

phẫu thuật cũng nên được tăng cường ở những BN nguy cơ cao, sử dụng phương tiện hình ảnh nhạy hơn để phát hiện sớm nhất những khối u tái phát, có khả năng tiếp tục điều trị. Một số nghiên cứu cũng đề xuất ở những BN nguy cơ tái phát cao, tắc mạch bằng hóa chất dự phòng [4], liệu pháp hóa trị tại chỗ hoặc toàn thân như là một liệu pháp điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật [2].

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế, đó là nghiên cứu hồi cứu, đơn trung tâm, không có nhóm kiểm định mô hình. Chúng tôi không phân tích thời gian sống không bệnh của UTBMTBG sau phẫu thuật mà chỉ chia thành hai nhóm không và có tái phát sớm ở thời điểm 24 tháng.

V. KẾT LUẬN

CLVT là phương tiện hình ảnh có giá trị tốt trong dự báo tái phát sớm UTBMTBG sau phẫu thuật cắt gan, có thể áp dụng để tiên lượng trước phẫu thuật, cung cấp thông tin hữu ích cho chiến lược quản lý và điều trị cả trước, trong và sau mổ.

Từ viết tắt: UTBMTBG: Ung thư biểu mô tế bào gan; BN: Bệnh nhân; CLVT: Cắt lớp vi tính; CT: Computed Tomography (Cắt lớp vi tính); MRI: Magnetic Resonance Imaging (Cộng hưởng từ); HBV: Hepatitis B Virus (Virus viêm gan B); HCV: Hepatitis C Virus (Virus viêm gan C); AFP: Alpha-Fetoprotein; AST: Aspartate Aminotransferase; ALT: Alanine Aminotransferase; INR: International Normalized Ratio; BCLC: Barcelona Clinic Liver Cancer (phân độ giai đoạn ung thư biểu mô tế bào gan); ALBI: Albumin-Bilirubin (thang điểm đánh giá chức năng gan dựa vào albumin và bilirubin); OR:

Odds Ratio (Tỷ số chênh); AUC: Area Under the Curve (Diện tích dưới đường cong ROC); KTC: Khoảng tin cậy (Confidence Interval – CI); ROC: Receiver Operating Characteristic (đường cong ROC); CHT: Cộng hưởng từ; ĐHYD TPHCM: Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2020)**, Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan".
2. **Tung-Ping Poon, R., S.T. Fan, and J. Wong (2000)**, Risk factors, prevention, and management of postoperative recurrence after resection of hepatocellular carcinoma. *Ann Surg.* **232**(1):10-24.
3. **Poon, R.T., et al. (2000)**, Different risk factors and prognosis for early and late intrahepatic recurrence after resection of hepatocellular carcinoma. *Cancer.* **89**(3):500-507.
4. **Wang, F., et al. (2022)**, CT-Based Radiomics for the Recurrence Prediction of Hepatocellular Carcinoma After Surgical Resection. *J Hepatocell Carcinoma.* **9**:453-465.
5. **Banerjee, S., et al. (2015)**, A computed tomography radiogenomic biomarker predicts microvascular invasion and clinical outcomes in hepatocellular carcinoma. *Hepatology.* **62**(3):792-800.
6. **Zhou, Y., et al. (2017)**, CT-based radiomics signature: a potential biomarker for preoperative prediction of early recurrence in hepatocellular carcinoma. *Abdom Radiol (NY).* **42**(6):1695-1704.
7. **Ning, P., et al. (2020)**, Application of CT radiomics in prediction of early recurrence in hepatocellular carcinoma. *Abdom Radiol (NY).* **45**(1):64-72.
8. **An, C., et al. (2015)**, Single Hepatocellular Carcinoma: Preoperative MR Imaging to Predict Early Recurrence after Curative Resection. *Radiology.* **276**(2):433-443.

