

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ HẠ HUYẾT ÁP TƯ THẾ Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Đặng Lê Minh Trí¹, Lê Kiều Minh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hạ huyết áp tư thế (HHATT) trên bệnh nhân tăng huyết áp (THA) gây nên nhiều hậu quả ở người cao tuổi như tăng tỷ lệ nhập viện, ngã, ngất, giảm chất lượng cuộc sống và tử vong. Ở Việt Nam hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu về hạ huyết áp tư thế ở bệnh nhân cao tuổi có tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ gây HHATT.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát tỷ lệ HHATT và một số yếu tố nguy cơ HHATT, đồng thời tìm hiểu mối liên quan giữa HHATT với một số yếu tố nguy cơ gây HHATT ở bệnh nhân cao tuổi có THA tại Bệnh Viện Quân Y 175.

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: 351 bệnh nhân THA ≥ 60 tuổi đang điều trị ngoại trú tại phòng khám Tim Mạch Bệnh viện Quân Y 175 thuộc Bộ Quốc Phòng từ tháng 10/2019 đến tháng 3/2020. Nghiên cứu cắt ngang mô tả, có phân tích. Số liệu được thu thập theo các biến số liên quan đến dân số xã hội và các biến số liên quan đến tăng huyết áp.

Kết quả: Tỷ lệ HHATT trong nghiên cứu này là 26,2%. Tỷ lệ kiểm soát huyết áp, tỷ lệ kiểm soát huyết áp quá chặt, tỷ lệ đa thuốc và tỷ lệ đa bệnh ghi nhận lần lượt là 67,2%, 15,1%, 76,4% và 96,6% trong tổng số dân số nghiên cứu.

Kết luận: Hạ huyết áp tư thế đứng là một rào cản đối với việc kiểm soát tốt huyết áp ở NCT. Kiểm soát huyết áp quá chặt là yếu tố nguy cơ của hạ huyết áp tư thế. Tuy nhiên, kiểm soát huyết áp là yếu tố bảo vệ của hạ huyết áp tư thế.

Từ khóa: Hạ huyết áp tư thế (HHATT); tăng huyết áp (THA); yếu tố nguy cơ gây HHATT.

PREVALENCE AND RISK FACTORS OF ORTHOSTATIC HYPOTENSION IN ELDERLY HYPERTENSIVE PATIENTS AT MILITARY HOSPITAL 175

¹ Phân hiệu phía Nam/ Học viên Quân y; ² Trung tâm Y sinh học phân tử/ĐH Y Dược TP.HCM

Người phản hồi (Corresponding): Đặng Lê Minh Trí (andrewmension@gmail.com)

Ngày nhận bài: 12/11/2020, ngày phản biện: 25/11/2020

Ngày bài báo được đăng: 30/6/2021

ABSTRACT

Background: Orthostatic hypotension (OH), also called postural hypotension, in hypertensive patients causes many consequences in the elderly such as increased hospitalization rates, falls, fainting, decreased quality of life and death. There are not yet many studies on orthostatic hypotension in elderly patients with hypertension as well as regarding to the risk factors for OH in Vietnam nowadays.

Objectives: Determining rate of OH and the rate of some risk factors of OH, as well as investigating the relationship between OH and some risk factors causing OH in elderly patients with hypertension at 175 Military Hospital.

Method: 351 hypertensive patients \geq 60 years old who are on outpatient treatment at the Cardiology clinic of 175 Military Hospital from October 2019 to March 2020. Descriptive, analytical cross-sectional study. Data were collected according to variables related to social population and hypertension records.

Results: The percentage of OH in this study was 26.2%. The rate of blood pressure control, excessive blood pressure control, the rate of multi-drug and the rate of multiple diseases are 67.2%, 15.1%, 76.4% and 96,6% respectively.

Conclusion: Orthostatic hypotension is a barrier to blood pressure control in elderly patients. Excessive blood pressure control is a risk factor for orthostatic hypotension. However, control of blood pressure is a protective factor of orthostatic hypotension.

