

Mohammed Mutafta (2021)⁸ cũng cho thấy khả năng định tâm của hệ thống file Race Evo tốt nhất ở vị trí cách chóp 8mm ($1,00 \pm 0,2$), và thấp nhất tại vị trí cách chóp 2mm ($0,31 \pm 0,18$). Theo Petter (2004) và CS, mức độ dịch chuyển ống tủy trên 0,3 mm có nguy cơ cao gây nứt gãy chân răng, có thể tác động xấu đến việc trám bít ống tủy, ảnh hưởng xấu đến kết quả điều trị⁸. Không có răng nào trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận vượt quá giới hạn trên.

Ở ống tủy thẳng và cong ít, hệ thống file Race Evo làm thay đổi $0,78 \pm 0,02$ độ cong của ống tủy. Ở ống tủy cong vừa, hệ thống file Race Evo làm thay đổi $2,73 \pm 1,15$ độ cong của ống tủy. Ở ống tủy cong vừa, hệ thống file Race Evo làm thay đổi $4,21 \pm 3,59$ độ cong của ống tủy. Trung bình, hệ thống file Race Evo làm thay đổi $2,23 \pm 0,66$ độ cong của ống tủy.

V. KẾT LUẬN

Tạo hình ống tủy ở nhóm răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên với hệ thống file Race Evo mang lại độ an toàn cao, khả năng tạo hình tốt, tiết kiệm thời gian làm việc nên được áp dụng rộng rãi trong điều trị nội nha tại các cơ sở nha khoa. Chúng tôi mong muốn có thể thực hiện thêm các nghiên cứu về hiệu quả sửa soạn ống tủy bằng hệ thống file Race Evo trên lâm sàng, các nghiên cứu can thiệp có đối chứng, nhất là với các ống tủy cong, hẹp và những răng có nhiều ống tủy để đưa ra những hiệu quả của hệ thống file này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wu MK, R'oris A, Barkis D, Wesselink PR. Prevalence and extent of long oval canals in the apical third. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000;89(6):739-743. doi:10.1067/moe.2000.106344
2. Ingle J.I., Bakland L.K. Endodontic cavity preparation. In: Endodontic. Vol 1, pp. 473-497; 2002.
3. Basturk FB, Özyürek T, Uslu G, Gündoğar M. Mechanical Properties of the New Generation RACE EVO and R-Motion Nickel-Titanium Instruments. Materials (Basel). 2022;15(9):3330. doi:10.3390/ma15093330.
4. Schilder H. Cleaning and shaping the root canal. Dent Clin North Am. 1974;18(2):269-296.
5. Schneider SW. A comparison of canal preparations in straight and curved root canals. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1971;32(2):271-275. doi:10.1016/0030-4220(71)90230-1.
6. Ahmad IA, Alenezi MA. Root and Root Canal Morphology of Maxillary First Premolars: A Literature Review and Clinical Considerations. J Endod. 2016;42(6):861-872. doi:10.1016/j.joen.2016.02.017.
7. Simpsy GS, Sajjan GS, Mudunuri P, Chittam J, Prasanthi NN, Balaga P. Shaping ability of reciprocating motion of WaveOne and HyFlex in moderate to severe curved canals: A comparative study with cone beam computed tomography. J Conserv Dent. 2016 Nov-Dec;19.
8. Mustafa M. Comparative Evaluation of Canal-shaping Abilities of RaceEvo, R-Motion, Reciproc Blue, and ProTaper Gold NiTi Rotary File Systems: A CBCT Study. J Contemp Dent Pract. 2022;22(12): 1406-1412. doi:10.5005/jp-journals-10024-3217.

