

DOI: 10.58490/ctjump.2026i101.4695

KHẢO SÁT TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI KHỞI PHÁT TĂNG HUYẾT ÁP CẤP CỨU Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN CON TĂNG HUYẾT ÁP

Nguyễn Tuấn Anh^{1*}, Đoàn Thị Tuyết Ngân²

1. Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: 24210711814@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 07/3/2026

Ngày phản biện: 14/7/2026

Ngày duyệt đăng: 20/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp cấp cứu là tình trạng huyết áp tăng cao kịch phát kèm tổn thương cơ quan đích cấp tính, liên quan tỷ lệ tử vong nội viện và sau xuất viện. Gánh nặng bệnh tật gia tăng tại các quốc gia thu nhập thấp. Tuy nhiên, các yếu tố liên quan đến khởi phát vẫn chưa được làm rõ.

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Xác định tỷ lệ tăng huyết áp cấp cứu tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai năm 2025 – 2026; 2. Khảo sát một số yếu tố liên quan với khởi phát tăng huyết áp cấp cứu tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai năm 2025 - 2026. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 341 bệnh nhân được chẩn đoán cơn THA tại Khoa Cấp cứu thuộc Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất – Đồng Nai trong thời gian từ tháng 5/2025 đến tháng 2/2026.

Kết quả: Tỷ lệ THA cấp cứu chiếm 42,5%. Tỷ số nữ/nam là 1,3. Nhóm THA cấp cứu có tỷ lệ nam giới cao hơn so với nhóm THA khẩn trương (58,6% so với 33,2%; $p<0,001$). Tuổi trung bình nhóm THA cấp cứu thấp hơn so với nhóm THA khẩn trương ($60,0\pm14,6$ so với $64,1\pm14,8$; $p=0,012$). Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nhóm THA cấp cứu cao hơn so với nhóm THA khẩn trương (22,8% so với 7,7%; $p<0,001$). Tỷ lệ tổn thương não 39,8%, tim 36,1%, thận 21,9%, mắt và động mạch chủ cùng ghi nhận 1,1%. Không tuân thủ điều trị, hút thuốc lá, sử dụng rượu, sử dụng thuốc NSAIDs/corticoid và căng thẳng tâm lý có liên quan đến tăng Odds khởi phát THA cấp cứu ($p<0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ THA cấp cứu chiếm 42,5%. Tỷ lệ khởi phát THA cấp cứu tăng khi có các yếu tố gồm không tuân thủ điều trị, hút thuốc lá, sử dụng rượu, sử dụng thuốc NSAIDs/corticoid và căng thẳng tâm lý.

Từ khóa: Cơn tăng huyết áp, tăng huyết áp cấp cứu, khởi phát tăng huyết áp cấp cứu.

ABSTRACT

PREVALENCE OF HYPERTENSIVE EMERGENCY AND SELECTED FACTORS ASSOCIATED WITH THE ONSET OF HYPERTENSIVE EMERGENCY AMONG PATIENTS DIAGNOSED WITH HYPERTENSIVE CRISIS

Nguyễn Tuấn Anh^{1*}, Đoàn Thị Tuyết Ngân²

1. Thong Nhat – Dong Nai General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Hypertensive emergency is characterized by a sudden and severe elevation in blood pressure accompanied by acute target-organ damage and is associated with substantial in-hospital and post-discharge mortality. The burden of disease is increasing in low-income settings, while determinants of onset remain incompletely elucidated. **Objectives:** 1. To determine the prevalence of hypertensive emergency at Thong Nhat – Dong Nai General Hospital from 2025 to 2026; 2. To investigate selected factors associated with the onset of hypertensive emergency at Thong Nhat – Dong Nai General Hospital from 2025 to 2026. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study

was conducted on 341 patients diagnosed with hypertensive crisis at the Emergency Department of Thong Nhat – Dong Nai General Hospital from 5/2025 to 2/2026. **Results:** Hypertensive emergency accounted for 42.5% of cases. The overall female-to-male ratio was 1.3. Male predominance was observed in the hypertensive emergency group compared with the hypertensive urgency group (58.6% vs. 33.2%; $p < 0.001$). The mean age was lower in the hypertensive emergency group than in the hypertensive urgency group (60.0 ± 14.6 vs. 64.1 ± 14.8 ; $p = 0.012$). Dyslipidemia was more prevalent in the hypertensive emergency group (22.8% vs. 7.7%; $p < 0.001$). Target-organ involvement included cerebral (39.8%), cardiac (36.1%), renal (21.9%), ocular and aortic complications (1.1% each). Non-adherence to antihypertensive therapy, smoking, alcohol consumption, using of NSAIDs/corticoid and psychological stress were associated with increased odds of hypertensive emergency ($p < 0.05$). **Conclusion:** Hypertensive emergency accounted for 42.5% of hypertensive crisis cases. The likelihood of hypertensive emergency increased in the presence of treatment non-adherence, smoking, alcohol consumption, using of NSAIDs/corticoid and psychological stress.