Keywords: Orthostatic hypotension (OH); hypertension; OH risk factors

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh lý khá phổ biến ở người cao tuổi, chiếm khoảng trên 49% những người trên 60 tuổi, và ảnh hưởng đến hơn 1 tỷ người trên thế giới ⁽¹⁾. Các số liệu thống kê điều tra tăng huyết áp ở Việt Nam cho thấy: năm 1960, THA chiếm 1% dân số, năm 1982 là 1,9% và năm 1992 tăng lên 11,79% dân số ⁽²⁾. Hạ huyết áp tư thế trên bệnh nhân THA là một vấn đề sức khỏe thường gặp và gây nên nhiều hậu quả ở người cao tuổi như tăng tỷ lệ nhập viện, ngã, ngất, giảm chất lượng cuộc sống và tử vong. Ngay cả khi không biểu hiện triệu chứng, hạ huyết áp tư thế cũng là một yếu tố nguy cơ độc lập

của đột quy, biến cố tim mạch, bệnh thận mạn và cả tử vong chung nhất là ở người cao tuổi. Như vậy, xác định kịp thời và xử trí hạ huyết áp tư thế hợp lý rõ ràng quan trọng ở những người cao tuổi.

Ở người cao tuổi, có nhiều yếu tố tham gia gây hạ huyết áp tư thế như việc sử dụng thuốc, ví dụ như thuốc điều trị tăng huyết áp, thuốc chống trầm cảm, nhóm thuốc chẹn alpha giao cảm, thuốc điều trị bệnh Parkinson ⁽³⁾. Người cao tuổi bị hạ huyết áp tư thế không được phát hiện và điều trị sẽ tăng nguy cơ té ngã và tàn tật, đặc biệt ở người có kèm THA và được điều trị hạ áp quá mức, vấn đề này có thể trở nên trầm trọng hơn. Ở Việt Nam hiện

nay, đã có nhiều nghiên cứu về tăng huyết áp nhưng nghiên cứu về hạ huyết áp tư thế ở bệnh nhân cao tuổi có tăng huyết áp còn ít mặc dù đây là vấn đề sức khỏe thường gặp và gây nhiều hậu quả như té ngã, gãy xương, v...v... cho người cao tuổi dẫn đến tàn phế. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu khảo sát tỷ lệ hạ huyết áp tư thế và một số yếu tố nguy cơ gây hạ huyết áp tư thế, đồng thời tìm hiểu mối liên quan giữa hạ huyết áp tư thế với một số yếu tố nguy cơ gây hạ huyết áp tư thế ở bệnh nhân cao tuổi có tăng huyết áp tại Bệnh Viện Quân Y 175.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

351 bệnh nhân $THA \geq 60$ tuổi đang điều trị ngoại trú tại phòng khám Tim Mạch Bệnh viện Quân Y 175 thuộc Bộ Quốc Phòng từ tháng 10/2019 đến tháng 3/2020. Các bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu phải thỏa đủ các tiêu chuẩn: từ 60 tuổi trở lên, đã được chẩn đoán và đang điều trị $THA \geq 1$ tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả, có phân tích

Khảo sát đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi: là biến định lượng được mã hoá thành biến định tính, phân thành ba giá trị: 60 – 69, 70 – 79, > 80 tuổi. Giới

tính: là biến định tính gồm hai giá trị: nam và nữ. Hút thuốc lá: là biến định tính gồm hai giá trị có và không hút thuốc lá. Gọi là hút thuốc lá khi bệnh nhân đang hút thuốc lá ≥ 1 điếu mỗi ngày từ 1 năm trở lên hoặc bệnh nhân ngưng thuốc lá < 1 năm tính đến thời điểm phỏng vấn.

Khảo sát tỷ lệ hạ huyết áp tư thế

Huyết áp (mmHg): là biến định lượng, được đo tại phòng khám. Bệnh nhân được nhân viên y tế trước khi tiến hành khám bằng máy đo huyết áp kế điện tử OMRON HEM 7130 cánh tay với kích thước băng quấn phù hợp và tuân theo đúng kỹ thuật đo.

