	55	56,7	97	100
≥ 60	94	41,0	135	59,0	229	100
Tổng	162	41,5	228	58,5	390	100
Tuổi trung bình (X ± SD)	57,35 ± 16,407 (19-89)		57,82 ± 16,895 (19-91)		57,62 ± 16,675 (19-91)	

Ở nữ được khám sàng lọc nhiều hơn nam. Tỷ số nữ/nam $\approx 1,4$. Tỷ lệ người dân được đo huyết áp, khám sàng lọc ở độ tuổi > 40 là chủ yếu. Tuổi trung bình chung của mẫu nghiên cứu là $57,62 \pm 16,68$ tuổi. Tuổi trung bình của nữ là $57,82 \pm 16,90$, cao hơn nam ($57,35 \pm 16,41$), sự chênh lệch không đáng kể.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh đồng mắc

Bệnh đồng mắc	n	%
Đái tháo đường	111	28,5
Suy tim	10	2,6
Rối loạn nhịp tim	66	16,9
Đột quỵ não	11	2,8
Bệnh thận mạn	4	1

Đái tháo đường có tỷ lệ cao nhất (28,5%). Rối loạn nhịp tim đứng thứ hai với tỷ lệ 16,9%. Bệnh thận mạn có tỷ lệ thấp nhất (1%).

2. Tỷ lệ tăng huyết áp

Bảng 3. Huyết áp trung bình, số lượng và tỷ lệ THA qua các lần đo của những người có cả ba lần đo

Kết quả	HATT	HATT _r	nTHA	% THA
Lần 1	131,44 $\pm$ 17,88 (85-190)	81,29 $\pm$ 11,65 (55-115)	171	43,8
Lần 2	131,51 $\pm$ 17,79 (90-200)	81,15 $\pm$ 10,72 (55-120)	160	41
Lần 3	131,08 $\pm$ 17,55 (90-200)	80,03 $\pm$ 9,86 (55-110)	151	38,7
TB lần 1-2	131,47 $\pm$ 17,32 (90-95)	81,22 $\pm$ 10,65 (57,5-117,5)		
TB lần 2-3	131,26 $\pm$ 17,23 (87,5-195)	80,66 $\pm$ 17,18 (57,5-110)		
TB của 3 lần	131,34 $\pm$ 17,18 (90-193,33)	80,82 $\pm$ 10,07 (58,33-111,67)		

Huyết áp tâm thu (HATT) trung bình dao động nhẹ qua các lần đo (131,44 mmHg ở lần 1; 131,51 mmHg ở lần 2; 131,08 mmHg ở lần 3). Huyết áp tâm trương (HATT_r) cũng có xu hướng giảm nhẹ theo thời gian (81,29 mmHg ở lần 1; 81,15 mmHg ở lần 2; 80,03 mmHg ở lần 3). Số lượng người THA giảm dần qua các lần đo (171 người ở lần 1 $\rightarrow$ 160 người ở lần 2 $\rightarrow$ 151 người ở lần 3). Giá trị trung bình của HATT và HATT_r ở các nhóm lần đo khác nhau không có sự khác biệt lớn, duy trì quanh mức 131 mmHg (HATT) và 80-81 mmHg (HATT_r).

Bảng 2. Tỷ lệ THA theo lần đo

Độ tuổi	nđt	Lần 1		Lần 2		Lần 3	
		nTHA	%	nTHA	%	nTHA	%
18-24	33	4	2,2	2	1,2	2	1,3
25-39	31	7	3,9	4	2,3	5	3,3
40-59	97	41	22,7	42	24,6	27	17,9
≥ 60	229	129	71,3	106	48,4	117	77,5
Tổng	390	181	46,4	171	43,8	151	38,7
p		< 0,001		< 0,001		< 0,001	

nđt: Số đối tượng nghiên cứu; nTHA: số người tăng huyết áp.

