

chỉnh nha và phẫu thuật chỉnh hình ở những bệnh nhân OI này. Do tình trạng sai khớp cắn loại III trầm trọng, trẻ mắc OI nên đến gặp bác sĩ chỉnh nha trước 7 tuổi. Tuy nhiên việc di chuyển răng trên những bệnh nhân OI tít III và IV chậm lại rõ rệt do thiếu sự tiêu xương gây ra bởi bisphosphonates. Bên cạnh đó việc phẫu thuật chỉnh hình vẫn còn là vấn đề, do lo ngại khả năng chảy máu và hoại tử vì tác dụng phụ của bisphosphonate.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tình trạng khớp cắn của 36 bệnh nhân mắc tạo xương bất toàn chúng tôi nhận thấy: Sai khớp cắn loại III, cắn hở, cắn chéo chiếm tỷ lệ cao trên bệnh nhân OI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **About Osteogenesis Imperfecta.** Genome.gov. Published September 14, 2022. Accessed May 24, 2023. <https://www.genome.gov/Genetic-Disorders/Osteogenesis-Imperfecta>.
2. **Chang PC, Lin SY, Hsu KH.** The craniofacial characteristics of osteogenesis imperfecta patients. *Eur J Orthod.* 2007;29(3):232-237. doi:10.1093/ejo/cjl035.
3. **Khanh LN, Ivey SL, Sokal-Gutierrez K, et al.** Early Childhood Caries, Mouth Pain, and Nutritional Threats in Vietnam. *Am J Public Health.* 2015;105(12):2510-2517. doi:10.2105/AJPH.2015.302798.
4. **Malmgren B, Norgren S.** Dental aberrations in children and adolescents with osteogenesis imperfecta. *Acta Odontol Scand.* 2002;60(2):65-71. doi:10.1080/000163502753509446.
5. **Ramachandran M.** Osteogenesis Imperfecta (OI): Practice Essentials, Pathophysiology, Etiology. Published online May 19, 2022. Accessed May 24, 2023. <https://emedicine.medscape.com/article/1256726-overview>
6. **Rizkallah J, Schwartz S, Rauch F, et al.** Evaluation of the severity of malocclusions in children affected by osteogenesis imperfecta with the peer assessment rating and discrepancy indexes. *Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod.* 2013;143(3): 336-341. doi:10.1016/j.ajodo.2012.10.016.
7. **Saeves R, Lande Wekre L, Ambjørnsen E, Axelsson S, Nordgarden H, Storhaug K.** Oral findings in adults with osteogenesis imperfecta. *Spec Care Dent Off Publ Am Assoc Hosp Dent Acad Dent Handicap Am Soc Geriatr Dent.* 2009;29(2): 102-108. doi: 10.1111/j.1754-4505.2008.00070.x
8. **Sillence DO, Senn A, Danks DM.** Genetic heterogeneity in osteogenesis imperfecta. *J Med Genet.* 1979;16(2): 101-116. doi:10.1136/jmg.16.2.101

MỐI LIÊN QUAN GIỮA HẠ HUYẾT ÁP TƯ THỂ VÀ TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI KHÁM NGOẠI TRÚ

Nguyễn Đoàn Ngọc Mai³, Nguyễn Hồng Phương², Ngô Thị Mỹ Tiên²,
Mai Thị Thanh², Nguyễn Thị Diệu Thu², Trần Thị Cẩm Linh²,
Đặng Thị Hồng Nhung², Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hạ huyết áp tư thể (HHATT) là một vấn đề thường gặp ở người cao tuổi (NCT). HHATT có thể làm tăng nguy cơ té ngã, làm tăng nguy cơ tử vong ở NCT. Có nhiều nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa tăng huyết áp (THA) và HHATT ở NCT. Tuy nhiên, tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát mối liên quan giữa THA và HHATT. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định mối liên quan giữa THA và HHATT trên người bệnh (NB) cao tuổi đến khám ngoại trú tại phòng khám Lão khoa. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên

414 NB cao tuổi đến khám ngoại trú tại phòng khám Lão khoa bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 03/2019 đến tháng 05/2019. **Kết quả:** THA là yếu tố có liên quan độc lập với HHATT (OR = 7,0; 95% CI 2,9 – 17,1; p < 0,01). Tỷ lệ HHATT tăng theo độ tăng huyết áp (p < 0,01). THA chưa kiểm soát là yếu tố liên quan độc lập với HHATT (OR = 3,4; p = 0,01). Có tương quan thuận giữa độ giảm huyết áp tâm thu khi vừa đứng lên (y) và số đo huyết áp tâm thu (HATT) khi nằm (x) với phương trình hồi quy tuyến tính (y = 0,2x - 18,4; r = 0,2; p < 0,01). **Kết luận:** THA không kiểm soát có liên quan độc lập với HHATT và tỷ lệ HHATT tăng theo độ THA. Như vậy, kiểm soát tốt huyết áp ở NCT có thể đóng vai trò quan trọng trong việc giảm nguy cơ HHATT, từ đó giảm các biến chứng của HHATT lên NCT.

