

- huyết áp bằng đo huyết áp lưu động 24 giờ tại Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ", Tạp chí Y dược học, 1, tr. 58.
- Nguyễn Thành Sang** (2018), 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 sỹ nội trú, Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
 - Phạm Thị Tây Thi** (2017), Khảo sát biến thiên huyết áp 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp > 60 tuổi đang điều trị tại BV Bạch Mai, Luận văn Chuyên khoa 2, Đại Học Y Hà Nội.
 - Pierdomenico SD, et al** (2014), "Morning blood pressure surge, dipping, and risk of ischemic stroke in elderly patients treated for hypertension", *Am J Hypertens*, 27 (4), pp. 564-70.
 - Bendzala M., Kruzliak P., et al** (2015), "Prognostic significance of dipping in older hypertensive patients", *Blood Press*, 24, pp. 103-10.
 - Kario K., et al** (2001), "Stroke prognosis and abnormal nocturnal blood pressure falls in older hypertensives", *Hypertension*, 38 (4), pp. 852-7.
 - Pierdomenico SD, et al** (2016), "Morning blood pressure surge, dipping, and risk of coronary events in elderly treated hypertensive patients", *Am J Hypertens*, 29 (1), pp. 39-45.
 - O'Brien E., et al** (1998), "Dippers and Nondippers", *Lancet*, pp. 397.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP GƯƠNG TRỊ LIỆU TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHI TRÊN Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP TẠI BỆNH VIỆN CHÂM CỨU TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Nguyễn Tiến Hưng¹, Phạm Hồng Vân¹, Phạm Thái Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp gương trị liệu trong phục hồi chức năng chi trên ở người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng mở, có đối chứng, so sánh trước-sau điều trị. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 35 người bệnh nhóm điều trị (Điện châm kết hợp kỹ thuật gương trị liệu) và 35 người bệnh nhóm chứng (Điều trị điện châm đơn thuần) cho thấy hiệu quả điều trị chung đạt tốt 68,6% ở nhóm điều trị, cao hơn 14,3% so với ở nhóm chứng (54,3%); cụ thể ở nhóm điều trị: Sự thay đổi chức năng vận động chi trên theo thang FMAT thay đổi $\Delta D0-D28$: $9,0 \pm 0,7$ điểm so với $3,7 \pm 0,6$ ở nhóm chứng ($p < 0,001$); Mức độ phục hồi vận động chi trên theo thang ARAT thay đổi $\Delta D0-D28$: $30,1 \pm 6,2$ điểm so với $13,4 \pm 9,1$ điểm ở nhóm chứng ($p < 0,01$); Chức năng vận động bàn tay theo thang HMS cải thiện ở nhóm điều trị nhiều hơn so với nhóm chứng: $\Delta D0-D28$ $1,3 \pm 0,4$ so với nhóm chứng $0,6 \pm 0,3$ điểm ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phương pháp điện châm kết hợp gương trị liệu có tác dụng tốt trong phục hồi chức năng chi trên ở người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp. **Từ khóa:** phục hồi chức năng chi trên, điện châm, gương trị liệu.

SUMMARY

RESULTS OF COMBINED MEDICINE TREATMENT ELECTRO-ACUPUNCTURE AND

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương

²Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Hưng

Email: hungnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024

MIRROR THERAPY IN PATIENTS WITH POST-ACUTE STROKE AT THE CENTRAL ACUPUNCTURE HOSPITAL IN 2023

Objectives: Evaluate the results of combined medicine treatment mirror therapy and electro-acupuncture in patients with post-acute stroke. **Methods:** An open, controlled clinical intervention study, comparing before and after treatment. **Results:** Research on 35 patients in the treatment group (Electro-acupuncture combined with mirror therapy technique) and 30 patients in the control group (Electro-acupuncture treatment alone), the overall treatment effect was good at 68.6% in the treatment group, higher than 54.3% in the control group; specifically in the treatment group: The change in upper limb motor function according to the FMAT scale changed $\Delta D0-D28$: 0.9 ± 0.2 points compared to 0.2 ± 0.1 in the control group ($p < 0.05$). The level of recovery of upper limb movement according to the ARAT scale changed $\Delta D0-D28$: 30.1 ± 6.2 points compared to 13.4 ± 9.1 points in the control group ($p < 0.05$). Hand motor function according to HMS improved more in the treatment group than the control group: $\Delta D0-D28$ 1.3 ± 0.4 compared to the control group 0.6 ± 0.3 points ($p < 0.05$). **Conclusion:** Combining mirror therapy with electro-acupuncture has a positive impact on treating patients with post-acute stroke from motor complications, especially for the upper limbs, compared to conventional therapy. **Keywords:** upper limb rehabilitation, electroacupuncture, mirror therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trong nhóm bệnh lý không lây nhiễm, làm gia tăng gánh nặng cho người bệnh cũng như gia đình và

