

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CHỈ SỐ HUYẾT ÁP TÂM THƯ CỔ CHÂN - CÁNH TAY (ABI) Ở NGƯỜI CAO TUỔI TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2023

Bùi Thị Trâm Anh¹, Nguyễn Huỳnh Kiều My¹, Võ Lê Quang Trí¹, Nguyễn Ngọc Đan Thanh¹, Huỳnh Thái Nhựt Duy¹, Phạm Kiều Anh Thơ^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Tăng huyết áp (THA) là bệnh mạn tính phổ biến, đặc biệt ở người cao tuổi, với nhiều biến chứng tim mạch, trong đó bao gồm bệnh động mạch chi dưới (BĐMCD), nhưng việc tầm soát chưa được chú trọng. Đo chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay (ABI) là phương pháp đơn giản, thuận tiện để sàng lọc và phát hiện sớm BĐMCD. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm ABI và phân tích mối liên quan giữa ABI với các yếu tố nguy cơ BĐMCD ở người cao tuổi bị THA tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trên 51 bệnh nhân lớn tuổi bị THA. Phân loại ABI với các ngưỡng: ABI ≤ 0,9 (BĐMCD), 0,91–1,4 (bình thường), và ABI > 1,4 (xơ cứng động mạch), đồng thời thu thập thông tin về các yếu tố nguy cơ của BĐMCD. **Kết quả:** Chỉ số ABI trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 1,23 ± 0,19. Trong đó có 5,9% bệnh nhân có ABI ≤ 0,9, và chỉ số ABI có liên quan ý nghĩa thống kê với chỉ số BMI cao và mức độ THA. **Kết luận:** ABI là công cụ hiệu quả để phát hiện sớm BĐMCD ở người cao tuổi bị THA, đặc biệt ở nhóm có BMI cao và mức độ THA cao. Kết quả nhấn mạnh vai trò quan trọng của kiểm soát thể trạng và huyết áp trong quản lý THA để phòng ngừa BĐMCD. **Từ khóa:** ABI, người cao tuổi, tăng huyết áp, BMI.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ANKLE-BRACHIAL INDEX (ABI) IN HYPERTENSIVE ELDERLY INDIVIDUALS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2023

Introduction: Hypertension (HTN) is a common chronic disease among the elderly, associated with various cardiovascular complications, including peripheral arterial disease (PAD). However, screening for PAD remains underused. Measuring the ankle-brachial index (ABI) is a simple and convenient method for screening and early detection of PAD. **Objective:** Evaluation of ABI characteristics and some risk factors related to PAD in elderly patients with HTN at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital in 2023. **Methods:** A cross-sectional descriptive study using a convenience sampling

method was conducted on 51 elderly patients with HTN. ABI was categorized using the following thresholds: ABI ≤ 0.9 (PAD), 0.91–1.4 (normal), and ABI > 1.4 (arterial calcification). Information on risk factors for PAD was also collected. **Results:** The mean ABI of the study population was 1.23 ± 0.19, with 5.9% of patients having ABI ≤ 0.9. ABI was significantly associated with higher BMI and the severity of HTN. **Conclusion:** Measuring ABI is an effective tool for the early detection of PAD in elderly patients with HTN, especially among those with high BMI and severe HTN. The findings highlight the importance of managing body weight and blood pressure to prevent PAD in HTN patients.

Keywords: ABI, elderly, hypertension, BMI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh mạn tính với tỷ lệ mắc ngày càng tăng, đóng vai trò là yếu tố nguy cơ chính dẫn đến các biến chứng tim mạch nghiêm trọng như đột quỵ và bệnh động mạch chi dưới (BĐMCD). Đặc biệt, ở người cao tuổi tỷ lệ mắc THA và các biến chứng liên quan tăng cao do các yếu tố như bệnh đồng mắc, đa trị liệu, và giảm tuân thủ điều trị. Các nghiên cứu đã chứng minh rõ ràng mối liên hệ giữa BĐMCD do xơ vữa động mạch và nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch nghiêm trọng. Cụ thể, bệnh nhân BĐMCD có tỷ lệ mắc nhồi máu cơ tim và đột quỵ cao hơn hoặc tương đương so với những người mắc bệnh động mạch vành hay mạch máu não [5]. Trong đó, ABI là phương pháp đơn giản, nhanh chóng và hiệu quả để sàng lọc BĐMCD [7].

