

cổ, phổi... sử dụng hệ thống EPID. Các nghiên cứu này đều cho thấy EPID là một công cụ hữu ích đáng tin cậy để đánh giá và chỉnh sửa tư thế bệnh nhân trong quá trình xạ trị. Các tác giả cũng khuyến cáo, EPID cần được chụp ít nhất hàng tuần trước mỗi lần điều trị để nâng cao chất lượng xạ trị.

Chúng tôi tiến hành đánh giá thời gian cần thêm cho mỗi một lần chụp portfilm sau khi thiết lập tư thế bệnh nhân, thời gian này bao gồm cả thời gian đặt bệnh nhân, chụp portfilm, so sánh với hình ảnh DRR, chỉnh sửa tư thế bệnh nhân trong trường hợp di lệch vượt quá ngưỡng cho phép (5mm). Thời gian trung bình cho các lần đo là 7,51 phút. Thời gian này giảm sau mỗi tuần, với mức độ giảm khoảng 1 phút.

V. KẾT LUẬN

Chụp portfilm kiểm tra tư thế bệnh nhân và trường chiếu trước khi xạ trị sử dụng hệ thống EPID là một phương pháp đáng tin cậy và hiệu quả cải thiện độ chính xác trong quá trình xạ trị cho bệnh nhân ung thư cổ tử cung. Bệnh nhân

có sự thay đổi cân nặng nhiều có xu hướng di lệch nhiều; không tìm thấy mối liên quan đến việc sử dụng dụng cụ cố định với độ di lệch của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Diệu, Bùi Công Toàn, Bùi Quang Vinh.** Xạ Trị Một Số Bệnh Ung Thư Phụ Khoa, Tiết Niệu. Tài liệu dùng cho cán bộ y tế, NXB Y học; 2015.
2. **Stroom JC, Heijmen BJ.** Geometrical uncertainties, radiotherapy planning margins, and the ICRU-62 report. *Radiother Oncol.* 2002; 64(1):75-83.
3. **Creutzberg, C.L., et al.** A quality control study of the accuracy of patient positioning in irradiation of pelvic fields. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1996;34(3):697-708.
4. **Soffen, E.M., et al S EM, et al.** Conformal static field therapy for low volume low grade prostate cancer with rigid immobilization. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1991;20(1):141-146.
5. **K P,J Nigam, and U Balan.** Setup errors and recommended safety margins in the pelvic radiotherapy fields of cancer cervix patients: An institutional experience. *SRMS Journal of Medical Science.* 2016;1.

XÁC ĐỊNH GIÁ TRỊ DỰ BÁO NGUY CƠ TIM MẠCH VÀ TỶ LỆ BỆNH ĐỘNG MẠCH NGOẠI BIÊN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP BẰNG MÁY ĐO VẬN TỐC SÓNG MẠCH VP PLUS 1000

Cao Trường Sinh¹

TÓM TẮT

Mục đích: Xác định giá trị dự báo nguy cơ cao tim mạch của vận tốc sóng mạch và tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên ở bệnh nhân tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp:** 190 bệnh nhân; 109 nam, 81 nữ; tuổi trung bình 61 ± 17 tuổi được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát đơn thuần hoặc tăng huyết áp có đái tháo đường. Tất cả được đo huyết áp tứ chi bằng máy đo vận tốc sóng mạch VP Plus 1000. Huyết áp tay trái được dùng để khẳng định chẩn đoán và phân độ tăng huyết áp theo Hội tăng huyết áp châu Âu năm 2021. Chẩn đoán bệnh động mạch ngoại biên dựa vào chỉ số ABI theo khuyến cáo của Hội tim mạch châu Âu. Bệnh động mạch ngoại biên chỉ trên được khẳng định bằng chụp động mạch dưới đòn. **Kết quả:** Giá trị vận tốc sóng mạch (baPWV) bên phải ở bệnh nhân tăng huyết áp có huyết áp đạt mục tiêu (huyết áp bình thường) là 1382.0 ± 211 cm/s; bệnh nhân có nguy cơ tim mạch hơi cao là 1590.2 ± 173.6