Tỷ lệ THA thay đổi rõ rệt qua các lần đo. Ở lần đo đầu, tỷ lệ THA cao nhất ở nhóm ≥ 60 tuổi (71,3%), tiếp theo là nhóm 40–59 tuổi (22,7%), thấp nhất là nhóm 18–24 tuổi (2,2%). Sang lần đo thứ hai, tỷ lệ THA giảm nhẹ ở nhóm ≥ 60 tuổi (48,4%) và tương đối ổn định ở các nhóm tuổi khác. Lần đo thứ ba tiếp tục ghi nhận giảm nhẹ tỷ lệ THA ở nhóm ≥ 60 tuổi xuống còn 77,5% (117 người) - vẫn là nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất. Trung bình 3 lần đo, tỷ lệ THA chiếm 42,9%. Sự khác biệt tỷ lệ THA giữa các nhóm tuổi trong mỗi lần đo đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3. Tỷ lệ THA chung của đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi	nđt	Nam (1)			Nữ (2)			Tổng		P (1-2)
		ng	nTHA	%	ng	nTHA	%	nTHA	%	
18-24	33	15	0	0	18	2	11,1	2	6,1	>0,05
25-39	31	111	5	45,5	20	0	0	5	16,1	0,005
40-59	97	42	14	33,3	55	13	23,6	27	27,8	>0,05
≥ 60	229	94	46	48,9	135	71	52,6	117	51,1	>0,05

ng : Số đối tượng nghiên cứu theo giới; nTHA: số người THA

Tỷ lệ THA tăng theo tuổi, từ 6,1% ở nhóm 18–24 tuổi lên đến 51,1% ở nhóm ≥ 60 tuổi. Nhóm tuổi ≥ 60 có tỷ lệ THA cao nhất ở cả nam (48,9%) và nữ (52,6%). Ở nhóm 18–24 tuổi, tỷ lệ THA rất thấp, đặc biệt nam không có trường hợp nào bị THA. Sự khác biệt giữa nam và nữ về tỷ lệ THA không có ý nghĩa thống kê ở hầu hết các nhóm tuổi ($p > 0,05$), trừ nhóm 25–39 tuổi với $p = 0,005$, cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm này - nam giới có tỷ lệ THA cao hơn (45,5%) so với nữ (0%).

Bảng 4. Tỷ lệ THA tâm thu đơn độc theo độ tuổi

Độ tuổi	nTHA	Nam (1)			Nữ (2)			Tổng		p
		nTHA	ntt	%	nTHA	ntt	%	ntt	%	
18-24	2	0	0	0	2	0	0	0	0	> 0,05
25-39	5	5	2	40	0	0	0	2	40	
40-59	27	14	4	28,6	13	2	15,4	6	22,2	
≥ 60	117	46	17	37	71	28	39,5	45	38,5	
Tổng	151	65	23	35,4	86	30	34,9	53	35,1	

nTHA: số người THA; ntt : Số người THA tâm thu đơn độc

Tỷ lệ THA tâm thu đơn độc tăng dần theo tuổi, cao nhất ở nhóm ≥ 60 tuổi (38,5%). Nhóm tuổi 18-24 không có BN bị THA tâm thu đơn độc. Nhóm 25–39 tuổi có tỷ lệ THA tâm thu đơn độc 40% (chỉ có nam giới). Ở nhóm ≥ 60 tuổi, tỷ lệ THA tâm thu đơn độc ở nữ (39,5%) gần tương đương với nam (35,4%). Giá trị $p > 0,05$, cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ THA tâm thu đơn độc giữa nam và nữ theo độ tuổi.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm về tuổi và giới tính

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm đối tượng có độ tuổi trung bình là $57,62 \pm 16,68$, dao động từ 19 đến 91 tuổi, trong đó nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,7%), tiếp theo là nhóm 40-59 tuổi (24,9%). Tỷ lệ nữ giới tham gia nghiên cứu chiếm 58,5%, cao hơn so với nam giới (41,5%).

Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Trần Quốc Cường tại quận Thủ Đức, TP.HCM, ghi nhận tuổi trung bình là 53,5 tuổi, với tỷ lệ nữ giới cũng chiếm ưu thế (55,8%) [4]. Một nghiên cứu tại Nghệ An của Trần Thị Kim Oanh (2020) về THA người trưởng thành cho thấy tuổi trung bình là 56,3 tuổi và tỷ lệ nữ chiếm 61% [5].

Tuổi trung bình và tỷ lệ giới có khác biệt nhau giữa các nghiên cứu. Nguyên nhân có thể do sự khác biệt về dân số học giữa khu vực thành thị (TP.HCM, Hà Nội, Huế) và nông thôn (Nghệ An, Yên Bái). Ngoài ra, phụ nữ thường có xu hướng tham gia các chương trình tầm soát sức khỏe nhiều hơn nam giới, lý giải tỷ lệ nữ cao hơn trong hầu hết các nghiên cứu.