Với bối cảnh đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm ABI ở người cao tuổi THA tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023 và phân tích mối liên quan giữa ABI với các yếu tố nguy cơ của BĐMCD. Nghiên cứu hướng đến việc cải thiện công tác sàng lọc sớm và điều trị, góp phần giảm thiểu các biến chứng nghiêm trọng ở nhóm bệnh nhân đặc biệt này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, được chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn WHO, đang điều trị ngoại trú tại Khoa thăm dò chức năng Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ, từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Kiều Anh Thơ

Email: pkatho@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, với cỡ mẫu tối thiểu là 35 người, được chọn bằng phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu được tính theo công thức sau:

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

Trong đó: n: Số bệnh nhân tối thiểu cần nghiên cứu. Z: Hệ số giới hạn tin cậy (với $\alpha=0,05$ và $Z_{1-\alpha/2}=1,96$)

p: Tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi THA mắc ĐMCD khoảng 50% (lấy giá trị p tối đa là 0,5)

d: Sai số mong muốn (chọn $d=0,12$)

2.2.2. Công cụ nghiên cứu. Máy đo ABI Microlife Watch BP Office ABI và các thiết bị xét nghiệm sinh hóa tiêu chuẩn.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Thu thập thông tin bệnh sử, yếu tố nguy cơ, thăm khám lâm sàng và đo chỉ số ABI.

- THA khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg qua ít nhất 2 lần đo ở 2 thời điểm khác nhau, hoặc người bệnh đã được chẩn đoán THA bởi bác sĩ hoặc đang dùng thuốc hạ áp xác nhận qua toa thuốc, giấy ra viện. Mức độ THA được phân loại theo Hội tim mạch học quốc gia 2022 (VNHA 2022):

Bảng 1. Phân loại mức độ tăng huyết áp theo VNHA 2022

| Phân loại | Huyết áp tâm thu (mmHg) | | Huyết áp tâm trương (mmHg) |
|-------------------------------|-------------------------|---------|----------------------------|
| Bình thường | <130 | Và | <85 |
| Tiền tăng huyết áp | 130-139 | Và/Hoặc | 85-89 |
| Tăng huyết áp độ 1 | 140-159 | Và/Hoặc | 90-99 |
| Tăng huyết áp độ 2 | ≥ 160 | Và/Hoặc | ≥ 100 |
| Cơ tăng huyết áp | >180 | Và/Hoặc | >110 |
| Tăng huyết áp tâm thu đơn độc | ≥ 140 | Và | <90 |

- Thể trạng được phân loại theo Hiệp hội đái đường các nước châu Á (IDI & WPRO), chỉ số BMI của người châu Á từ 18,50 - 22,9 kg/m² là cân nặng bình thường. BMI < 18,5 kg/m² là nhẹ cân, từ 23-24,9 kg/m² là thừa cân và từ 25 kg/m² trở lên là béo phì.

- ABI được chọn là giá trị thấp hơn trong hai bên để tiếp tục khảo sát. ABI được chia làm ba nhóm: ABI $\leq 0,90$ hoặc $> 1,40$ là bất thường và ABI từ 0,91 đến 1,40 là bình thường.

- ĐMCD chẩn đoán khi ABI $\leq 0,90$.

