

>3 phút/lần	Không	80,2	79,1	57,7	75,4
	p	0,797		<0,001	

Kết quả bảng 3 cho thấy các đối tượng ở nhóm can thiệp có tỷ lệ chải răng hằng ngày tăng từ 86,1% lên 97,9%, đạt hiệu quả can thiệp 11,9%; tỷ lệ chải răng >2 lần/ngày tăng từ 43,9% lên 78,6%, đạt hiệu quả can thiệp 75,7%; tỷ lệ chải răng >3 phút/lần tăng từ 19,8% lên 42,3%, đạt hiệu quả can thiệp 25,3%. Hiệu quả này thể hiện rõ giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng với $p < 0,05$. Tuy nhiên, việc chải răng sau ăn của cả 2 nhóm nghiên cứu đều không có sự khác biệt sau can thiệp với $p > 0,05$.

Sau can thiệp, có thể thấy rằng kiến thức, thái độ và thực hành của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu được cải thiện rõ rệt. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Nguyễn Bá Thụ [4] và Phạm Văn Việt [5]. Hầu hết các đối tượng đều hiểu được tầm quan trọng của vệ sinh răng miệng, sự cần thiết của khám răng miệng định kỳ cũng như có ý thức phải làm răng, hàm giả khi mất răng. Như vậy, giáo dục nha khoa đã tạo ra những biến đổi tích cực về hành vi sức khỏe răng miệng, cần mở rộng phạm vi và mức độ can thiệp trong cộng đồng.

IV. KẾT LUẬN

Kiến thức, thái độ, thực hành của nhóm can thiệp được cải thiện rõ rệt sau nghiên cứu. Hiệu

quả can thiệp về kiến thức tăng 80,0%. Hiệu quả can thiệp về chải răng hằng ngày tăng 11,9%. Hiệu quả can thiệp chải răng >2 lần/ngày tăng 75,7%. Hiệu quả can thiệp chải răng >3 phút/lần tăng 95,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- WHO (2015)** Già hóa và sức khỏe ở Việt Nam và khu vực Tây Thái Bình Dương hệ quả chính sách và ưu tiên hành động. Hội thảo chính sách Y tế cho người cao tuổi, Vĩnh Phúc, 02/12/2015.
- Ủy ban quốc gia về người cao tuổi Việt Nam (2016)** Tình hình và kết quả thực hiện công tác người cao tuổi năm 2016. Tình hình và kết quả thực hiện công tác người cao tuổi năm 2016 và phương hướng nhiệm vụ 2017.
- Bệnh viện lao khoa trung ương (2015)** Già hóa dân số - Những thách thức đối với công tác chăm sóc sức khỏe người cao tuổi. Hội thảo chính sách Y tế cho người cao tuổi, Vĩnh Phúc, 02/12/2015.
- Lê Nguyễn Bá Thụ, Trương Mạnh Dũng, Ngô Văn Toàn và cộng sự (2017)** Hiệu quả can thiệp về kiến thức, thái độ, hành vi đối với các bệnh răng miệng ở đối tượng người cao tuổi tại tỉnh Đắk Lắk. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 459. Số 1. Tháng 10/2017. Tr.1-5.
- Phạm Văn Việt (2004)** Nghiên cứu tình trạng nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LƯU HUYẾT NÃO VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN BẤT THƯỜNG LƯU HUYẾT NÃO Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Nguyễn Hồng Hà¹, Nguyễn Ngọc Mẫn Kiều²,
Hứa Ngọc Thanh Tâm², Trần Đỗ Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành để khảo sát đặc điểm lưu huyết não và các yếu tố liên quan đến tình trạng bất thường lưu huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành trên 50 bệnh nhân tăng huyết áp và 50 người khỏe mạnh. **Kết quả:** Định từ chiếm tỷ lệ cao nhất (72%) và sóng phụ