cm/s; bệnh nhân có nguy cơ cao tim mạch là: 2101.0 ± 563.4 cm/s và bệnh nhân nghi ngờ tắc mạch là 2312.5 ± 949.5 cm/s; vận tốc sóng mạch bên trái tương ứng là: 1423.3 ± 208.5 cm/s, 1586.5 ± 185.2 , 2118.9 ± 586.6 cm/s, 2304.3 ± 983.4 cm/s. Điểm cutoff giá trị dự báo nguy cơ cao tim mạch của baPWV bên phải là 1739 cm/s, bên trái là 1762 cm/s. Tỷ lệ chung bệnh động mạch ngoại biên ở bệnh nhân tăng huyết áp là 27.4% trong đó tăng huyết áp có đái tháo đường là 42.3%, tăng huyết áp không có đái tháo đường là 25%. **Kết luận:** Vận tốc sóng mạch (baPWV) tăng dần theo mức độ nguy cơ tim mạch và có giá trị dự báo nguy cơ cao tim mạch với độ nhạy độ đặc hiệu cao. Hơn một phần tư số bệnh nhân tăng huyết áp có bệnh động mạch ngoại biên, đái tháo đường làm cho tỷ lệ bệnh tăng lên.

SUMMARY

TO DETERMINE THE PREDICTIVE VALUE OF CARDIOVASCULAR RISK AND THE PREVALENCE OF PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE IN HYPERTENSIVE PATIENTS BY THE PULSE WAVE VELOCITY METER VP PLUS 1000

Aim: To determine the predictive value of high cardiovascular risk of baPWV and the prevalence of peripheral arterial disease in hypertensive patients. **Subjects and methods:** 190 patients; 109 men, 81

¹Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 16.8.2024

women; mean age 61 ± 17 years were diagnosed the primary hypertension alone or hypertension with diabetes. All were measured their extremity blood pressure by using the VP Plus 1000 pulse wave velocity meter. Left arm blood pressure was used to confirm the diagnosis and classify hypertension according to the ESH 2021. Diagnosis of peripheral arterial disease was based on the ABI index according to the recommendations of the ESC. Upper limb peripheral arterial disease was confirmed by subclavian angiography. **Results:** The right pulse wave velocity (baPWV) value in hypertensive patients with target blood pressure (normal blood pressure) was 1382.0 ± 211 cm/s; patients with slightly high cardiovascular risk were 1590.2 ± 173.6 cm/s; patients with high cardiovascular risk were: 2101.0 ± 563.4 cm/s and patients with suspected embolism were 2312.5 ± 949.5 cm/s; corresponding left pulse wave velocities were: 1423.3 ± 208.5 cm/s, 1586.5 ± 185.2 , 2118.9 ± 586.6 cm/s, 2304.3 ± 983.4 cm/s. The cutoff value for predicting high cardiovascular risk of right baPWV was 1739 cm/s, left baPWV was 1762 cm/s. The rate of peripheral arterial disease in hypertensive patients with and without diabetes was 27.4%. **Conclusion:** Brachial-ankle pulse wave velocity (baPWV) increases gradually with the level of cardiovascular risk. Pulse wave velocity has a good predictive value for high cardiovascular risk with high sensitivity and specificity. Over quarter hypertensive patients had the peripheral arterial disease, the diabetes caused increasing its prevalence.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch là một trong những nguyên nhân gây tử vong trên toàn cầu đặc biệt là ở các nước phát triển [1]. Tình trạng tử vong và tử vong tim mạch có liên quan đến tăng huyết áp và dày thành động mạch [1]. Tăng huyết áp có thể gây tổn thương cơ quan đích như tim, thận, não, đáy mắt, bệnh động mạch ngoại biên. Bệnh động mạch ngoại biên là một gánh nặng bệnh tật toàn cầu, một vấn đề y tế công cộng [2], bệnh để lại di chứng tàn phế cho người bệnh là biến chứng có thể gặp ở bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường. Việc phát hiện bệnh động mạch ngoại biên thường được khẳng định bằng siêu âm mạch máu hoặc tiêu chuẩn vàng là chụp động mạch thấy hẹp hoặc tắc. Tuy nhiên không phải ở bệnh viện nào cũng có những thiết bị chẩn đoán này. Một phương pháp đơn giản là có thể đo huyết áp tứ chi bằng máy đo huyết áp thường quy để xác định chỉ số ABI. Tuy nhiên phương pháp đo huyết áp thông thường không thể đo huyết áp tứ chi cùng một lúc. Để đánh giá chính xác huyết áp tứ chi đồng thời cùng một thời điểm nhằm mục đích xác định được chỉ số ABI chẩn đoán bệnh động mạch ngoại biên chỉ có thể dùng phương pháp đo huyết áp với máy đo vận tốc sóng mạch VP Plus. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu vận tốc sóng mạch, chỉ số