Keywords: Hypertensive crisis, hypertensive emergency, onset of hypertensive emergency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) cấp cứu là tình trạng huyết áp tăng cao kịch phát ($\geq 180/120$ mmHg), kèm theo bằng chứng tổn thương cơ quan đích mới xuất hiện hoặc tiến triển, có thể đe dọa trực tiếp đến tính mạng bệnh nhân. Trên quy mô toàn cầu, khoảng 1% bệnh nhân THA có nguy cơ mắc THA cấp cứu vào một thời điểm nào đó trong đời. Đáng chú ý, gánh nặng bệnh tật đang có xu hướng dịch chuyển mạnh sang các nước thu nhập thấp và trung bình – nơi tỷ lệ kiểm soát huyết áp còn hạn chế và tử vong do biến chứng liên quan chiếm tới 80%. Thống kê từ Hiệp hội Tăng huyết áp Anh và Ireland cho biết số trường hợp THA cấp cứu trên một triệu dân đã tăng từ 3.309 trường hợp năm 2006 lên 6.178 trường hợp năm 2013 [1]. Bên cạnh đó, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong nội viện do THA cấp cứu có thể lên đến gần 10% [2]. Bên cạnh đó, tiên lượng lâu dài sau xuất viện cũng đáng lo ngại với tỷ lệ tử vong sau một năm có thể lên tới 38,9%, chủ yếu do các biến cố tim mạch tái phát [3].

Tại Việt Nam, dữ liệu về tỷ lệ THA cấp cứu và các yếu tố liên quan với khởi phát THA cấp cứu ở bệnh nhân vào viện vì cơn THA còn chưa đồng nhất giữa các cơ sở điều trị. Việc xác định tỷ lệ THA cấp cứu và các yếu tố liên quan có thể cung cấp thêm cơ sở thực tiễn cho nhận diện sớm nhóm bệnh nhân nguy cơ cao, định hướng sàng lọc tổn thương cơ quan đích cấp tính và hỗ trợ quản lý điều trị sau giai đoạn cấp. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu “Khảo sát tỷ lệ và một số yếu tố liên quan với khởi phát tăng huyết áp cấp cứu ở bệnh nhân được chẩn đoán cơn tăng huyết áp” được thực hiện với 2 mục tiêu: 1) Xác định tỷ lệ tăng huyết áp cấp cứu tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai năm 2025 – 2026; 2) Khảo sát một số yếu tố liên quan với khởi phát tăng huyết áp cấp cứu tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai năm 2025 - 2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán cơn THA tại Khoa Cấp cứu thuộc Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất – Đồng Nai trong thời gian từ tháng 5 năm 2025 đến tháng 2 năm 2026.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.

+ Bệnh nhân được chẩn đoán cơn THA với tình trạng huyết áp tăng cao kịch phát, huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 180 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) ≥ 120 mmHg, đo ít nhất hai lần, mỗi lần cách nhau 1–2 phút, với kết quả tương tự bằng một thiết bị chính xác [11].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân có bệnh lý ác tính giai đoạn cuối.

+ Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ, trong đó $p = 31\%$ theo nghiên cứu của Samuel N và cộng sự (2022) [4], $d = 0,05$, $\alpha = 0,05$, tính được cỡ mẫu tối thiểu $n = 329$ bệnh nhân. Thực tế, chúng tôi nghiên cứu được 341 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu không ngẫu nhiên thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Tỷ lệ THA cấp cứu: THA cấp cứu được chẩn đoán khi huyết áp tăng cao kịch phát ($\geq 180/120$ mmHg), kèm theo bằng chứng tổn thương cơ quan đích (mắt, não, tim, ĐM chủ, thận) mới xuất hiện hoặc tiến triển. THA khẩn trương được chẩn đoán khi huyết áp tăng cao kịch phát nhưng không ghi nhận bằng chứng tổn thương cơ quan đích cấp tính mới xuất hiện hoặc tiến triển [5].

+ Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính và tiền sử (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu).

+ Tổn thương cơ quan đích ở nhóm THA cấp cứu [5]:

Bảng 1. Tiêu chuẩn xác định tổn thương cơ quan đích trong tăng huyết áp cấp cứu

Cơ quan đích	Tiêu chuẩn xác định trong nghiên cứu
Mắt	Có bệnh võng mạc tăng huyết áp cấp tính trên soi đáy mắt hoặc chụp đáy mắt, bao gồm xuất huyết võng mạc, xuất tiết, đốm dạng bông và/hoặc phù gai thị, tương ứng bệnh võng mạc tăng huyết áp độ III–IV
Não	Có triệu chứng thần kinh cấp tính như yếu liệt khu trú, rối loạn ngôn ngữ, co giật, rối loạn tri giác hoặc đau đầu cấp kèm bằng chứng tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não, phù hợp với nhồi máu não cấp, xuất huyết não hoặc bệnh não do tăng huyết áp
Tim	Có biểu hiện hội chứng vành cấp, suy tim cấp hoặc phù phổi cấp, được xác định dựa trên triệu chứng lâm sàng, điện tâm đồ, troponin, X-quang ngực, siêu âm tim và/hoặc kết luận chẩn đoán của chuyên khoa tim mạch
Thận	Có tổn thương thận cấp, được xác định khi creatinin huyết thanh tăng $\geq 0,3$ mg/dL trong 48 giờ, hoặc tăng $\geq 1,5$ lần so với giá trị nền trong vòng 7 ngày, hoặc lượng nước tiểu $< 0,5$ mL/kg/giờ kéo dài ít nhất 6 giờ; trong trường hợp không có creatinin nền, đánh giá dựa trên tăng creatinin tại nhập viện kèm bởi cảnh lâm sàng phù hợp
Động mạch chủ	Có hội chứng động mạch chủ cấp, bao gồm bóc tách động mạch chủ hoặc tổn thương cấp tính khác của động mạch chủ, được xác định bằng chụp cắt lớp vi tính mạch máu, cộng hưởng từ mạch máu hoặc siêu âm tim qua thực quản khi có chỉ định

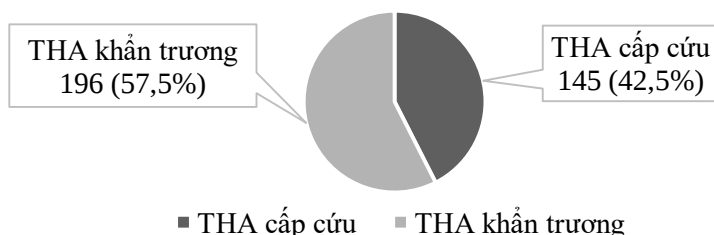
+ Mọi liên quan giữa một số yếu tố liên quan với khởi phát THA cấp cứu: không tuân thủ điều trị, thay đổi liệu trình điều trị, ăn mặn, ít vận động, hút thuốc lá, sử dụng rượu, sử dụng thuốc NSAIDs/corticoid, sử dụng chất kích thích và căng thẳng tâm lý.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Phân mềm thống kê y học SPSS 26.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu này đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt và cấp phiếu chấp thuận mã số 25.229.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ THA cấp cứu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ THA cấp cứu ở bệnh nhân vào viện vì cơn THA

Nhận xét: Bệnh nhân vào viện vì cơn THA được chẩn đoán THA cấp cứu chiếm tỷ lệ 42,5%.

Bảng 2. Đặc điểm về tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		THA cấp cứu (%) (n = 145)	THA khẩn trương (%) (n = 196)	Tổng (%) (n = 341)	p
Giới tính	Nam	58,6	33,2	44,0	<0,001*
	Nữ	41,4	66,8	56,0	
Tuổi	TB ± ĐLC	60,0 ± 14,6	64,1 ± 14,8	62,4 ± 14,8	0,012**

*Chi-square test, **t test

Nhận xét: Tỷ số nữ/nam là 1,3. Nhóm THA cấp cứu có tỷ lệ nam giới cao hơn so với nhóm THA khẩn trương (58,6% so với 33,2%; $p < 0,001$). Tuổi trung bình nhóm THA cấp cứu ($60,0 \pm 14,6$) thấp hơn so với nhóm THA khẩn trương ($64,1 \pm 14,8$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,012$).