NGHIÊN CỨU TRỊ SỐ SUV MAX CỦA HẠCH DI CẦN TỪ UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN TRÊN PET/CT

Huỳnh Quang Huy¹

TÓM TẮT

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính khá phổ biến của hệ hô hấp. Ung thư phổi nếu phát hiện muộn, tiên lượng rất xấu, tỉ lệ tử vong rất cao và tử vong trong một thời gian ngắn kể từ khi phát hiện được bệnh. PET/CT trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn của ung thư phổi không tế bào nhỏ, đặc biệt là ung thư phổi biểu mô tuyến ngày càng được khẳng định. **Mục tiêu:** Khảo sát trị số SUV max hạch di căn của ung thư phổi biểu mô tuyến trên PET/CT. Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán

ung thư phổi biểu mô tuyến xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết, phẫu thuật). Thiết kế nghiên cứu hồi cứu: phân tích trị số SUV max của PET/CT được chụp trước đó trong quá trình chẩn đoán bệnh. Phương tiện, kỹ thuật: máy PET/CT Biograph True Point - Siemens - Đức. Thực hiện chụp CT với các thông số 80mA, 140KV, tốc độ vòng quay là 0,5s/tube, độ dày lát cắt 4,25mm, chiều dài chụp quét là 867mm và thời gian đạt được dữ liệu là 22,5s. Thuốc phóng xạ F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose). Liều dùng 0,15-0,20 mCi/Kg cân nặng (7-12mCi), tiêm tĩnh mạch. Chụp hình PET/CT: tiến hành sau tiêm F-18 FDG 45-60 phút. **Kết quả:** 24 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến (16 nam, 8 nữ), tuổi thấp nhất 34, tuổi cao nhất 74, trung bình $58,1 \pm 8,1$ tuổi. Di căn hạch dưới carina chiếm tỉ lệ cao nhất (14,3%), tiếp đến hạch cạnh ĐMC, hạch rốn phổi (T), hạch TT trên (11,9% cho mỗi nhóm). Đường kính hạch trung thất trung bình $2,1 \pm 1,1$ cm. Trị số SUV

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: drhuycdhabachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025

max nhỏ nhất 3 (cm); lớn nhất 14,6 (cm); trung bình $6,5 \pm 3,3$ (cm). Trị số SUV max hạch trung thất có tương quan thuận chặt chẽ với đường kính hạch trung thất ($r = 0,651$; $p < 0,01$). **Kết luận:** Xác định trị số SUV max hạch di căn trung thất rất có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn ung thư phổi biểu mô tuyến, góp phần định hướng điều trị và theo dõi sau điều trị.

Từ khóa: Ung thư phổi biểu mô tuyến, di căn hạch trung thất, SUV max

SUMMARY

STUDY THE SUV MAX OF PET/CT OF MEDIAL LYMPHO NODE IN EPITHELIAL LUNG CARCINOMA

Background: Lung cancer is a fairly common malignant disease of the respiratory system. Lung cancer if detected late, very poor prognosis, very high mortality and death in a short time since the detection of the disease. PET / CT in the diagnosis and assessment of non-small cell lung cancer stage, especially lung carcinoma, is increasingly confirmed.

Objective: To investigate the SUV max of medial node in epithelial lung carcinoma on PET / CT.

Patients and Methods: Patients diagnosed with epithelial lung carcinoma were identified by histopathology (biopsy, surgery). Research design: Retrospective study. Materials: PET / CT Biograph True Point - Siemens - Germany. CT scan with parameters of 80mA, 140KV, rotation speed of 0.5s / tube, thickness of 4.25mm, scan length of 867mm and time of data acquisition is 22.5s. Radioactive was F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose) at dosage 0.15-0.20 mCi / kg body weight (7-12mCi) intravenously. PET/CT was performed after injection of F-18 FDG 45-60 minutes. **Results:** 24 patients with epithelial lung carcinoma (16 males and 8 females), the lowest age was 34, the highest age was 74, the average was 58.1 ± 8.1 years. The high percentage of the lower lymph nodes (14.3%), the adjacent lymph node, left lung umbilical cord, upper lymph node (11.9% for each group). The median lymph node diameter is 2.1 ± 1.1 cm. The lowest SUV max is 3 (cm); largest 14.6 (cm); average 6.5 ± 3.3 (cm). The SUV max were positively correlated with medial lobe diameter ($r = 0.651$; $p < 0.01$). **Conclusion:** The determination of SUV max of mediastinal lympho node is very valuable in the diagnosis of epithelial lung carcinoma, which contributes to treatment orientation and postmortem follow-up. **Keywords:** epithelial lung carcinoma, medial nodal metastasis, SUV max