ABI bằng máy VP Plus 1000 ở bệnh nhân tăng huyết áp với mục đích: *Dự báo nguy cơ tim mạch thông qua giá trị của vận tốc sóng mạch và xác định tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 190 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có đái tháo đường và không đái tháo đường cả nội trú và ngoại trú nằm điều trị và đến khám tại khoa Nội-Tim mạch Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh, gồm 109 nam và 81 nữ, tuổi trung bình 61 ± 17 tuổi từ thời gian năm 2021-2023. Trong đó có cả những bệnh nhân tăng huyết áp điều trị đạt HA mục tiêu cũng được đưa vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân được đo huyết áp bằng huyết áp thủy ngân hoặc bằng máy điện tử Omron để chẩn đoán tăng huyết áp. Sau đó tất cả được đo huyết áp tứ chi bằng máy đo vận tốc sóng mạch VP Plus 1000. Thời gian đo từ 5-7 phút. Trị số huyết áp tay trái được dùng để chẩn đoán và phân độ tăng huyết áp theo phân độ của Hội tăng huyết áp châu Âu. Huyết áp mục tiêu được xác định là bệnh nhân đang dùng thuốc điều trị hạ HA có huyết áp dưới $< 140/90$ mmHg.

Chẩn đoán bệnh động mạch ngoại biên theo khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu, khi chỉ số ABI (huyết áp cổ chân/cánh tay) $\leq 0,9$ hoặc $> 1,4$ [3]

Bệnh động mạch ngoại biên chi dưới khi ABI $\leq 0,9$; Can xi hoá động mạch (bệnh động mạch ngoại biên chi trên) $> 1,4$. Tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên được xác định có bệnh động mạch ngoại biên 2 bên và hoặc 1 bên (bên phải hoặc bên trái).

Bệnh động mạch ngoại biên chi trên (bệnh động mạch dưới đòn) được xác định khi ABI $> 1,4$ và được xác định bằng chụp mạch.

Phân loại bệnh động mạch ngoại biên [3], [4], [5]
+ Khi nghỉ ngơi, chỉ số ABI bình thường trong khoảng 1 -1,4.

+ Khi chỉ số ABI lớn hơn 1,4 thường gợi ý thành động mạch cứng, thường do xơ vữa và vôi hóa hoặc huyết áp chi trên thấp dưới mức bình thường.

+ Chỉ số ABI ở khoảng 0,7-0,9 có nghĩa là PAD ở mức nhẹ

+ Chỉ số ABI ở khoảng 0,4-0,7 có nghĩa là PAD ở mức trung bình

+ Khi chỉ số ABI $< 0,4$ thường chỉ điểm có PAD mức độ nặng.

Phân loại nguy cơ tim mạch dựa vào vận tốc sóng mạch theo khuyến cáo của Hội tim mạch châu Âu: Nguy cơ cao, nguy cơ vừa (hơi cao), bình thường, nghi ngờ tắc mạch [3].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm đầu vào của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Nam (1)	Nữ (2)	Chung	p (1-2)
Giới	109 (57.4%)	81 (42.6%)	190 (100%)	<0.05
Tuổi (X±SD)	57.8 ± 16.3	65.0 ± 17.0	61.0 ± 17.0	<0.05
Chiều cao(cm) (X±SD)	164.0 ± 7.3	153.5 ± 6.5	159.5 ± 8.7	<0.05
Cân nặng (kg) (X±SD)	62.5 ± 11.3	53.2 ± 8.5	58.5 ± 11.0	<0.05
BMI (kg/m ²) (X±SD)	23.1 ± 3.2	22.6 ± 3.0	22.9 ± 3.1	>0.05
Đái tháo đường	18 (16.5%)	8 (9.9%)	26 (13.7%)	< 0.05

Tỷ lệ nam bị tăng huyết áp cao hơn có ý nghĩa so với nữ trong mẫu nghiên cứu (p<0.05)

Tuổi trung bình nam giới bị tăng huyết áp thấp hơn có ý nghĩa so với nữ (p<0.05).

