

multidisciplinary treatment. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 28;12:34.

9. Bohman H, Låftman SB, Cleland N, Lundberg M, Päären A, Jonsson U. Somatic

symptoms in adolescence as a predictor of severe mental illness in adulthood: a long-term community-based follow-up study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 14;12:42.

## ĐẶC ĐIỂM CỦA LƯU HUYẾT NÃO TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI TĂNG HUYẾT ÁP CÓ CHỨNG HUYỄN VỤNG

Lâm Quang Vinh<sup>1</sup>, Lê Minh Hoàng<sup>1</sup>, Đặng Tiên Đăng Khoa<sup>1</sup>, Trần Thừa Nguyên<sup>3</sup>, Đoàn Văn Minh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm của lưu huyết não trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp có chứng huyễn vựng tại Bệnh viện Trung Ương Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 183 bệnh nhân cao tuổi nằm điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp - Lão khoa, Bệnh viện Trung Ương Huế, nghiên cứu với thiết kế mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân ở độ tuổi 70-79 tuổi (43,2%) với tuổi trung bình là 74,09±7,96 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 2,2. Nhóm bệnh nhân kiểm soát tốt huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (42,1%). Tỷ lệ tăng trương lực mạch máu ở chuyển đạo chũm chẩm (67,2%) cao hơn chuyển đạo trán chũm (51,9%), tỷ lệ giảm cường độ dòng máu ở cả 2 chuyển đạo gần tương đương nhau lần lượt là 32,8% và 39,9%. Quan sát thể lâm sàng của tăng huyết áp theo y học cổ truyền, phần lớn bệnh nhân thuộc thể lâm sàng can thận âm hư (44,3%) và đàm thấp (30,6%), thấp nhất là thể âm dương lưỡng hư (7,1%). **Kết luận:** Đặc điểm của lưu huyết não trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp có chứng huyễn vựng là tăng trương lực mạch máu ở chuyển đạo trán - chũm và chũm - chẩm, thể lâm sàng thường gặp nhất là thể can thận âm hư và đàm thấp. **Từ khóa:** Tăng huyết áp, Lưu huyết não, Huyễn vựng.

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF CEREBRAL BLOOD FLOW IN ELDERLY HYPERTENSIVE PATIENTS WITH VERTIGO

**Objectives:** Survey on the characteristics of cerebral blood flow in elderly hypertensive patients with vertigo at Hue Central Hospital. **Materials and methods:** The study was conducted on 183 elderly inpatients at the Department of General Internal Medicine - Geriatrics, Hue Central Hospital, with a cross-sectional descriptive study. **Results:** The most common age group was 70-79 years (43.2%), with an

average age of 74.09±7.96 years. The female-to-male ratio was 2.2. The highest percentage of blood pressure classification was in the well - controlled blood pressure group, with 42.1%. The rate of increased vascular tone in the mastoid occipital lead (67.2%) was higher than in the frontal mastoid lead (51.9%), while the rates of decreased blood flow intensity in both leads were nearly similar, at 32.8% and 39.9%. Regarding traditional medicine's clinical classification of hypertension, most patients belonged to the yin deficiency of the liver and kidney type (44.3%) and the phlegm - dampness type (30.6%), with the lowest being the dual deficiency of yin and yang type (7.1%). **Conclusion:** Characteristics of cerebral hemodynamics in elderly hypertensive patients with dizziness include increased vascular tone in both the frontal - mastoid and mastoid - occipital leads. The most commonly encountered clinical syndrome is liver and kidney yin deficiency with phlegm - dampness. **Keywords:** Hypertension, Cerebral Blood Flow, Vertigo.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp được định nghĩa khi huyết áp tâm thu  $\geq 140$ mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$ mmHg. Tỷ lệ mắc tăng huyết áp ngày càng tăng nên bộ y tế đã đưa tăng huyết áp vào chương trình phòng chống bệnh không lây nhiễm. Trong kết quả chương trình "Tháng 5 đo huyết áp" (MMM: May Measure Month) năm 2017, 2018, 2019 để điều tra dịch tễ học quốc gia về tăng huyết áp thì tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp lần lượt là 28,7%, 30,3%, 33,8% [5]. Lưu huyết não là một phương pháp thăm dò chức năng nhằm đánh giá tình trạng tuần hoàn não đơn giản và không nguy hiểm, giúp phát hiện sớm tình trạng xơ vữa động mạch ở các giai đoạn tiến triển, được thể hiện qua các thông số về hình dạng sóng, tình trạng tăng trương lực mạch máu và tình trạng giảm cường độ dòng máu, đặc biệt lưu huyết não có giá trị ở giai đoạn sớm khi chưa có biểu hiện lâm sàng, góp phần tiên lượng bệnh và lựa chọn chiến lược điều trị [1]. Theo quan điểm y học cổ truyền, tăng huyết áp với biểu hiện triệu chứng hoa mắt, chóng mặt thuộc phạm trù của chứng huyễn vựng [4].