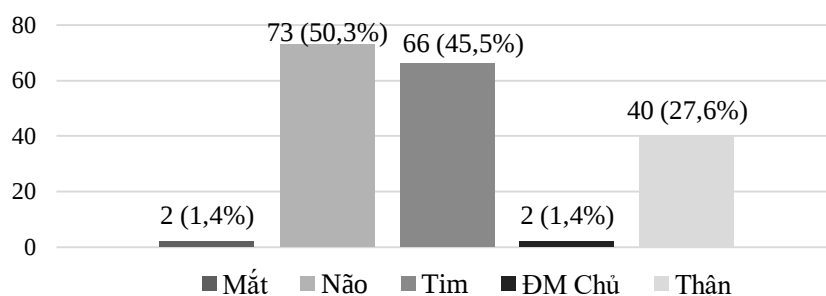
Bảng 3. Đặc điểm về tiền sử của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử	THA cấp cứu (%) (n = 145)	THA khẩn trương (%) (n = 196)	Tổng (%) (n = 341)	p
Tăng huyết áp	98,6	99,0	98,8	1,000**
Đái tháo đường	17,2	24,0	21,1	0,132*
Rối loạn lipid máu	22,8	7,7	14,1	<0,001*

*Chi-square test, *Fisher's exact test

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nhóm THA cấp cứu cao hơn so với nhóm THA khẩn trương (22,8% so với 7,7%; $p < 0,001$).

Tiền sử tăng huyết áp gần như tương đồng giữa hai nhóm. Tỷ lệ đái tháo đường cao hơn ở nhóm THA khẩn trương. Hành vi ăn mặn và ít vận động đều có tỷ lệ cao ở cả hai nhóm. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 2. Tồn thương cơ quan đích ở nhóm THA cấp cứu

Nhận xét: Tồn thương não ghi nhận 73 (50,3%) trường hợp, theo sau đó là tồn thương tim 66 (45,5%) trường hợp và tồn thương thận 40 (27,6%) trường hợp. Tồn thương mắt và động mạch chủ cùng ghi nhận tỷ lệ 1,4%.

3.2. Một số yếu tố liên quan với khởi phát THA cấp cứu

Bảng 4. Mối liên quan giữa một số yếu tố liên quan với khởi phát THA cấp cứu

Yếu tố liên quan	THA cấp cứu (n = 145)	THA khẩn trương (n = 196)	OR (KTC95%)	P
Không tuân thủ điều trị	136 (93,8%)	167 (85,2%)	2,6 (1,2 – 5,7)	0,013*
Thay đổi liệu trình điều trị	117 (80,7%)	158 (80,6%)	1,0 (0,6 – 1,7)	0,986*
Ăn mặn	142 (97,9%)	183 (93,4%)	3,4 (0,9 – 12,0)	0,068**
Ít vận động	141 (97,2%)	183 (93,4%)	2,5 (0,8 – 7,7)	0,133**
Hút thuốc lá	72 (49,7%)	57 (29,1%)	2,4 (1,5 – 3,8)	<0,001*
Sử dụng rượu	74 (51,0%)	50 (25,5%)	3,0 (1,9 – 4,8)	<0,001*
Sử dụng thuốc NSAIDs/corticoid	17 (19,5%)	29 (8,9%)	2,5 (1,3 – 4,7)	0,005*
Sử dụng chất kích thích	5 (3,4%)	1 (0,5%)	7,0 (0,8 – 60,2)	0,078**
Căng thẳng tâm lý	11 (7,6%)	3 (1,5%)	5,3 (1,5 – 19,3)	0,010**

*Chi-square test, ** Fisher's exact test

Nhận xét: Các yếu tố gồm không tuân thủ điều trị (OR = 2,6; KTC95%: 1,2–5,7; p = 0,013), hút thuốc lá (OR = 2,4; KTC95%: 1,5–3,8; p < 0,001), sử dụng rượu (OR = 3,0; KTC95%: 1,9–4,8; p < 0,001), sử dụng thuốc NSAIDs/corticoid (OR = 2,5; KTC95%: 1,3–4,7; p = 0,005) và căng thẳng tâm lý (OR = 5,3; KTC95%: 1,5–19,3; p = 0,010) có liên quan đến tăng Odds khởi phát THA cấp cứu.