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính khá phổ biến của hệ hô hấp, là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong của bệnh ung thư ở châu Âu năm 2006 (khoảng 334.800 trường hợp tử vong), sau ung thư tuyến tiền liệt và là loại thường gặp nhất của bệnh ung thư ở nam giới. Tỷ lệ mắc và tử vong năm 2006 là 75,3 và 64,8 / 100.000 dân/năm [1]. Theo thống kê của hiệp hội ung thư Hoa Kỳ năm 2006, ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư

(khoảng 162.460 vào năm 2006), chiếm khoảng 13% các loại ung thư và chiếm 28% các ca tử vong ung thư [2].

Ở Việt Nam, theo ghi nhận dịch tễ học ung thư trong năm 2004, ung thư phổi là loại ung thư phổ biến trên cả nước, đứng hàng đầu ở nam giới với tỷ lệ mới mắc ở Hà Nội là 39,8/100.000 [3].

Ung thư phổi nếu phát hiện muộn, tiên lượng rất xấu, tỉ lệ tử vong rất cao và tử vong trong một thời gian ngắn kể từ khi phát hiện được bệnh. Việc chẩn đoán sớm và đánh giá giai đoạn ung thư phổi là nhu cầu cần thiết và cấp bách. Trong đó có sự trợ giúp quan trọng của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Chụp XQ qui ước và cắt lớp vi tính là hai kỹ thuật khảo sát thương qui. Tuy nhiên, đánh giá giai đoạn khối u còn nhiều hạn chế.

Trong những năm gần đây, vai trò của PET/CT trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn của ung thư phổi không tế bào nhỏ, đặc biệt là ung thư phổi biểu mô tuyến ngày càng được khẳng định. Tuy nhiên ở nước ta chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Khảo sát trị số SUV max hạch di căn của ung thư phổi biểu mô tuyến trên PET/CT*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn: - Đối tượng chọn là những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết, phẫu thuật).

- Có chụp PET/CT theo đúng phương pháp đã lựa chọn trong nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các thông tin trên PET/CT không đầy đủ cho nghiên cứu này.

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: thực hiện tại khoa Ung bướu và Y học hạt nhân - Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 11/2016 đến 10/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu: bắt đầu nghiên cứu với những bệnh nhân đã được xác định ung thư phổi biểu mô tuyến bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết hoặc phẫu thuật). Đọc lại kết quả PET/CT đã được chụp trong quá trình chẩn đoán bệnh. Phân tích giá trị SVU max của hạch di căn.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 24 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến đáp ứng tiêu chuẩn của nghiên cứu.

Chúng tôi thu thập các biến số nghiên cứu gồm: tuổi, giới, vị trí hạch di căn, đường kính

hạch di căn, trị số SUV max hạch di căn.

Phương tiện, kỹ thuật nghiên cứu: Bệnh nhân được chụp bằng máy PET/CT Biograph True Point - Siemens - Đức.

Quy trình chụp: Thực hiện chụp CT với các thông số 80mA, 140KV, tốc độ vòng quay là 0,5s/tube, độ dày lát cắt 4,25mm, chiều dài chụp quét là 867mm và thời gian đạt được dữ liệu là 22,5s.

Để giảm liều chiếu phóng xạ cần cho bệnh nhân chụp CT với cường độ dòng điện 40mA (liều chiếu do CT là 2-3mSv) và liều chiếu của PET khoảng 8-9mSv. Như vậy, PET/CT có liều chiếu xạ thấp hơn so với CT tiêu chuẩn.

Thuốc phóng xạ: F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose). Liều dùng 0,15-0,20 mCi/Kg cân nặng (7-12mCi), tiêm tĩnh mạch. Chụp hình PET/CT: tiến hành sau tiêm F-18 FDG 45-60 phút.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

24 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến, trong đó 16 nam (chiếm 66,7%), 8 nữ (chiếm 33,3%), 87,5% trường hợp > 50 tuổi; tuổi thấp nhất 34, tuổi cao nhất 74, trung bình $58,1 \pm 8,1$ tuổi.