Từ khóa: Cao tuổi, hạ huyết áp tư thể.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN HYPERTENSION AND ORTHOSTATIC HYPOTENSION AMONG THE ELDERLY OUTPATIENTS

¹Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược, Thành Phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Đa khoa Thiện Hạnh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên

Email: tien.nnhm@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 22.7.2024

Background: Orthostatic hypotension (OH) is a common clinical problem in the elderly, can increase their risks of falling and mortality. Most studies demonstrate association between hypertension and orthostatic hypotension in the elderly. However, in Viet Nam, this association has not been studied.

Objectives: To determine association between hypertension and OH in the elderly at geriatric clinic.

Methods: Descriptive and cross-sectional study in 414 elderly outpatients at geriatric clinic from Mars 2019 to May 2019 at University Medical Center Ho Chi Minh city. **Results:** Hypertension was identified as independent factor associated with OH (OR = 7.0; 95% CI 2.9 – 17.1; p < 0.01). The prevalence of OH increases with the stages of hypertension (p < 0.01). Uncontrolled hypertension was an independent factor associated with OH (OR = 3.4; p = 0.01). There was a positive correlation between orthostatic systolic blood pressure (SBP) decline while standing up and basal supine SBP that fitted a linear regression equation ($y = 0.2x - 18.4$; $r = 0.2$; $p < 0.01$). **Conclusions:** Uncontrolled hypertension was an independent factor associated with OH and the prevalence of OH increased with the stages of hypertension. In conclusion, good control of blood pressure in the elderly was important to decrease the prevalence of OH, from that reducing the consequences of OH in the elderly. **Keywords:** Elderly, orthostatic hypotension, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ huyết áp tư thế và tăng huyết áp đều là các vấn đề thường gặp và có thể gây nhiều hậu quả nghiêm trọng ở người cao tuổi.¹ Có nhiều nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa tăng huyết áp và hạ huyết áp tư thế trên người cao tuổi.^{2,3} Tuy nhiên, các nghiên cứu này chưa khảo sát kỹ mối liên quan giữa độ THA, THA không kiểm soát với HHATT, cũng như sự tương quan giữa số đo huyết áp tâm thu khi nằm và độ giảm huyết áp tâm thu khi vừa đứng lên. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để khảo sát kỹ hơn mối liên quan giữa THA và HHATT trên người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả NB cao tuổi đến khám ngoại trú tại phòng khám Lão khoa Bệnh viện Đại học Y Dược trong thời gian từ tháng 03/2019 đến tháng 05/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: NB ≥ 60 tuổi đến khám ngoại trú tại phòng khám Lão khoa. NB có thể tự đứng để đo huyết áp tư thế và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: NB không thể tự đứng được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập

mẫu liên tục.

Các bước tiến hành: NB đến khám tại phòng khám Lão khoa, nếu đủ tiêu chuẩn chọn mẫu sẽ được tư vấn ký giấy đồng ý tham gia nghiên cứu.

Sau đó, NB được đo huyết áp tư thế bởi nghiên cứu viên.

Huyết áp và nhịp tim được đo sau khi NB nằm nghỉ được 5 phút, ngay sau khi đứng dậy (30 giây) và sau khi đứng được 1 phút và thời điểm 3 phút.

NB được hỏi các triệu chứng kèm theo khi đo huyết áp tư thế như chóng mặt, nhức đầu, choáng váng, xây xẩm, hoa mắt. Các thông tin về nhân khẩu học, hội chứng lão hóa, các bệnh kèm theo và các thuốc đang dùng được thu thập qua hồ sơ bệnh án và phỏng vấn NB.

Cách đo lường: Máy đo huyết áp: Huyết áp kế điện tử OMRON HEM 8712 được chuẩn hóa để đo huyết áp.

Dụng cụ đo cân nặng và chiều cao: Cân Nhơn Hòa đã được chuẩn hóa để đo cân nặng, thước dây để đo chiều cao.