KHẢO SÁT TỶ LỆ TĂNG ĐỘ CỨNG ĐỘNG MẠCH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT KÈM HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN

Nguyễn Văn Nhựt*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ tăng độ cứng động mạch và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế mô tả cắt ngang, trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát kèm hội chứng động

mạch vành mạn đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu từ tháng 06/2024 đến tháng 02/2025. Độ cứng động mạch xác định dựa trên vận tốc sóng mạch tại cánh tay - cổ chân (baPWV). **Kết quả:** Tổng số 70 bệnh nhân, nam giới 51,4%. Tỷ lệ tăng độ cứng động mạch là 65,7%. Hút thuốc, đái tháo đường, bệnh thận mạn, đau thắt ngực, thời gian tăng huyết áp trên 10 năm là các yếu tố làm tăng độ cứng động mạch với OR dao động từ 2,50 - 14,17. Độ cứng động mạch tương quan với tuổi, huyết áp tâm thu và thời gian tăng huyết áp với hệ số tương quan lần lượt là $r=0,313$; $r=0,457$ và $r=0,433$. **Kết luận:** Bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát kèm hội chứng động mạch

*Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Nhựt

Email: Drnguyennhut@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025

vành mạn có tỷ lệ tăng độ cứng động mạch khá cao. Hút thuốc, đái tháo đường, bệnh thận mạn, đau thắt ngực, thời gian tăng huyết áp trên 10 năm là các yếu tố nguy cơ làm tăng độ cứng động mạch.

Từ khoá: Tăng huyết áp nguyên phát, hội chứng động mạch vành mạn, độ cứng động mạch.

SUMMARY

SURVEY ON THE RATE OF INCREASED ARTERIAL STIFFNESS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND CHRONIC CORONARY SYNDROME

Objectives: To investigate the proportion of arterial stiffness and related factors. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study, on patients with primary hypertension and chronic coronary syndrome who visited Bac Lieu General Hospital from June 2024 to February 2025. Arterial stiffness was determined on brachial - ankle pulse wave velocity (baPWV). **Results:** In total, 70 patients, 51.4% were male. The rate of increased arterial stiffness was 65.7%. Smoking, diabetes, chronic kidney disease, angina, and duration of hypertension over 10 years were factors that increased arterial stiffness with ORs ranging from 2.50 to 14.17. Arterial stiffness correlated with age, systolic blood pressure, and duration of hypertension with correlation coefficients of $r=0.313$; $r=0.457$, and $r=0.433$. **Conclusion:** Patients with primary hypertension and chronic coronary syndrome have a high rate of increased arterial stiffness. Smoking, diabetes, chronic kidney disease, angina pectoris, and hypertension duration of more than 10 years are risk factors for increased arterial stiffness.

Keywords: Primary hypertension, chronic coronary syndrome, arterial stiffness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp là sự thay đổi cấu trúc, chức năng các động mạch quan trọng do ảnh hưởng của huyết áp cao kéo dài không được kiểm soát tốt [1]. Đây là một trong những nguyên nhân góp phần làm gia tăng tỷ lệ tử vong ở đối tượng bệnh nhân này. Các bằng chứng ghi nhận tỷ lệ tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân tăng huyết áp khá cao, có thể lên đến 60,0% [2]. Tình trạng tăng độ cứng động mạch thường gặp trong tăng huyết áp, là chỉ dấu cho nguy cơ xuất hiện biến chứng tổn thương cơ quan đích. Phương pháp đo tốc độ lan truyền sóng mạch (Pulse Wave Velocity - PWV) cho đến nay vẫn được khuyến cáo là cận lâm sàng hàng đầu để đánh giá cứng động mạch. Nhiều nghiên cứu phát hiện trên đối tượng bệnh nhân tăng huyết áp kèm bệnh mạch vành, tình trạng cứng động mạch thường rõ ràng hơn, với chỉ số PWV trung bình cao hơn so với bình thường. Nhóm bệnh nhân này có nguy cơ cao xuất hiện các biến cố tim mạch liên quan đến xơ vữa như nhồi máu cơ tim cấp, đột quỵ