xuất hiện trong 84% trường hợp. Giá trị trung bình của thông số đánh giá cường độ dòng máu não ở bệnh nhân tăng huyết áp thấp hơn và thông số đánh giá trương lực mạch máu não cao hơn người bình thường ($p < 0,05$). Tỷ lệ giảm cường độ ở hệ động mạch cảnh trong, đốt sống – thần nền và não lần lượt là 50%, 48%, 38%, tỷ lệ tăng trương lực mạch máu não ở 3 hệ động mạch này lần lượt là 54%, 58% và 58%. Có tình trạng giảm cường độ dòng máu não ở nhóm tuổi ≥ 60 cao hơn so với nhóm < 60 tuổi, nhóm có rối loạn lipid máu cao hơn so với nhóm không rối loạn lipid máu. Bệnh nhân tăng huyết áp độ III có tình trạng giảm cường độ dòng máu não và tăng trương lực mạch máu não cao hơn so với tăng huyết áp độ I. **Kết luận:** Bệnh nhân tăng huyết áp có tình trạng giảm cường độ dòng máu não và tăng trương lực mạch máu não so với người bình thường.

Từ khóa: lưu huyết não, tăng huyết áp.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hà

Email: nhha@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2022

Ngày duyệt bài: 4.4.2022

SUMMARY**RHEOENCEPHALOGRAPHY PROPERTIES AND SOME RELATIVE FACTORS OF THE ABNORMAL RHEOENCEPHALOGRAPHY IN HYPERTENSIVE PATIENTS**

Objectives: The aim of the study was to determine rheoencephalography parameters and some relative factors of abnormal rheoencephalography in patients with hypertension. **Materials and methods:** A cross-sectional study was carried out in 50 hypertensive patients and 50 healthy ones. **Results:** The results showed that the crest obtuse wave was 72% and the crest auxiliary wave was 84%. The intensity of cerebral blood flow in hypertensive patients was less than that in normal people ($p < 0,05$). The parameters showed that cerebral blood pressure in hypertensive patients was higher than that in healthy people ($p < 0,05$). In hypertensive patients, the rates of patients who had decreased cerebral blood flow in their arteries were 50%, 48%, and 38%, respectively. The rates of patients who had decreased cerebral blood pressure in their arteries were 54%, 58%, and 58%, respectively. The decreased cerebral blood flow rate in patients who are over 60 years old with dyslipidemia is higher than in the others. Patients with grade III hypertension have a higher decrease in cerebral blood flow intensity and the increased cerebral blood pressure rate compared with grade I hypertension. **Conclusions:** The decreased cerebral blood flow and the increased cerebral blood pressure in hypertensive patients are higher than that in normal people.

Keywords: rheoencephalography, hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một bệnh rất thường gặp trong cộng đồng. Tăng huyết áp thúc đẩy quá trình xơ vữa động mạch não nói chung, đặc biệt gây xơ vữa và hẹp hệ thống động mạch nền sọ [6]. Hiện nay, có nhiều phương pháp đánh giá tình trạng mạch máu não, được kể đến như siêu âm doppler đánh giá tình trạng động mạch cảnh đoạn ngoài sọ, điện não đồ và lưu huyết não đồ đánh giá tình trạng tuần hoàn trong sọ.

Lưu huyết não đồ là một phương pháp thăm dò chức năng nhằm đánh giá tình trạng tuần hoàn não đơn giản và không nguy hiểm cho người bệnh. Phương pháp này phản ánh trung thành tình trạng mạch máu não và dung lượng máu được đưa tới nuôi dưỡng các khu vực não.

Việc phát hiện sớm những biến chứng cơ quan đích, đặc biệt là biến chứng mạch máu não là cần thiết góp phần tiên lượng bệnh và lựa chọn chiến lược điều trị, dự phòng ở bệnh nhân tăng huyết áp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu

được tiến hành trên 50 bệnh nhân tăng huyết áp và 50 người khỏe mạnh với phương pháp chọn mẫu thuận tiện tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ từ tháng 5/2019 đến tháng 5/2020.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân THA theo tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO/ISH (2003) với HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đang trong tình trạng bệnh nặng cần cấp cứu và hồi sức, bệnh nhân không hợp tác, không thể nghe và trả lời phỏng vấn.

- **Tiêu chuẩn chọn nhóm chứng:** Những người đến khám sức khỏe tổng quát tại bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ, có độ tuổi và giới tính tương đồng so với nhóm bệnh, không có các triệu chứng của bệnh THA, không có các bệnh lý tim mạch và các xét nghiệm máu trong giới hạn bình thường.