xã hội [1]. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), có khoảng 1/4 - 2/3 số người sống sót sau đột quỵ não bị tàn tật vĩnh viễn. Tại Việt Nam, dự báo đến năm 2030 số ca mắc đột quỵ não sẽ tăng 1,85 lần so với năm 2010 [2]. Sau khi cơn đột quỵ não cấp qua đi, người bệnh có thể thường xuyên bị yếu vận động một hoặc cả hai bên cơ thể. Vì vậy, cải thiện chức năng vận động chi trên là mục tiêu then chốt trong phục hồi sau đột quỵ.

Bệnh viện Châm Cứu Trung ương là cơ sở đi đầu trong toàn quốc với nhiệm vụ khám, chữa, phục hồi chức năng (PHCN) cho người bệnh; đặc biệt là PHCN vận động chi trên sau đột quỵ não cũng đang ngày càng được giới y học quan tâm. Điện châm và gương trị liệu là hai trong những phương pháp đơn lẻ có cơ sở bằng chứng khoa học hiệu quả rõ rệt, có ý nghĩa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: người bệnh từ 40 tuổi, được chẩn đoán xác định đột quỵ não theo Y học hiện đại đã qua giai đoạn cấp.

Tiêu chuẩn lựa chọn theo y học hiện đại: Người bệnh có các biểu hiện lâm sàng gợi ý đột quỵ não cấp; Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ có hình ảnh nhồi máu não hoặc xuất huyết não; Người bệnh qua giai đoạn cấp đủ khả năng hợp tác với thầy thuốc, có chỉ định điều trị y học cổ truyền/phục hồi chức năng; Điểm hôn mê Glasgow >12 điểm, tự nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình điều trị.

Tiêu chuẩn lựa chọn y học cổ truyền: Người bệnh liệt nửa người do đột quỵ não theo y học hiện đại có chứng trạng thuộc chứng "Bán thân bất toại" của y học cổ truyền.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có tình trạng đồng mắc, mắc các bệnh lý như suy thận, bệnh tim mạch chưa được kiểm soát, rối loạn tâm thần; Người bệnh mắc các bệnh khác ảnh hưởng đến chức năng vận động trước khi bị đột quỵ nhồi máu não; Người bệnh động kinh.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến từ tháng 2/2023 đến tháng 12/2023 tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên, so sánh trước-sau điều trị, có đối chứng.

2.3.2. Cỡ mẫu, chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích, lấy 70 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

Các người bệnh được lựa chọn vào nghiên cứu được phân vào nhóm nghiên cứu (35 người)

và nhóm đối chứng (35 người) đảm bảo sự tương đồng về tuổi, giới tính.

2.3.3. Quy trình điều trị:

Bước 1: Thu thập thông tin người bệnh

Bước 2: Lựa chọn người bệnh tham gia nghiên cứu

Bước 3: Chọn người bệnh vào 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu (NNC) và nhóm đối chứng (NĐC) đảm bảo tính tương đồng về tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh.

Bước 4: Tiến hành điều trị theo phác đồ huyết điện châm (2013) và gương trị liệu (2017) của BYT.

NNC: tập trị liệu với gương + điện châm theo phác đồ, thời gian điện châm và tập gương trị liệu 30 phút/lần x 01 lần/ngày x 28 ngày liên tục. Tập với gương trị liệu sau khi kết thúc điện châm 15 phút. NĐC: Điện châm theo phác đồ, thời gian 30 phút/lần x 01 lần/ngày x 28 ngày liên tục.

Bước 5: Đánh giá sự thay đổi các chỉ tiêu theo dõi tại các thời điểm nghiên cứu D0, D7, D14, D21, D28.