Các yếu tố khác không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê gồm thay đổi liệu trình điều trị, ăn mặn, ít vận động và sử dụng chất kích thích (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ THA cấp cứu

Qua nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân vào viện vì cơn THA được chẩn đoán THA cấp cứu chiếm tỷ lệ 42,5%. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Shanko T. tại Ethiopia (40,7%) [6]. Tuy nhiên, tỷ lệ này cao hơn so với các ghi nhận tại Gondar (34,1%) [7] nhưng lại thấp hơn đáng kể so với các khu vực như Tanzania (68%) [8]. Sự khác biệt phản ánh đặc điểm nhân khẩu học, gánh nặng bệnh đồng mắc và mức độ tuân thủ điều trị tại từng cơ sở y tế. Qua đó, việc nhận diện sớm các tổn thương cơ quan đích cấp tính ngay tại khoa cấp cứu nhằm can thiệp kịp thời bằng các liệu pháp hạ áp tĩnh mạch và cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình của nhóm THA cấp cứu thấp hơn so với nhóm THA khẩn trương ($60,0 \pm 14,6$ so với $64,1 \pm 14,8$; p = 0,012). Điều này cho thấy

các biến cố tổn thương cơ quan đích cấp tính có xu hướng xuất hiện ở đối tượng trẻ tuổi hơn. Về giới tính, mặc dù tỷ số nữ/nam chung là 1,3, nhưng nam giới chiếm tỷ lệ vượt trội trong nhóm THA cấp cứu so với nhóm THA khẩn trương (58,6% so với 33,2%; $p < 0,001$). Đặc điểm này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Vũ Mạnh Tân, nữ giới thường có tỷ lệ THA cấp cứu thấp hơn nam giới (OR: 0,69; KTC95%: 0,28 - 0,87; $p = 0,03$) [9]. Sự khác biệt này có thể giải thích bởi vai trò bảo vệ của estrogen đối với hệ mạch máu ở phụ nữ trước mãn kinh và tỷ lệ nam giới duy trì các thói quen có hại như hút thuốc lá, ăn mặn thường cao hơn, làm gia tăng mức độ nghiêm trọng của cơn THA [10].

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn lipid máu, lạm dụng rượu và hút thuốc lá ở nhóm THA cấp cứu cao hơn so với nhóm THA khẩn trương ($p < 0,001$). Qua đó thấy rằng nicotin và rượu làm gia tăng sự bùng phát huyết áp và tổn thương nội mô. Tỷ lệ THA gần như tương đồng giữa hai nhóm, khác với nghiên cứu của Shao P.J. với nhóm THA cấp cứu có tiền sử THA cao hơn so với nhóm THA khẩn trương (83,2% so với 73,8%; $p = 0,0002$) [8]. Tỷ lệ đái tháo đường trong nghiên cứu này cao hơn so với nhóm THA khẩn trương, trong khi đó nghiên cứu của Shanko T. ghi nhận tỷ lệ đái tháo đường ở nhóm THA cấp cứu cao hơn so với nhóm THA khẩn trương (58,7% so với 41,3%; $p = 0,001$) [6]. Hành vi ăn mặn và ít vận động phổ biến ở cả hai nhóm phản ánh sự hạn chế trong quản lý lối sống cộng đồng.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tổn thương não chiếm tỷ lệ cao nhất, theo sau là tim và thận. Tổn thương mắt và động mạch chủ ghi nhận tỷ lệ rất nhỏ. Tỷ lệ tổn thương não trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với báo cáo tại An Giang (72,8%) [11] nhưng lại cao hơn so với ghi nhận của Phin Channa tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai (16,2%) [10]. Ngược lại, tổn thương tim (36,1%) có sự tương đồng với kết quả của Phin Channa (38,7%) [10]. Sự khác biệt về cơ quan đích chủ yếu giữa các nghiên cứu có thể do đặc thù phân hóa chuyên môn và khả năng sàng lọc tại từng cơ sở y tế. Tuy nhiên, kết quả này củng cố nhận định rằng tim và não là hai cơ quan trọng yếu nhất cần được tầm soát khẩn cấp trong THA cấp cứu để ngăn ngừa tử vong.