2.4. Phương pháp phân tích số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 26.0. Áp dụng kiểm định Chi-bình phương hoặc Fisher-exact test để phân tích số liệu với ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu

được thực hiện với sự đồng ý của đối tượng tham gia. Bệnh nhân được tư vấn về tình trạng sức khỏe và các can thiệp cần thiết. Đảm bảo việc bảo mật thông tin và chỉ sử dụng dữ liệu cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

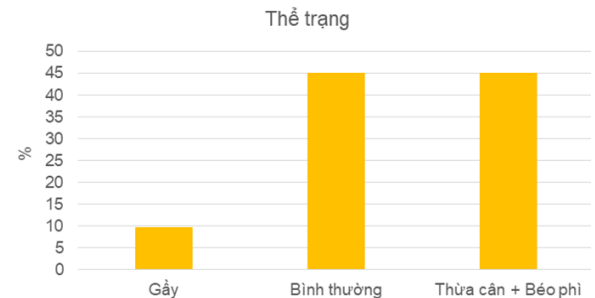
3.1.1. Tuổi và giới tính

Bảng 2. Đặc điểm tuổi, giới tính và thể trạng của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm đối tượng nghiên cứu | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) | |
|-------------------------------|--------------|-----------|------|
| Nhóm tuổi | 60-65 | 17 | 33,3 |
| | >65 | 34 | 66,7 |
| Giới | Nam | 19 | 37,3 |
| | Nữ | 32 | 62,7 |
| Tổng | 51 | 100 | |

Nhận xét: Tỷ lệ người trên 65 tuổi chiếm 66,7%, nữ giới nhiều hơn nam giới (62,7% và 37,3%).

3.1.2. Thể trạng



Biểu đồ 1. Đặc điểm về thể trạng đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ nhóm người có thể trạng thừa cân và béo phì chiếm 45,1%.

3.1.3. Đặc điểm THA của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Tiền sử THA và phân loại THA của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm THA | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) | |
|---------------|---------------------|-----------|------|
| Tiền sử THA | <5 năm | 26 | 51 |
| | ≥ 5 năm | 25 | 49 |
| Phân loại THA | Bình thường | 18 | 36,5 |
| | Tiền THA | 12 | 23,5 |
| | THA độ I | 3 | 5,9 |
| | THA độ II | 4 | 7,8 |
| | THA tâm thu đơn độc | 13 | 25,5 |
| Cơ THA | 1 | 2 | |
| Tổng | 51 | 100 | |

Nhận xét: Nhóm người có tiền sử THA dưới 5 năm là 51%. Có 36,5% đối tượng hiện có mức huyết áp bình thường và 25,5% bệnh nhân có THA

tâm thu đơn độc theo phân loại của VNHA 2022.

3.2. Đặc điểm chung của ABI

3.2.1. ABI trung bình của đối tượng nghiên cứu. Kết quả ghi nhận ABI trung bình của đối tượng nghiên cứu là: 1,23±0,19

3.2.2. Phân loại ABI

Bảng 4. Đặc điểm phân loại ABI của nhóm nghiên cứu

| ABI | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----|--------------|-----------|
|-----|--------------|-----------|

| | | |
|----------------|-----------|------------|
| ABI>1,4 | 6 | 11,8 |
| 0,9<ABI≤1,4 | 42 | 82,4 |
| ABI≤0,9 | 3 | 5,9 |
| Tổng số | 51 | 100 |

Nhận xét: Đối tượng thuộc nhóm ABI bình thường (0,9<ABI≤1,4) chiếm tỷ lệ cao nhất (82,4%). Đối tượng mắc BDMCD (ABI<0,9) chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,9%).