Chiều cao và cân nặng của nam cao hơn có ý nghĩa so với nữ (p<0.05).

3.2. Giá trị dự báo nguy cơ tim mạch của vận tốc sóng mạch (baPWV)

Bảng 3.2. Giá trị của vận tốc sóng mạch (baPWV cm/s)

baPWV (cm/s)	Nam (1)		Nữ (2)		Chung		p(1-2)
	X	±SD	X	±SD	X	±SD	
Bên phải	1815.3	599.9	1992.9	691.4	1891.0	444.8	<0.05
Bên trái	1907.2	1027.8	2019.3	700.0	1955.0	902.3	<0.05

Vận tốc sóng mạch ở nữ cao hơn có ý nghĩa so với nam giới (p<0.05)

Bảng 3.3. Phân loại nguy cơ tim mạch dựa trên vận tốc sóng mạch

Biến số	n	Bên phải (cm/s)		p	Bên trái (cm/s)		p
		X	±SD		X	±SD	
Bình thường	41	1382.0	211.0	<0.01	1423.3	208.5	0.01
Hơi cao (cao vừa)	25	1590.2	173.6		1586.5	185.2	
Cao	101	2101.0	563.4		2118.9	586.6	
Nghi ngờ tắc mạch	23	2312.5	949.5		2304.3	983.4	
Tổng	190						

Vận tốc sóng mạch tăng dần theo phân loại nguy cơ tim mạch. Thấp nhất là đối tượng có nguy cơ bình thường, cao nhất là đối tượng có nguy cơ tắc mạch. Sự khác biệt về vận tốc sóng mạch giữa các yếu tố nguy cơ tim mạch có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4. Đường cong ROC baPWV bên phải, trái dự báo nguy cơ cao tim mạch

Biến số	Bên phải	Bên trái
Điểm cutoff baPWV	1739 cm/s	1762 cm/s
Độ nhạy	70.3%	74.3%
Độ đặc hiệu	82.0%	77.0%
Diện tích dưới đường cong (AUC)	0.797(CI 95%: 0.732-0.851)	0.793(CI95%: 0.725-0.848)
P value	<0.001	<0.001

Vận tốc sóng mạch (baPWV) có khả năng dự báo nguy cơ cao tim mạch tương đối cáo với độ nhạy độ đặc hiệu đều >70%.

3.3. Giá trị ABI, tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên

Bảng 3.5. ABI, bệnh động mạch ngoại biên (PAD) bên phải

Biến số	Nam (1)		Nữ (2)		Chung		p(1-2)
	X	±SD	X	±SD	X	±SD	
ABI	1.1	0.2	1.1	0.1	1.1	0.1	>0.05

PAD	23/109 (21.1%)	11/81 (13.6%)	34/190 (17.9%)	<0.05
-----	----------------	---------------	----------------	-------

PAD: Periphery Artrial Diseases

Tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên bên phải ở nam cao hơn có ý nghĩa so với nữ (p<0.05)

Bảng 3.6. ABI, tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên (PAD) bên trái

Biến số	Nam		Nữ		Chung		p
	X	±SD	X	±SD	X	±SD	
ABI	1.1	0.2	1.1	0.1	1.1	0.2	>0.05
PAD	24/109 (22%)		14/81 (17.3%)		40/190 (21.1%)		

Tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên bên trái ở nam cao hơn có ý nghĩa so với nữ (p<0.05)

Bảng 3.7. Tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên chung

Biến số	n	Bên phải		Bên trái		2 bên		Tỷ lệ chung		p (1-2)
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Nam (1)	109	23	21.1	25	22.9	14	12.8	34	31.2	<0.05
Nữ (2)	81	11	13.6	15	17.3	8	9.9	18	22.2	
Tổng	190	34	17.9	40	21.1	22	11.5	52	27.4	

Tỷ lệ chung bệnh động mạch ngoại biên ở nam cao hơn có ý nghĩa so với nữ (p<0.05)

Bảng 3.8. Tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên ở nhóm THA có ĐTD và không ĐTD

Biến số	n	Nam		Nữ		chung		p (1-2)
		n	%	n	%	n	%	
THA có ĐTD (1)	26	9	34.6	2	7.7	11	42.3	<0.05
THA không ĐTD (2)	164	25	15.2	16	9.8	41	25.0	
Tổng	190	34	17.9	18	9.5	52	27.4	

Tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên ở nhóm tăng huyết áp có đái tháo đường cao hơn có ý nghĩa so với nhóm tăng huyết áp đơn thuần, với $p < 0.05$.