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y – Dược, Đại học Huế

<sup>3</sup>Bệnh viện Trung Ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Văn Minh

Email: dvminh@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 27.8.2024

Các khuyến nghị về mục tiêu điều trị tăng huyết áp được cá thể hoá theo tuổi, bệnh đồng mắc, các yếu tố nguy cơ tim mạch [5]. Hiện nay, trong điều trị cần đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể, kết hợp cận lâm sàng để đánh giá nguy cơ tim mạch, trong đó có đo lưu huyết não để đánh giá nguy cơ xơ vữa và góp phần đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể từ đó điều trị cá thể hoá người bệnh. Để tìm hiểu rõ các biểu hiện của lưu huyết não trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp có biểu hiện chứng trạng hoa mắt, chóng mặt, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Khảo sát đặc điểm của lưu huyết não trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp có chứng huyền vạng tại Bệnh viện Trung Ương Huế.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

**Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 183 bệnh nhân cao tuổi nằm điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp - Lão khoa, Bệnh viện Trung Ương Huế.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân ≥60 tuổi, được chẩn đoán tăng huyết áp (THA) và đang sử dụng thuốc hạ áp. Nếu chưa được chẩn đoán THA thì dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội tim mạch Việt Nam (VNHA) năm 2022 [5]. Bệnh nhân có biểu hiện chứng trạng: Hoa mắt, chóng mặt. Được chỉ định đo lưu huyết não.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đang trong tình trạng nặng cần cấp cứu và hồi sức. THA ác tính. Bệnh nhân đang dùng các thuốc gây giãn mạch hoặc thuốc co mạch. Bệnh nhân suy kiệt, lao tiến triển. Các rối loạn tâm thần.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

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

**Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu:**

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ. Trong đó: α: là xác suất sai lầm loại I, chọn α = 0,05. Z<sub>α/2</sub>: ở đây Z (0,05/2) = 1,96.

p: dựa vào nghiên cứu thử tại khoa Nội tổng hợp - Lão khoa, Bệnh viện Trung ương Huế, nghiên cứu thực hiện khảo sát trên 30 bệnh nhân cao tuổi THA, có chứng huyền vạng được chỉ định đo lưu huyết não thì tỷ lệ rối loạn lưu huyết não:

Cường độ dòng máu (CDDM) chuyển đạo trán chẩm giảm: p = 0,467

CDDM chuyển đạo chũm chẩm giảm: p = 0,4

Trương lực mạch máu (TLMM) chuyển đạo trán chẩm tăng: p = 0,633

TLMM chuyển đạo chũm chẩm tăng: p = 0,7  
 Với p=0,467, áp dụng vào công thức tính cỡ mẫu khi chọn sai số cho phép d là 0,08, tính được cỡ mẫu tối thiểu là n=150 mẫu, nhóm nghiên cứu đã tiến hành lấy được 183 mẫu nghiên cứu.

