

ĐẶC ĐIỂM BIẾN THIÊN HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP QUA THEO DÕI HUYẾT ÁP LƯU ĐỘNG 24 GIỜ

Đặng Bảo Toàn¹, Trần Thị Thanh Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm biến thiên huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp qua theo dõi huyết áp lưu động 24 giờ; so sánh tỷ lệ trũng huyết áp về đêm với THA lúc thức giấc theo độ tuổi và một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp; tìm hiểu mối liên quan giữa mất trũng huyết áp về đêm với THA lúc thức giấc ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 85 bệnh nhân chẩn đoán xác định tăng huyết áp, điều trị nội trú và được chỉ định đo Holter huyết áp 24 giờ tại Khoa Cán bộ, Bệnh viện Quân y 7A (Quân khu 7). Thời gian từ tháng 03/2022 - 10/2022.

Kết quả: Tỷ lệ huyết áp tâm thu trung bình 24 giờ cao là 52,9%; huyết áp tâm thu trung bình ban ngày cao là 43,5%; huyết áp tâm thu trung bình ban đêm cao là 68,2%. Tỷ lệ huyết áp tâm trương trung bình 24 giờ cao là 71,8%; huyết áp tâm trương trung bình ban ngày cao là 90,6%; huyết áp tâm trương trung bình ban đêm cao là 85,9%. Tỷ lệ có tăng huyết áp lúc thức giấc là 51,1%; Tỷ lệ mất trũng huyết áp ban đêm là 77,6%. Tỷ lệ “THA lúc thức giấc” ở nhóm BN nam cao hơn nhóm BN nữ, có ý nghĩa thống kê ($p = 0,042 < 0,05$). “Mất trũng HA về đêm” có mối liên quan trung bình với “THA lúc thức giấc”, với $OR = 0,23$ (95% $CI = 3,27 - 16,18$), $p = 0,032$.

Kết luận: Tỷ lệ BN có biểu hiện “THA lúc thức giấc” ở nam cao hơn ở nữ. “Mất trũng HA về đêm” có thể là nguyên nhân tăng tỷ lệ “THA lúc thức giấc” ở BN THA.

Từ khóa: Tăng huyết áp, Holter HA 24 giờ.

CHARACTERISTICS OF VARIOUS BLOOD PRESSURE IN PATIENTS ELEVATED BLOOD PRESSURE BY BLOOD PRESSURE HOLTER 24-HOUR

ABSTRACTS

Objectives: Investigating the variable characteristics of pressure on the day of Hypertension-patients by 24-hours ambulatory blood pressure measurement;

¹ Bệnh viện Quân y 7A

Người phản hồi (Corresponding): Đặng Bảo Toàn (tien.nnhm@umc.edu.vn)

Ngày nhận bài: 10/8/2023, ngày phản biện: 28/8/2023

Ngày bài báo được đăng: 30/9/2023

comparation the rate of the dipping with the hypertension at waking time, according to the age, gentle and some rick factors for huypertension; inverstigate the correlation between the dipping with the hypertension at waking time in the study patient.

Subjects and Method: A cross-sectional descriptive study of 85 hypertensive patients was assigned to measure 24-hour Holter blood pressure at the Military Hospital 7A. The period was from March 2022 to October 2022.

Results: The rate of 24-hour-average high blood pressure systole is 52.9%; The rate of high blood pressure systole daytime is 43.5%; high blood pressure systole at night is 68.2%; 24-hour-average high blood pressure diastole is 71.8%; high average diastole blood pressure daytime is 90.6%; 85.9% of the patients is high blood pressure diastole at night. The rate of having hypertension at waking time was 51.1%; The rate of losing blood pressure at night is 77.6%. The rate of having hypertension at waking time in the man patient group is higher than the women group, with statistical significance ($p < 0.05$). The “non-dipping” is average correlation with hypertension at waking time, with OR = 0,23 (95% CI = 3,27 – 16,18), $p = 0,032$.