não [3]. Điều này cho thấy việc tầm soát tỷ lệ tăng độ cứng động mạch và các yếu tố liên quan ở đối tượng này là rất quan trọng, tuy nhiên tại Việt Nam, các nghiên cứu còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: Khảo sát tỷ lệ tăng độ cứng động mạch và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát kèm hội chứng động mạch vành mạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện trên bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát có kèm hội chứng động mạch vành mạn đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu từ tháng 06/2024 - tháng 02/2025. Kết thúc theo dõi, chúng tôi ghi nhận có tổng số 70 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được mời vào tham gia nghiên cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát và hội chứng động mạch vành mạn theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Châu Âu [1, 4].

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân cắt cụt chi; tăng huyết áp thứ phát; bệnh thận mạn điều trị thay thế thận; không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Biến số nghiên cứu. Khảo sát đặc điểm chung: tuổi, giới tính. Khám lâm sàng, ghi nhận tiền sử bệnh nền và yếu tố nguy cơ như hút thuốc, bệnh thận mạn, đái tháo đường, thời gian tăng huyết áp. Đo vận tốc sóng mạch tại vị trí cánh tay - cổ chân (baPWV) bằng hệ thống máy Falcon (Viasonix), tăng độ cứng động mạch khi baPWV $>14\text{m/s}$ [1]. Giá trị baPWV được ghi nhận lại và tiến hành phân tích mối liên quan với các yếu tố nguy cơ và bệnh nền.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS, biến định tính mô tả tần số và tỷ lệ, biến định lượng mô tả trung bình và độ lệch chuẩn, so sánh hai trung bình dùng phép kiểm định T-test. So sánh hai tỷ lệ dùng kiểm định Chi-squared test, cuối cùng phân tích tương quan dùng kiểm định Pearson.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện khi có sự đồng ý của bệnh nhân, đảm bảo cam kết tự nguyện và tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu Y sinh. Bệnh nhân tham gia được giải thích đầy đủ, rõ ràng về mục đích và nội dung nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n=70)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	36	51,4
	Nữ	34	48,6
Tuổi trung bình (năm)		57,51 ± 9,49	
Huyết áp tâm thu (mmHg)		142,28 ± 19,79	
Huyết áp tâm trương (mmHg)		84,00 ± 9,07	

Hút thuốc	37	52,9
Đái tháo đường	30	42,9
Bệnh thận mạn	21	30,0
Tăng huyết áp >10 năm	38	54,3
Đau thắt ngực	43	61,4

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ là 51,4%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp hơn 10 năm là 54,3%.

Bảng 2. Đặc điểm tỷ lệ tăng độ cứng động mạch của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Chung	Nam giới	Nữ giới	p
Độ cứng động mạch	Tăng	46 (65,7)	24 (66,7)	22 (64,7)	0,863
	Không tăng	24 (34,3)	12 (33,3)	12 (35,3)	
baPWV (m/s)		15,73 ± 2,57	15,91 ± 2,80	15,54 ± 2,32	0,548

Nhận xét: Tổng số 46 bệnh nhân có tăng độ cứng động mạch, chiếm tỷ lệ là 65,7%. Giá trị baPWV trung bình là 15,73 ± 2,57m/s và không khác biệt giữa hai giới.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tăng độ cứng động mạch

Yếu tố	Tăng độ cứng động mạch		OR	KTC 95%	p
	Có (n,%)	Không (n,%)			
Hút thuốc	31 (67,4)	6 (25,0)	6,20	2,04 - 18,83	<0,001
Đái tháo đường	30 (65,2)	0 (0,0)	2,50	1,71 - 3,65	<0,001
Bệnh thận mạn	19 (41,3)	2 (8,3)	7,74	1,62-36,91	0,004
Tăng huyết áp >10 năm	34 (73,9)	4 (16,7)	14,17	4,02 - 49,90	<0,001
Đau thắt ngực	36 (78,3)	7 (29,2)	8,74	2,84 - 26,93	<0,001

Nhận xét: Hút thuốc, đái tháo đường, bệnh thận mạn, đau thắt ngực, thời gian tăng huyết áp trên 10 năm là các yếu tố nguy cơ làm tăng độ cứng động mạch với OR dao động từ 2,50 - 14,17 (p<0,05).