Bảng 3.9. Bệnh động mạch ngoại biên chi trên và chi dưới

Biến số	n	Bên phải		Bên trái		2 bên		Tỷ lệ chung		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Chi trên	190	8	4.2	7	3.7	0	0.0	15	7.9	<0.05
Chi dưới	190	26	13.7	33	17.4	22	11.5	37	19.5	
Tổng		34	17.9	40	21.1	22	11.5	52	27.4	

Bệnh động mạch ngoại biên chi dưới là chủ yếu. Tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên chi trên thấp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Tuổi và giới là yếu tố nguy cơ không thay đổi được của các bệnh tim mạch trong đó có tăng huyết áp và bệnh động mạch ngoại biên. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh tăng huyết áp ở người cao tuổi có tỷ lệ cao hơn người trẻ, ở nam giới có tỷ lệ cao hơn nữ giới. Tuổi bị tăng huyết áp ở nam thấp hơn nữ.

Kết quả ở bảng 3.1 trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Tỷ lệ nam bị tăng huyết áp cao hơn có ý nghĩa so với nữ trong mẫu nghiên cứu ($p < 0.05$)

Tuổi trung bình bệnh nhân nam bị tăng huyết áp thấp hơn có nghĩa so với bệnh nhân nữ ($p < 0.05$). Chiều cao và cân nặng của nam cao hơn có ý nghĩa so với nữ ($p < 0.05$).

4.2. Giá trị dự báo nguy cơ tim mạch của vận tốc sóng mạch. Giá trị của vận tốc sóng mạch phụ thuộc vào độ tuổi, giới, bệnh kèm theo đặc biệt là ở người có tăng huyết áp và đái tháo đường.

Nghiên cứu của Seung Jae Lee và cộng sự tổng cộng có 10.360 người trưởng thành Hàn Quốc đã trải qua cuộc kiểm tra baPWV trong chương trình sàng lọc sức khỏe từ năm 2010 đến năm 2016 đã được ghi danh. Tăng huyết áp được xác định theo hướng dẫn ACC / AHA

2017 là 130/80 mm Hg. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 40,2 tuổi và 75,6% là nam giới. Trong thời gian theo dõi (trung bình 2,17 năm) trên 2000 đối tượng (19,3%) bị tăng huyết áp. Các đối tượng trong nhóm có ba PWV cao nhất có nguy cơ tăng huyết áp so với nhóm có ba PWV thấp nhất tứ phân vị nhóm như khẳng định bởi tỷ lệ đa biến điều chỉnh rủi ro của 1,64 (95% CI 1,41-1,89; $P < 0,001$) ở nam giới và 12,36 (95% CI 4,41-34,62; $P = 0,005$) ở phụ nữ. Nguy cơ tăng huyết áp tăng là phù hợp sau khi điều chỉnh một số yếu tố gây nhiễu. [4]

Nghiên cứu của J S Giao và cộng sự tại Trung Quốc trên 22.622 người Kailuan từ 2010 - 2015 được kiểm tra sức khỏe và đo vận tốc sóng mạch, dữ liệu phân tích trên 20.622 người sau khi loại bỏ 2000 người không đủ dữ liệu. Trong số đó có 9.109 người bình thường được lựa chọn để phân tích cuối cùng sau khi loại bỏ 8788 người có tiền sử nhồi máu cơ tim, đột quỵ, đái tháo đường, tăng huyết áp đã được điều trị thuốc chống tăng huyết áp hoặc thuốc giảm lipid máu và 2.725 người có hút thuốc. Kết quả cho thấy giá trị và khoảng bình thường của vận tốc sóng mạch khác nhau tùy theo tuổi và giới. Thấp nhất ở tuổi < 30 tuổi (trung bình 1248 cm/s), cao nhất là ≥ 70 tuổi (trung bình 1874cm/s) [5].