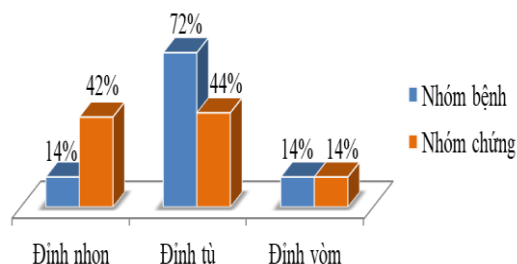
2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Cỡ mẫu được tính toán theo công thức ước lượng một tỷ lệ.

- Công cụ nghiên cứu: Máy đo lưu huyết não VasoScreen 5000 – MEDIS (Đức)

- Phương pháp thu thập số liệu: Tiến hành đo lưu huyết não ở 3 chuyển đạo nhằm đánh giá tình trạng tuần hoàn của 3 hệ động mạch: ĐM cảnh trong, ĐM đốt sống-thân nền và hệ ĐM não.

2.3. Xử lý số liệu. Dữ liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Excel 2010 và SPSS 18.0, mức ý nghĩa 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm lưu huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp****3.1.1. Hình dạng sóng lưu huyết não**

Biểu đồ 3.1. Phân bố hình dạng đỉnh sóng ở nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Đỉnh sóng tù chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm bệnh với 72% và ở nhóm chứng với 44%. Tỷ lệ đỉnh tù ở nhóm bệnh cao hơn ở nhóm chứng ($p < 0,05$).

Bảng 3.1. Phân bố hình dạng sóng phụ ở nhóm nghiên cứu

Sóng phụ	Nhóm bệnh		Nhóm chứng		p	
	n	%	n	%		
Không	8	16	3	6	0,11	
Có	Chung	42	84	47	94	0,11
	Sát đỉnh	34	80,9	24	51,1	0,043
	1/3 giữa	8	9,1	19	40,4	0,013
	1/3 dưới	0	0	4	8,5	0,117 (Fisher)
Tổng	50	100%	50	100%		

Nhận xét: Ở nhóm bệnh, có 84% trường hợp có xuất hiện sóng phụ, tương đương với nhóm chứng với 94% ($p > 0,05$). Tỷ lệ phân bố sóng phụ sát đỉnh ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.1.2. Các thông số đánh giá tương lực mạch máu não

Bảng 3.2. Giá trị trung bình của các thông số đánh giá tương lực mạch máu não ở chuyển đạo trán – chũm

Thông số	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	P
Thời gian đỉnh (ms)	205,71±38,11	196,08±22,12	0,11
Chỉ số mạch (%)	26,61±3,85	25,05±2,20	0,005
Độ rộng đỉnh (ms)	77,40±16,89	76,62±7,75	0,732
Thời gian truyền (ms)	110,68±16,46	118,40±15,15	0,01

Nhận xét: Ở nhóm bệnh, giá trị trung bình của chỉ số mạch cao hơn và thời gian truyền thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Giá trị trung bình của các thông số đánh giá tương lực mạch máu não ở chuyển đạo chũm – chẩm

Thông số	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	P
Thời gian đỉnh (ms)	214,38±38,46	199,78±25,24	0,02
Chỉ số mạch (%)	27,66±3,83	25,38±2,90	0,001
Độ rộng đỉnh (ms)	81,11±10,48	77,76±12,51	0,11
Thời gian truyền (ms)	109,88±16,79	115,56±15,38	0,059

Nhận xét: Giá trị trung bình của thời gian đỉnh, chỉ số mạch ở nhóm bệnh cao hơn ở nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Giá trị trung bình của các thông số đánh giá tương lực mạch máu não ở chuyển đạo trán – chẩm

Thông số	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	P
Thời gian đỉnh (ms)	209,37±35,31	197,92±27,98	0,058
Chỉ số mạch (%)	26,94±3,57	25,28±2,18	0,002
Độ rộng đỉnh (ms)	80,33±14,15	77,74±12,48	0,298
Thời gian truyền (ms)	108,38±15,70	117,28±17,04	0,003

Nhận xét: Ở nhóm bệnh, giá trị trung bình của chỉ số mạch cao hơn và thời gian truyền thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng bất thường lưu huyết não trên bệnh nhân tăng huyết áp