Huyết áp tư thế nằm: là biến định lượng tính bằng mmHg. Bệnh nhân được đo ở tư thế nằm, chêm gối dưới cánh tay tương ứng với điểm giữa khoảng cách mặt giường và xương ức ngang nhĩ phải. huyết áp tư thế nằm được tính bằng huyết áp trung bình 3 lần đo, mỗi lần cách nhau ít nhất 2 phút.

Huyết áp tư thế đứng: là biến định lượng tính bằng mmHg. Bệnh nhân được đo huyết áp sau đứng 1 phút và 3 phút ở cùng vị trí cánh tay khi đo huyết áp tư thế nằm.

Hạ huyết áp tư thế đứng: là biến định tính gồm hai giá trị có và không. Gọi là hạ huyết áp tư thế đứng khi đo tư thế đứng HATT giảm ≥ 20 mmHg và/ hay HATT giảm ≥ 10 mmHg sau 1 hoặc 3 phút so với huyết áp khi nằm.

Khảo sát tỷ lệ một số yếu tố nguy

cơ gây hạ huyết áp tư thế

Kiểm soát huyết áp: là biến định tính, gồm hai giá trị kiểm soát huyết áp và không kiểm soát huyết áp. Gọi là kiểm soát huyết áp dựa vào số đo huyết áp khi nằm theo JNC 8. Chỉ số: < 150/90 mmHg ở bệnh nhân không đái tháo đường và không bệnh thận mạn; < 140/90 mmHg ở bệnh nhân đái tháo đường (không có bệnh thận mạn); < 140/90 mmHg ở bệnh nhân bệnh thận mạn (có hoặc không có đái tháo đường).

Kiểm soát huyết áp quá chặt: là biến định tính, gồm có hai giá trị có kiểm soát huyết áp quá chặt và không kiểm soát huyết áp quá chặt. Gọi là kiểm soát huyết áp quá chặt khi số đo HATT khi nằm < 120mmHg và/ hoặc HATTr khi nằm < 60 mmHg.

Đái tháo đường: là biến định tính gồm hai giá trị có và không có đái tháo đường. Gọi là có đái tháo đường với một trong hai trường hợp sau: Bệnh nhân mới được chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp Hội Đái Tháo Đường Hoa Kỳ 2017; Bệnh nhân đã được chẩn đoán và đang điều trị đái tháo đường.

Bệnh mạn tính kết hợp: là biến định tính gồm hai giá trị có và không có bệnh mạn tính kết hợp.

Bệnh thận mạn: là biến định tính gồm hai giá trị có và không có bệnh thận mạn. Bệnh nhân mới được chẩn đoán là mắc bệnh thận mạn theo tiêu chuẩn K-DOQI - Kidney Disease Outcome

Quality Initiative của Hội Thận Học Hoa Kỳ 2012.

Bệnh hô hấp mạn tính: là biến định tính, gồm hai giá trị có và không có bệnh hô hấp mạn tính. Gọi là có bệnh hô hấp mạn tính khi có bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn, viêm phế quản mạn, hen phế quản, và bệnh hô hấp khác trong tiền sử và đang điều trị liên tục.

Bệnh khớp mạn tính: là biến định tính gồm hai giá trị có bệnh và không có bệnh khớp mạn tính. Gọi là có bệnh khớp mạn tính khi có thoái hóa khớp, viêm khớp dạng thấp, gout, thoát vị đĩa đệm, bệnh khớp khác trong tiền sử và đang điều trị liên tục.

Bệnh lý mạch máu não (đột quỵ): là biến định tính, gồm 2 giá trị có và không có tiền sử tai biến mạch máu não. Gọi là có tiền sử tai biến mạch máu não khi bệnh nhân có tiền sử > 3 tuần có biểu hiện khiếm khuyết thần kinh xảy ra cấp tính và kéo dài hơn 24 giờ. Bệnh mạch máu não bao gồm: cơn thoáng thiếu máu não, nhồi máu não, xuất huyết não.