Nghiên cứu của Guoxiang Fu và cộng sự ở Trung Quốc trên 202 người cao tuổi có tăng huyết áp, kết quả cho thấy so với người có huyết áp bình thường vận tốc sóng mạch tăng ở cả 2 chi ở bệnh nhân THA (2219±90 cm/s) so với 1970±66 cm/s; 2141±52 cm/s so với 1932±67 cm/s. So với người tham gia không bị đái tháo đường thì chỉ số ABI giảm cả 2 chi ở người đái tháo đường. Nghiên cứu đi đến kết luận rằng: ở người cao tuổi Trung Quốc, vận tốc sóng mạch tăng lên ở bệnh nhân tăng huyết áp trong khi ABI thấp ở bệnh nhân đái tháo đường so với người bình thường [6].

Hirofumi và cộng sự tiến hành phân tích meta ở Nhật Bản cho thấy: điểm cutoff giá trị vận tốc sóng mạch ở đối tượng có nguy cơ tim mạch thấp có thể là 16.0 m/s (1600cm/s) ở đối tượng có nguy cơ cao tim mạch là 18.0 m/s hoặc đối tượng có tăng huyết áp [7].

Nghiên cứu của Hack Lyoung Kim và cộng sự ở Hàn Quốc trên tổng số 10.597 được đo vận tốc sóng mạch tuổi trung bình 61.4 ± 9.5 tuổi, có 42.5% là nữ giới. Biến cố tim mạch bất lợi chủ yếu được xác định là tử vong do tim, nhồi máu cơ tim không tử vong, tái thông động mạch vành và đột quỵ. Kết quả phân tích đa biến, biến lâm

sàng với hơn 4000 đối tượng được lựa chọn nhóm biến với giới (nam, nữ), tuổi > 65, BMI \leq 25 và <25, tăng huyết áp (có hoặc không), mức lọc cầu thận, sử dụng statin. Kết quả cho thấy trong tổng số đối tượng nghiên cứu vận tốc sóng mạch cao giới hạn phối hợp với tăng nguy cơ xảy ra biến cố bất lợi tim mạch chủ yếu (tỷ lệ rủi ro đối với vận tốc sóng mạch \geq 1800cm/s cao hơn 4.04 lần so với vận tốc sóng mạch < 1400cm/s. Nghiên cứu đi đến kết luận rằng vận tốc sóng mạch không chỉ hiệu quả trong các tính huống lâm sàng đặc biệt mà còn có thể được áp dụng để tiên lượng bệnh tim mạch trong các tình huống lâm sàng khác nhau [8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.2, 3.3 và 3.4 cho thấy: Giá trị vận tốc sóng mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp đối với bên phải là: 1891 ± 444.8 cm/s ở bên trái là 1955 ± 902.3 cm/s, chênh lệch giữa 2 bên là 64 cm/s, ở nữ cao hơn nam giới.

Vận tốc sóng mạch là một trong những yếu tố tiên lượng và xác định nguy cơ tim mạch. Vận tốc sóng mạch tăng dần theo phân loại nguy cơ tim mạch, vận tốc sóng mạch thấp nhất là đối tượng tăng huyết áp có huyết áp đạt mục tiêu (HA<140/90 mmHg), tăng dần theo bậc thang nguy cơ (nguy cơ vừa, nguy cơ cao) và vận tốc sóng mạch cao nhất là đối tượng nghi ngờ tắc mạch với trị số tăng từ 1382.0 cm/s, 1590.2 cm/s, 2101.0 cm/s, 2312.5 cm/s tương ứng đối với bên phải và từ 1423.3 cm/s, 1586.5 cm/s, 2118.9 cm/s, 2304.3 cm/s tương ứng đối với bên trái. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Điểm cutoff vận tốc sóng mạch đánh giá nguy cơ cao tim mạch bên phải là 1739cm/s, ở bên trái là 1762 cm/s.

4.3. Giá trị ABI và tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên: ABI là một thông số đo của máy đo vận tốc sóng mạch VP Plus, với giá trị bình thường theo khuyến cáo của Hội tim mạch Châu Âu (ESC) là từ 0.9 - 1.4.

Trong nghiên cứu của chúng tôi giá trị ABI khi đo bằng máy đo vận tốc sóng mạch đối với bên phải là 1.1 ± 0.2 và ABI bên trái là 1.1 ± 0.2 , ở nam và nữ tương đương nhau.