Conclusion: The rate of hypertensive patients in the man patient group higher than the man patient group. The non-dipping” may be the caurse of the increase the rate of the hypertension at waking time.

Keywords: Hypertension, Holter HA 24 hours.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thống kê năm 2008 của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), hàng năm trên toàn cầu có khoảng 1,5 tỷ người mắc mới tăng huyết áp (THA), trong đó khoảng 17,5 triệu người tử vong do THA và các biến chứng tim mạch. THA thường diễn tiến âm thầm, không được phát hiện và điều trị, hoặc được điều trị nhưng không kiểm soát đầy đủ theo mức độ THA và những biến chứng của nó. Qua các nghiên cứu dịch tễ và lâm sàng đa quốc gia về tăng huyết áp, người ta rút ra “quy luật một nửa”: một nửa trong số bệnh nhân (BN) mắc THA được chẩn đoán đúng, một nửa trong số này được điều trị thật sự và chỉ một nửa trong số BN điều trị được kiểm soát huyết áp (HA) thỏa đáng.

THA không được kiểm soát tốt mức HA, lâu ngày dẫn đến tổn thương các cơ quan đích gây di chứng nặng nề ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh và là gánh nặng cho cộng đồng [1].

Kỹ thuật đo HA thông thường không đánh giá đầy đủ sự biến thiên, dao động của HA đặc biệt vào ban đêm. Do đó, không phát hiện các trường hợp THA ẩn giấu, cũng như mối tương quan giữa mức biến thiên THA với những tổn thương sớm của cơ quan đích [4]. Hiện nay, sự ra đời và áp dụng kỹ thuật đo HA lưu động 24 giờ, đã giúp bác sỹ chẩn đoán đúng và khắc phục nhược điểm của kỹ thuật đo HA thông thường. Dựa trên phân tích kết quả đo HA lưu động 24 giờ, có thể phát hiện

các cơn THA, các hiện tượng liên quan đến biến thiên nhịp sinh học với HA, giúp chẩn đoán một số thể THA, thể THA ẩn dấu, tình trạng mất trũng HA về đêm, đánh giá hiệu quả điều trị và tiên lượng. Đặc biệt, đo HA lưu động 24 giờ, giúp phát hiện và xử lý kịp thời và điều trị dự phòng cơn THA, giảm thiểu biến cố tai biến mạch máu não, tử vong trên BN THA.

Bệnh viện Quân y 7A (Quân khu 7) là bệnh viện tuyến cuối Quân khu, gần đây được trang bị và đã triển khai kỹ thuật đo HA lưu động 24 giờ, giúp nâng cao chất lượng và hiệu quả chẩn đoán, theo dõi, điều trị THA cho cán bộ, chiến sỹ và nhân dân trên địa bàn. Để rút kinh nghiệm, hoàn thiện và phát huy hiệu quả của kỹ thuật trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm: biến thiên HA trong ngày ở BN THA qua theo dõi HA lưu động 24 giờ (Holter HA 24 giờ), và mối liên quan biến thiên HA trong ngày với một số yếu tố nguy cơ của BN.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

85 BN THA điều trị nội trú, được

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (N=85)

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Độ tuổi	Dưới 40 tuổi	15	17,6
	Từ 41-60 tuổi	57	67,1
	> 60 tuổi	13	15,3

chỉ định đo HA lưu động (Holter HA) 24 giờ tại Khoa Cán bộ, Bệnh viện Quân y 7A, từ tháng 03/2022 đến tháng 10/2022.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN trên 18 tuổi, được chẩn đoán xác định THA, đang điều trị và được bác sĩ chỉ định đo Holter HA 24 giờ.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN chưa được xác định chẩn đoán; BN THA áo choàng trắng; BN THA ẩn dấu; BN đeo máy không đủ 24 giờ; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- *Cỡ mẫu*: Chọn mẫu thuận tiện.

- *Phương tiện nghiên cứu*: Máy đo huyết áp lưu động 24 giờ.