Bảng 3.1. Phân bố vị trí di căn hạch

Vị trí hạch di căn	Số hạch	Tỉ lệ %
Dưới carina	6	14,3
Dưới cung ĐMC	1	2,4
Hạch cạnh (P) KQ	4	9,5
Hạch cạnh ĐMC	5	11,9
Hạch cạnh PQ gốc (T)	1	2,4
Hạch cạnh PQ gốc (P)	1	2,4
Hạch rốn phổi (T)	5	11,9
Hạch rốn phổi (P)	5	11,9
Hạch trước carina	4	9,5
Hạch trước KQ	2	4,8
Hạch TT cạnh carina	2	4,8
Hạch TT sau KQ	1	2,4
Hạch TT trên	5	11,9

Nhận xét: Di căn hạch dưới carina chiếm tỉ lệ cao nhất (14,3%), tiếp đến hạch cạnh ĐMC, hạch rốn phổi (T), hạch TT trên (11,9% cho mỗi nhóm), hạch trước carina và hạch (P) KQ lần lượt chiếm 9,5%. Các vị trí còn lại chiếm tỉ lệ thấp như hạch TT cạnh carina, hạch trước khí quản (tương ứng 4,8%); hạch dưới cung ĐMC, hạch cạnh phế quản gốc (T), hạch cạnh PQ gốc (P), hạch TT sau KQ (2,4% cho mỗi nhóm).

Bảng 3.2. Đường kính hạch trung thất

Đường kính hạch trung thất (cm)	Số hạch	Tỉ lệ %
0 – 2	31	72,1
> 2 – 4	10	23,3

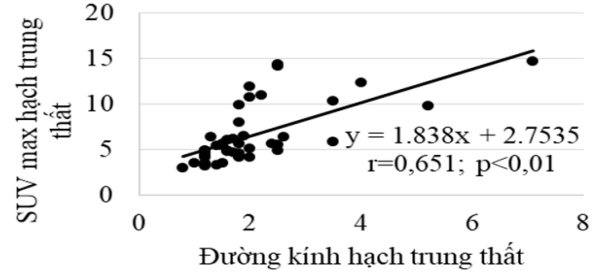
> 4 – 6	1	2,3
> 6	1	2,3
Tổng	43	100

Nhận xét: Phần lớn hạch trung thất có đường kính ≤ 2 cm; hạch nhỏ nhất 0,8cm; lớn nhất 7,1 cm; trung bình $2,1 \pm 1,1$ cm.

Bảng 3.3. Trị số SUV max hạch trung thất

Trị số SUV max hạch trung thất (cm)	Số hạch	Tỉ lệ %
3 – 6	28	65,1
> 6 – 9	5	11,6
> 9 – 12	6	14,0
> 12	4	9,3
Tổng	43	100

Nhận xét: Phần lớn hạch trung thất có trị số SUV max 3 – 6 (cm); trị số nhỏ nhất 3 (cm); lớn nhất 14,6 (cm); trung bình $6,5 \pm 3,3$ (cm).



Biểu đồ 3.1. Tương quan giữa đường kính hạch trung thất với SUV max hạch trung thất

Nhận xét: Trị số SUV max hạch trung thất có tương quan thuận chặt chẽ với đường kính hạch trung thất ($r = 0,651$; $p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong vì ung thư ở Hoa Kỳ và trên toàn thế giới [4]. Ở Việt Nam, theo thống kê giai đoạn 2006-2007 tại Hà Nội, ung thư phổi đứng hàng đầu ở nam giới, khoảng 21,4% trong tổng số các loại ung thư, tỷ lệ mắc là 39,9/100.000 dân và vị trí thứ 4 ở nữ giới chiếm 8,1%, tỷ lệ mắc là 13,2/100.000 dân [5].

