

- comparative trial. *Physiotherapy*. Sep 2014;100(3):242-8. doi:10.1016/j.physio.2013.09.007.
- Dantas LO, Osani MC, Bannuru RR.** Therapeutic ultrasound for knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis with grade quality assessment. *Braz J Phys Ther*. 2021; 25(6):688-697. doi:10.1016/j.bjpt.2021.07.003
 - Trịnh Thị Diệu Thường, Ngô Thị Kim Oanh.** Số tay lâm sàng châm cứu. Nhà xuất bản Y học; 2022.
 - Jan M Bjordal, Mark I Johnson, Rodrigo A B Lopes-Martins, Bård Bogen, Roberta Chow, Anne E Ljunggren.** Short-term efficacy of physical interventions in osteoarthritic knee pain. A systematic review and meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord* 2007 Jun 22;8: 51. doi: 10.1186/1471-2474-8-51.
 - Yetişir A, Öztürk GY.** Effects of low-level laser therapy on acupuncture points on knee pain and function in knee osteoarthritis. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2023 Dec 22;70(1):e20230264. doi: 10.1590/1806-9282.20230264.
 - Hammes S, Kimmig W.** Side effects and complications of therapy with laser and intense light sources. *Hautarzt*. Mar 2013;64(3):145-54. Nebenwirkungen und Komplikationen in der Therapie mit Laser- und Lichtgeräten. doi:10.1007/s00105-012-2483-z.
 - Roberta de Matos Brunelli Braghin, Libardi EC, Junqueira C, Rodrigues NC, Nogueira Barbosa MH, Renno ACM, Carvalho de Abreu DC.** The effect of low level laser therapy and physical exercise on pain, stiffness, function, and spatiotemporal gait variables in subjects with bilateral knee osteoarthritis: a blind randomized clinical trial. *Disabil Rehabil*. 2019 Dec;41(26): 3165-3172. doi: 10.1080/09638288.2018.1493160.
 - Huang CH, Yeh ML, Chen FP, Kuo M.** A randomised controlled trial of laser acupuncture improves early outcomes of osteoarthritis patients' physical functional ability after total knee replacement. *Complement Ther*.

ĐIỂM TRỮNG HUYẾT ÁP TRÊN NGƯỜI BỆNH THẬN MẠN ĐẠT MỤC TIÊU HUYẾT ÁP PHÒNG KHÁM

Đỗ Minh Thức³, Trần Long Hồ², Nguyễn Văn Sĩ¹

TÓM TẮT

Đại cương: Bệnh thận mạn là tình trạng sức khỏe phổ biến. Tăng huyết áp trên đối tượng này cần được kiểm soát tối ưu để cải thiện dự hậu. Trững huyết áp là thông số quan trọng thể hiện qua holter huyết áp 24 giờ, được chứng minh có liên quan đến tử vong và biến cố tim mạch. **Phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng dữ liệu từ 178 người bệnh thận mạn giai đoạn 3 đến giai đoạn 5 đạt mục tiêu huyết áp tại phòng khám. Holter huyết áp 24 giờ được thực hiện để đánh giá trững huyết áp. **Kết quả:** 15,2% người tham gia có trững bình thường và 2,2% có trững sâu. Đối với nhóm có bất thường trững huyết áp, 53,9% mất trững và 28,7% có trững ngược. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về có trững huyết áp bình thường ở nhóm kiểm soát huyết áp và nhóm tăng huyết áp không kiểm soát ẩn giấu (26,4% so với 3,4%, $p < 0,001$). **Kết luận:** Đa số người bệnh thận mạn có bất thường về trững huyết áp với ưu thế xảy ra ở nhóm tăng huyết áp không kiểm soát ẩn giấu. **Từ khoá:** Trững huyết áp, bệnh thận mạn, holter huyết áp

SUMMARY

AMBULATORY BLOOD PRESSURE DIPPING PATTERN IN PATIENTS WITH CHRONIC

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
²Bệnh viện Nhân dân Gia Định, thành phố Hồ Chí Minh
³Trung tâm Y tế huyện Giồng Riềng, Kiên Giang
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ
 Email: si.nguyen@ump.edu.vn
 Ngày nhận bài: 3.4.2024
 Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024
 Ngày duyệt bài: 11.6.2024

