

của chúng cho thấy chỉ có 38,3% bà mẹ cho trẻ ăn dặm sau 6 tháng. Điều này có thể do sự hiểu biết về bú hoàn toàn và cho trẻ ăn dặm của bà mẹ còn rất kém, khi được hỏi về bú hoàn toàn đa số bà mẹ đều nhầm lẫn với thời gian cai sữa cho trẻ, sau khi được giải thích về cho bú hoàn toàn các bà mẹ biết rằng cho bú hoàn toàn càng nhiều càng tốt nhưng các bà mẹ ở nghiên cứu này chủ yếu làm nông nghiệp và nghề thủ công tại nhà, rất ít bà mẹ làm công nhân viên chức vì vậy họ không có thời gian nghỉ để kéo dài, họ muốn cho trẻ ăn dặm sớm để có thể đi làm sớm hơn. Về thời gian cai sữa cho trẻ, có 53,8% bà mẹ cho trẻ cai sữa từ 18-24 tháng, có 46,2% bà mẹ cho trẻ cai sữa dưới 18 tháng. Thực hành vệ sinh bàn tay thực sự quan trọng trong việc phòng tiêu chảy. Tuy nhiên tỷ lệ thực hành về vệ sinh cá nhân bàn tay của bà mẹ còn thấp chỉ có 34,7% đạt, tỷ lệ bà mẹ thực hành vệ sinh cá nhân cho trẻ cũng còn thấy 32,9%. Việc bổ sung vi chất và phòng bệnh bằng vắc xin đã được bà mẹ thực hiện với 71,3% bà mẹ uống vitamin A sau sinh, 67,1% trẻ được uống vitamin A, tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ của trẻ rất cao 96,3%, tuy nhiên trẻ được uống phòng Rotavirus thì vẫn còn rất thấp 35,6%. Tỷ lệ bà mẹ thực hành tiêm phòng và uống vitamin A khá cao do sự hoạt động tích cực của nhân viên y tế thôn bản trong việc giám sát, nhắc nhở các bà mẹ đến trạm y tế theo đúng lịch tiêm phòng. Do sự hiểu biết bà mẹ về vắc xin phòng rotavirus còn thấp cùng với giá của viên uống phòng Rotavirus khá cao vì vậy tỷ lệ trẻ được uống phòng khá thấp.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức chung của bà mẹ về bệnh tiêu chảy: 87,5% bà mẹ trả lời đúng biểu hiện bệnh tiêu chảy, bà mẹ nhận biết nguyên nhân gây bệnh còn thấp 57,4%, có 28,2% bà mẹ trả lời đạt về nhận biết hậu quả bệnh tiêu chảy.

Kiến thức của bà mẹ về phòng bệnh tiêu chảy cho trẻ: 57,4% bà mẹ trả lời đạt.

Thực hành của bà mẹ phòng tiêu chảy đạt chiếm 52,8%, còn lại 47,2% là chưa đạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Tuấn, Phạm Duy Tường. Chế độ dinh dưỡng cho trẻ 6-24 tháng tuổi bị tiêu chảy cấp tại cộng đồng. Tạp chí y học thực hành; 2002; 10:28-30.
2. Ahmed SF, Farheen A, Muzaffar A, Mattoo GM. Prevalence of Diarrhoeal Disease, its Seasonal and Age Variation in under- fives in Kashmir, India. Int J Health Sci (Qassim). Jul 2008;2(2):126-133.
3. Trung tâm y tế dự phòng huyện Hoài Đức. Báo cáo hoạt động y tế năm 2012, phương hướng nhiệm vụ năm 2013. 2013.
4. Trung tâm y tế dự phòng huyện Hoài Đức. Báo cáo hoạt động y tế năm 2013, phương hướng nhiệm vụ năm 2014. 2014.
5. Nguyễn Thị Thanh Ngọc. Kiến thức, thực hành về phòng và xử trí tiêu chảy của bà mẹ có con dưới 2 tuổi tại phường Phúc Xá, Ba Đình, Hà Nội năm 2010; Tạp chí y học dự phòng; 2010; 122(4):61-67.
6. Nguyễn Quang Vinh. Kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ và một số yếu tố liên quan trong phòng-xử trí bệnh tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Đắk Hà tỉnh Kon Tum. Tạp chí Y tế công cộng; 2007; 4(9):45-50.
7. Bộ Y Tế. Kế hoạch hành động vì sự sống còn của trẻ em giai đoạn 2009-2015. Nhà xuất bản Y học; 2009.
8. Phan Thị Bích Ngọc. Nghiên cứu tình hình tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Nghĩa An, huyện Tư Nghĩa, tỉnh Quảng Ngãi năm 2007. Tạp chí y học thực hành; 2009; 644+645(2):17-20.

NHỊP SINH HỌC HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP II

Cao Trường Sinh*

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá sự biến đổi các thông số huyết áp lưu động 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường typ II để cung cấp thông tin cho quá trình điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** 31 bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường typ II, 19 nam, 12 nữ, tuổi trung bình 63,71 ±6,9 năm, đồng ý

tham gia nghiên cứu. Tất cả được đo huyết áp lưu động 24 giờ (ABPM) với khoảng cách đo 30 phút/lần vào ban ngày từ 6 AM đến 10 PM và 60 phút/lần vào ban đêm từ 10PM đến 6 AM ngày hôm sau. **Kết quả:** Huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường typ II dao động nhiều trong ngày, độ lệch chuẩn > 19.3 mmHg đối với huyết áp tâm thu và > 11.4 đối với huyết áp tâm trương. Tỷ lệ không trúng huyết áp ban đêm- nondipper ở mức cao đến 74.3%. Tỷ lệ quá tải huyết áp nặng ở mức cao 74.2% đối với huyết áp tâm thu và 38.7% đối với huyết áp tâm trương. Tỷ lệ vọt huyết áp sáng sớm ở mức cao 64.5%. **Kết luận:** Huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường typ II dao động nhiều trong ngày, độ lệch chuẩn cao, có nhiều đỉnh cao

*Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 5.5.2022

trong 24h, cùng với tỷ lệ cao có vệt huyết áp sáng sớm là nguy cơ cao biến cố tim mạch. Cần phải kiểm soát tốt huyết áp và đường huyết để đề phòng các biến chứng.