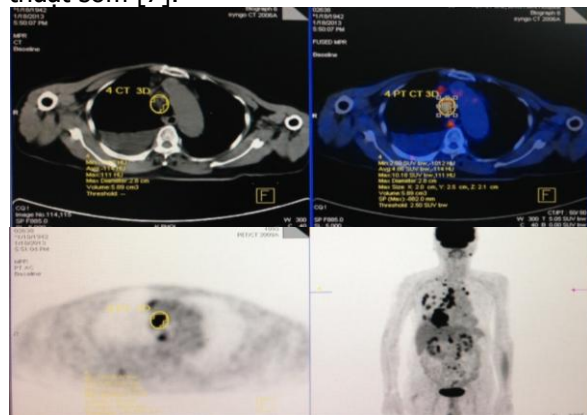
Ung thư phổi biểu mô tuyến là loại thường gặp trong ung thư phổi không tế bào nhỏ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi. các bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến chủ yếu là nam giới chiếm tỉ lệ 66,7 %. Phần lớn trường hợp bệnh nhân lớn hơn 50 tuổi (chiếm tỉ lệ 87,5%). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu tác giả Mai Trọng Khoa [5] và Dela Cruz [4].

Ung thư phổi không tế bào nhỏ nói chung và ung thư phổi biểu mô tuyến nói riêng thường di căn hạch trung thất. Đánh giá di căn hạch trung thất có vai trò quan trọng trong việc định hướng điều trị và tiên lượng. Kết quả nghiên cứu của

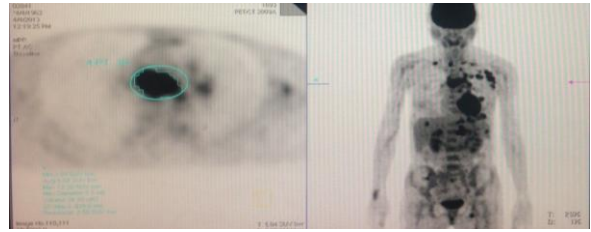
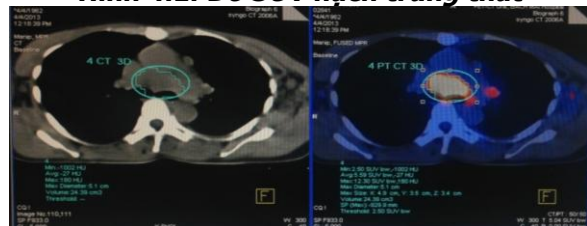
chúng tôi cho thấy, di căn hạch dưới carina chiếm tỉ lệ cao nhất (14,3%), tiếp đến hạch cạnh ĐMC, hạch rốn phổi (T), hạch TT trên (11,9% cho mỗi nhóm), hạch trước carina và hạch (P) KQ lần lượt chiếm 9,5%. Các vị trí còn lại chiếm tỉ lệ thấp như hạch TT cạnh carina, hạch trước khí quản (tương ứng 4,8%); hạch dưới cung ĐMC, hạch cạnh phế quản gốc (T), hạch cạnh PQ gốc (P), hạch TT sau KQ (2,4% cho mỗi nhóm). Phần lớn hạch trung thất có đường kính ≤ 2 cm; hạch nhỏ nhất 0,8cm; lớn nhất 7,1 cm; trung bình $2,1 \pm 1,1$ cm. Phần lớn hạch trung thất có trị số SUV max 3 – 6 (cm); trị số nhỏ nhất 3 (cm); lớn nhất 14,6 (cm); trung bình $6,5 \pm 3,3$ (cm). Tương quan giữa đường kính hạch trung thất với SUV max hạch trung thất cho thấy rằng: trị số SUV max hạch trung thất có tương quan thuận chặt chẽ với đường kính hạch trung thất ($r = 0,651$; $p < 0,01$).

Chao F và cộng sự đã báo cáo giá trị PET/CT trong đánh giá giai đoạn ung thư phổi không tế bào nhỏ. Báo cáo cho thấy rằng, PET/CT đánh giá rất tốt giai đoạn N cũng như giai đoạn M và có giá trị cao trong tiên lượng ung thư phổi không tế bào nhỏ [6].