KIDNEY DISEASE AND CONTROLLED BLOOD PRESSURE

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is a prevalent health condition. Optimal control of hypertension in this population is crucial for improving outcomes. Blood pressure dipping is an important parameter assessed through 24-hour ambulatory blood pressure monitoring, shown to be associated with mortality and cardiovascular events. **Methods:** A data-revisited descriptive study was conducted on 178 CKD patients ranging from stage 3 to stage 5 who achieved office blood pressure targets. 24-hour ambulatory blood pressure monitoring was performed to evaluate blood pressure dipping. **Results:** 15.2% of participants had a normal dipping pattern and 2.2% had deep dipping. Among those with abnormal blood pressure dipping, 53.9% had blunted dipping and 28.7% had reverse dipping. There was a statistically significant difference in the prevalence of normal blood pressure dipping between the controlled blood pressure group and the masked uncontrolled blood pressure group (26.4% vs. 3.4%, $p < 0.001$). **Conclusion:** The majority of CKD patients exhibit abnormalities in blood pressure dipping, with a predominance occurring in the group with masked uncontrolled hypertension.

Keywords: Blood pressure dipping, chronic kidney disease, ambulatory blood pressure monitoring

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là tình trạng quan trọng dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do các bệnh mạn tính không lây. Tại Hoa Kỳ, năm 2019, 15% người trưởng thành tương đương 37 triệu người có bệnh thận mạn [1]. Một điều tra cắt ngang ở

Trung Quốc vào năm 2012 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh thận mạn là 10,8% tương đương 119,5 triệu người [2]. Ngoài ra, tất cả các giai đoạn của bệnh thận mạn đều liên quan đến sự gia tăng nguy cơ tử vong sớm cũng như nguy cơ bệnh tim và đột quỵ và chi phí chăm sóc sức khỏe nhiều hơn so với những người không mắc bệnh thận mạn [1]. Theo Trường môn tim và Hội tim Hoa Kỳ, bệnh thận mạn là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với bệnh tim mạch và được xem là một yếu tố nguy cơ cao đến rất cao tùy theo độ lọc cầu thận đối với Hội tim và tăng huyết áp châu Âu [3,4].

Tăng huyết áp là bệnh thường gặp nhất ở người bệnh thận mạn. Nhiều nghiên cứu chứng minh rằng tăng huyết áp không kiểm soát là yếu tố nguy cơ chủ yếu đối với sự tiến triển đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối, tử vong, biến cố tim mạch và đột quỵ [5,6]. Vì vậy, mục tiêu của điều trị tăng huyết áp hiện nay là làm sao kiểm soát được tăng huyết áp hiệu quả. Tuy nhiên, việc theo dõi sự kiểm soát tăng huyết áp theo chỉ số huyết áp đo tại phòng khám không được tối ưu vì còn bỏ sót các thông số quan trọng khác bao gồm tăng huyết áp ẩn giấu và sự dao động huyết áp theo ngày-đêm thể hiện qua trống huyết áp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu truy cập và phân tích lại dữ liệu từ người bệnh thận mạn thu thập trong thời gian từ tháng 10/2018 đến tháng 6/2019 tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định.

Cỡ mẫu: tính theo công thức

- Chọn độ tin cậy 95% $\alpha = 0,05$ (xác suất sai lầm loại I) và hệ số tin cậy $Z(1-\alpha/2) = 1,96$, độ chính xác tuyệt đối $d = 10\%$

- Theo nghiên cứu của Nguyễn Thành Sang (2018), tỷ lệ trống huyết áp là 83,1 % [7]

- $N \geq 111$ người

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Người bệnh ≥ 18 tuổi

- Người bệnh có bệnh thận mạn theo tiêu chuẩn KDIGO 2012, từ giai đoạn 3 trở lên ($eGFR < 60$ mL/phút/m²) [8]

- Tăng huyết áp đang dùng thuốc hạ áp và huyết áp tại phòng khám $< 140/90$ mmHg

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh lý cấp tính như sốt, nhiễm trùng, suy tim cấp, cơn tăng đường huyết

- Tiền căn hoặc đang mắc các bệnh thận như: hội chứng thận hư, lupus, thận ứ nước có hoặc không có sỏi thận, viêm cầu thận cấp, thận đa nang

- Bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang điều trị thay thế thận

- Bệnh lý ác tính đang hoạt động

- Mang thai hoặc cho con bú

- Không thể đo huyết áp lưu động như phù, viêm tắc mạch, dị ứng với băng quấn, tổn thương da cánh tay hai bên

Đo huyết áp lưu động 24 giờ. Người tham gia được đo huyết áp lưu động 24 giờ bằng máy SunTech Oscar 2 của Hoa Kỳ. Máy được kiểm nghiệm qua ba tiêu chuẩn quốc tế: Hội tăng huyết áp Anh, Hội tăng huyết áp châu Âu và Hội dụng cụ Y khoa. Máy đo theo phương pháp dao động mạch và có bộ nhớ ghi lại kết quả trong 24 giờ. Máy đo tự động bơm căng túi hơi và xả hơi từ từ 2-3 mmHg/giây.