Đánh giá kết quả điều trị chung

Hiệu quả = (tổng điểm trước điều trị - tổng điểm sau điều trị) / (tổng điểm trước điều trị) × 100%

Bảng 1. Phân loại kết quả điều trị chung (điểm quy đổi)

Kết quả điều trị	Điểm hiệu quả
Hiệu quả tốt	≥ 75%
Hiệu quả khá	50% - < 75%
Hiệu quả trung bình	30% - < 50%
Không hiệu quả	< 30%

Bước 6. Báo cáo kết quả.

2.4. Các tiêu chí đánh giá: gồm Chức năng vận động chi trên (Fugl Meyer Arm Test): phân 4 mức là tốt, khá, trung bình và kém; Mức độ sử dụng chi trên (MAL-QOM): chia 6 mức là bình thường, gần bình thường, trung bình, tồi, rất tồi và không bao giờ; Khả năng phục hồi vận động chi trên (ARAT): kém, trung bình và tốt; Chức năng vận động bàn tay (HMS).

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu sau thu thập được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học dưới sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0 của IBM. Thuật toán được sử dụng gồm: Tính tỷ lệ phần trăm (%); kiểm định khi bình phương, T-Test, với độ tin cậy 95%, kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

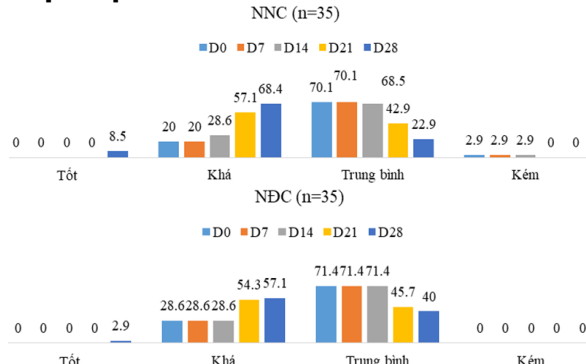
2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu thông qua Hội đồng khoa học và hội đồng đạo đức của Học viện Y-Dược học Cổ truyền Việt Nam.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thực hiện nghiên cứu trên 70 đối tượng, thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu nhóm tuổi 60-<70 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất ở cả hai nhóm (nhóm nghiên cứu 42,8% và nhóm chứng 45,7%), độ tuổi trung bình hai nhóm lần lượt là 64,6 ± 10,6 tuổi và 63,7 ± 9,9 tuổi. Giới tính nam và nữ tương đồng ở cả hai nhóm (1:1). Nghề nghiệp chân tay chiếm tỷ lệ cao ở cả hai nhóm điều trị và nhóm chứng tương ứng 60,0% và 51,4%. Sự khác biệt về tuổi, giới và nghề nghiệp giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

3.2. Tác dụng của gương trị liệu kết hợp điện châm trong phục hồi chức năng chi trên ở người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp

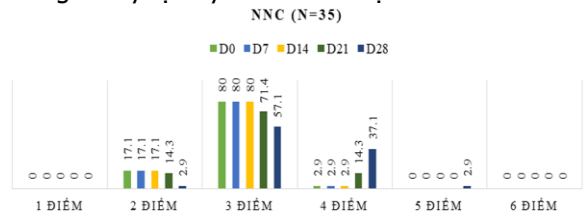


Biểu đồ 1. Sự thay đổi phân loại chức năng vận động chi trên theo Fugl Meyer Arm Test (n=70)

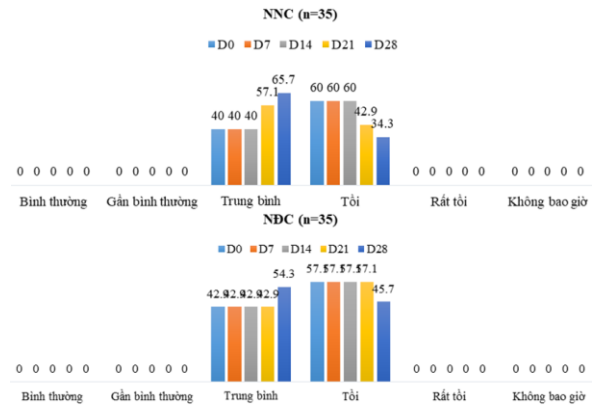
Bảng 1. Phân loại khả năng phục hồi vận động chi trên theo thang ARAT