- *Đạo đức*: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học BV. Mọi thông tin người bệnh đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

- *Xử lý và phân tích số liệu*: nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel, xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.0.

Tuổi Trung bình		53,53±11,67	
Giới tính	Nam	69	81,2
	Nữ	16	18,8
Yếu tố nguy cơ	Hút thuốc lá	49	57,7
	RLLM	48	56,5
	ĐTĐ	09	10,6
	BMI \geq 23 kg/m ²	34	40,0

- Nhóm BN có độ tuổi từ 41-60 chiếm 67,1% (57/85 BN); Tuổi trung bình của BN: 53,53±11,67 tuổi; tỷ lệ BN nam chiếm 81,2% (69/85 BN).

- Tỷ lệ BN có YTNC hút thuốc lá, RLLP máu và BMI \geq 23 kg/m² lần lượt là: 57,7% (49/85 BN), 56,5% (48/85 BN) và 40%.

3.2. Đặc điểm biến thiên HA 24 giờ

3.2.1. Giá trị huyết áp trung bình

Bảng 2. Giá trị HA trung bình cao trong 24 giờ, ban ngày và ban đêm (N = 85)

Giá trị HA trung bình		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
HATT	24 giờ (\geq 130 mmHg)	45	52,9
	Ban ngày (\geq 135 mmHg)	37	43,5
	Ban đêm (\geq 120 mmHg)	58	68,2
HATTr	24 giờ (\geq 80 mmHg)	61	71,8
	Ban ngày (\geq 85 mmHg)	77	90,6
	Ban đêm (\geq 70 mmHg)	73	85,9

- Tỷ lệ BN có HATT trung bình cao trong 24h, ban ngày và ban đêm lần lượt là 52,9% (45/85 BN), 43,5% (37/85 BN) và 68,2% (58/85 BN).

- Tỷ lệ BN có HATTr trung bình cao trong 24h, ban ngày và ban đêm lần lượt là 71,8% (61/85 BN), 90,6% (77/85 BN) và 85,9% (73/85 BN).

3.2.2. Đặc điểm tăng huyết áp lúc thức giấc

Bảng 3. Giá trị huyết áp và tỷ lệ THA lúc thức giấc, trũng HA về đêm (N = 85)

Giá trị Huyết áp sáng sớm		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
HATT	\geq 140mmHg	30	35,3
HATTr	\geq 90mmHg	33	38,8
Tăng HA lúc thức giấc		46	51,1
Trũng HA về đêm		19	22,4
Mất trũng HA về đêm		66	77,6

- Tỷ lệ BN có HATT, HATTr cao lúc thức giấc lần lượt là: 35,3% (30/85 BN) và 38,8% (33/85 BN).

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- Tỷ lệ BN có THA lúc thức giấc là 51,1% (46/85 BN), có trũng HA về đêm là 22,4% (19/85 BN), mắt trũng HA về đêm là 77,6% (66/85 BN).

3.3. So sánh tỷ lệ BN có THA lúc thức giấc và “trũng HA về đêm” theo độ tuổi, giới tính và một số YTNC ở nhóm BN nghiên cứu

Bảng 4. So sánh tỷ lệ BN có THA lúc thức giấc và “trũng HA về đêm” theo độ tuổi, giới tính và một số YTNC ở nhóm BN nghiên cứu (N=85).

Đặc điểm		THA lúc thức giấc				p	Trũng HA về đêm				p
		Có		Không			Có		Không		
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Giới tính	Nam (69)	41	59,4	28	40,6	0,042	18	26,1	51	73,9	0,106
	Nữ (16)	5	31,2	11	68,8		1	6,2	15	93,8	
Độ tuổi	≤ 40 (15)	8	53,3	7	46,7	0,997	7	46,7	8	53,3	0,063
	41–60 (31)	31	54,4	26	45,6		10	17,5	47	82,5	
	≥ 60 (7)	7	53,8	6	46,2		2	15,4	11	84,6	
Hút thuốc lá (49)		30	61,2	19	38,8	0,125	11	22,5	38	77,5	0,98
RLLM (48)		25	52,1	23	47,9	0,668	9	18,7	39	81,3	0,364
ĐTĐ (09)		6	66,7	3	33,3	0,498	1	11,1	8	88,9	0,392
BMI	≥ 23 (34)	18	52,9	16	47,1	0,859	11	32,4	23	67,6	0,071
	< 23 (51)	28	54,9	23	45,1		8	15,7	43	84,3	