Bảng 4. Tương quan giữa độ cứng động mạch và một số yếu tố

Yếu tố	Hệ số tương quan	p
Tuổi trung bình (năm)	0,313	0,008
Huyết áp tâm thu (mmHg)	0,457	<0,001
Huyết áp tâm trương (mmHg)	0,135	0,266
Thời gian tăng huyết áp (năm)	0,433	<0,001

Nhận xét: Độ cứng động mạch đo bằng chỉ số baPWV tương quan thuận với tuổi, huyết áp tâm thu và thời gian tăng huyết áp với hệ số tương quan lần lượt là r=0,313; r=0,457 và r=0,433 (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Kết thúc theo dõi, tổng số 70 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát kèm hội chứng động mạch vành mạn phát hiện 46 bệnh nhân tăng độ cứng động mạch, chiếm tỷ lệ 65,7%. Theo một nghiên cứu của Stephane Laurent và cộng sự, tương tự cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có biến chứng tổn thương cơ quan đích là tăng độ cứng động mạch khá cao với 107 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ là 42,0%. Những bệnh nhân này có tiền lượng xấu hơn với nguy cơ khởi phát các biến cố tim mạch như đột quỵ (HR=1,62); nhập viện vì suy tim (HR=1,08);

bệnh động mạch ngoại biên nặng (HR=1,43) và tử vong do nguyên nhân tim mạch (HR=2,12) cao hơn [5]. Theo Xiaoming Zheng và cộng sự, bệnh nhân tăng huyết áp có mức baPWV trung bình cao hơn so với bình thường với giá trị trung bình là 16,7 ± 5,4m/s, so sánh theo nhóm, các tác giả này phát hiện giá trị baPWV trung bình ở đối tượng không được dùng thuốc hạ áp hoặc điều trị không liên tục cũng cao hơn so với nhóm được điều trị thường xuyên, với 18,4 ± 6,0m/s so với 16,2 ± 5,1m/s [6]. Nghiên cứu chúng tôi thu nhận đối tượng tăng huyết áp kèm tổn thương cơ quan rõ ràng là hội chứng động mạch vành mạn, điều này làm giá trị baPWV đo được cao hơn so với trung bình ở người bình thường, với 15,73 ± 2,57m/s và tương tự tỷ lệ tăng độ cứng động mạch cũng cao hơn là điều dễ hiểu.

Qua phân tích các yếu tố nguy cơ và bệnh nền, chúng tôi phát hiện hút thuốc, đái tháo đường, bệnh thận mạn, đau thắt ngực, thời gian tăng huyết áp trên 10 năm là các yếu tố nguy cơ làm tăng độ cứng động mạch. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đình Linh và cộng sự phát hiện bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn có tổn thương động mạch vành trên chụp mạch vành qua da có giá trị baPWV trung bình là 15,90 ± 1,49m/s, cao hơn nhóm chứng không tổn thương mạch vành với giá trị baPWV chỉ là 13,32