Tăng huyết áp không kiểm soát ẩn giấu

- Người bệnh đang điều trị thuốc hạ áp có huyết áp tâm thu phòng khám ≥ 140 mmHg và huyết áp tâm trương phòng khám < 90 mmHg VÀ

- Huyết áp lưu động ban ngày ≥ 135 mmHg với huyết áp tâm thu và/hoặc ≥ 85 mmHg với huyết áp tâm trương hoặc huyết áp lưu động ban đêm ≥ 120 mmHg với huyết áp tâm thu và/hoặc ≥ 70 mmHg với huyết áp tâm trương hoặc huyết áp lưu động 24 giờ ≥ 130 mmHg với huyết áp tâm thu và/hoặc ≥ 80 mmHg với huyết áp tâm trương [3,4,9]

Trùng huyết áp

Bảng 1. Định nghĩa và phân loại trùng huyết áp

	Phân loại	Định nghĩa
1	Trùng bình thường	Huyết áp ban đêm giảm $> 10\%$ so với huyết áp ban ngày
2	Mất trùng	Huyết áp về đêm giảm từ 0 đến 10% so với huyết áp ban ngày
3	Trùng sâu	Huyết áp ban đêm giảm $\geq 20\%$ so với huyết áp ban ngày
4	Trùng ngược	Huyết áp ban đêm $>$ huyết áp ban ngày

Huyết áp có sự dao động theo chu kỳ ngày đêm và thấp nhất vào ban đêm gọi là trùng huyết áp. Có thể phân chia hiện tượng này thành các trường hợp "có trùng" và "mất trùng". "Có trùng" được phân chia thêm thành "trùng bình thường" và "trùng sâu" trong khi "mất trùng" bao gồm "trùng thấp" và "trùng ngược" (Bảng 1). Tương tự với các đặc điểm dân số nghiên cứu, trùng huyết áp được trình bày và phân tích theo hai nhóm tăng huyết áp được kiểm soát và tăng huyết áp không kiểm soát ẩn giấu (Bảng 2 và Bảng 3).

Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ %. Các biến số định lượng

phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị-tứ phân vị đối với biến định lượng không có phân phối chuẩn.

Dùng phép kiểm định chi-bình phương để so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính. Dùng phép kiểm t-student để so sánh các biến định lượng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p<0,05.

Đạo đức trong nghiên cứu khoa học.

Việc thực hiện lấy mẫu nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (số 373/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 25/10/2018).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu. 178 người phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu được chọn lựa. Nhóm tăng huyết áp được kiểm soát có thời gian tăng huyết áp kéo dài hơn so với nhóm tăng huyết áp không kiểm soát ẩn giấu thể hiện qua thời gian biết tăng huyết áp và số người có tăng huyết áp từ 10 năm trở lên. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở các đặc điểm địa dư, bệnh kèm theo, xét nghiệm cận lâm sàng và thuốc điều trị tăng huyết áp (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm dân số nghiên cứu