**Nội dung nghiên cứu:**

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới.
- Đặc điểm lâm sàng: Thời gian mắc THA, phân độ THA.
- Đặc điểm lưu huyết não: CDDM, TLMM ở chuyển đạo trán chũm, chũm chẩm.
- Đặc điểm thể lâm sàng của huyền vạng trên bệnh nhân THA: can dương thượng cương, can thận âm hư, đàm thấp và âm dương lưỡng hư.

**Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu:**

- Phương tiện thu thập: thu thập dựa trên phiếu nghiên cứu.
- Đánh giá số liệu:
- + Tuổi: Chia 3 nhóm là 60-69 tuổi, 70-79 tuổi, ≥80 tuổi.
- + Giới: Chia 2 nhóm là nam và nữ.

+ Phân độ THA: 4 nhóm là THA kiểm soát tốt, THA độ I, THA độ II, cơn THA [5].

Về chỉ số lưu huyết não: Ở 2 chuyển đạo trán - chũm và chũm - chẩm [1].

+ TLMM: Chia 2 nhóm là tăng TLMM và không.

+ CDDM: Chia 2 nhóm là giảm CDDM và không.

Thể lâm sàng của huyền vạng trên bệnh nhân THA: Chia 4 nhóm là can dương thượng cương, can thận âm hư, đàm thấp và âm dương lưỡng hư [4].

**Phương pháp xử lý số liệu:** số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS 27.0.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu**

- Nghiên cứu này được sự cho phép của Hội đồng Đạo đức Y sinh của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế số H2023/420 ngày 02/6/2023.

- Nghiên cứu này được sự cho phép của Hội đồng khoa học của Bệnh viện Trung Ương Huế với mã số NN/2023/142sv ngày 27/10/2023.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm chung		Số lượng (n=183)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	60-69	55	30,1
	70-79	79	43,2
	≥80	49	26,8
	Trung bình (X±SD)	74,09±7,96	
Giới	Nam	57	31,1
	Nữ	126	68,9

**Nhận xét:** Độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 70-79 tuổi với 43,2%. Độ tuổi 60-69 tuổi và ≥80 tuổi gần tương đương nhau với tỷ lệ lần lượt là 30,1% và 26,8%. Độ tuổi trung bình là 74,09±7,96 tuổi, đa số bệnh nhân là nữ, chiếm tỷ lệ 68,9%. Tỷ lệ nữ/nam gấp 2,2 lần.

**3.2. Đặc điểm của tăng huyết áp**

**Bảng 3.2. Đặc điểm phân bố về phân độ THA**

Đặc điểm phân độ THA		Số lượng (n=183)	Tỷ lệ (%)
Phân độ THA	Kiểm soát tốt	77	42,1
	THA độ I	64	35,0
	THA độ II	24	13,1
	Cơn THA	18	9,8

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân thuộc phân độ huyết áp (HA) kiểm soát tốt là cao nhất với tỷ lệ 42,1% gần tương đương với phân độ I với tỷ lệ 35%; tỷ lệ THA độ II và cơn THA chiếm tỷ lệ tương đương nhau lần lượt là 13,1% và 9,8%.

**3.3. Đặc điểm của lưu huyết não**

**Bảng 3.3. Tỷ lệ tăng TLMM và giảm CDDM ở 2 chuyển đạo**

Vị trí đánh giá	Rối loạn trên lưu huyết não	Số lượng (n=183)	Tỷ lệ (%)	p
Chuyển đạo trán chũm	Tăng TLMM	95	51,9	< 0,001
	Giảm CDDM	73	39,9	
Chuyển đạo chũm chẩm	Tăng TLMM	123	67,2	
	Giảm CDDM	60	32,8	

**Nhận xét:** Tỷ lệ tăng TLMM ở chuyển đạo chũm chẩm cao hơn chuyển đạo trán chũm, tỷ lệ giảm CDDM ở cả 2 chuyển đạo gần tương đương nhau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