3.2.1. Liên quan với tuổi

Bảng 3.5. Liên quan giữa tuổi và tình trạng giảm cường độ dòng máu não

Nhóm tuổi	Cường độ dòng máu não		Tổng	OR (CI 95%)	p χ^2
	Giảm	Bình thường			
Chuyển đạo trán – chũm					
≥ 60 tuổi	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)	4,12 (0,96-17,70)	p=0,047 $\chi^2=3,94$
< 60 tuổi	16 (42,1%)	22 (57,9%)	38 (100%)		
Chuyển đạo chũm – chẩm					
≥ 60 tuổi	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)	4,60 (1,06-19,79)	p=0,032 $\chi^2=4,61$
< 60 tuổi	15 (39,5%)	23 (60,5%)	38 (100%)		
Chuyển đạo trán – chẩm					
≥ 60 tuổi	6 (50%)	6 (50%)	12 (100%)	1,92 (0,51-7,16)	p=0,496 (Fisher) $\chi^2=0,96$
< 60 tuổi	13 (34,2%)	25 (65,8%)	38 (100%)		

Nhận xét: Ở ba chuyển đạo, bệnh nhân ≥ 60 tuổi có tỷ lệ giảm cường độ dòng máu não cao hơn lần lượt gấp 4,12; 4,6 và 1,92 lần nhóm < 60 tuổi, trong đó sự khác biệt ở chuyển đạo trán – chũm và chũm – chẩm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.6. Liên quan giữa tuổi và tình trạng tăng trưởng lực mạch máu não

Nhóm tuổi	Trưởng lực mạch máu não		Tổng	OR (CI 95%)	p χ^2
	Tăng	Bình thường			
Chuyển đạo trán – chũm					
≥ 60 tuổi	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)	3,33 (0,77-14,26)	p=0,094 $\chi^2=2,80$
< 60 tuổi	18 (47,4%)	20 (52,6%)	38 (100%)		
Chuyển đạo chũm – chẩm					
≥ 60 tuổi	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)	2,70 (0,63-11,55)	p=0,171 $\chi^2=1,87$
< 60 tuổi	20 (52,6%)	18 (47,4%)	38 (100%)		
Chuyển đạo trán – chẩm					
≥ 60 tuổi	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)	2,70 (0,63-11,55)	p=0,171 $\chi^2=1,87$
< 60 tuổi	20 (52,6%)	18 (47,4%)	38 (100%)		

Nhận xét: Ở ba chuyển đạo, tỷ lệ tăng trưởng lực mạch máu não ở nhóm ≥ 60 tuổi lần lượt gấp 3,33; 2,7 và 2,7 lần nhóm còn lại, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.2 Liên quan với mức độ tăng huyết áp

Bảng 3.7. Liên quan giữa mức độ THA và thông số đánh giá cường độ dòng máu não ở chuyển đạo trán – chũm

Thông số	Độ I (1) (n=15)	Độ II (2) (n=23)	Độ III (3) (n=12)	p
Tỷ số trở kháng (p.m)	1,09 \pm 0,31	0,94 \pm 0,28	0,67 \pm 0,21	p12=0,154; p23=0,001 p13<0,001
Tỷ số độ dốc (p.m/s)	11,56 \pm 3,34	10,20 \pm 3,86	7,6 \pm 2,98	p12=0,364; p23=0,022 p13=0,001
Lưu lượng máu não (%/phút)	26,24 \pm 7,99	23,32 \pm 8,55	17,54 \pm 7,79	p12=0,434; p23=0,034 p13=0,002

Nhận xét: Giá trị trung bình của tỷ số trở kháng, tỷ số độ dốc và lưu lượng máu não ở THA độ III thấp hơn THA độ II và độ I ($p < 0,05$).

Bảng 3.8. Liên quan giữa mức độ THA và thông số đánh giá cường độ dòng máu não ở chuyển đạo chũm – chẩm

Thông số	Độ I (1) (n=15)	Độ II (2) (n=23)	Độ III (3) (n=12)	p
Tỷ số trở kháng (p.m)	1,02 \pm 0,24	0,90 \pm 0,33	0,64 \pm 0,24	p12=0,315; p23=0,004 p13<0,001
Tỷ số độ dốc (p.m/s)	11,01 \pm 4,30	9,15 \pm 3,63	8,06 \pm 2,93	p12=0,189; p23=0,528 p13=0,023
Lưu lượng máu não (%/phút)	24,62 \pm 10,63	20,68 \pm 7,66	17,46 \pm 7,24	p12=0,250; p23=0,366 p13=0,017