Các biến số trong nghiên cứu: Hạ huyết áp tư thế: khi huyết áp tâm thu giảm ít nhất 20 mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương giảm ít nhất 10 mmHg khi từ tư thế nằm sang tư thế đứng trong 3 phút.

HHATT tâm thu: khi huyết áp tâm thu giảm ít nhất 20 mmHg.

HHATT tâm trương: khi huyết áp tâm trương giảm ít nhất 10 mmHg.

HHATT có triệu chứng: khi có 1 trong các triệu chứng như chóng mặt, choáng váng, hoa mắt, đau đầu, tối sầm khi thay đổi tư thế.⁴

HHATT có đáp ứng tăng nhịp tim: khi nhịp tim tăng > 15 nhịp/ phút khi từ tư thế nằm sang tư thế đứng.⁴

HHATT không có đáp ứng tăng nhịp tim: khi nhịp tim tăng < 10 nhịp/ phút khi từ tư thế nằm sang tư thế đứng.⁴

Đa bệnh: có từ 3 bệnh lý trở lên.

Đa thuốc: dùng từ 5 thuốc trở lên.⁵

Suy yếu: gồm 9 giá trị theo thang điểm suy yếu lâm sàng CSHA.

2.3. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Phân tích bằng phần mềm thống kê Stata phiên bản 14. So sánh 2 biến định tính bằng phép kiểm chi bình phương. Nếu không thỏa điều kiện dùng phép kiểm chi bình phương thì dùng phép kiểm chính xác Fisher. So sánh 2 biến định lượng bằng phép kiểm t (nếu phân phối chuẩn) hoặc phép kiểm Mann Whitney (nếu phân phối không chuẩn). Mô tả sự biến thiên giữa 2 biến định lượng bằng biểu đồ tương

quan. Tính hệ số tương quan Pearson nếu cả hai biến định lượng đều có phân phối chuẩn. Sau đó, xây dựng mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến và đa biến. Phân tích đa biến bằng mô hình hồi quy logistic.

2.4. Vấn đề y đức: nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị, tất cả thông tin của người bệnh được giữ kín chỉ để phục vụ cho mục đích nghiên cứu và Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức của Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, số 14/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 21/02/2019, mã số 1919-ĐHYD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị (N=414)
Tuổi	69 (65 -74)
Giới tính	
Nữ	280 (67,6%)
Nam	134 (32,4%)
Suy yếu (theo CFS)	
Khỏe	19 (4,6%)
Khá khỏe	131 (31,6%)
Dễ tổn thương	182 (43,9%)
Suy yếu nhẹ	74 (17,9%)
Suy yếu trung bình	8 (1,9%)
Tiền căn tế ngã 12 tháng trước	102 (24,6%)
Đa bệnh	273 (65,9%)
Đa thuốc	22 (6%)
HHATT	98 (23,7%)
HHATT tâm thu	61 (62,2%)
HHATT khi vừa đứng dậy	62 (63,3%)
HHATT không triệu chứng	65 (66,3%)
HHATT không đáp ứng tăng tần số tim	81 (82,7%)

Tỷ lệ HHATT trong dân số nghiên cứu là 23,7%. Trong đó, có 62,2% HHATT tâm thu; 63,3% HHATT khi vừa đứng dậy; 66,3% không có triệu chứng và 82,7% không có đáp ứng tăng tần số tim (**Bảng 1**).

Mối liên quan giữa HHATT và THA

Bảng 2: Phân bố HHATT theo độ THA

Độ THA	HHATT (n = 98, 23,7%)		p
	Có n (%)	Không n (%)	
Đã kiểm soát	17 (18,5)	75 (81,5)	<0,01
Độ 1	43 (36,8)	74 (63,2)	
Độ 2	16 (41)	23 (59)	
Độ 3	4 (40)	6 (60)	

Trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ HHATT trong nhóm THA đã kiểm soát là 18,5%; độ 1 là 36,8%; độ 2 là 41% và độ 3 là 60%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa HHATT và độ THA, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$ (phép kiểm Fisher) (**Bảng 2**).