**3.4. Thể lâm sàng của huyết vưng trên bệnh nhân THA**

**Bảng 3.4. Phân bố các thể lâm sàng của huyết vưng trên bệnh nhân THA**

Thể lâm sàng của huyết vưng trên bệnh nhân THA	Số lượng (n=183)	Tỷ lệ (%)
Can dương thượng cang	29	18,0
Can thận âm hư	53	44,3
Đàm thấp	39	30,6
Âm dương lưỡng hư	6	7,1

**Nhận xét:** Trên bệnh nhân THA cao tuổi phần lớn bệnh nhân thuộc thể lâm sàng can thận âm hư (44,3%) và đàm thấp (30,6%), thấp nhất là thể âm dương lưỡng hư với tỷ lệ 7,1%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành trên 183 bệnh nhân cao tuổi THA có biểu hiện chứng trạng huyết vưng, tỷ lệ bệnh gặp ở cả hai giới,

trong đó nữ giới chiếm đa số (68,9%), tỷ lệ nữ/nam là 2,2. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nữ giới nhiều hơn nam giới tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Thái Hà nghiên cứu trên người cao tuổi THA với tỷ lệ nữ giới chiếm 66,7% [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân 74,09±7,96 tuổi. Tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Thái Hà là 76,5±7,78 tuổi [3], tác giả Trần Khánh Toàn (72,1±9,2 tuổi) [7].

Phân bố về nhóm tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân từ 70-79 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,2%, đa số bệnh nhân có độ tuổi >70 tuổi chiếm tỷ lệ cao là 70%, độ tuổi dưới 70 chỉ chiếm 30,1%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Trần Thái Hà với tỷ lệ cao nhất ở nhóm 70-79 tuổi là 40% và đa số bệnh nhân trên 70 tuổi (77,1%) [3]. Có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Trần Khánh Toàn với tỷ lệ độ tuổi cao nhất là 60-69 tuổi (45,9%) cao hơn nghiên cứu chúng tôi là 30,1%. Sự khác biệt này do đối tượng chọn mẫu của chúng là bệnh nhân đang điều trị nội trú, đang gặp vấn đề sức khỏe, nên độ tuổi càng cao sức khỏe suy giảm, tỷ lệ nhập viện cao, khác với tác giả Trần Khánh Toàn về đối tượng bệnh nhân được lựa chọn là tại cộng đồng đang được điều trị thuốc ổn định [7].

**4.2. Đặc điểm tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu.**

Trong nghiên cứu, bệnh nhân kiểm soát HA tốt (đạt HA mục tiêu là <140/90 mmHg) có tỷ lệ cao nhất là 42,1%, kế tiếp là nhóm THA độ I (35%) và thấp nhất là cơn THA (9,8%). Tương đồng với tác giả Trần Thái Hà nghiên cứu trên người cao tuổi có HA mục tiêu (44,8%) sau thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện [3]. Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với tác giả Trần Thanh Toàn về tỷ lệ bệnh nhân THA độ I (31,9%), song THA độ II và cơn THA của chúng tôi thấp hơn (22,7%, 20,6%), đồng thời tỷ lệ kiểm soát tốt HA của tác giả Trần Thanh Toàn thấp hơn chúng tôi (24,8%) [8]. Sự khác biệt về phân độ HA có thể do đối tượng nghiên cứu ban đầu khác nhau, nghiên cứu của chúng tôi là đối tượng người cao tuổi, đối tượng chủ yếu >70 tuổi với tỷ lệ gần 90%, trong khi tác giả Trần Thanh Toàn thì tỷ lệ >70 tuổi chỉ có 46,1%, đối tượng của chúng tôi là cao tuổi, nhiều bệnh nền ảnh hưởng đến nguy cơ tim mạch bệnh nhân nên HA có thể được kiểm soát HA chặt chẽ hơn. Nghiên cứu Trần Thanh Toàn trên đối tượng trẻ tuổi, loại bỏ những bệnh nhân có bệnh tim mạch do xơ vữa tuy nhiên về mức kiểm soát HA lại có xu hướng

thấp hơn, điều này cho thấy nhóm bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu thực hiện tuân thủ điều trị tốt hơn, hiệu quả kiểm soát HA tốt [8].