Đa bệnh: là biến định tính gồm có hai giá trị có và không có đa bệnh. Gọi là có đa bệnh khi bệnh nhân có ≥ 2 bệnh mạn tính kể cả THA.

Đa thuốc: là biến định tính gồm hai giá trị có và không có đa thuốc. Gọi là đa thuốc khi bệnh nhân dùng ≥ 5 thuốc khác nhau.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được thu thập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích đơn biến xác định mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp và hạ huyết áp tư thế, bệnh kết hợp, đa bệnh, đa thuốc, bằng phép kiểm chi bình phương (có hiệu chỉnh Fisher). Phân tích đa biến: sự ảnh hưởng của các yếu tố lên kiểm soát huyết áp sẽ được khử nhiễu bằng hồi quy logistic.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

		Số ca (n)	Tỷ lệ
Giới tính	Nam	204	57,7%
	Nữ	147	42,3%
Tiền căn hút thuốc	Có hút	89	25,4%
	Không hút	262	74,6%
Độ tuổi	60t – 69t	200	67%
	70t – 79t	121	34,5%
	Trên 80t	30	8,5%
	Tuổi trung bình: 69,26 ±7,08 tuổi Tuổi nhỏ nhất: 60 tuổi Tuổi lớn nhất: 93 tuổi Giá trị trung vị: 68		

3.2. Khảo sát tỷ lệ HHATT và một số yếu tố nguy cơ gây HHATT

Bảng 2: Tỷ lệ HHATT và một số yếu tố nguy cơ

Thông số khảo sát	Số ca (n/351)	Tỷ lệ (%)
Hạ huyết áp tư thế	92	26,2%
Kiểm soát huyết áp	263	67,2%
Kiểm soát huyết áp quá chặt	53	15,1%
Đa thuốc	268	76,4%
Đa bệnh	339	96,6%
Các bệnh tim mạch	178	50,7%
Đái tháo đường	148	42,2%

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Bệnh thận mạn	3	0,9%
Bệnh khớp mạn	92	26,2%
Bệnh hô hấp	8	2,3%
Bệnh mạch máu não	11	3,1%

Nhận xét: Tỷ lệ đa bệnh chiếm cao nhất 96,6%, kế tiếp là tỷ lệ đa thuốc 76,4%. Bệnh lý chiếm tỷ lệ thấp nhất là bệnh lý hô hấp 2,3% và bệnh thận mạn 0,9%. Trong số 178 bệnh nhân có các bệnh tim mạch, bệnh mạch vành chiếm 170 bệnh nhân (95,5%) và 8 bệnh nhân có biểu hiện suy tim (5,5%).

3.3. Môi liên quan giữa hạ huyết áp tư thế và một số yếu tố nguy cơ

Bảng 3: Môi liên quan giữa hạ huyết áp tư thế và độ tuổi, kiểm soát huyết áp quá chặt và kiểm soát huyết áp

		Hạ HA tư thế n (%)	Không hạ HA tư thế n (%)	OR; 95% CI	P
Độ tuổi	60t - dưới 80t	27 (7,7)	254 (72,4)	21,1; 7,82 – 56,92	< 0,001
	80t trở lên	65 (18,5)	5 (1,4)		
Kiểm soát huyết áp quá chặt	Có	24 (6,8)	29 (8,2)	2,007; 1,106 – 3,642	0,02
	Không	87 (24,7)	211 (60,1)		
Kiểm soát huyết áp	Có	53 (15,1)	183 (52,1)	0,564; 0,345 – 0,924	0,022
	Không	39 (11,1)	76 (21,7)		

Bảng 4: Môi liên quan giữa hạ huyết áp tư thế và các bệnh lý mạn tính kết hợp

	Hạ HA tư thế n (%)	Không hạ HA tư thế n (%)	OR; 95% CI	P
Đái tháo đường	65 (18,5)	83 (23,6)	1,86; 1,19 – 2,9	0,006
Không đái tháo đường	60 (17,1)	143 (40,7)		
Bệnh mạch vành	58 (16,5)	112 (31,9)	1,75; 1,09 – 2,81	0,019
Không bệnh mạch vành	42 (11,9)	139 (39,6)		
Bệnh mạch máu não	4 (1,1)	7 (2)	1,63; 0,46 – 5,72	0,43
Không bệnh mạch máu não	88 (25,1)	252 (71,8)		