Bệnh động mạch ngoại biên là gánh nặng bệnh tật toàn cầu vì gây tàn phế và tử vong, theo số liệu của WHO 2019 [2], số người từ 40 tuổi trở lên có bệnh động mạch ngoại biên là 133 triệu người, tỷ lệ toàn cầu là 1.52% trong đó 42.6% ở những nước có chỉ số dân chủ-xã hội (SDI) thấp và trung bình. Tỷ lệ toàn cầu bệnh động mạch ngoại biên là cao ở người cao tuổi (14.91% ở người 80-84 tuổi) và tỷ lệ ở nữ hơn nam giới.

Theo dữ liệu nghiên cứu của vùng Bắc Âu tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên ở người cao tuổi tại Hà Lan là 19.1%, ở Thụy Điển là 18% và đa số bệnh nhân bệnh động mạch ngoại biên không có triệu chứng [2].

Theo dữ liệu năm 2019 của gánh nặng bệnh tật toàn cầu từ vizhub.healthdata.org tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên toàn cầu là 332.32 người/100,000 đối với nam giới và 621.11/100,000 đối với nữ ở nhóm tuổi 40-44 và tăng lên đáng kể cùng với tuổi kết quả là tỷ lệ 17,195.57/100,000 ở nam giới và 24,965.3 ở nữ giới từ 95 tuổi trở lên [2].

Ở Hungary năm 2019 tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên ở nam ít hơn nữ. Tỷ lệ nam 443.83 ở độ tuổi 40-44 tăng lên đến 18,448.15 ở độ tuổi từ 95 tuổi trở lên. Ở nữ tỷ lệ 529.86 ở độ tuổi 40-44 tăng lên đến 20,962 ở độ tuổi từ 95 trở lên. [2].

Các nghiên cứu trên đây là xác định tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên trên dân số. Tuy nhiên nếu xét trên đối tượng tăng huyết áp hoặc đái tháo đường, tỷ lệ có thể còn cao hơn.

Bệnh động mạch ngoại biên là một tổn thương có liên quan đến tăng huyết áp đặc biệt là ở bệnh nhân tăng huyết áp có kèm đái tháo đường.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên bên phải, bên trái, 2 bên và tỷ lệ chung ở người tăng huyết áp có đái tháo đường và không đái tháo đường thể hiện ở bảng 3.6 - 3.9. Tỷ lệ chung là 27.4%, nam 31.2% nữ 22.2%. Sự khác biệt giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên chi trên là 7.9%.

Bệnh động mạch ngoại biên ở bệnh nhân tăng huyết áp kèm đái tháo đường cao hơn có ý nghĩa so với tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên ở bệnh nhân tăng huyết áp đơn thuần.(42.3 % so với 25.0 % $p<0.05$).

V. KẾT LUẬN

Vận tốc sóng mạch là một trong những yếu tố tiên lượng và xác định nguy cơ tim mạch. Vận tốc sóng mạch tăng dần theo phân loại nguy cơ tim mạch, vận tốc sóng mạch thấp nhất là đối tượng tăng huyết áp có huyết áp đạt mục tiêu, tăng dần đến nguy cơ vừa, nguy cơ cao và vận tốc sóng mạch cao nhất là đối tượng nghi ngờ tắc mạch.

Điểm Cutoff vận tốc sóng mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp đánh giá nguy cơ cao tim mạch bên phải là 1739cm/s, ở bên trái là 1762 cm/s. Tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên chung ở bệnh nhân tăng huyết áp có kèm đái tháo đường cao hơn có ý nghĩa so với tăng huyết áp đơn thuần. (42.3% so với 25.0% $p<0.05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jaegel Cho and Hyun Jae Baek** (2020), A comparative Study of Brachial-Ankle Pulse Wave Velocity and Heart –Finger Pulse Wave Velocity in Korean Adults, *Sensors-MDPI*, 2020, 20,2073
2. **GBD** (2023), Global burden of periphery artery disease and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019, *Lancet Glob Health* 2023.
3. **Victor Aboyans et al** (2017), 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery, *European Heart Journal* (2018) 39, 763-821.
4. **Seung Jae Lee, et al.** (2019), "Relationship Between Brachial-Ankle Pulse Wave Velocity and Incident Hypertension According to 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guidelines"
5. **J S Gao et al** (2016), Normal value and and reference value range of brachial-ankle pulse wave velocity among Kailuan study population, *Pubmed*, doi:10.3760/cma.j.isn 0253-3758.
6. **Guoxiang Fu et al** (2021), Diference Sensibility of Branchial - Ankle Pulse Wave Velocity and Ankle-Branchial Index for Cardiovascular Risk Assesment in Elderly Chinese: A Cross-Sectional Study, *Artery Research*, vol 27(2): June 2021, pp 82-86.
7. **Hirofumi et al** (2020), State of the Art Review: Brachial-Ankle PWV, *The Official Journal of the Japan Althecrocler Thromb*, 2020, 27:621-636.
8. **Hack - Lyoung Kim et al** (2023), Pronostic Value of Brachial-Ankle Pulse Wave Velocity According to Subjects' Clinical Charcateristics:Data From Analysis of 10,597 Subjects, *J Korean Med Sci*, 2023, Dec 2538(50) e414.