Tỷ lệ (%) có “THA lúc thức giấc” ở nam giới cao hơn so với nữ giới trong nhóm BN nghiên cứu, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,042 < 0,05$.

Tỷ lệ (%) có “THA lúc thức giấc”, “trũng HA về đêm” khác biệt không có ý nghĩa thống kê theo độ tuổi và các YTNC (hút thuốc lá, RLLPM, ĐTĐ và BMI) trong nhóm BN nghiên cứu với $p > 0,05$.

3.4. Mối liên quan giữa “THA lúc thức giấc” và “mắt trũng HA về đêm”

Bảng 5. Mối liên quan giữa “THA lúc thức giấc” và “mắt trũng HA về đêm” (N=85)

		Mắt trũng HA về đêm (n= 66)		Tổng	OR (95% CI) p
		Có (n,%)	Không (n, %)		
THA lúc thức giấc (n=46)	Có (n, %)	31 (36,47)	15 (17,65)	46	0,23 (3,27 – 16,18) 0,032
	Không (n,%)	35 (41,18)	4 (4,70)	39	
Tổng		66	19	85	

“Mắt trũng HA về đêm” có mối liên quan trung bình với “THA lúc thức giấc”, với $OR = 0,23$ ($95\% CI = 3,27 - 16,18$), $p = 0,032$.

4. BÀN LUẬN

- BN nghiên cứu có tỉ lệ giới tính nam/nữ = 4/1; nam chiếm 81,2%; nữ 18,8%. BN nam thường gặp nhiều hơn nữ, nguyên nhân có thể do nam giới có nhiều thói quen dễ bị THA hơn nữ giới như hút thuốc lá, rượu, bia...

- Tần suất mắc THA tăng theo tuổi. THA ít gặp ở lứa tuổi dưới 30. Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 34-74, lứa tuổi gặp cao nhất là 55. Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ của THA nguyên phát và nguy cơ tim mạch đã được nhiều nghiên cứu đề cập [4],[5].

- Nhóm tuổi 41-60 trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất (67,1%.) Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $53,53 \pm 11,67$ (Bảng 1).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu một số tác giả khác như Lưu Quang Minh [5], Trần Thị Diễm Thúy [8]. Bên cạnh đó nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN bị THA từ 21-40 tuổi chiếm tỷ lệ khá cao (17,6%). Cho thấy THA hiện nay xuất hiện ở nhóm tuổi khá trẻ.

Yếu tố nguy cơ liên quan đến THA. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ khảo sát 04 yếu tố nguy cơ liên quan đến THA là: hút thuốc lá, rối loạn lipid máu ĐTĐ và BMI.

- Hút thuốc lá là yếu tố liên quan chặt chẽ với THA, mỗi khi hút thuốc lá sẽ làm HA tăng lên. Nicotin trong thuốc lá có tác dụng chủ yếu làm co mạch ngoại biên, làm tăng nồng độ serotonin, catecholamin ở não và tuyến thượng thận. Mặt khác, cacbondioxit và một số chất có trong thuốc

lá có thể làm tổn thương nội mạc và thành mạch dẫn đến hẹp lòng mạch, tăng sức cản ngoại vi. Tỷ lệ BN có hút thuốc lá trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ 57,7% (Bảng 1). Theo kết quả nghiên cứu, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Thân Hồng Anh [1] và Nguyễn Văn Hoàng [4].