Bảng 5: Mối liên quan giữa hạ huyết áp tư thế và các thuốc điều trị

	Hạ HA tư thế n (%)	Không hạ HA tư thế n (%)	OR; 95% CI	P
Đa thuốc	79 (22,5)	189 (53,8)	2,25; 1,17 – 4,3	0,012
Không đa thuốc	13 (3,7)	70 (19,9)		
Thuốc ức chế Canxi	49 (14%)	120 (34,2)	1,32; 0,81 – 2,12	0,253
Không dùng thuốc ức chế Canxi	43 (12,3)	139 (39,6)		
Thuốc ức chế men chuyển	22 (6,3)	69 (19,7)	0,86; 0,49 – 1,5	0,608
Không dùng thuốc ức chế men chuyển	70 (19,9)	190 (54,1)		
Thuốc ức chế Beta	64 (18,2)	156 (44,4)	1,5; 0,9 – 2,5	0,112
Không dùng thuốc ức chế Beta	28 (8)	103 (29,3)		
Thuốc lợi tiểu	50 (14,2)	134 (38,2)	1,11; 0,68 – 1,79	0,66
Không dùng thuốc lợi tiểu	42 (12)	125 (35,6)		
Thuốc ức chế alpha	11 (3,1)	9 (2,6)	3,77; 1,51 – 9,42	0,003
Không dùng thuốc ức chế alpha	81 (23,1)	250 (71,2)		

4. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là khoảng 69 tuổi, thấp nhất là 60 tuổi, cao nhất là 92 tuổi. Trong đó nhóm tuổi 60 – 69 chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 57% và nhóm tuổi từ 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ ít nhất là 8,5% (Bảng 1). Số bệnh nhân hút thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi là 89 người, chiếm tỷ lệ 25,4% dân số nghiên cứu. Tỷ lệ này gần giống với nghiên cứu trong nước của Trần Công Duy với tỷ lệ 25,7%⁽⁴⁾ và Thân Hồng Anh với 23,8%⁽⁵⁾.

Trong mẫu nghiên cứu, có 26,2%

bệnh nhân có hạ huyết áp tư thế đứng (Bảng 2). Trong số những bệnh nhân hạ huyết áp tư thế chỉ có 46% bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng như: đau đầu chóng mặt, choáng váng và không có trường hợp nào ngất hay xỉu. Kết quả của chúng tôi cao hơn tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng trong nghiên cứu của Thân Hồng Anh là 14,4% với 51,8% bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng như đau đầu, chóng mặt, choáng váng và cũng không có trường hợp nào ngất hay xỉu⁽⁵⁾. Tỷ lệ bệnh nhân hạ huyết áp tư thế có triệu chứng của tác giả Lilian và cộng sự (nghiên cứu trên 85 bệnh nhân từ 60 đến 98 tuổi tại Hà Lan) là 61%⁽⁶⁾.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở nhóm hạ huyết áp tư thế đứng là 15,1% thấp hơn nhiều so với nhóm không hạ huyết áp tư thế là 52,1% (Bảng 3). Qua phân tích đơn biến, khả năng kiểm soát huyết áp của nhóm hạ huyết áp tư thế chỉ bằng 0,564 lần so với nhóm không bị hạ huyết áp tư thế đứng với $p = 0,022$. Kết quả của nghiên cứu chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Thân Hồng Anh⁽⁵⁾. Như vậy, hạ huyết áp tư thế đứng là một rào cản đối với việc kiểm soát tốt huyết áp ở NCT. Kiểm soát huyết áp quá chặt là yếu tố nguy cơ của hạ huyết áp tư thế. Tuy nhiên, kiểm soát huyết áp là yếu tố bảo vệ của hạ huyết áp tư thế.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định của Shen SS và cộng sự khi nghiên cứu mối liên quan giữa việc không kiểm soát huyết áp và hạ huyết áp tư thế đứng với việc đứng thẳng bằng của bệnh nhân cao tuổi có THA nhận thấy, tỷ lệ không kiểm soát của nhóm hạ huyết áp tư thế là 63,9% cao hơn đáng kể so với nhóm không hạ huyết áp tư thế là 27,9% với $p < 0,001$ ⁽⁷⁾. Hạ huyết áp tư thế xảy ra nhiều hơn đối với người cao tuổi có tăng huyết áp chưa kiểm soát được. Tác giả cho rằng, bệnh nhân không kiểm soát được huyết áp thường có tình trạng lợi tiểu về đêm do huyết áp cao dẫn đến giảm thể tích tuần hoàn và làm trầm trọng hơn tình trạng hạ huyết áp tư thế đứng⁽⁷⁾. Nghiên cứu của Barochiner J cũng nhận thấy có sự liên quan giữa kiểm soát huyết áp và hạ huyết áp tư thế đứng⁽⁸⁾. Đối với NCT có THA, hạ