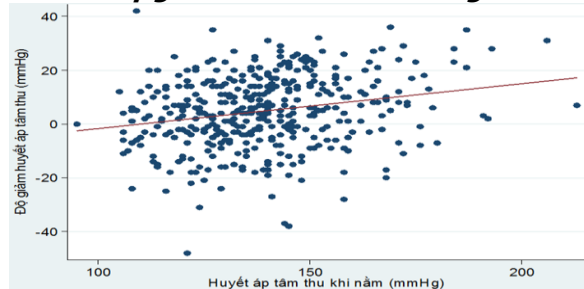
Bảng 3: Đo lường mối liên quan giữa HHATT và độ THA sau khi phân tích đa biến

	OR	KTC 95%	p
Đã kiểm soát	1		
Độ 1	3,2	1,2 8,3	0,02
Độ 2	2,7	0,8 9,9	0,1
Độ 3	6,9	1,2 40,3	0,03

Sau khi phân tích đa biến, chúng tôi ghi nhận THA độ 1 và độ 3 là các yếu tố độc lập có liên quan với HHATT (**Bảng 3**).

Mối liên quan giữa THA không kiểm soát và HHATT

Sự tương quan giữa số đo HATT khi nằm và độ giảm HATT khi vừa đứng lên:



Biểu đồ 1: Tương quan giữa huyết áp tâm thu khi nằm và độ giảm huyết áp tâm thu khi vừa đứng lên

Biểu đồ 1 cho thấy có tương quan thuận giữa huyết áp tâm thu khi nằm và độ giảm huyết áp tâm thu khi vừa đứng lên. Do biến độ giảm huyết áp tâm thu, biến huyết áp tâm thu khi nằm đều có phân phối chuẩn nên chúng tôi tính hệ số tương quan Pearson, được $r = 0,2$ nằm trong khoảng từ 0,2 đến 0,4 nên theo Roundtree thì mức độ tương quan là lỏng lẻo ($p < 0,01$). Vậy độ giảm huyết áp tâm thu khi vừa đứng lên, huyết áp tâm thu khi nằm có tương quan thuận.

Bảng 4: Mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến

Độ giảm HATT	Hệ số	p	CI 95%
HATT khi nằm	0,17	<0,01	0,1 - 0,2
Cons	-18,4	<0,01	(-28,0) - (-8,8)

Phương trình hồi quy tuyến tính đơn biến cho thấy: Độ giảm HATT khi đứng = $0,17 \times$ HATT khi nằm -18,4 (**Bảng 4**).

Bảng 5: Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến

Độ giảm HATT	Hệ số	p	KTC 95%
HATT khi nằm	0,1	0,01	0,03 0,2
Nhóm tuổi			
60 - 69	1		
70 - 79	3,5	0,04	0,2 6,7
≥ 80	0,9	0,7	-4,9 6,6
Suy yếu			
Khỏe	1		

Khả khỏe	4,6	0,2	-1,7	10,9
Dễ tổn thương	4,7	0,2	-1,9	11,4
Suy yếu nhẹ	10,8	0,01	3,2	18,4
Suy yếu trung bình	12,4	0,05	-0,2	24,9
Té ngã	-1,9	0,3	-5,4	1,4
Đa bệnh	-2,2	0,2	-5,7	1,2
Đa thuốc	7,6	0,02	1,1	14,1
Tăng huyết áp	3,5	0,2	-1,6	8,6
Đái tháo đường	0,8	0,6	-2,6	4,3
BTTMCB	-0,5	0,8	-4,1	3,1
Bệnh thận mạn	2,6	0,2	-1,5	6,6
Lợi tiểu	4,6	0,2	-2,1	11,3
Chẹn beta	0,7	0,8	-4,4	5,8
UCMC	6,4	0,1	-0,2	12,9
UCTT	-4,6	0,03	-8,8	-0,3
Amitryptilin	-10,5	0,004	-17,7	-3,3
Tramadol	-4	0,4	-12,7	4,7
Pregabalin/gabapentin	6,8	0,1	-0,3	13,9
Chẹn alpha	-4,5	0,5	-17,3	8,4
Dùng 1 trong 5 loại thuốc hạ áp	-2,75	0,3	-7,3	1,9
Cons	-18,5	0,004	-31,1	-5,9

Xây dựng mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, bao gồm các yếu tố: huyết áp tâm thu khi nằm, nhóm tuổi, té ngã, suy yếu, đa bệnh, đa thuốc, các bệnh nội khoa và các thuốc đang dùng. Kết quả là huyết áp tâm thu khi nằm càng cao thì càng làm tăng độ giảm huyết áp tâm thu khi vừa đứng lên. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$) (**Bảng 5**).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số, xã hội và bệnh lý học của mẫu nghiên cứu. Dân số nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung vị là 69 tuổi, khá trẻ hơn so với các nghiên cứu của các tác giả khác, với giới nữ chiếm đa số (67,6%). Về đánh giá suy yếu, dân số nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu thuộc nhóm không suy yếu, chiếm tỷ lệ 80,1%. Chỉ có 24,6% NB có tiền căn té ngã 12 tháng trước đó. Đa phần NB có từ 3 bệnh lý trở lên (65,9%), nhưng chỉ có 6% NB có đa thuốc.