	Chung (n=178)	THA được kiểm soát (n=91)	THA KKS ẩn giấu (n=87)	p
Tuổi	68,2 ± 8,8	68,8 ± 8,4	67,5 ± 9,2	0,558
Giới nam	86 (48,3)	40 (44,0)	46 (52,9)	0,294
Hút thuốc lá	24 (13,5)	10 (11,0)	14 (16,1)	0,627
Vận động thể lực	72 (40,4)	42 (46,2)	30 (34,5)	0,128
Thời gian biết THA (năm)	9,4 ± 7,2	8,5 ± 7,2	10,4 ± 7,1	0,015
THA ≥ 10 năm	78 (43,8)	33 (36,3)	45 (51,7)	0,049
Thời gian BTM (năm)	2,9 ± 2,9	2,7 ± 2,4	3,1 ± 3,2	0,953
Rối loạn lipid máu	162 (91,0)	84 (92,3)	78 (89,7)	0,606
Đái tháo đường	114 (64,0)	59 (64,8)	55 (63,2)	0,876
Đột quỵ	13 (7,3)	7 (7,7)	6 (6,9)	1,000
Suy tim	9 (5,1)	4 (4,4)	5 (5,7)	0,743
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	16 (9,0)	9 (9,9)	7 (8,0)	0,704
Creatinine (μmol/L)	138.4 (121.8-167.3)	139.9 (129.1-172.6)	134.6 (120.7-162.1)	0.168
eGFR (mL/min/1,73 m ²)	37.4 ± 11.4	36.1 ± 12.1	38.7 ± 10.6	0.113
Ức chế men chuyển	30 (16.8)	12 (13.8)	18 (19.8)	0.286
Chẹn thụ thể angiotensin	97 (54.5)	49 (56.3)	48 (52.8)	0.632
Thiazide/thiazide-like	22 (12.3)	9 (10.4)	13 (14.3)	0.425
Lợi tiểu quai	39 (21.9)	20 (23.0)	19 (20.9)	0.734
Chẹn kênh calcium	122 (68.6)	61 (70.1)	61 (67.0)	0.658
Chẹn beta	88 (49.4)	43 (49.4)	45 (49.5)	0.997

THA: tăng huyết áp, KKS: không kiểm soát, BTM: bệnh thận mạn

3.2. Đặc điểm trung huyết áp. Trong số tất cả người bệnh, chưa đến 1/5 có trung huyết áp bình thường. Mật trung chiếm hơn 50% các trường hợp. Đáng chú ý là hơn 80% người bệnh có tình trạng hoặc mất trung hoặc trung ngược.

Hơn nữa, nhóm tăng huyết áp không kiểm soát ẩn giấu có tỷ lệ không trung (mất trung và trung ngược cao) cao hơn nhóm tăng huyết áp được kiểm soát. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001) (Bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm trung huyết áp ở người bệnh thận mạn đạt mục tiêu huyết áp phòng khám

Các thể trung huyết áp	Chung (n=178)	THA được kiểm soát (n=91)	THA KKS ẩn giấu (n=87)	p
Có trung	31 (17,4)	26 (28,6)	5 (5,7)	< 0,001
Không trung	147 (82,6)	65 (71,4)	82 (94,3)	
Phân loại trung				
Mất trung	96 (53,9)	48 (52,7)	48 (55,2)	< 0,001
Trung bình thường	27 (15,2)	24 (26,4)	3 (3,4)	
Trung sâu	4 (2,2)	2 (2,2)	2 (2,3)	
Trung ngược	51 (28,7)	17 (18,7)	34 (39,1)	

THA: tăng huyết áp, KKS: không kiểm soát

IV. BÀN LUẬN

Trong dân số nghiên cứu của chúng tôi, tuổi

trung bình của người tham gia là 68,2 ± 8,8, trong đó, hầu hết ≥ 60 tuổi, chiếm gần 90% các

trường hợp. Điều này có thể là Việt Nam đang trong giai đoạn già hóa dân số bên cạnh đối tượng chọn bệnh của chúng tôi ở bệnh thận giai đoạn 3 trở lên. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Agarwal (2016) trên 333 người bệnh thận mạn có tuổi trung bình là $69,2 \pm 10,0$ [10]. Dân số nghiên cứu của chúng tôi phân bố đều nhau giữa hai giới (nam chiếm 51,7%). Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ nam giới cũng không cao hơn so với nữ giới dao động từ 55,5 đến 63,4% [10].

Trong dân số nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ không có trũng huyết áp ban đêm (mất trũng hoặc trũng ngược) rất cao (82,6%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu AASKD của Pogue (2009) và tác giả Nguyễn Thành Sang (2018)[7]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trâm Em và cộng sự (2012) khi nghiên cứu holter huyết áp của 152 người thấy rằng tỷ lệ không có trũng huyết áp về đêm ở người tăng huyết áp là 63,5% và tỷ lệ này tăng dần ở người lớn tuổi hơn (từ 21 – 40 tuổi: 38,0%, từ 41 – 60 tuổi: 69,2% và trên 60 tuổi là 76,9%). Dân số của chúng tôi có tuổi trung bình cao nên kết quả thu nhận phù hợp với hiện tượng nói trên. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có sự khác biệt tỷ lệ không có trũng huyết áp ban đêm giữa nhóm tăng huyết áp không kiểm soát ẩn giấu và nhóm tăng huyết áp được kiểm soát ($p < 0,001$). Kết quả này nhất quán với nghiên cứu của tác giả Pogue (2009) và Nguyễn Thành Sang (2018) [7]. Tuy nhiên kết quả này không nhất quán với nghiên cứu của tác giả Võ Thị Hà Hoa (2012). Sự khác biệt này có thể là do không có sự tương đồng về dân số nghiên cứu vì tác giả Võ Thị Hà Hoa nghiên cứu trên dân số chung.