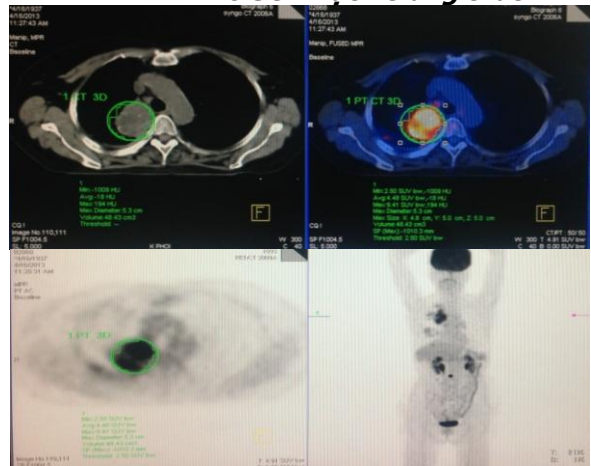
Wainer Z và cộng sự đã có nghiên cứu tương quan giữa SUV max và giới tính trong tiên lượng ung thư phổi không tế bào nhỏ. Nghiên cứu thực hiện trên 189 bệnh nhân (gồm 127 nam và 62 nữ), đánh giá thời gian sống sót sau 5 năm. Kết quả cho thấy SUV max có giá trị tiên lượng thời gian sống sót ở nam giới với UTPKTBN phẫu thuật sớm [7].



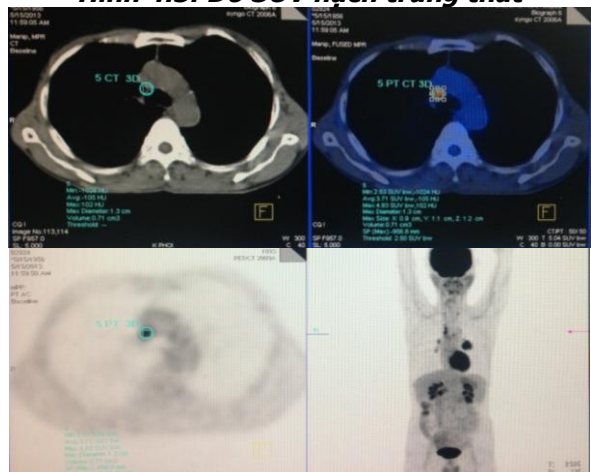
Hình 4.1. Đo SUV hạch trung thất



Hình 4.2. Đo SUV hạch trung thất



Hình 4.3. Đo SUV hạch trung thất



Hình 4.4. Đo SUV hạch trung thất

V. KẾT LUẬN

Hạch di căn trung thất kích thước nhỏ nhất 0,8cm; lớn nhất 7,1 cm; trung bình $2,1 \pm 1,1$ cm.

Trị số SUV max di căn hạch trung thất nhỏ nhất 3 (cm); lớn nhất 14,6 (cm); trung bình $6,5 \pm 3,3$ (cm).

Trị số SUV max hạch trung thất có tương quan thuận chặt chẽ với đường kính hạch trung thất ($r = 0,651$; $p < 0,01$).

Xác định trị số SUV max hạch di căn trung thất rất có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn ung thư phổi biểu mô tuyến, góp phần định hướng điều trị và theo dõi sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sorensen M., M. Pijls-Johannesma, E. Felipe, et al.** (2010), Small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol, 21 Suppl 5, pp. v120-5.
2. **Society A.C.** (2006), Cancer Facts and Figures. www.cancer.org.
3. **Đức N.B.** (2006), Tình hình ung thư ở Việt Nam giai đoạn 2001-2004. Tạp chí Y học thực hành, pp. 9-19.
4. **Dela Cruz C.S., L.T. Tanoue, and R.A. Matthey** (2011), Lung cancer: epidemiology, etiology, and prevention. Clin Chest Med, 32(4), pp. 605-44.
5. **Mai Trọng Khoa** (2013), Ứng dụng kỹ thuật PET/CT trong ung thư, pp. 245-270.
6. **Chao F. and H. Zhang** (2012), PET/CT in the staging of the non-small-cell lung cancer. J Biomed Biotechnol, 2012, pp. 783739.
7. **Wainer Z., M.G. Daniels, J. Callahan, et al.** (2012), Sex and SUVmax: sex-dependent prognostication in early non-small cell lung cancer. J Nucl Med, 53(11), pp. 1676-85.