- Rối loạn lipid máu: làm tăng lắng đọng và tạo mảng xơ vữa động mạch, hẹp lòng động mạch, góp phần làm THA và gây nhiều biến chứng tim mạch. Tỷ lệ BN có RLLM kèm theo trong nghiên cứu của chúng tôi là 56,5% (Bảng 1).

- Đái tháo đường: tỷ lệ bệnh THA thường gặp ở quần thể người ĐTĐ hơn là những quần thể không bị ĐTĐ. Đái tháo đường và bệnh THA là hai bệnh nội khoa riêng biệt, nhưng giữa chúng có mối liên hệ tác động lẫn nhau. ĐTĐ là một trong những yếu tố nguy cơ THA [4],[5]. Kết quả ghi nhận chỉ có 10,6% BN có kèm theo ĐTĐ (Bảng 1). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Hoàng [4].

- Trọng lượng cơ thể và béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ của THA và bệnh mạch vành [9],[11]. Những BN có BMI ≥ 23 có nguy cơ THA cao hơn, điều trị cũng khó kiểm soát HA hơn. Tỷ lệ BN có BMI ≥ 23 trong nghiên cứu của chúng tôi là 40% thấp hơn không đáng kể so với nhóm BN có BMI < 23 là 60% (Bảng 1).

- Đặc điểm biến thiên HA khi đo HA 24 giờ

+ Giá trị HATT 24 giờ

Biến thiên HA có liên quan đến mức THA trung bình, HA trung bình tăng kèm theo sự tăng của dao động HA. Những BN với HA tâm thu vào ban ngày

lớn hơn 15mmHg so với độ lệch chuẩn sẽ có ý nghĩa nguy cơ tương đối của việc xuất hiện sớm các biến cố tim mạch và xơ vữa động mạch, độc lập với mức HA tuyệt đối của họ.

Theo kết quả bảng 2 cho thấy trong 85 BN THA đang được theo dõi điều trị cho thấy đều có sự dao động HA. Có 52,9% BN có HATT trung bình 24 giờ cao, 43,5% BN HATT trung bình ban ngày cao, 68,2% BN HATT trung bình ban đêm cao chưa được kiểm soát. Tỷ lệ chưa kiểm soát HA ban đêm cao hơn ban ngày. HA ban đêm kiểm soát kém làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch và mạch máu não.

+ Giá trị HATT 24 giờ

HATT là áp lực máu lên thành động mạch khi tim dẫn ra, phản ánh khả năng đàn hồi của thành động mạch. Chỉ số HATT ít được quan tâm khi đo HA. Sự chênh lệch HA tâm thu và tâm trương giữ một hiệu số nhất định để tạo nên áp lực tưới máu cho các cơ quan. Trong nghiên cứu, bảng 2 cho thấy 71,8% BN có HATT trung bình 24 giờ cao; 90,6% HATT trung bình ban ngày cao; 85,9% BN có HATT ban đêm chưa được kiểm soát. Trong đó, HATT ban ngày và ban đêm đều cao với tỷ lệ >80%. Cho thấy mặc dù BN đang được điều trị nhưng HA kiểm soát chưa tốt.

- Đặc điểm HA lúc thức giấc

Nhiều nhà nghiên cứu nhận thấy rằng THA lúc thức giấc làm tăng nguy cơ mắc các bệnh về tim mạch như đột quy. Ngay cả những BN kiểm soát tốt HA vẫn có đến 50% có HA lúc thức giấc cao hơn bình thường. Sự tăng vọt HA vào sáng sớm, tăng thoáng qua cả HA tâm trương

lẫn tâm thu trong vài giờ đầu buổi sáng là một kiểu thay đổi liên quan đến tiên lượng xấu.

BN THA đặc biệt bị THA lúc thức giấc có nguy cơ đột quy cao hơn so với các BN THA thời điểm khác. HA cao có thể gây đột quy, mất chức năng não đột ngột do thiếu máu cung cấp cho não [4],[6],[9].

Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN có THA lúc thức giấc là 51,1% (Bảng 2). Tỷ lệ này mặc dù thấp hơn nghiên cứu của Võ Thị Hà Hoa là 93,3% có thể do khác mẫu đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên, tỷ lệ này cũng cần quan tâm trên thực hành lâm sàng.

- Đặc điểm trung HA về đêm

Cũng như việc dao động HA vào ban ngày, HA vào ban đêm cũng quan trọng và có thể có ý nghĩa tiên lượng lớn hơn. HA vào ban đêm thay đổi nhiều ở những BN khác nhau. Một số các thử nghiệm lâm sàng chứng minh rằng HA về đêm cao hơn và tỉ lệ HATT ngày đêm tăng là yếu tố tiên lượng độc lập của biến cố tim mạch, gợi ý HA ban đêm cũng quan trọng và độc lập ảnh hưởng lên HA trên hệ tim mạch [3],[7],[11].

Trong dân số chung, HA lúc ngủ hạ khoảng 10-20% so với ban ngày, hiện tượng này được biết như là dipping (trũng HA ban đêm). Trong một số BN THA, HA hạ về đêm giảm nhiều hoặc ngay cả không giảm HA, dẫn đến hiện tượng “non-dipping” (không trũng HA ban đêm) có liên quan đến tổn thương cơ quan đích dưới lâm sàng, tăng nguy cơ tim mạch và đột quy cao hơn [9]. Những nguyên nhân không có trũng HA ban đêm không rõ,

mặc dù ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn có thể là nguyên nhân ở một số BN và không có trũng HA ban đêm thường gặp hơn ở những BN kèm ĐTĐ [9], [11]. Tổn thương điều hòa của hệ thần kinh tự chủ trên BN ĐTĐ và hoặc có tổn thương các cơ quan đích có thể làm suy yếu khả năng dẫn mạch máu và điều này có thể ảnh hưởng đến sự dao động HA ngày đêm. Người ta cho rằng không có trũng HA ban đêm cũng liên quan đến sự suy giảm nhanh hơn chức năng thận trên bệnh ĐTĐ [11].

Hiện tượng này đã được nhiều nghiên cứu đề cập như nghiên cứu của Hiroshi và cộng sự [10] tại Trường Đại học Y khoa Yamanashi tiến hành trên 56 BN THA không được điều trị, theo dõi HA ngoại trú bằng máy đo tự động trong 48 giờ kết hợp với Holter điện tâm đồ 24 giờ. Kết quả cho thấy có 33 BN dipper chiếm 58,9% và có 23 BN non-dipper chiếm 41,1%.

Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trâm Em và cộng sự [2] cho thấy: tỷ lệ người có giảm HA ban đêm ở nhóm bình thường là 39%, không giảm là 61%; còn ở nhóm THA tỷ lệ người có giảm HA ban đêm là 36,5% và không giảm là 63,5%; nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Lan [6] cho thấy: ở người bình thường tỷ lệ có giảm HA ban đêm là 55,6% (25/45) và không giảm 44,4% (20/45).

Theo kết quả bảng 3 cho thấy chỉ có 22,4% BN có trũng HA về đêm, 77,6% BN mất trũng HA về đêm. Kết quả của chúng tôi tỷ lệ có trũng HA về đêm thấp hơn các nghiên cứu trên của các tác giả trên. Kết quả cho thấy việc kiểm soát HA

ban đêm trong điều trị hằng ngày chưa được quan tâm. Như vậy BN sẽ có nhiều nguy cơ biến cố tim mạch hơn.

- Kết quả so sánh tỷ lệ BN có THA lúc thức giấc và “trũng HA về đêm” theo độ tuổi, giới tính và một số YTN ở nhóm BN nghiên cứu, ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ BN có “THA lúc thức giấc” ở nam cao hơn ở nữ có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,042 < 0,05$ (Bảng 4). Điều này theo chúng tôi một phần có thể là do tỷ lệ THA gặp ở nam cao hơn nhiều lần ở nữ trong nghiên cứu này, để có kết luận chính xác cần có thêm các nghiên cứu mở rộng với cỡ mẫu lớn hơn.