#### 4.3. Đặc điểm của lưu huyết não

**Bảng 4.1. Đối sánh nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu thực hiện trên bệnh nhân THA**

Xơ vữa mạch máu		Chúng tôi	Nguyễn Hồng Hà [2]
Trán chấm	Tăng TLMM	46%	50%
	Giảm CĐDM	27,9%	54%
Chấm chấm	Tăng TLMM	56,8%	48%
	Giảm CĐDM	15,8%	58%

Chúng tôi thấy tỷ lệ tăng TLMM khá cao (khoảng 50%) ở cả 2 chuyển đạo và có sự tương đồng giữa chúng tôi và tác giả Nguyễn Hồng Hà, qua đó cho thấy tăng TLMM không liên quan đến độ tuổi vì độ tuổi ở 2 nghiên cứu thực hiện là khác nhau nhưng tỷ lệ tăng TLMM lại gần bằng nhau. Tuy nhiên có sự khác nhau về tỷ lệ giảm cường độ dòng máu, trên đối tượng của chúng tôi thấp hơn tác giả Nguyễn Hồng Hà, điều này có thể được giải thích ở độ tuổi càng cao, quá trình lão hóa đã diễn ra lâu hơn dẫn đến hệ thống tuần hoàn của họ có thể đã thích ứng với mức giảm cường độ dòng máu não. Theo thời gian, hệ thống tuần hoàn của người cao tuổi có thể đã thích ứng với sự hiện diện của xơ vữa động mạch. Điều này có thể bao gồm việc phát triển các mạch máu phụ trợ hoặc cải thiện khả năng điều chỉnh áp lực máu hoặc với cơ chế bù trừ thì khi độ cứng thành tăng lên với tuổi tác, mạch máu có thể trở nên kém đàn hồi và giảm khả năng điều chỉnh lưu lượng máu. Để duy trì lưu lượng máu não ổn định, cơ thể có thể tăng cường lưu lượng máu não như một cơ chế bù trừ [2].

Qua nghiên cứu trên đối tượng người THA từ 16 tuổi trở lên so sánh với nhóm chúng là đối tượng không THA của tác giả Nguyễn Huỳnh Hạnh Trang [6] cho thấy chỉ số đánh giá CĐDM ở nhóm THA thấp hơn so với nhóm không có THA và các chỉ số đánh giá TLMM thì ngược lại cao hơn nhóm không có THA và lưu lượng máu giảm nhẹ ở các tạng trong THA nguyên phát. Điều này chứng minh THA làm tăng TLMM và CĐDM. Nên bệnh nhân THA cao tuổi, nên được chỉ định đo lưu huyết não.

**4.4. Đặc điểm các thể lâm sàng của huyết vưng trên bệnh nhân THA.** Đối sánh với tác giả Trần Thái Hà, nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng về thứ tự xuất hiện các thể lâm sàng theo tỷ lệ từ cao đến thấp (cao nhất là thể can thận âm hư, tiếp theo là đàm thấp, can dương thượng cương và thấp nhất là âm dương lưỡng hư), điều này phù hợp vì đối tượng nghiên

cứu của chúng tôi đều khảo sát trên người cao tuổi mắc THA, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm can dương thượng cương chiếm tỷ lệ cao hơn Trần Thái Hà (18% và 14,3%), sự khác biệt này có thể do địa điểm nghiên cứu của chúng tôi khác nhau, nghiên cứu chúng tôi thực hiện tại Bệnh viện đa khoa (Bệnh viện Trung Ương Huế), bệnh nhân có xu hướng nặng hơn, trong đó nhận bệnh và điều trị các trường hợp xuất hiện cơn THA sẽ nhiều hơn Bệnh viện chuyên khoa (Bệnh viện YHCT Trung Ương), chúng tôi nhận thấy thể lâm sàng can dương thượng cương có xu hướng xuất hiện ở bệnh nhân có cơn THA (trong đó cơn THA làm tăng khả năng xuất hiện thể can dương thượng cương lên 72 lần so với nhóm bệnh nhân đang kiểm soát tốt HA ( $p < 0,001$ ) dẫn đến thể can dương thượng cương của chúng tôi có xu hướng cao hơn tác giả Trần Thái Hà [3].