KIẾN THỨC VỀ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ NỘI NĂM 2023

Dương Hoàng Thành¹, Nguyễn Phương Hoa², Nguyễn Thị Tuyết Nhung²

TÓM TẮT

Tăng huyết áp (THA) đang là một bệnh phổ biến và là gánh nặng tử vong hàng đầu trên thế giới. Bệnh THA được coi là kẻ giết người thầm lặng bởi bệnh không có những triệu chứng lâm sàng điển hình, không phải lúc nào người mắc bệnh THA cũng có những dấu hiệu mắc bệnh. Một số người THA có triệu chứng lâm sàng như: chóng mặt, đau đầu, ù tai. Tuy nhiên, rất nhiều người THA lại không có biểu hiện này. THA là bệnh mạn tính cần phải theo dõi đều, điều trị đúng, đủ ngày, điều trị lâu dài. Bệnh viện đa khoa Hà Nội luôn nỗ lực nhằm mang đến những dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện nhất tới khách hàng. Nhận thấy mức độ phổ biến và tính chất nguy hiểm của các bệnh lý về tim mạch, thường gặp nhất là tăng huyết áp, bệnh mạch vành và đột quỵ. Để đạt được mục tiêu điều trị, đòi hỏi người bệnh phải có những kiến thức tốt về bệnh. Tuy nhiên đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào tại bệnh viện đa khoa Hà Nội được thực hiện để đánh giá thực trạng sự hiểu biết của người bệnh đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Hà Nội. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được tiến hành trên bệnh nhân THA đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Hà Nội, năm 2023. Có 130 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có 75 NB (57,7%) là giới nam, cao hơn giới nữ là 55 NB (42,3%). Người bệnh (NB) trả lời đúng được định nghĩa của THA (HA tối đa ≥ 140 mmHg và hoặc HA tối thiểu ≥ 90 mmHg) chiếm tỷ lệ (75,4%). Về các triệu chứng hay gặp của bệnh THA, người bệnh thường biết đến triệu chứng đau đầu, hoa mắt, chóng mặt chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là (70,0%), (65,4%) và

(62,3%). NB biết rằng tăng huyết áp cần điều trị liên tục và suốt đời chiếm tỷ lệ 85,5%. Người bệnh biết rằng điều trị bệnh THA cần uống thuốc đúng theo đơn của bác sĩ chiếm tỷ lệ cao nhất là (80,0%). Có đến (20,0%) người bệnh trả lời rằng cần uống thuốc theo đơn của bác sĩ nhưng chỉ uống khi HA tăng hoặc khi có triệu chứng. **Từ khóa:** Kiến thức, tăng huyết áp, bệnh nhân ngoại trú.

SUMMARY

KNOWLEDGE ABOUT HYPERTENSION IN PATIENTS WITH HYPERTENSION RECEIVING OUTPATIENT TREATMENT AT THE DEPARTMENT OF OUTPATIENT EXAMINATION, HANOI GENERAL HOSPITAL YEAR 2023

Hypertension (HTN) is a common disease and a leading cause of death worldwide. Hypertension is considered a silent killer because the disease does not have typical clinical symptoms; not everyone with Hypertension shows signs of the disease. Some people with HTN may have clinical symptoms such as: dizziness, headaches, and tinnitus. However, many people with hypertension do not exhibit this symptom. Hypertension is a chronic disease that requires regular monitoring, proper treatment, and long-term care. Hanoi General Hospital always strives to provide the most comprehensive healthcare services to its customers. Recognizing the prevalence and dangerous nature of cardiovascular diseases, the most common being hypertension, coronary artery disease, and stroke. To achieve treatment goals, patients must have a good understanding of the disease. However, to date, there has been no research conducted at Hanoi General Hospital to assess the current state of knowledge among outpatients receiving treatment at Hanoi General Hospital. There are 130 patients participating in the study. Patients (P) who correctly define hypertension (maximum blood pressure ≥ 140 mmHg and/or minimum blood pressure ≥ 90 mmHg)

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Hoàng Thành

Email: dhthanh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025