- Kết quả tìm hiểu mối liên quan giữa “mất trũng HA về đêm” với “THA lúc thức giấc” cũng ghi nhận có mối liên quan thuận mức độ vừa, với $OR = 0,23$ (95% CI = 3,27 – 16,18), $p = 0,032$ (Bảng 5). Kết quả trên cho thấy “mất trũng HA về đêm” có thể là một trong các nguyên nhân, làm gia tăng tỷ lệ “THA lúc thức giấc” ở nhóm BN THA trong nghiên cứu. Tuy nhiên, để có kết luận chính xác cần có thêm các nghiên cứu mở rộng với cỡ mẫu lớn hơn.

5. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 85 BN THA điều trị nội trú được đo Holter HA 24 giờ tại Bệnh viện Quân y 7A, từ tháng 3/2022-10/2022, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ BN có HATT trung bình 24 giờ cao là 52,9%; HATT trung bình ban ngày cao là 43,5%; HATT trung bình ban đêm cao là 68,2%. Tỷ lệ BN có HATT trung bình 24 giờ cao là 71,8%; HATT trung bình ban ngày cao là 90,6%; HATT trung bình ban đêm cao là 85,9%. Tỷ lệ

BN có THA lúc thức giấc là 51,1%; Tỷ lệ BN có mất ngủ HA ban đêm là 77,6%.

- Tỷ lệ “THA lúc thức giấc” ở nhóm BN nam cao hơn nhóm BN nữ, có ý nghĩa thống kê với $p = 0,042 < 0,05$.

- Có mối liên quan trung bình giữa “mất ngủ HA về đêm” với “THA lúc thức giấc”, với $OR = 0,23$ (95% CI = 3,27 – 16,18), $p = 0,032$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thân Hồng Anh (2016) Đánh giá tình trạng kiểm soát huyết áp ở người cao tuổi có tăng huyết áp ở bệnh viện 175, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

2. Nguyễn Hữu Trâm Em, Phan Văn Duyệt và cs. (2002), Khảo sát nhịp sinh học huyết áp bằng kỹ thuật theo dõi huyết áp 24 giờ (ABPM), Trung tâm y khoa MEDIC – TP. Hồ Chí Minh.

3. Võ Thị Hà Hoa, Đặng Văn Trí (2014) “Khảo sát đặc điểm biến thiên HA ở bệnh nhân THA ấn dấu qua holter HA 24 giờ”. Tạp chí Tim mạch học, (66), 149-159.

4. Nguyễn Văn Hoàng (2010) Nghiên cứu bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Long An, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.

5. Lưu Quang Minh (2017) Nghiên cứu một số chỉ số biến thiên huyết áp bằng

phương pháp đo huyết áp lưu động 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát, Học viện Quân y.

6. Nguyễn Thị Tuyết Lan (2001), Nghiên cứu diễn biến huyết áp 24 giờ ở bệnh nhân có biến đổi TS trên Holter, Luận văn thạc sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.

7. Lê Văn Tâm, và cộng sự (2014) “Nghiên cứu huyết áp lưu động 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp áo choàng trắng và tăng huyết áp thực sự”. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, 66, 143-148.

8. Trần Thị Diễm Thúy (2019) Đặc điểm huyết áp lưu động 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

9. Dadlani A., Madan K., Sawhney J. P. S (2019) “Ambulatory blood pressure monitoring in clinical practice”. Indian Heart J, 71 (1), 91-97.

10. Hiroshi Ijiri, Isao Kohno (2000), Cardiac Arrhythmias and Left Ventricular Hypertrophy in Dipper and Nondipper Patient With Essential Hypertension. Yamanashi Medical University, Japan.

11. Hansen T.W., Jeppesen J, Rasmussen S., et al (2006) “Ambulatory blood pressure monitoring and risk of cardiovascular disease: a population based study”. Am J Hypertens.