huyết áp tư thế thường khiến người bệnh tự dùng uống thuốc hạ huyết áp để hạn chế cơn hạ huyết áp tư thế, giảm chóng mặt và té ngã. Mặt khác các thầy thuốc cũng được khuyến cáo dùng thuốc nên điều chỉnh phù hợp với mức huyết áp thấp và đây có lẽ là các lý do khiến cho kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân có hạ huyết áp tư thế đứng khó khăn hơn.

Bên cạnh đó, chúng tôi nhận thấy bệnh mạch vành, đái tháo đường là yếu tố nguy cơ của hạ huyết áp tư thế (Bảng 4). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Shanshan Shen, Jessica Barochiner, và Xiao-Han Fan⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾. Chúng tôi nhận thấy mối liên quan giữa hạ huyết áp tư thế với các bệnh lý: bệnh tiêu hoá, bệnh lý rối loạn tiền đình và bệnh hô hấp, bệnh cơ xương khớp không có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy việc sử dụng nhóm thuốc ức chế alpha và đa thuốc là yếu tố nguy cơ đối với hạ huyết áp tư thế (Bảng 5). Nhóm thuốc ức chế alpha làm gia tăng tỷ lệ hạ huyết áp tư thế lên đến 3,772 lần với độ tin cậy 1,51 – 9,42. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận mối liên quan giữa hạ huyết áp tư thế và các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp (nhóm thuốc ức chế Canxi, nhóm thuốc ức chế men chuyển, nhóm thuốc ức chế thụ thể, nhóm thuốc lợi tiểu, nhóm thuốc ức chế Beta) chưa có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Shanshan Shen tại Châu Á và nghiên cứu của P Hiitola, Luukinen tại Châu

Âu, nghiên cứu của Kathryn M. Rose và cộng sự tại Châu Mỹ⁽⁷⁾⁽³⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾. Đa thuốc, thường đi cùng tình trạng đa bệnh, làm giảm tuân thủ điều trị, giảm kiên trì là một trong các nguyên nhân kiểm soát huyết áp không đạt mục tiêu. Mặt khác, đa thuốc và tình trạng tương tác thuốc gây nên các tác dụng phụ không mong muốn ở NCT cũng làm cho kiểm soát huyết áp khó khăn hơn. Các thầy thuốc cần thăm khám kỹ, kê đơn hợp lý, xem xét các phản hồi từ bệnh nhân và sử dụng các thuốc phối hợp với liều cố định để giảm tỷ lệ đa thuốc nhằm nâng cao tỷ lệ huyết áp đạt mục tiêu.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ HHATT đứng trong nghiên cứu này là 26,2%. Một số yếu tố nguy cơ được ghi nhận trong nghiên cứu này là hút thuốc lá (25,4%), đái tháo đường (42,2%), bệnh mạch vành (16,5%). Tỷ lệ kiểm soát huyết áp, tỷ lệ kiểm soát huyết áp quá chặt, tỷ lệ đa thuốc và tỷ lệ đa bệnh ghi nhận lần lượt là 67,2%, 15,1%, 76,4% và 96,6%. Ngoài ra, chúng tôi nhận thấy kiểm soát huyết áp quá chặt, đái tháo đường, bệnh mạch vành, nhóm thuốc ức chế alpha & đa thuốc là yếu tố nguy cơ đối với HHATT. Hạ huyết áp tư thế đứng là một rào cản đối với việc kiểm soát tốt huyết áp ở NCT. Kiểm soát huyết áp quá chặt là yếu tố nguy cơ của hạ huyết áp tư thế. Tuy nhiên, kiểm soát huyết áp là yếu tố bảo vệ của hạ huyết áp tư thế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kearney PM., Whelton M.,