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng ABI

Bảng 5. Liên quan giữa ABI với giới tính, thể trạng, thời gian THA, mức độ THA của nhóm nghiên cứu

| Các yếu tố liên quan | | ABI≤0,9 | 0,9<ABI≤1,4 | ABI>1,4 | Tổng | p* |
|----------------------|---------------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|-------|
| Giới tính | Nam | 2 (10,5) | 15 (78,9) | 2 (10,5) | 19 (37,3) | 0,629 |
| | Nữ | 1 (3,1) | 27 (84,4) | 4 (12,5) | 32 (62,7) | |
| Thể trạng | Gầy | 2 (40) | 2 (40) | 1 (20) | 5 (9,8) | 0.014 |
| | Bình thường | 0 (0) | 19 (82,6) | 4 (17,4) | 23 (45,1) | |
| | Thừa cân + béo phì | 1 (4,3) | 21 (91,3) | 1 (4,3) | 23 (45,1) | |
| Thời gian THA | ≥5 năm | 3 (12) | 20 (80) | 2 (8) | 25 (49) | 0,168 |
| | <5 năm | 0 (0) | 22 (84,6) | 4 (15,4) | 26 (51) | |
| Phân loại THA | Cơ tăng huyết áp | 1 (100) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (2) | 0,032 |
| | THA tâm thu đơn độc | 0 (0) | 11 (84,6) | 2 (15,4) | 13 (25,5) | |
| | THA độ II | 1 (25) | 2 (50) | 1 (25) | 4 (7,8) | |
| | THA độ I | 1 (33,3) | 2 (66,7) | 0 (0) | 3 (5,9) | |
| | Tiền THA | 0 (0) | 11 (91,7) | 1 (8,3) | 12 (23,5) | |
| Bình thường | | 0 (0) | 16 (88,9) | 2 (11,1) | 18 (35,3) | |
| Tổng | | 3 (5,9) | 42 (82,4) | 6 (11,8) | 51 (100) | |

Nhận xét: Tỷ lệ mắc BDMCD ở nam là 10,5% trong khi ở nữ là 3,1%. Mỗi liên quan giữa ABI và giới tính không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ nhóm người gầy có ABI≤0,9 là 40% cao hơn so với những nhóm khác. Mỗi liên quan giữa ABI và BMI có ý nghĩa thống kê. Trong nhóm người có thời gian THA≥ 5 năm, tỷ lệ nhóm người mắc BDMCD (ABI≤0,9) là 12%. Mỗi liên quan giữa ABI và thời gian tiền sử THA không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ những người có ABI≤0,9 trong nhóm có cơ THA là 100%, THA độ II 25%, THA độ I 33,3%. Mỗi liên quan giữa ABI với mức độ tăng huyết áp có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi và giới tính. Kết quả nghiên cứu ghi nhận nhóm đối tượng THA từ 60-65 tuổi chiếm 33,3%, trong khi nhóm trên 65 tuổi chiếm 66,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Quang (2024) cho thấy nhóm đối tượng trên 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 65% [4]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Hoàng Văn Hùng (2021) tại Tuyên Quang lại ghi nhận tỷ lệ cao nhất ở nhóm 50-59 tuổi (40,3%), và thấp nhất ở nhóm trên 80 tuổi (5,5%) [3].

*Chú thích: *Fisher's exact test.*
Về giới tính, nhóm THA là nam chiếm 37,3%, nữ chiếm 62,7%, khác biệt với nghiên cứu của Hoàng Văn Hùng (2021), nơi nam giới có tỷ lệ THA cao hơn nữ (42,6% so với 28,3%) [3]. Kết quả này cũng khác nghiên cứu của Hoàng Thuận Đức Anh (2013), trong đó tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 53,3% và 46,7% [1]. Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu và địa điểm nghiên cứu.

4.1.2. Thể trạng. Nhóm có thể trạng bình thường chiếm 45,1%, gầy chiếm 9,8% và phần còn lại thuộc nhóm thừa cân, béo phì. Theo Hoàng Văn Hùng (2021), thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất (44,9%), trong khi thể trạng bình thường và gầy chiếm tỷ lệ thấp hơn (31,7% và 27,9%) [3]. Sự khác biệt này cũng có thể do cỡ mẫu và điều kiện nghiên cứu khác nhau.