Phân loại ARAT		D0		D7		D14		D21		D28	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	NNC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NĐC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Trung bình	NNC	25	71,4	25	71,4	29	82,9	29	82,9	32	91,4
	NĐC	27	77,1	27	77,1	28	80,0	28	80,0	28	80,0
Kém	NNC	10	28,6	10	28,6	6	17,1	6	17,1	3	8,6
	NĐC	8	22,9	8	22,9	7	20,0	7	20,0	7	20,0

Mức độ phục hồi vận động chi trên theo thang ARAT có sự cải thiện chậm ở cả NNC và NĐC. Tại thời điểm ngày thứ 28 sau điều trị, có 91,4% người bệnh NNC đạt ARAT trung bình, trong khi tỷ lệ này ở NĐC chỉ đạt 80%.

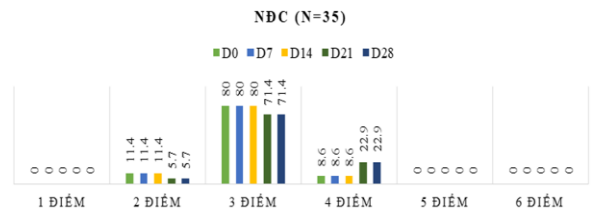


Tại thời điểm D0: Ở cả NNC và NĐC không có người bệnh nào có điểm Fugl Meyer Arm Test mức tốt; hầu hết ở mức trung bình (NNC là 70,1%; NĐC là 71,4%) và khá (NNC là 20% và NĐC là 28,6%). Tại thời điểm D7, D14 và D21: Có sự cải thiện đáng kể phân loại điểm Fugl Meyer Arm Test. Tại thời điểm D28: Điểm FMAT có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, NNC có 8,5% mức tốt, 68,4% mức khá và chỉ còn 22,9% mức trung bình, không có người bệnh nào mức kém, cao hơn so với NĐC với 2,9% tốt; 57,1% khá và 40% trung bình, không có người bệnh nào mức kém.



Biểu đồ 2. Sự thay đổi phân loại mức độ sử dụng chi trên theo MAL-QOM

Mức độ sử dụng chi trên hầu hết chỉ ở mức điểm 3 và 2 tại các thời điểm theo dõi. Sự cải thiện tốt hơn ở NNC tại thời điểm D28 với 65,7% đạt 3 điểm, ở NĐC là 54,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3. Sự thay đổi phân loại chức năng vận động bàn tay theo HMS

Chức năng vận động bàn tay có sự thay đổi rõ ở NNC tại thời điểm ngày thứ 28 sau điều trị, tương ứng 2,9% người bệnh đạt 5 điểm; 37,1%

người bệnh đạt 4 điểm; 57,1% người bệnh đạt 3 điểm. NĐC tỷ lệ lần lượt là 22,9% đạt 4 điểm; 71,4% đạt 3 điểm; 5,7% đạt 2 điểm, không có người bệnh nào 5 điểm. Sự khác biệt có về phân loại chức năng vận động bàn tay theo HMS có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Hiệu quả điều trị chung

Bảng 2. Hiệu quả điều trị chung (n=70)

Hiệu quả	Nhóm NNC (n=35)		Nhóm NĐC (n=35)		p
	n	%	n	%	
Tốt	24	68,6	19	54,3	< 0,05
Khá	9	25,7	12	34,3	
Trung bình	2	5,7	3	8,6	
Kém	0	0,0	1	2,9	

Có sự khác biệt ($p < 0,05$) về hiệu quả điều trị chung giữa NNC và NĐC, trong đó, hiệu quả điều trị tốt ở NNC cao hơn NĐC. Tỷ lệ tốt và khá ở 2 nhóm lần lượt là 68,6% tốt và 25,7% khá (NNC); 54,3% tốt và 34,3% khá (NĐC).

IV. BÀN LUẬN

Sự thay đổi chức năng vận động chi trên theo thang FMAT. Nghiên cứu cho thấy so với một số nghiên cứu khác: FMAT thường thay đổi về mức tốt và khá nhiều hơn tại thời điểm 2-4 tuần can thiệp. Tỷ lệ này là 20% tốt và 73,3% khá trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Nga trên nhóm 60 người bệnh [3]. Vũ Thị Nguyệt sau 3 tuần điều trị nhận thấy người bệnh có điểm FMAT mức trung bình chiếm 53,3% và khá chiếm 40%. Sau 6 tuần, có 16,7% người bệnh đạt mức tốt; 70% mức khá và 13,3% mức trung bình [4].