2. Các bệnh lý đồng mắc

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh lý đồng mắc ở bệnh nhân THA khá cao: Đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất, với 28,5%; sau đó là rối loạn nhịp tim: 16,9%; đột quỵ não; suy tim; bệnh thận mạn chiếm tỷ lệ nhỏ, khá tương đồng so với các nghiên cứu của các tác giả Trần Quốc Cường, Trần Thị Kim Oanh với tỷ lệ đồng mắc đái tháo đường lần lượt là 23,1%; 30,2% [4], [5]. Có thể lý giải, THA và đái tháo đường có cùng nhiều yếu tố nguy cơ: tuổi cao, béo phì, chế độ ăn nhiều muối và chất béo bão hòa. Các bệnh nhân rối loạn nhịp tim, suy tim, đột quỵ cũng thường đồng mắc với THA do tăng gánh áp lực mạch máu kéo dài. Một số khác biệt nhẹ giữa các nghiên cứu có thể do phương pháp thu thập dữ liệu (hỏi bệnh nhân, hồ sơ y tế), dân số mẫu, và tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh đồng mắc.

3. Huyết áp trung bình và tỷ lệ tăng huyết áp qua các lần đo

Kết quả nghiên cứu cho thấy HATT trung bình dao động nhẹ qua ba lần đo: lần 1 ($131,44 \pm 17,88$ mmHg), lần 2 ($131,51 \pm 17,79$ mmHg), lần 3 ($131,08 \pm 17,55$ mmHg). Tương tự, HATT giảm nhẹ qua các lần đo. Số lượng người tăng huyết áp giảm dần: 171 người (43,8%) ở lần 1, 160

người (41%) ở lần 2, và 151 người (38,7%) ở lần 3. Sự giảm nhẹ tỷ lệ THA sau mỗi lần đo phù hợp với hiện tượng giảm căng thẳng của đối tượng sau lần đo đầu tiên, tránh ảnh hưởng "hiệu ứng áo choàng trắng" (white-coat hypertension).

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Quốc Cường, khi tỷ lệ THA cũng giảm từ 37,5% ở lần 1 còn 34,2% ở lần 3 [4]. Một nghiên cứu lớn tại Hà Nội (Nguyễn Thị Thu, 2021) cho thấy sau ba lần đo, tỷ lệ THA giảm từ 40,2% xuống còn 36,8%, xác nhận rằng việc đo nhiều lần là rất cần thiết để xác định chính xác tình trạng huyết áp.

Tỷ lệ THA tăng dần theo độ tuổi ở cả ba lần đo. Ở lần đo đầu tiên, nhóm ≥ 60 tuổi có tỷ lệ THA cao nhất (71,3%), tiếp theo là nhóm 40-59 tuổi (22,7%). Nhóm 18-24 tuổi gần như rất thấp (2,2%). So sánh với nghiên cứu của Trần Quốc Cường, tỷ lệ THA ở nhóm ≥ 60 tuổi là 68,1%, khá tương đồng [4]. Nghiên cứu tại Nghệ An của tác giả Lê Thị Hoa năm 2020 cũng cho thấy tỷ lệ THA ở người ≥ 60 tuổi đạt 73%, cao hơn nhóm dưới 60 tuổi [6]. Điều này khẳng định tuổi cao là yếu tố nguy cơ quan trọng hàng đầu đối với THA, do những thay đổi cấu trúc thành mạch, giảm tính đàn hồi động mạch và xơ vữa theo tuổi.

4. Tỷ lệ THA chung theo tuổi và giới

Tổng tỷ lệ THA của mẫu nghiên cứu là 38,7%. Tỷ lệ tăng dần theo tuổi: từ 6,1% (18–24 tuổi) lên 51,1% (≥ 60 tuổi). Sự khác biệt giữa nam và nữ về tỷ lệ THA không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), trong hầu hết các nhóm tuổi trừ nhóm 25–39 tuổi. Tỷ lệ THA trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trung bình toàn quốc và thế giới (nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Cường, Trần Kim Sơn, Nguyễn Thị Thu ghi nhận tỷ lệ THA chung là 32,5%; 35,2%; 27,7% [4], [7], [8]). Sự gia tăng tỷ lệ THA trong nghiên cứu của chúng tôi có thể liên quan đến: (1) đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, (2) mức độ đô thị hóa nhanh dẫn đến thay đổi lối sống (ít vận động, ăn mặn, stress

tăng cao), (3) chưa kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ tại cộng đồng và (4) do cỡ mẫu nhỏ (390) trong khi các nghiên cứu khác thực hiện ở quy mô rộng hơn.