Nhận xét: Giá trị trung bình của tỷ số trở kháng, tỷ số độ dốc và lưu lượng máu não ở THA độ III giảm so với THA độ I, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.9. Liên quan giữa mức độ THA và thông số đánh giá cường độ dòng máu não ở chuyển đạo trán – chẩm

Thông số	Độ I (1) (n=15)	Độ II (2) (n=23)	Độ III (3) (n=12)	p
Tỷ số trở kháng (p.m)	1,03 \pm 0,23	0,87 \pm 0,24	0,72 \pm 0,24	p12=0,06; p23=0,062 p13<0,001
Tỷ số độ dốc (p.m/s)	11,14 \pm 3,14	9,52 \pm 3,36	7,88 \pm 2,95	p12=0,187; p23=0,159 p13=0,003
Lưu lượng máu não (%/phút)	25,33 \pm 8,16	21,00 \pm 6,56	17,29 \pm 6,91	p12=0,098; p23=0,158 p13=0,001

Nhận xét: Giá trị trung bình của tỷ số trở kháng, tỷ số độ dốc và lưu lượng máu não ở THA độ III thấp hơn THA độ I, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lưu huyết não

Hình dạng sóng lưu huyết não. Nghiên

cứu của chúng tôi cho thấy ở các bệnh nhân THA, đỉnh tù chiếm tỷ lệ cao nhất với 72%, đỉnh vòm và đỉnh nhọn cùng chiếm 14% và sóng phụ gặp trong 84% trường hợp, trong đó chủ yếu là ở sát đỉnh (80,9%), không gặp ở 1/3 dưới. Khi so sánh với nhóm chứng, kết quả của chúng tôi ghi nhận nhóm chứng có tỷ lệ đỉnh tù thấp hơn với 44%, trong khi tỷ lệ xuất hiện sóng phụ tương đương với 94%, chủ yếu nằm ở 1/3 giữa (40,4%).

Trong nghiên cứu của Lê Thị Thùy Trang trên 50 bệnh nhân THA, đỉnh tù thường gặp nhất với tỉ lệ 54%, sóng phụ xuất hiện trong 56% trường hợp với vị trí sát đỉnh là 60,7%, ở 1/3 giữa là 28,6% và 1/3 dưới là 10,7%. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi đỉnh tù là dạng sóng thường gặp nhất, sóng phụ đều xuất hiện trên 50% trường hợp và thường nằm sát đỉnh, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đỉnh tù và xuất hiện sóng phụ cao hơn. Nguyên nhân có thể do trong nghiên cứu của Lê Thị Thùy Trang, có đến 34% bệnh nhân ở lứa tuổi 70-79, theo đó ở người bình thường ở lứa tuổi trên 60, sóng phụ thường mờ và rất khó xác định [7].

4.1.1. Các thông số đánh giá cường độ dòng máu não. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh có giá trị trung bình của tỷ số trở kháng, tỷ số độ dốc và ABF ở ba chuyển đạo trán – chũm, chũm – chẩm và trán – chẩm ở đều thấp hơn và tỷ lệ bất thường các thông số này đều cao hơn so với nhóm chứng. Kết quả này cho thấy, ở bệnh nhân THA, có tình trạng giảm cường độ dòng máu qua hệ ĐM cảnh trong, ĐM đốt sống – thân nền và ĐM não.

Theo nghiên cứu của Lê Thị Thùy Trang, ở chuyển đạo trán – chũm có tỷ số trở kháng là $0,73 \pm 0,32$ p.m, tỷ số độ dốc là $9,45 \pm 3,29$ p.m/s, ABF là $17,54 \pm 7,79$ p.m/s và chuyển đạo chũm – chẩm có tỷ số trở kháng là $0,78 \pm 0,35$ p.m, tỷ số độ dốc là $9,67 \pm 2,97$ p.m/s, ABF là $17,32 \pm 7,83\%$ /min [7]. Giá trị trung bình của các thông số này thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể do sự khác biệt về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

4.1.2. Các thông số đánh giá trương lực mạch máu não. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở bệnh nhân THA, chỉ số mạch tăng và thời gian truyền ngắn lại ở hệ ĐM cảnh trong và ĐM não, trong khi thời gian đỉnh và chỉ số mạch tăng ở hệ ĐM đốt sống – thân nền so với nhóm chứng. Theo đó, tỷ lệ bất thường về chỉ số mạch và thời gian truyền ở nhóm bệnh cao hơn ở nhóm chứng, trong khi tỷ lệ bất thường về độ rộng đỉnh và thời gian đỉnh không có sự khác

biệt giữa hai nhóm.

Kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thùy Trang cho thấy ở bệnh nhân THA, thời gian đỉnh và độ rộng đỉnh kéo dài, còn thời gian truyền ngắn hơn so với người bình thường. [7]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi khi ghi nhận có sự tăng thời gian đỉnh và độ rộng đỉnh, trong khi thời gian truyền giảm ở bệnh nhân THA, phản ánh tình trạng tăng trương lực mạch máu não.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng bất thường lưu huyết não trên bệnh nhân tăng huyết áp

4.2.1. Tình trạng bất thường lưu huyết não. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có giảm cường độ dòng máu não ở ĐM cảnh trong là 50%, ĐM đốt sống – thân nền là 48% và ĐM não là 38%. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng trương lực mạch máu não ở 3 hệ ĐM trên lần lượt là 54%, 58% và 58%. Nghiên cứu của Lâm Tiên Uyên thực hiện trên bệnh nhân ĐTĐ cho thấy có đến 80% có XVĐM não [8]. Dù nghiên cứu được thực hiện trên 2 đối tượng khác nhau, nhưng nhìn chung đều có sự biến đổi mạch máu não ở 2 nhóm bệnh nhân và được phản ánh qua tình trạng bất thường lưu huyết não.

4.2.2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng bất thường lưu huyết não

Tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tình trạng giảm cường độ dòng máu qua ĐM cảnh trong và ĐM đốt sống – thân nền ở những bệnh nhân THA từ 60 tuổi trở lên so với nhóm còn lại, trong khi chưa tìm thấy sự khác biệt về trương lực mạch máu não giữa hai nhóm tuổi trên. Trên REG có các biến đổi rõ rệt: Thời gian nhánh lên kéo dài, chỉ số mạch tăng $>25\%$, sóng phụ xuất hiện rất kém và hầu hết nằm sát đỉnh cực đại, đỉnh sóng REG thường có dạng phẳng, biên độ REG giảm rõ [5].

Mức độ tăng huyết áp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, về các thông số đánh giá cường độ dòng máu não, tỷ số trở kháng, tỷ số độ dốc và ABF ở hệ ĐM cảnh trong, ĐM đốt sống – thân nền và ĐM não ở bệnh nhân THA độ III giảm so với THA độ I. Trong các thông số đánh giá trương lực mạch máu não, ở ĐM cảnh trong có chỉ số mạch tăng dần và thời gian truyền giảm dần từ THA độ I đến độ III và sự khác biệt giữa THA độ I và độ III là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tác giả Lê Thị Thùy Trang đã thực hiện so sánh sự thay đổi REG trong các giai đoạn THA. Về các thông số đánh giá cường độ dòng máu não, tỷ số trở kháng, tỷ số độ dốc và ABF tăng dần từ THA độ I đến độ III ở cả hai chuyển đạo trán – chũm và chũm – chẩm [7]. Về các thông

số đánh giá trương lực mạch máu não, thời gian đỉnh tăng dần và thời gian truyền giảm dần từ THA độ I đến độ III ở cả hai chuyển đạo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Thùy Trang khi cho thấy có sự giảm dần cường độ dòng máu và tăng dần độ cứng thành mạch ở cả ĐM cảnh trong và ĐM đốt sống – thân nền theo mức độ nặng của THA.

Tổn thương mạch máu nói chung trong đó có mạch máu não có sự khác biệt rõ giữa hai giai đoạn I và III của bệnh THA, độ I thành mạch vẫn còn đàn hồi tốt trong khi đó độ III thành mạch đã xơ cứng đàn hồi kém. Một khi thành mạch bị tổn thương sẽ dẫn đến giảm cường độ dòng máu não, biểu hiện bằng tỷ số trở kháng, tỷ số độ dốc và ABF sẽ giảm dần từ THA độ I đến độ III. Cùng với đó, THA càng nặng thì độ đàn hồi của thành mạch càng giảm, trương lực mạch máu não càng tăng, dẫn đến thời gian đỉnh, độ rộng đỉnh càng kéo dài, chỉ số mạch tăng và thời gian truyền ngắn lại [5].