Sự thay đổi mức độ sử dụng chi trên theo MAL-QOM. Nguyễn Thị Thanh Nga khi thực hiện can thiệp vận động cường bức trên người bệnh đột quỵ não thấy rằng, mức độ sử dụng chi trên ở cả hai nhóm nghiên cứu theo MAL đều tiến triển theo thời gian, trung bình chênh lệch của nhóm can thiệp sau 4 tuần là $1,1 \pm 0,5$ [3]. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thuỳ Trang (2021) bằng phương pháp gương trị liệu kết hợp vận động cường bức cường độ thấp cũng cho kết quả điểm MAL trung bình (QOM) cải thiện $1,53 \pm 0,61$ điểm so với thời điểm trước can thiệp [5]. Chúng tôi cho rằng việc kết hợp gương trị liệu và quy trình điều trị có thể là một trong số nguyên nhân tạo hiệu quả điều trị tích cực hơn so với các biện pháp can thiệp đơn thuần.

Sự thay đổi khả năng phục hồi vận động chi trên theo ARAT. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thuỳ Trang, tác giả báo cáo điểm hiệu số tăng ARAT sau can thiệp là $20,6 \pm 15,16$ [5]. Một số yếu tố khác có thể tác động ảnh hưởng tới chức

năng vận động và khả năng hồi phục của chi trên như vị trí và mức độ nặng nhẹ của tổn thương não, tuổi cao, có nhiều bệnh lý nền (đái tháo đường, tăng huyết áp...) tuy nhiên trong phạm vi của nghiên cứu này chúng tôi chưa có điều kiện để khảo sát kỹ hơn.

Sự thay đổi chức năng vận động bàn tay. Khả năng vận động bàn tay là một trong những kết quả được mong muốn hàng đầu của người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương của tác giả Lê Huy Cường, cho thấy sau 6 tuần can thiệp, mức độ vận động bàn tay có sự cải thiện đáng kể, có 3,34% người bệnh có điểm HMS là 5 điểm; 55,33% có điểm HMS mức 4 điểm và 43,33% có điểm HMS mức 3 điểm [6].

Hiệu quả điều trị chung. Theo y học cổ truyền, huyết là nơi tiếp nhận các kích thích khác nhau, tác động lên huyết một lượng lớn kích thích thích hợp, có thể điều hòa được khí huyết, sơ thông kinh lạc, phủ chính khu tà, lập lại cân bằng âm dương. Phác đồ huyết điều trị, chúng tôi lựa chọn phác đồ điều trị phục hồi di chứng liệt nửa người do Đột quỵ não của Bộ Y tế. Trong công thức huyết, có nhiều huyết nằm trên đường kinh dương minh là kinh đa khí đa huyết và những huyết nằm ở vị trí gần nhau để tăng cường khí huyết cho các chi giúp lập lại cân bằng khí huyết nhanh hơn. Ngoài ra, khi phối hợp các huyết trên với nhau vừa có tác dụng biểu lý vừa có tác dụng theo kinh lạc, vì vậy đem lại kết quả tốt trong điều trị phục hồi di chứng liệt cho người bệnh Đột quỵ não. Y học cổ truyền có nhiều phương pháp điều trị và phòng bệnh không dùng thuốc như điện châm, xoa bóp, bấm huyết, dưỡng sinh, tác động kéo giãn... Trong đó châm cứu, đặc biệt là điện châm thường xuyên được ứng dụng trên lâm sàng tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương đặc biệt hiệu quả điều trị bệnh lý mạn tính nói chung và phục hồi chức năng trên người bệnh đột quỵ não nói riêng. Giải thích theo y học cổ truyền, điện châm điều trị phục hồi chức năng vận động người bệnh Đột quỵ não sau giai đoạn cấp được dựa trên cơ sở điều hòa khí huyết mà khí hòa thì huyết hòa, kinh mạch thông sướng, tuần hoàn không bị trở ngại do đó âm dương điều hòa, cân cơ được phục hồi, đặc biệt là đối với tuần hoàn chi trên.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy có việc kết hợp gương trị liệu với điện châm có tác dụng tốt hơn trong phục hồi chức năng vận động chi trên ở người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp so với điện châm đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Murray, C. J., & Lopez, A. D. (2013). Measuring the global burden of disease. *New England Journal of Medicine*, 369(5), 448-457.
2. Hoàng Khánh, Nguyễn Đình Toàn (2015). Tai biến mạch máu não. Giáo trình Nội Thần Kinh, NXB Đại học Huế, 115-133
3. Nguyễn Thị Thanh Nga (2020). Đánh giá kết quả phục hồi chức năng bàn tay trên người bệnh chấn thương sọ não bằng phương pháp vận động cường bức. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Vũ Thị Nguyệt (2022). Tác dụng của phức châm kết hợp vận động trị liệu trong phục hồi chức