4.2. Một số yếu tố liên quan với khởi phát THA cấp cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy không tuân thủ điều trị, hút thuốc lá, sử dụng rượu và căng thẳng tâm lý là những yếu tố làm tăng Odds mắc THA cấp cứu có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Dương Hồng Chương [11] và Phin Channa [10] khi cho biết không tuân thủ điều trị (chiếm từ 54,8% đến 70,9%) là yếu tố thúc đẩy hàng đầu. Tác động của nicotin và cồn gây co mạch, huyết áp tăng cao đột ngột đã được Vũ Mạnh Tân ghi nhận làm tăng nguy cơ biến cố kích phát gấp 1,78 lần (OR: 1,8; KTC95%: 1,5 - 2,8; $p = 0,04$) [9]. Tuy nhiên, khác với Vũ Mạnh Tân, nghiên cứu này chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa của ăn mặn hay thay đổi liệu trình. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm quần thể hoặc sai số do bệnh nhân không nhớ chính xác liệu trình điều trị trước đó. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giáo dục sức khỏe và kiểm soát lối sống trong dự phòng THA cấp cứu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ THA cấp cứu chiếm 42,5%. Tỷ lệ khởi phát THA cấp cứu tăng khi có các yếu tố gồm không tuân thủ điều trị, hút thuốc lá, sử dụng rượu, sử dụng thuốc NSAIDs/corticoid và căng thẳng tâm lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chootong R., Pethyabarn W., Sono S., Choosong T., Choomalee K., *et al.* Characteristics and factors associated with hypertensive crisis: a cross-sectional study in patients with hypertension receiving care in a tertiary hospital. *Ann Med Surg (Lond)*. 2023. 85(10), 4816-4823, doi: 10.1097/MS9.0000000000001250.
2. Siddiqi T.J., Usman M.S., Rashid A.M., Javaid S.S., Ahmed A., *et al.* Clinical Outcomes in Hypertensive Emergency: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc*. 2023. 12(14), e029355, doi: 10.1161/JAHA.122.029355.
3. Painsi A., Tarozzi L., Bertacchini F., Aggiusti C., Rosei C.A., *et al.* Cardiovascular prognosis in patients admitted to an emergency department with hypertensive emergencies and urgencies. *J Hypertens*. 2021. 39(12), 2514-2520, doi: 10.1097/HJH.0000000000002961.
4. Samuel N., Nigussie S., Jambo A., Dechasa M., Demeke F., *et al.* Treatment Outcome and Associated Factors Among Patients Admitted with Hypertensive Crisis in Public Hospitals at Harar Town, Eastern Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Integr Blood Press Control*. 2022. 15, 113-122, doi: 10.2147/IBPC.S386461.
5. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam. Đồng Thuận Quan Điểm Của Một Số Chuyên Gia Của Phân Hội Tăng Huyết Áp VSH/ VNHA 2024 Về Chiến Lược Thực Hành Lâm Sàng Quản Lý Tăng Huyết Áp tại Việt Nam. 2024. <https://vnras.com/drug/wp-content/uploads/2025/08/dong-thuan-tang-huyet-ap-2024-vnras.pdf>.
6. Shanko T., Assele D.D., Motera Z., Mohammed Y.E. Prevalence and associated factors of hypertensive emergency among hypertensive crisis patients admitted to the emergency department at Hawassa University Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. *Int J Emerg Med*. 2025. 18(1), 267, doi: 10.1186/s12245-025-01073-1.
7. Gebresillassie B.M., Debay Y.B. Characteristics, treatment, and outcome of patients with hypertensive crisis admitted to University of Gondar Specialized Hospital, northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2020. 22(12), 2343-2353, doi: 10.1111/jch.14056.
8. Shao P.J., Sawe H.R., Murray B.L., Mfinanga J.A., Mwafongo V., *et al.* Profile of patients with hypertensive urgency and emergency presenting to an urban emergency department of a tertiary referral hospital in Tanzania. *BMC Cardiovasc Disord*. 2018. 18(1), 158, doi: 10.1186/s12872-018-0895-0.
9. Vũ Mạnh Tấn, Lê Trường Giang. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến cơn tăng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp cấp cứu tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021. 503, 285-292.
10. Phin Channa, Phạm Minh Tuấn. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến khởi phát tăng huyết áp cấp cứu. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2019. 90(2019), 81-87.
11. Dương Hồng Chương, Lê Văn Quý, Bùi Thế Dũng. Khảo sát đặc điểm và tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân tăng huyết áp cấp cứu hoặc tăng huyết áp khẩn trương nhập Khoa Cấp cứu - Bệnh viện Tim mạch An Giang. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2024. 109, 34-40, doi: 10.58354/jvc.109.2024.839.