KIẾN THỨC - THÁI ĐỘ VỀ QUE CẤY TRÁNH THAI IMPLANON CỦA NGƯỜI PHỤ NỮ SAU SINH 6-12 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN MÊKÔNG TRONG GIAI ĐOẠN ĐẠI DỊCH COVID

Nguyễn Hồng Hoa¹, Đinh Thị Vân Khanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ kiến thức đúng và thái độ đúng về que cấy tránh thai Implanon của sản phụ sau sinh 6-12 tuần tại bệnh viện Phụ Sản Mekong trong thời gian từ tháng 11/2021 đến tháng 6/2022, thời điểm ngay sau ngưng phong tỏa dịch Covid ở thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 393 sản phụ sau sinh 6-12 tuần đến khám tại bệnh viện phụ sản Mê Kông. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian nghiên cứu, ngay sau thời điểm chấm dứt lệnh ngưng phong tỏa của dịch COVID-19, tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Phụ sản Mê Kông, chúng tôi đã mời được 401 sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu và có 393 đối tượng thỏa các tiêu chí chọn mẫu. Tỷ lệ phụ nữ có kiến thức đúng về QCTT là 32,3%, có thái độ tốt về QCTT là 41,5%. Các phụ nữ chấp nhận cấy que TT ngay sau tư vấn chỉ có 21,2%, KTC 95% (17,2% -25,6%). Hơn phân nửa người phụ nữ không có lý do rõ ràng khi không chọn QCTT (62,2%); 23,2% đối tượng không chọn QCTT do hài lòng với BPTT cũ, chỉ có 4,4% không chọn QCTT là do đắt tiền. **Kết luận:** Kiến thức, thái độ và hành vi về que cấy tránh thai Implanon ® vẫn chưa có nhiều cải thiện dù trong giai đoạn đại dịch COVID, việc tiếp cận với các dịch vụ y tế về kế hoạch gia đình rất khó khăn. **Từ khóa:** kiến thức, thái độ, que cấy tránh thai Implanon ®, hậu sản

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE TOWARDS IMPLANON SUBDERMAL IMPLANT AMONG 6-12 WEEKS POSTPARTUM WOMEN AT MEKONG HOSPITAL IN THE COVID-19 PANDEMIC

Objective: Implanon subdermal implant is the most effective reversible contraceptive methods, using that is as a safe and effective option for postpartum contraception, regardless of breastfeeding status. However, the rate of accepting Implanon® is up and down cause by the knowledge and attitude of women after delivery so that to looking for how the understanding and attituding of Implanon subdermal implant in 6-12 week-postpartum women is still necessary. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 393 postpartum women who visited Mekong hospital after giving-birth 6-12 weeks. **Results:** During the study period, immediately after lifting the lockdown of Ho Chi Minh for preventing COVID-19, we invited to attend 401 post partum women at Mekong Hospital. But there are only 393 cases satisfied our study. The percentage of women with correct knowledge about implant is 32.3%, the positive attitude towards this method is 41,5%. Acceptability rate of Implanon subdermal implant was 21.2% (95% CI: 17.2%-25.6%). Those women (62.2%) no accepting Implanon ® had unclear reasons. 23.2% of women in our study chose method that they ever used and were pleased with. Only 4.4% of them regret Implanons caused by the cost. **Conclusion:** Knowledge and attitude of subdermal implant by advising implant to women have not improved regardless of COVID- 19 pandemic.

Keywords: knowledge, attitude, Implanon, postpartum women

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Phụ sản Mê Kông

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hoa

Email: drhonghoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 13.8.2024