$\pm 1,98\text{m/s}$. Đặc biệt trong phân tích sau đó, các tác giả này phát hiện yếu tố nguy cơ gồm đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc và thừa cân béo phì có liên quan đến sự gia tăng độ cứng động mạch. Chỉ số baPWV tương quan với điểm SYNTAX với hệ số tương quan $r=0,477$ ($p<0,05$) [7]. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tuổi tác, thời gian tăng huyết áp và huyết áp tâm thu là các yếu tố tương quan thuận với sự gia tăng độ cứng động mạch. Theo Andrew O. Agbaje, tuổi càng cao thì sự lắng đọng canxi và lão hóa mạch máu càng xảy ra mạnh mẽ, bên cạnh đó, tình trạng tăng huyết áp kéo dài với mức huyết áp cao không được kiểm soát có thể làm thay đổi cấu trúc thành mạch. Tổng hợp các tác động trên có thể làm gia tăng độ cứng động mạch, đặc biệt ở những đối tượng có kèm một hoặc nhiều tổn thương cơ quan đích khác chẳng hạn như bệnh mạch vành [8].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát kèm hội chứng động mạch vành mạn có tỷ lệ tăng độ cứng động mạch khá cao. Độ cứng động mạch tương quan thuận với tuổi, huyết áp tâm thu và thời gian tăng huyết áp. Hút thuốc, đái tháo đường, bệnh thận mạn, đau thắt ngực, thời gian tăng huyết áp trên 10 năm là các yếu tố làm tăng độ cứng động mạch, với nguy cơ dao động từ 2,50 - 14,17 lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McEvoy JW, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and

- hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). European heart journal. 2024. **45**(38), p. 3912-4018.
2. Smith SM, et al. Predictors and outcomes of resistant hypertension among patients with coronary artery disease and hypertension. Journal of hypertension. 2014. **32**(3), p. 635-643.
3. Bonarjee VV. Arterial stiffness: a prognostic marker in coronary heart disease. Available methods and clinical application. Frontiers in cardiovascular medicine. 2018. **5**(1), p. 64.
4. Vrints C, et al. 2024 ESC guidelines for the management of chronic coronary syndromes: developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European heart journal. 2024. **45**(36), p. 3415-3537.
5. Laurent S, et al. SPARTE study: normalization of arterial stiffness and cardiovascular events in patients with hypertension at medium to very high risk. Hypertension. 2021. **78**(4), p. 983-995.
6. Zheng X, et al. Arterial stiffness as a predictor of clinical hypertension. The Journal of Clinical Hypertension. 2015. **17**(8), p. 582-591.
7. Nguyễn Đình Linh, Hồ Thị Kim Ngân, Trần Đức Hùng. Nghiên cứu mối liên quan giữa vận tốc sóng mạch (pulse wave velocity-PWV) với một số yếu tố nguy cơ và mức độ tổn thương động mạch vành bằng thang điểm SYNTAX ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022. **511**(1), tr. 62-65.
8. Agbaje A. Arterial stiffness precedes hypertension and metabolic risks in youth: a review. Journal of hypertension. 2022. **40**(10), p. 1887-1896.

NGUYÊN NHÂN, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

Nguyễn Thanh Liêm¹, Phan Thị Kim Tuyền¹,
Võ Anh Hồ¹, Bô Kim Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản. **Đối tượng và phương pháp**

¹Trường Đại học Y dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Liêm

Email: ntlm@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025

nghiên cứu: Bệnh nhân xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản nhập viện điều trị. **Kết quả:** Nguyên nhân xơ gan do nghiện rượu, viêm gan siêu vi B, C chiếm tỷ lệ 90,5%. Lúc nhập viện tri giác tỉnh chiếm 85,8%; huyết áp tâm thu <90mmHg chiếm 6,1%. Cổ trướng chiếm 62,8%, Vàng da chiếm 64,9% và Albumin máu giảm <35g/L chiếm 94,6%. 35,5% trường hợp Hemoglobin <7g/dL. Giãn tĩnh mạch thực quản độ III chiếm 64,9%. Bệnh nhân ổn xuất viện là 93,2%. **Kết luận:** Nguyên nhân xơ gan thường gặp do nghiện rượu, viêm gan siêu vi B, C. Bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản có kết quả điều trị thành công cao.