5. Tỷ lệ THA tâm thu đơn độc theo độ tuổi

Tỷ lệ tăng HATT đơn độc tăng theo tuổi. Nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các trường hợp tăng HATT đơn độc. Xu hướng này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới. Một phân tích dữ liệu từ Framingham Heart Study chỉ ra rằng tăng tăng HATT đơn độc là dạng THS phổ biến nhất ở người ≥ 60 tuổi [9]. Nguyên nhân chính là do quá trình lão hóa gây giảm tính đàn hồi động mạch lớn, đặc biệt là động mạch chủ, dẫn đến tăng HATT trong khi HATT có xu hướng giảm [10].

V. KẾT LUẬN

Hơn 1/3 dân số người từ 18 tuổi trở lên bị THA (38,7%), trong đó nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Tỷ lệ tăng HATT đơn độc là 35,1%. Cần phải tuyên truyền để người dân nhận thức được tầm quan trọng của việc đo huyết áp đều đặn, tổ chức các điểm đo huyết áp lưu động, xây dựng chương trình sàng lọc THA định kỳ tại cộng đồng, phối hợp hệ thống y tế cơ sở trong theo dõi huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. ESH Scientific Council, Josep Redon, Anna Dominiczak UK, Krzysztof Narkiewicz, Peter M Nilsson, Michel Burnier, Margus Viigimaa, Ettore Ambrosioni, Mark Caulfield UK and Antonio Coca, 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal, 2013. 34(28): p. 2159-2219.
- [2]. World Health Organization (2023) *Global report on hypertension: the race against a silent killer*. World Health Organization.
- [3]. ESC, 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). 2024.
- [4]. Trần Quốc Cường, Nguyễn Anh Tuấn and Nguyễn Văn Chức, *Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố nguy cơ ở người từ 18–69 tuổi tại quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018–2019*. Tạp chí Y học dự phòng, 2020. 30(6): p. 17-26.
- [5]. Trần Thị Kim Oanh, *Nghiên cứu yếu tố liên quan đến kiểm soát tăng huyết áp ở người trưởng thành tại Nghệ An*. Tạp chí Y học Dự phòng, 2020. 30: p. 45-51.
- [6]. Lê Thị Hoa, *Khảo sát tỷ lệ tăng huyết áp ở người ≥ 40 tuổi tại Nghệ An*. 2020, Đại học Y Hà Nội.
- [7]. Trần Kim Sơn, Ngô Hoàng Toàn, Nguyễn Hoàng Phi and Trần Đặng Đăng Khoa, *Kết quả chương trình May Measurement Month năm 2022 tại Cần Thơ*.
- [8]. Nguyễn Thị Thu, *Tình hình tăng huyết áp ở người trung niên tại một số phường nội thành Hà Nội*. 2021, Đại học Y tế Công cộng.
- [9]. Stanley S Franklin, William Gustin IV, Nathan D Wong, Martin G Larson, Michael A Weber, William B Kannel and Daniel Levy, *Hemodynamic patterns of age-related changes in blood pressure: the Framingham Heart Study*. Circulation, 1997. 96(1): p. 308-315.
- [10]. Edward G Lakatta and Daniel Levy, *Arterial and cardiac aging: major shareholders in cardiovascular disease enterprises: Part II: the aging heart in health: links to heart disease*. Circulation, 2003. 107(2): p. 346-354.

SUMMARY

**PREVALENCE OF HYPERTENSION AMONG OUTPATIENTS
AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2025**

This study aims to determine the prevalence of hypertension among outpatients at Vinh Medical University Hospital in 2025. A cross-sectional study was conducted on 390 outpatients aged 18 years and older. The results showed that the mean age was 57.62 ± 16.68 years, with the ≥ 60 age group accounting for 58.7%. The male-to-female ratio was approximately 1:1.4. One-third of participants aged ≥ 18 years had hypertension (38.7%), with the highest prevalence observed in the ≥ 60 age group (60%). The prevalence of isolated systolic hypertension was 35.1%. Public education is needed to raise awareness about the importance of regular blood pressure monitoring.

Keywords: Hypertension; isolated systolic hypertension.