Kết quả này phù hợp với lý luận YHCT. Từ 35 tuổi (nữ) và 40 tuổi (nam), thiên quý bắt đầu suy, công năng tạng phủ bắt đầu kém, sự sơ tiết của tạng can kém, khiến cho can khí uất, lâu ngày hoá hoả dẫn đến can dương vượng lên gây nên chứng huyết vưng. Tuổi càng cao chính khí càng giảm sút, chức năng tạng phủ suy giảm. Sau 64 tuổi (nam) và 49 tuổi (nữ) thì thiên quý cạn kiệt, tạng thận suy hư. Trong đó thận âm hư không nuôi dưỡng được can âm, khiến can âm không đủ tiềm dưỡng làm cho can dương vượng lên chứng huyết vưng. Theo "Tổ Vấn - Thiên thượng cổ thiên chân luận" viết: "Nữ 49 tuổi, nam 64 tuổi, mạch nhâm hư, mạch xung suy, thiên quý suy kiệt, công năng tạng phủ suy giảm, trong đó có tinh khí trong thận không còn, thận tinh thiếu hụt không thể sinh tủy, chi hải, não hải bất túc, thượng hạ đều hư mà sinh huyết vưng" [4].

#### V. KẾT LUẬN

Đặc điểm của lưu huyết não trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp có chứng huyết vưng là tăng TLMM ở cả 2 chuyển đạo trán – chẩm và chẩm – chẩm, thể lâm sàng thường gặp nhất là thể can thận âm hư và đàm thấp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Tâm Thần Trung ương 2** (2005), Tài liệu chuyển giao gói kỹ thuật đề án 1816 kỹ thuật đo - đọc lưu huyết não, Đồng Nai.
2. **Nguyễn Hồng Hà, Lê Thái Thanh Thảo, Diệp Hà Trúc Thanh và cộng sự** (2022), "Liên quan tăng huyết áp và tình trạng bất thường lưu huyết não trên bệnh nhân điều trị tại bệnh viện trường đại học Y Dược Cần Thơ", Tạp chí Y học Việt Nam, số 1B tháng 10, tr.185-188.
3. **Trần Thái Hà, Nguyễn Thị Trang, Chử Minh**

- Tuân (2023), "Khảo sát thể bệnh Y học cổ truyền của tăng huyết áp ở người cao tuổi tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương", Tạp chí Y học Việt Nam, số 2 tháng 10 năm 2023, tr. 86-91.
4. **Lê Minh Hoàng, Nguyễn Ngọc Chi Lan** (2022), "Đại cương về đông tây y kết hợp điều trị bệnh lão khoa" - "Tăng huyết áp", Đông Tây Y kết hợp điều trị bệnh Lão khoa, tr.1-26, tr. 29-39, Nhà xuất bản Y học.
  5. **Hội tim mạch Việt Nam (VNHA)** (2022), Khuyến cáo của phân hội tăng huyết áp – Hội tim mạch Việt Nam (VSH/VNHA) về chẩn đoán và điều trị Tăng huyết áp năm 2022.
  6. **Nguyễn Huỳnh Hạnh Trang** (2015), "Nghiên cứu lưu huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
  7. **Phan Thanh Thủy và Trần Khánh Toàn** (2022), "Thực trạng tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại tỉnh Quảng Bình", Tạp chí Y học Việt Nam, số 01 (519), tr. 208-212.
  8. **Trần Thanh Toàn** (2023), "Nghiên cứu đánh giá nguy cơ tim mạch bằng thang điểm Score2 và Score2-OP theo Hội tim mạch Châu Âu 2021 trên bệnh nhân tăng huyết áp", Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.