Mối liên quan giữa HHATT và THA. THA là một yếu tố độc lập có liên quan với HHATT, điều này đã được chứng minh trong khá nhiều nghiên cứu.^{2,6}

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Stefano và cộng sự, nghiên cứu cắt ngang trên 9874 NB có THA cho kết quả là tỷ lệ hiện mắc HHATT tăng theo độ THA với $p < 0,01$; số chênh HHATT tăng theo độ THA với OR = 1,6; 95%CI (1,5 – 1,7); $p < 0,01$.⁶

Ngoài ra, kết quả của chúng tôi còn ghi nhận

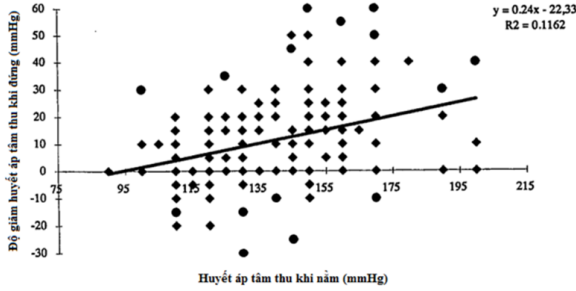
tỷ lệ HHATT trong nhóm THA không kiểm soát cao hơn so với nhóm THA đã kiểm soát ($p < 0,01$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Valbusa và cộng sự cũng cho kết quả là NB có THA không kiểm soát có tỷ lệ hiện mắc HHATT cao hơn so với nhóm THA có kiểm soát (23% so với 13%, $p < 0,01$).

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Kamaruzzaman và cộng sự, tỷ lệ hiện mắc HHATT trong nhóm THA không kiểm soát lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm THA có kiểm soát (38% so với 21%, $p < 0,01$).⁷

Nghiên cứu của tác giả Gangavati và cộng sự, trên 722 người cao tuổi trong cộng đồng, với thời gian theo dõi là 1 năm, cho kết quả tỷ lệ HHATT tâm thu thời điểm 1 phút ở nhóm THA không kiểm soát là 19%, lớn hơn tỷ lệ này ở nhóm THA có kiểm soát là 5% với $p < 0,01$.⁸

Như vậy, THA không kiểm soát là một yếu tố độc lập có liên quan với HHATT với OR = 3,4 ($p = 0,01$). Như vậy, có lẽ nên kiểm soát huyết áp về mục tiêu ở người cao tuổi khỏe mạnh. Một số nhà lâm sàng sợ rằng việc hạ huyết áp < 140/90 mmHg ở người cao tuổi có thể làm giảm tưới máu não, tăng nguy cơ té ngã, suy giảm nhận thức. Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Lipsitz và cộng sự đã chứng minh điều ngược lại. Đây là nghiên cứu tiến cứu theo dõi 6 tháng trên người ≥ 65 tuổi không suy yếu, gồm 3 nhóm là nhóm có huyết áp bình thường, nhóm THA có kiểm soát và nhóm THA không kiểm soát. Nhóm THA không kiểm soát được điều trị tối ưu nhằm đưa huyết áp về mục tiêu < 140/90 mmHg trong 6 tháng với điều trị bằng Lisinopril có/hoặc không kết hợp với hydrochlorothiazide, nếu không đáp ứng thì chuyển qua nhóm ức chế thụ thể hoặc nifedipine. NB được đo vận tốc sóng mạch động mạch não giữa qua siêu âm Doppler xuyên sọ, đánh giá tính đàn hồi động mạch cảnh bằng cách đo chỉ số đàn hồi (distensibility) động mạch cảnh trước và sau điều trị 6 tháng ở cả 3 nhóm. Sau 6 tháng điều trị, ở nhóm THA không kiểm soát với huyết áp đã về mục tiêu < 140/90 mmHg, tác giả ghi nhận có sự tăng có ý nghĩa thống kê vận tốc lưu lượng máu não ($p < 0,03$) và tăng tính đàn hồi của động mạch cảnh ($p < 0,001$).