Sinh bệnh học của trũng huyết áp bất thường vẫn chưa được hiểu rõ. Các cơ chế giả thuyết bao gồm rối loạn nhịp ngày-đêm, rối loạn chức năng hệ thần kinh tự động (chủ yếu là tăng hoạt tính giao cảm) và bất thường chuyển hoá natri, cụ thể là huyết áp tăng ban đêm để tăng thải natri bù trừ. Rối loạn giấc ngủ cũng liên quan đến bất thường trũng huyết áp. Ngoài ra, trong tăng huyết áp kháng trị, tăng huyết áp thứ phát cũng có ghi nhận biến động trũng huyết áp. Mất trũng huyết áp có ảnh hưởng bất lợi đối với tổn thương cơ quan đích và biến cố tim mạch, đặc biệt là ở trũng ngược. Giảm/mất trũng huyết áp có ý nghĩa tiên lượng tử vong trong khi trũng ngược có thể tiên đoán tử vong và biến cố tim mạch. Những mối liên quan này được ghi nhận ở dân số chung, người tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn ngưng thở khi ngủ bên cạnh nhóm dân số

bệnh thận mạn như chúng tôi khảo sát.

Tuy tình trạng trũng huyết áp có thể ảnh hưởng đến tiên lượng nhưng hiện tại chưa có khuyến cáo chính thức về việc can thiệp điều trị. Hai cách tiếp cận có thể giúp phục hồi trũng huyết áp bao gồm dùng thuốc hạ áp vào buổi tối và kiểm soát cơ chế bệnh sinh. Thay đổi thời gian dùng thuốc sang ban đêm vẫn chưa được chứng minh có cải thiện về dự hậu. Hạn chế muối, dùng lợi tiểu được áp dụng để điều chỉnh trũng huyết áp nhờ tác động đến cơ chế bệnh sinh. Các thuốc tác động lên hệ giao cảm như chẹn beta và chẹn alpha vẫn chưa được chứng minh về hiệu quả và vai trò.

Nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng huyết áp lưu động 24 giờ, phương pháp tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán tăng huyết áp ngoài phòng khám và đánh giá đặc điểm trũng huyết áp. Qua đó, kết quả nghiên cứu tìm thấy xuất độ cao bất thường trũng huyết áp ở nhóm dân số bệnh thận mạn và là tiền đề cho các khảo sát chuyên sâu hơn. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn còn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu không thu thập được thông số quan trọng như protein niệu để đánh giá mức độ tổn thương thận. Thứ hai, nghiên cứu của chúng tôi không đánh giá chất lượng giấc ngủ. Nó là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến huyết áp về đêm. Thứ ba, huyết áp lưu động chỉ được đánh giá một lần, nên một số phân loại mức độ huyết áp có thể chưa thật sự chính xác. Thứ tư, chúng tôi chỉ tiến hành thu thập mẫu tại bệnh viện Nhân dân Gia Định nên kết quả có thể không mang tính chất đại diện. Vì vậy, các nghiên cứu kế tiếp nên được thực hiện ở nhiều khu vực tại Việt Nam và tiến hành theo dõi dọc để có bằng chứng khoa học khách quan, đại diện và mang tính áp dụng lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu cho thấy trũng huyết áp cần được quan tâm ở người có bệnh thận mạn. Ngay cả những đối tượng có huyết áp phòng khám được kiểm soát vẫn có tỷ lệ cao mất trũng huyết áp đặc biệt ở nhóm có tăng huyết áp không kiểm soát ẩn giấu. Ảnh hưởng của hiện tượng này trên dân số bệnh thận mạn về mặt dự hậu cần được khảo sát ở những nghiên cứu chuyên biệt hơn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Centers for Disease Control and Prevention**, (2019), Chronic Kidney Disease in the United States, 2019. https://www.cdc.gov/kidney_disease/pdf/2019_National-Chronic-Kidney-Disease-Fact-Sheet.pdf (Truy cập ngày 18/3/2024)
2. **Zhang L, Wang F, Wang L, et al.** Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional

- survey. Lancet. 2012 Mar 3;379(9818):815-22. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60033-6.
3. **Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al.** 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/ APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension. 2018 Jun;71(6):1269-1324. doi: 10.1161/HYP.0000000000000666.
 4. **Williams B, Mancia G, Spiering W, et al;** ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018 Sep 1;39(33):3021-3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.
 5. **Gargiulo R, Suhail F, et al.** Hypertension and chronic kidney disease. Dis Mon. 2015 Sep;61(9):387-95. doi: 10.1016/j.disamonth.2015.07.003.
 6. **Horowitz B, Miskulin D, Zager P.** Epidemiology of hypertension in CKD. Adv Chronic Kidney Dis. 2015 Mar;22(2):88-95. doi: 10.1053/j.ackd.2014.09.004.
 7. **Nguyễn Thành Sang.** Khảo sát thực trạng tăng huyết áp không kiểm soát ẩn giấu trên bệnh nhân cao tuổi đang điều trị tăng huyết áp tại phòng khám lão Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, 2018, Đại học Y Dược, Tp. Hồ Chí Minh.
 8. **Stevens PE, Levin A;** Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. Ann Intern Med. 2013 Jun 4;158(11):825-30. doi: 10.7326/0003-4819-158-11-201306040-00007.
 9. **Van Minh H, Van Huy T, Long DPP, et al.** Highlights of the 2022 Vietnamese Society of Hypertension guidelines for the diagnosis and treatment of arterial hypertension: The collaboration of the Vietnamese Society of Hypertension (VSH) task force with the contribution of the Vietnam National Heart Association (VNHA): The collaboration of the Vietnamese Society of Hypertension (VSH) task force with the contribution of the Vietnam National Heart Association (VNHA). J Clin Hypertens (Greenwich). 2022 Sep;24(9):1121-1138. doi: 10.1111/jch.14580.
 10. **Agarwal R.** Albuminuria and masked uncontrolled hypertension in chronic kidney disease. Nephrol Dial Transplant. 2017 Dec 1;32(12):2058-2065. doi: 10.1093/ndt/gfw325.

SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TERLIPRESSIN VÀ OCTREOTIDE KẾT HỢP THẮT VÒNG CAO SU TRÊN BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIÃN TÍNH MẠCH THỰC QUẢN

Lê Huỳnh Thảo Quyên¹, Kha Hữu Nhân¹,
Nguyễn Thị Diễm¹, Lâm Phước Thiện¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh kết quả điều trị Terlipressin và Octreotide kết hợp thắt vòng cao su trên bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang có can thiệp ngẫu nhiên trên bệnh nhân xơ gan kèm xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản từ tháng 09/2022 đến tháng 03/2024. **Kết quả:** Số lượng máu truyền ở bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản được điều trị bằng thuốc kết hợp thắt vòng cao su ở nhóm sử dụng Terlipressin ít hơn so với nhóm sử dụng Octreotide là 3,1 đơn vị với khoảng tin cậy 95% ((-3,99 đến -2,23), $p < 0,01$). Tương tự, nhóm bệnh nhân được điều trị bằng Terlipressin có thời gian nằm viện ít hơn nhóm bệnh nhân điều trị bằng

Octreotide 1,8 ngày với khoảng tin cậy 95% ((-2,78 đến -0,87), $p = 0,002$). Tỷ lệ tử vong giữa hai nhóm bệnh nhân khác biệt không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Terlipressin cho kết quả điều trị cao hơn Octreotide trong giảm số lượng máu truyền và số ngày nằm viện. Tỷ lệ tử vong ở cả hai nhóm không có sự khác biệt. **Từ khóa:** vỡ giãn tĩnh mạch thực quản, Terlipressin, Octreotide, thắt vòng cao su.

SUMMARY

COMPARISON OF TERLIPRESSIN AND OCTREOTIDE COMBINED WITH VARICEAL LIGATION FOR THE TREATMENT OF ACUTE ESOPHAGEAL VARICEAL BLEEDING

Objectives: Comparison of treatment results of Terlipressin and Octreotide combined with rubber band ligation in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding due to ruptured esophageal varices at Can Tho Central General Hospital and Can Tho General Hospital. **Materials and methods:** Cross-sectional study with randomized intervention in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding due to ruptured esophageal varices from September 2022 to March 2024. **Results:** The number of blood transfusions in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding due to

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huỳnh Thảo Quyên

Email: lehuyhthaoquyen0896@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 11.6.2024