4.2. Đặc điểm chỉ số ABI của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 5,9% bệnh nhân có ABI≤0,9, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu thực hiện 215 đối tượng có nguy cơ cao về tim mạch tại Thái Bình với tuổi trung bình 67,7±8,6 có ABI ≤0,9 chiếm khá cao 27,9% [4]. Sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trước đó có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố, bao gồm phương pháp chọn mẫu, cỡ mẫu, tiêu chí chẩn đoán, và đặc điểm yếu tố nguy cơ của từng

nhóm đối tượng. Ngoài ra, điều kiện sống, chế độ chăm sóc sức khỏe, và khả năng tiếp cận y tế cũng có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc BDMCD trong các nghiên cứu.

4.3. Các yếu tố liên quan đến ABI

4.3.1. Môi liên quan giữa ABI với giới tính. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ABI và giới tính ($p=0,629$). Tuy nhiên, tỷ lệ mắc BDMCD ở nam giới cao hơn nữ giới, lần lượt là 10,5% và 3,1%. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu trước đây cũng cho thấy chưa có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và ABI ($p>0,05$) [4]. Tuy nhiên, nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 80 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có bệnh thận mạn cho thấy có mối liên quan giữa giới tính và BDMCD [6]. Có sự khác biệt này là do giới tính không phải là yếu tố nguy cơ mạnh đồng thời cũng do quá trình lấy mẫu ngẫu nhiên những người bệnh tới khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ.

4.3.2. Môi liên quan giữa ABI với thể trạng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhóm người gầy có $ABI \leq 0,9$ là 40% cao hơn so với những nhóm khác. Mối liên quan giữa ABI và BMI có ý nghĩa thống kê ($p=0,014$). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quang Cảnh (2024) ghi nhận có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa những người có $ABI \leq 0,9$ và $BMI < 23$ [2]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Quang (2024) cho thấy chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa những người có $ABI \leq 0,9$ và $BMI > 23$ [4]. Mặc dù thể trạng thừa cân béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ của BDMCD [5], tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi vẫn chưa ghi nhận được mối liên quan giữa BMI cao và BDMCD. Sự khác biệt này có thể giải thích do nhóm có bệnh thường được tư vấn kỹ lưỡng hơn về thay đổi lối sống và điều trị thuốc nên các chỉ số này cũng được kiểm soát tốt hơn. Ngoài ra, khả năng ăn uống, tình trạng dinh dưỡng cũng có thể ảnh hưởng.

Các yếu tố nguy cơ khác chúng tôi chưa tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê do quần thể nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, cũng như bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố nhiễu ví dụ như nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân được quản lý tại các cơ sở y tế, nên họ thường xuyên nhận được các tư vấn về thay đổi thói quen xấu ảnh hưởng tới sức khỏe cũng như kiểm soát các bệnh lý nền.

4.3.3. Môi liên quan giữa ABI với thời gian mắc THA. Chúng tôi ghi nhận bệnh nhân THA < 5 năm có chỉ số ABI trung bình nhỏ hơn bệnh nhân THA ≥ 5 năm. Các nghiên cứu trước

đây đều thống nhất rằng THA không điều trị, THA kéo dài và không kiểm soát sẽ làm tăng nguy cơ mắc BDMCD [8], [13]. Chúng tôi nhận định kết quả nghiên cứu là không phù hợp do: không xác định được thời điểm đối tượng nghiên cứu được chẩn đoán THA thật sự và thiếu sót về đánh giá kiểm soát huyết áp của đối tượng nghiên cứu. Từ đó kiến nghị cần khảo sát mức độ kiểm soát huyết áp trong những nghiên cứu tiếp theo về BDMCD.