## ĐÁNH GIÁ SỰ TƯƠNG ĐỒNG KẾT QUẢ BẢO HÒA OXY MÁU GIỮA MÁY ĐO ĐỘ BẢO HÒA OXY MÁU KHI NGỦ VỚI ĐA KÝ HỒ HẤP VÀ KHẢ NĂNG TÌM SOÁT NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ BẰNG MÁY ĐO ĐỘ BẢO HÒA OXY MÁU KHI NGỦ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Trần Xuân Quỳnh<sup>1</sup>, Võ Phạm Minh Thu<sup>1</sup>,  
Phan Trần Xuân Quỳnh<sup>2</sup>, Trát Quốc Trung<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ là rối loạn giấc ngủ phổ biến ở bệnh nhân Đái tháo đường típ 2, góp phần gây nên biến cố tim mạch và kết cục xấu cho người bệnh. Việc chẩn đoán ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ bằng máy đo đa ký giấc ngủ có một số khó khăn như bệnh nhân không hợp tác, kỹ thuật đo phức tạp, chi phí cao. Máy đo độ bão hòa oxy máu khi ngủ là dụng cụ đơn giản, dễ sử dụng và ít tốn kém, cần được nghiên cứu để đánh giá khả năng tầm soát ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Đánh giá sự tương đồng về giá trị bão hòa oxy máu thấp nhất ( $SpO_{2\min}$ ) và chỉ số giảm bão hòa oxy (ODI) giữa máy đo oxy khi ngủ và máy đa ký hô hấp; 2) Đánh giá khả năng dự đoán ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ của phương pháp đo  $SpO_{2\min}$  và ODI bằng máy đo độ bão hòa oxy máu khi ngủ ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ 2023-2024. **Kết quả:** Độ tương đồng về giá trị  $SpO_{2\min} < 90\%$  đo bằng máy đo độ bão hòa oxy máu khi ngủ và máy đa ký hô hấp ở mức trung bình ( $Kappa = 0,442$ ). Độ tương đồng về chỉ số  $ODI \geq 5$  đo bằng máy đo độ bão hòa oxy máu khi ngủ và máy đa ký hô hấp ở mức tốt ( $Kappa = 0,627$ ). Giá trị  $SpO_{2\min} < 90\%$  đo bằng máy đo độ bão hòa oxy máu khi ngủ

để chẩn đoán ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có độ nhạy là 100%, độ đặc hiệu là 31,25%, giá trị tiên đoán dương là 64,5%, giá trị tiên đoán âm là 100%. Chỉ số  $ODI \geq 5$  đo bằng máy đo độ bão hòa oxy máu khi ngủ để chẩn đoán ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có độ nhạy là 82,5%, độ đặc hiệu là 75%, giá trị tiên đoán dương là 80,49%, giá trị tiên đoán âm là 77,42%. **Kết luận:** Chỉ số ODI đo bằng máy đo độ bão hòa oxy máu khi ngủ có sự tương đồng tốt với kết quả đo bằng máy đa ký hô hấp. Có thể tầm soát ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 bằng máy đo độ bão hòa oxy máu khi ngủ với  $ODI \geq 5$  (độ nhạy 82,5%, độ đặc hiệu 75%, giá trị tiên đoán dương 80,49%).

**Từ khóa:** ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, đái tháo đường típ 2 (D9TD92), độ bão hòa oxy máu khi ngủ.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE SIMILARITY OF BLOOD OXYGEN SATURATION BETWEEN OVERNIGHT PULSE OXIMETRY AND RESPIRATORY POLYGRAPHY AND THE POSSIBILITY OF SCREENING OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

**Background:** Obstructive sleep apnea (OSA) is a common sleep disorder in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM), contributing to cardiovascular events and poor outcomes for patients. There are several challenges to diagnosing OSA with polysomnography or respiratory polygraphy, including uncooperative patients, complex measurement techniques, and expensive expenses. The overnight pulse oximeter is a simple, easy-to-use, and inexpensive tool that should be studied to assess the ability to screen for OSA in patients with T2DM.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Quỳnh

Email: txquynh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.8.2024

Ngày duyệt bài: 26.8.2024