Reynolds K., et al. (2005) Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, 365(9455): 217-223.

2. Đặng Vạn Phước (2008) Tăng Huyết Áp Trong Thực Hành Lâm Sàng. Nhà Xuất Bản Y Học, 1: 407.

3. Hiitola P, Enlund H, Kettunen R, et al (2009) Postural changes in blood pressure and the prevalence of orthostatic hypotension among home-dwelling elderly aged 75 years or older. *J Hum Hypertens*; 23(1):33-39.

4. Trần Công Duy, Châu Ngọc Hoa (2015) Chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân tăng huyết áp. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 19(1): 6 - 11.

5. Thân Hồng Anh (2016) Xác định tỷ lệ kiểm soát huyết áp theo JNC 8, tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng và xét mối quan hệ giữa kiểm soát huyết áp với hạ huyết áp tư thế. Luận văn chuyên khoa cấp 2, Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh. tr.87

6. Vloet LC, Pel-Little RE, Jansen PA, et al. (2005) High prevalence of postprandial and orthostatic hypotension among geriatric patients admitted to Dutch hospitals. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 60(10): 1271-1277.

7. Shen S, He T, Chu J, et al. (2015) Uncontrolled hypertension and orthostatic hypotension in relation to standing balance in elderly hypertensive patients. *Clin Interv Aging*;10:897-906.

8. Barochiner J., Alfie J., Aparicio L., et al. (2012) Orthostatic hypotension in treated hypertensive patients. *ROM. J. INTERN. MED.*, 50(3):203-209.

9. Fan XH, Wang Y, Sun K, et al. (2010) Disorders of orthostatic blood

pressure response are associated with cardiovascular disease and target organ damage in hypertensive patients. *Am J Hypertens*; 23(8):829-837

10. Primatesta P, Poulter NR. (2004) Hypertension management and control among English adults aged 65 years and older in 2000 and 2001. *J Hypertens*; 22(6):1093-1098.

11. Rose KM, Tyroler HA, Nardo CJ, et al. (2000) Orthostatic hypotension and the incidence of coronary heart disease: The Atherosclerosis Risk in Communities study. *Am J Hypertens*; 13(6 Pt 1):571-578.

(Tiếp theo trang 71)

BƯỚC ĐẦU NGHIÊN CỨU TỔNG HỢP, TINH CHẾ PRALIDOXIM...

methochloride, Patent Sept. 23, 1969, US 3468896.

5. Lateef Unnisa et al. (2014), A simple process for the preparation of pralidoxime chloride, *Indian journal of chemical*, Vol. 53B, pp. 431-435.

6. Lillian P. Bloch et al. (1964), Method for producing 2-pyridinealdoxime methochloride, Patent Mar. 3, 1964, US 3123613.

7. Petroianu G.A. (2012), The history of cholinesterase reactivation: hydroxylamine and pyridinium aldoximes, *Pharmazie* 67, Department of Cellular Biology & Pharmacology, Herbert Wertheim College of Medicine, Florida International University, Miami, USA, pp. 874-879.

8. The United States Pharmacopeia 38 (2015), Vol. II, pp. 234-289.