V. KẾT LUẬN

- Hình dạng sóng: đỉnh tù chiếm tỷ lệ cao nhất (72%). Sóng phụ xuất hiện trong 84% trường hợp, trong đó 80,9% nằm sát đỉnh, không gặp ở 1/3 dưới.

- Tỷ lệ giảm cường độ ở hệ động mạch cảnh trong, đốt sống – thân nền và não lẫn lượt là 50%, 48%, 38%, tỷ lệ tăng trương lực mạch máu não ở 3 hệ động mạch này lần lượt là 54%, 58% và 58%.

- Bệnh nhân tăng huyết áp độ III có tình trạng giảm cường độ dòng máu não và tăng trương lực mạch máu não cao hơn so với tăng huyết áp độ I.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2 (2015)**, Tài liệu chuyển giao gói kỹ thuật đề án 1816 kỹ thuật đo, đọc lưu huyết não, Đồng Nai.
2. **Phan Trung Nam (2006)**, Nghiên cứu các thông số lưu huyết não và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân tai biến mạch máu não, Trường Đại học Y dược Huế, 19-39.
3. **Trần Văn Sang (2013)**, Nghiên cứu tình hình, các yếu tố liên quan và sự tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại huyện An Phú, An Giang, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
4. **Đào Phong Tân (1993)**, Chức năng tuần hoàn não và lưu huyết não ở lứa tuổi, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. **Đào Phong Tân; Trần Lê Minh; Phạm Khuê; Đoàn Yên (1998)**, "Giá trị chẩn đoán của lưu huyết não và điện não đồ trong thiếu năng tuần hoàn não", Tạp chí Y học thực hành, số 2(273), pp. 19-22.
6. **Nguyễn Xuân Thản (2008)**, "Ghi lưu huyết não", Các phương pháp chẩn đoán bổ trợ về thần kinh, Nhà xuất bản Y học, pp. 172-188.
7. **Lê Thị Thùy Trang (2009)**, Nghiên cứu sự thay đổi lưu huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y dược Huế.
8. **Lâm Tiên Uyên (2017)**, Nghiên cứu đặc điểm thông số lưu huyết não và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2016 – 2017, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA TRÀN DỊCH NÃO CẤP TRONG CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN

Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Đào Ngọc Minh⁴, Nguyễn Công Hoàng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trần dịch não cấp là một trong những biến chứng nguy hiểm của chảy máu dưới nhện. Hiện nay ở Việt Nam cũng như trên thế giới chưa có nhiều công trình nghiên cứu sâu về Trần dịch não cấp sau chảy máu dưới nhện. **Mục tiêu:** Nghiên

cứu đặc điểm lâm sàng của tràn dịch não cấp trong chảy máu dưới nhện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 61 bệnh nhân chảy máu dưới nhện có biến chứng tràn dịch não cấp điều trị tại Trung tâm Thần kinh, bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu có nam giới chiếm 55,7%. Tuổi: dưới 50 tuổi (24,5%), 50-59 (36,1%), trên 59 tuổi (39,4%). Tiền sử: Tăng huyết áp 31%. Thời gian nhập viện: Ngày thứ nhất 21,3%, ngày thứ 2-3: 50,8%, ngày thứ 4-7: 27,9%. Triệu chứng khởi phát: Tất cả đều có đau đầu, gáy cứng, Kernig; nôn và buồn nôn 82%; tăng huyết áp 59%. Giai đoạn toàn phát: Đau đầu 96,7%, buồn nôn và nôn 91,8%, táo bón 37,7%, gáy cứng 100%, Kernig 100%, rối loạn ý thức 36,1%, rối loạn cơ tròn 62,3%, triệu chứng thần kinh khu trú 67,2%, co giật 3,3%. **Kết luận:** Bệnh có xu hướng tăng theo tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là các biểu hiện của hội

¹Trung tâm Thần kinh Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia HN

⁴Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhai@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 7.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2022

Ngày duyệt bài: 1.4.2022