4.3.4. Môi liên quan giữa ABI với mức độ THA theo VNHA 2022. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân có $ABI \leq 0,9$ chỉ chiếm 5,9% và các bệnh nhân này được phân loại vào các mức huyết áp hiện tại gồm THA độ I (33,3%), THA độ II (25%) và cơn tăng huyết áp (100%). Không có bệnh nhân hiện có mức huyết áp bình thường hoặc tiền THA thuộc nhóm $ABI \leq 0,9$. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân có ABI thấp thuộc nhóm THA nặng hoặc không kiểm soát tốt. Mối liên quan giữa ABI và mức độ THA có ý nghĩa thống kê ($p=0,032$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Monteiro R. và cộng sự thực hiện trên 65 người ≥ 65 tuổi có THA, ghi nhận mức độ THA cao làm tăng nguy cơ mắc BDMCD [10]. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Korhonen, P. E. với kết quả THA là yếu tố nguy cơ độc lập và làm tăng nguy cơ mắc BDMCD lên 3,2 lần [9]. Mối liên hệ này có thể được giải thích bằng cơ chế bệnh sinh chung của tăng huyết áp và BDMCD như rối loạn chức năng nội mạch.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ số ABI trung bình cao nhất ở nhóm đối tượng có THA tâm thu đơn độc, kết quả này phù hợp với một nghiên cứu năm 2021 khi so sánh tương quan chỉ số ABI với đối tượng THA tâm thu đơn độc và THA tâm thu và tâm trương, kết quả cho thấy không có sự tương quan giữa THA tâm thu đơn độc với tăng nguy cơ BDMCD (với $p=0,81$). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp một nghiên cứu năm 2020 trên 10900 bệnh nhân có huyết áp tâm thu trung bình $148,5 \pm 17,8$, với tỷ lệ 2,8% bệnh nhân mắc BDMCD, cũng cho thấy chưa thể khẳng định mối liên quan giữa THA tâm thu đơn độc với tăng nguy cơ BDMCD.

V. KẾT LUẬN

Chỉ số ABI trung bình của bệnh nhân cao tuổi bị THA tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ là $1,23 \pm 0,19$, với 5,9% bệnh nhân có $ABI \leq 0,9$. ABI có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê với thể trạng của bệnh nhân ($p=0,014$) và mức độ THA hiện tại của bệnh nhân ($p=0,032$). Tỷ lệ mắc BDMCD ở nam giới cao hơn nữ giới, mặc dù sự khác biệt

này không có ý nghĩa thống kê. Dựa trên những kết quả này, chúng tôi khuyến nghị sử dụng chỉ số ABI như một công cụ tầm soát BDMCD, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, có THA mức độ cao và chỉ số BMI bất thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anh HDT, Tuyên HD, Nga NT, và cộng sự.** Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi tại huyện Hương Thủy, Thừa Thiên Huế Y học thực hành 2013;876(7):135-138.
2. **Cảnh NQ, Bích NTN, Sĩ NV.** Đặc điểm bệnh động mạch chi dưới phát hiện qua khảo sát chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay trên người bệnh tăng huyết áp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;539(1):322-326.
3. **Hùng HV, Kiên NV, Hoàn ĐK.** Thực trạng tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại cộng đồng tỉnh Tuyên Quang năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;516(1):155-160.
4. **Quang NN, Hải NT, Hương ĐTT, và cộng sự.** Khảo sát chỉ số ABI ở nhóm đối tượng có nguy cơ cao về tim mạch. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2024(108):61-67.
5. **Sơn NT, Khuê LN, Hùng PM, và cộng sự.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch chi dưới. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.

- 2022(102):5-19.
6. **Trang NTH, Dũng NT, Bày NQ.** Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có bệnh thận mạn tính chưa điều trị thay thế bằng siêu âm Doppler mạch máu. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;536(1):127-131.
 7. **Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, et al.** 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients With Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2017;135(12):726-779.
 8. **Im SI, Rha SW, Choi BG, et al.** Impact of uncontrolled hypertension on 12-month clinical outcomes following below-the-knee arteries (BTK) interventions in patients with critical limb ischemia. Clinical Hypertension. 2015;22:9.
 9. **Korhonen PE, Syvänen KT, Vesalainen RK, et al.** Ankle-brachial index is lower in hypertensive than in normotensive individuals in a cardiovascular risk population. Journal of Hypertension. 2009;27(10):2036-2043.
 10. **Monteiro R, Marto R, Neves MF.** Risk factors related to low ankle-brachial index measured by traditional and modified definition in hypertensive elderly patients. International Journal of Hypertension. 2012;2012:163807.