năng chi trên ở người bệnh liệt nửa người do nhồi máu não. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội

5. Nguyễn Thủy Trang (2021). Đánh giá kết quả phối hợp gương trị liệu và vận động cường bức bên liệt cường độ thấp trong phục hồi chức năng chi trên ở người bệnh nhồi máu não sau giai đoạn cấp. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Lê Huy Cường (2021). Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động chi trên ở người bệnh liệt nửa người do nhồi máu não bằng găng tay robot Gloreha, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TĂNG HUYẾT ÁP KHÔNG TRỪNG VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Trần Xuân Thủy¹, Vũ Phi Hùng¹,
Bùi Hồng Anh¹, Bùi Hồng Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát về mối liên quan giữa THA không trừng với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở những bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả thông qua điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ THA không trừng chung là 84,4%. Đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc lập của THA không trừng với OR=0,128, khoảng tin cậy 95%: 0,02 - 1,08, p=0,042. Chỉ uống thuốc buổi sáng tăng nguy cơ THA không trừng với OR=3,14, khoảng tin cậy 95%: 1,98 - 7,87, p=0,018. Uống nhiều hơn 1 loại thuốc huyết áp sẽ làm tăng nguy cơ THA không trừng với OR =4,9, khoảng tin cậy: 1,18 - 20,55, p=0,029. Mối liên quan giữa THA không trừng và phì đại thất trái với OR=5,56, khoảng tin cậy 95%: 1,21 - 25,46, p=0,037. **Kết luận:** Tỷ lệ THA không trừng chung ở những bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát chiếm tỷ lệ khá cao (84,4%). Có sự liên quan giữa THA không trừng với bệnh nền đái tháo đường, phì đại thất trái và thuốc hạ áp. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu, BMI với THA không trừng. **Từ khóa:** tăng huyết áp không trừng, phì đại thất trái, tăng huyết áp nguyên phát.

Từ viết tắt: tăng huyết áp (THA).

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN NON-DIPPER HYPERTENSION AND SOME CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES IN PATIENTS

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Phi Hùng
Email: vuphuhung23793@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024
Ngày duyệt bài: 25.7.2024

WITH PRIMARY HYPERTENSION AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To survey on the relationship between non-dipper hypertension and some clinical and paraclinical characteristics in patients with primary hypertension. **Methods:** Descriptive study through cross-sectional survey. **Results:** The overall rate of non-dipper hypertension was 84.4%. Diabetes is an independent risk factor for non-dipper hypertension with OR=0.128, 95% confidence interval: 0.02 - 1.08, p=0.042. Taking medication only in the morning increased the risk of non-dipper hypertension with OR=3.14, 95% confidence interval: 1.98 - 7.87, p=0.018. Taking more than 1 blood pressure medication will increase the risk of non-dipper hypertension with OR = 4.9, confidence interval: 1.18 - 20.55, p = 0.029. The association between non-dipper hypertension and left ventricular hypertrophy is with OR=5.56, 95% confidence interval: 1.21 - 25.46, p=0.037. **Conclusions:** The overall rate of non-dipper hypertension in patients with essential hypertension is quite high (84.4%). There is an association between non-dipper hypertension and underlying diabetes, left ventricular hypertrophy and antihypertensive drugs. No relationship has been found between age, smoking, dyslipidemia, BMI and non-dipper hypertension. **Keywords:** non-dipper hypertension, left ventricular hypertrophy, primary hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA): là một bệnh phổ biến trên thế giới. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2000 trên Thế giới đã có khoảng 972 triệu người bị tăng huyết áp, và có tới 7,5 triệu người tử vong do nguyên nhân trực tiếp là tăng huyết áp. Ở đa số các bệnh nhân THA, huyết áp ban đêm thường giảm > 10% so