Chúng tôi còn ghi nhận HATT khi nằm càng tăng thì càng làm tăng độ giảm HATT khi vừa đứng lên ($p = 0,01$). Kết quả của chúng tôi khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Puisieux và cộng sự: Như vậy, huyết áp tâm thu khi nằm càng cao thì càng làm tăng độ giảm huyết áp tâm thu khi vừa đứng lên.



Biểu đồ 3: Tương quan giữa huyết áp tâm thu khi nằm và độ giảm huyết áp tâm thu khi đứng trong nghiên cứu của tác giả Puisieux và cộng sự

V. KẾT LUẬN

THA là yếu tố độc lập có liên quan với HHATT. Trong đó, có tương quan thuận giữa số đo HATT khi nằm và độ giảm HATT khi vừa đứng lên. Điều này giúp gợi ý việc kiểm soát huyết áp ở NCT có thể làm giảm nguy cơ HHATT, từ đó giúp làm giảm các biến chứng của HHATT lên NCT.

VI. LỜI CẢM ƠN

Trân trọng cảm ơn Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã tài trợ kinh phí cho chúng tôi hoàn thành công trình nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zhu QO, Tan CS, Tan HL, et al.**, Orthostatic hypotension: prevalence and associated risk factors among the ambulatory elderly in an Asian population". Singapore Med J. 2016,57(8):51-444.
2. **Nguyễn Văn Trí, Nguyễn Trần Tô Trần, Nguyễn Thế Quyền.** Tình trạng hạ huyết áp tư thế người cao tuổi trong cộng đồng xã Vĩnh Thành, tỉnh Bến Tre. Chuyên đề Tim Mạch học. 2016,1-6.
3. **Trần Hoàng Hải,** Khảo sát tỷ lệ hạ huyết áp tư thế đứng và một số yếu tố liên quan trong bệnh đái tháo đường típ 2 ở người trên và dưới 60 tuổi, Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh, Luận án Chuyên khoa cấp II. 2017.
4. **Belmin J, Chassagne P, Friocourt P.** Gériatrie pour le praticien, ed. 3rd. Elsevier Masson: 2019,211-217.
5. **Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, et al,** What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr. 2017,17(1): 230.
6. **Di Stefano C, V Milazzo, S Torato et al.** Orthostatic hypotension in a cohort of hypertensive patients referring to a hypertension clinic. J Hum Hypertens. 2015, 29(10): 599-603.
7. **Kamaruzzaman S, Watt H, Carson C, et al.** The association between orthostatic hypotension and medication use in the British Women's Heart and Health Study. Age Ageing. 2010, 39(1): 6-51.
8. **Gangavati A, Hajjar I, Quach L, et al.** Hypertension, orthostatic hypotension, and the risk of falls in a community-dwelling elderly population: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly of Boston study. J Am Geriatr Soc. 2011, 59(3): 9-383.

MÔ TẢ KẾT QUẢ CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Thị Thảo Nguyễn¹, Trương Quang Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các nội dung chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật chấn thương có kế hoạch. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 người bệnh 18 - 65 tuổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/02/2023 đến 31/03/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ điều dưỡng chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật đạt mức tốt chiếm tỉ lệ 81.3%; mức khá chiếm 16,7% và thực hiện chưa tốt/ chưa đạt chiếm 2%. Tỷ lệ điều dưỡng chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật khá tốt tuy nhiên vẫn còn một số công tác chưa được hoàn thiện. **Kết luận:** Phẫu thuật

là một phương pháp điều trị gây sang chấn, có ảnh hưởng nhất định đến người bệnh cả thể chất lẫn tâm lý. Công tác chuẩn bị gồm 4 nội dung: tâm lý, vệ sinh và thể chất, hồ sơ, bàn giao; làm tốt công tác này sẽ giúp cuộc phẫu thuật diễn ra đúng kế hoạch, góp phần tích cực giảm tỉ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật, đảm bảo an toàn cho người bệnh phẫu thuật
Từ khóa: phẫu thuật, biến chứng

SUMMARY

DESCRIPTION OF THE RESULTS OF PREPARATION OF THE PATIENT BEFORE SURGERY TRAUMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Describe the contents of patient preparation before planned trauma surgery. **Methods:** A cross-sectional description study on 150 patients aged 18-65 years at Hanoi Medical University Hospital from 01/02/2023 to 31/03/2023. **Results:** The study noted that the rate of nurses preparing patients before surgery was good, accounting for 81.3%; The good level accounts for 16.7% and the performance is not

¹Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội
²Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thảo Nguyễn
Email: lethanguyen@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 9.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.6.2024
Ngày duyệt bài: 24.7.2024