SỰ CẢI THIỆN CÁC NHÓM TRIỆU CHỨNG VẬN ĐỘNG SAU PHẪU THUẬT KÍCH THÍCH NÃO SÂU Ở BỆNH NHÂN PARKINSON

Trần Ngọc Tài^{1,2}, Phạm Anh Tuấn^{1,4}, Phan Xuân Quang³

TÓM TẮT

Mở đầu: Kích thích não sâu (KTNS) là phương pháp điều trị xâm lấn giúp cải thiện các triệu chứng vận động ở bệnh nhân bệnh Parkinson giai đoạn tiến triển. Tuy nhiên, hiệu quả của KTNS trên từng nhóm triệu chứng vận động ở bệnh nhân Việt Nam hiện vẫn chưa được đánh giá. **Phương pháp:** Đây là một nghiên cứu quan sát tiến cứu. Những bệnh Parkinson giai đoạn tiến triển đã được điều trị phẫu thuật KTNS được đưa vào nghiên cứu. Người tham gia được thu thập thông tin về nhân khẩu học, lâm sàng, thuốc điều trị, các thông số KTNS và được đánh giá thang MDS-UPDRS lúc "tắt" máy/ "tắt" thuốc, "bật" máy/"tắt" thuốc và "bật" máy/"bật" thuốc. Phân tích thống kê được tiến hành trên phần mềm SPSS 20. **Kết quả:** Tổng cộng có 39 bệnh nhân Parkinson giai đoạn tiến triển được KTNS. Tuổi trung bình tại thời điểm

nghiên cứu là $63,1 \pm 9,6$. Thời gian đã được tiến hành KTNS là $3,05 \pm 2,71$ năm. Tổng liều levodopa tương đương LED là 480 ± 276 mg. Các nhóm triệu chứng vận động như run, đơ cứng, chậm vận động, rối loạn dáng đi có cải thiện nhiều với KTNS với tổng điểm MDS-UPDRS phần III ở giai đoạn "tắt máy"/ "tắt thuốc" và "bật máy/tắt thuốc" lần lượt là $12,97 \pm 7,46$ và $4,41 \pm 4,43$; $11,46 \pm 2,45$ và $6,33 \pm 3,16$; $27,44 \pm 6,62$ và $17,77 \pm 5,52$; $7,94 \pm 3,85$ và $5,79 \pm 3,47$; và $63,92 \pm 17,002$ và $37,59 \pm 13,463$ ($p < .001$). Triệu chứng thăng bằng cải thiện ít hơn với điểm giai đoạn "tắt máy"/ "tắt thuốc" và "bật máy/tắt thuốc" lần lượt $2,44 \pm 1,19$ và $1,79 \pm 1,42$ ($p = 0,04$). Triệu chứng giọng nói không hiệu quả với KTNS với điểm giai đoạn "tắt máy"/"tắt thuốc" và "bật máy/tắt thuốc" lần lượt là $1,59 \pm 0,79$ và $1,59 \pm 0,91$ ($p = 1$). Tất cả các nhóm triệu chứng vận động đều cải thiện ở giai đoạn "bật máy/bật thuốc" ($p < 0,001$). **Kết luận:** Ở bệnh nhân Parkinson giai đoạn tiến triển, KTNS cải thiện đáng kể các triệu chứng vận động ngoại biên như chậm cử động, đơ cứng và run nhưng cải thiện ít triệu chứng thăng bằng và không cải thiện triệu chứng giọng nói. **Từ khóa:** Bệnh Parkinson, kích thích não sâu, MDS-UPDRS, triệu chứng vận động.

SUMMARY

THE IMPROVEMENT OF MOTOR SYMPTOM SUBGROUPS AFTER DEEP BRAIN

¹Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh Viện Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Quân Y 175

⁴Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Tài

Email: tai.tn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025