SUMMARY

CIRCADIAN RHYTHM OF BLOOD PRESSURE IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS

Aim: To evaluate the variation of 24-hour ambulatory blood pressure parameters in hypertensive patients with type II diabetes to provide information for the treatment. **Objects and methods:** 31 hypertensive patients with type II diabetes, 19 men, 12 women, mean age 63.71 ± 6.9 years, agreed to participate in the study. All were measured 24-hour ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) with a measuring interval every 30 minutes during the daytime from 6 AM to 10 PM and 60 minutes at nighttime from 10 PM to 6 AM the next day. **Results:** Blood pressure in hypertensive patients with type II diabetes fluctuated widely during 24h, standard deviation > 19.3 mmHg for systolic blood pressure and > 11.4 for diastolic blood pressure. The rate of nondipper was as high as 74.3%. The prevalence of severe BP overload was as high as 74.2% for systolic blood pressure and 38.7% for diastolic blood pressure. The rate of early morning surge of blood pressure was as high as 64.5%. **Conclusion:** Blood pressure in hypertensive patients with type II diabetes fluctuates a lot during in 24h, high standard deviation, multiple peaks in 24 hours, together with a high rate of early morning surge is a high risk factor of cardiovascular events. It is necessary to control well the blood pressure and glucosemia to prevent the complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một gánh nặng bệnh tật toàn cầu, là nguyên nhân gây tử vong và tàn phế đứng sau bệnh ung thư và tim mạch. Ước tính có khoảng 1,4 tỷ người có tăng huyết áp và ít nhất 10 triệu người tử vong liên quan đến tăng huyết áp vào năm 2015 [1].

Bên cạnh tăng huyết áp, đái tháo đường là bệnh lý nội tiết chuyển hóa mang tính toàn cầu trở thành nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư ở các nước phát triển và được xếp vào nhóm bệnh không lây phát triển nhanh nhất thế giới [2]. Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới WHO tới năm 2025 trên thế giới sẽ có khoảng 300 đến 330 triệu người mắc đái tháo đường, chiếm 5,4% dân số toàn cầu [2].

Tăng huyết áp và đái tháo đường là hai bệnh ngày càng phổ biến, tiến triển có thể độc lập hoặc có mối liên quan với nhau. Tăng huyết áp là yếu tố làm tăng mức độ nặng của đái tháo đường, ngược lại đái tháo đường cũng làm cho tăng huyết áp trở nên khó điều trị hơn. [2].

Diễn biến huyết áp trong ngày của bệnh nhân

tăng huyết áp có đái tháo đường thường không ổn định, do vậy việc kiểm soát huyết áp khó đạt mục tiêu. Mặt khác một số bệnh nhân được theo dõi huyết áp hàng ngày nhưng sử dụng bằng máy đo huyết áp đồng hồ hay máy điện tử đo cổ tay chỉ đo được một số thời điểm trong ngày, không phản ánh đầy đủ diễn biến huyết áp bệnh nhân. Do vậy đo huyết áp lưu động 24 giờ ghi lại được biến đổi huyết áp trong ngày, phản ánh huyết áp đầy đủ, trung thực hơn để cung cấp thông tin cho việc dùng thuốc thích hợp nhằm kiểm soát huyết áp cho bệnh nhân cũng như giảm thiểu các biến cố nguy hiểm. Với lý do đó chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục đích đánh giá sự biến đổi các thông số huyết áp lưu động 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường týp II để cung cấp thông tin cho quá trình điều trị

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. 31 bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường týp II, 19 nam, 12 nữ, tuổi trung bình $63,71 \pm 6,9$ năm, đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán và phân loại tăng huyết áp dựa trên khuyến cáo của Hội tăng huyết áp châu Âu 2018 và Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2017. Bệnh nhân có vòng cánh tay từ 25 cm trở lên đủ to để đeo băng quấn huyết áp. Loại trừ những bệnh nhân có tăng huyết áp cấp cứu, phình tách động mạch chủ và biến chứng cấp tính của đái tháo đường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh thời gian từ tháng 10/2019 đến tháng 5/2020. Tất cả bệnh nhân được đo huyết áp lâm sàng bằng huyết áp kế thủy ngân, sau đó được giải thích thích đầy đủ về lợi ích và được đo huyết áp lưu động 24 giờ (Ambulatory Blood Pressure Monitoring-ABPM) bằng máy Suntech Oscar 2, USA với khoảng cách đo 30 phút/lần vào ban ngày từ 6 AM đến 10 PM và 60 phút /lần vào ban đêm từ 10PM đến 6 AM ngày hôm sau. Trước khi mang máy 1 ngày và trong ngày mang máy bệnh nhân không dùng thuốc hạ huyết áp và được theo dõi thường xuyên nếu xuất hiện cơn tăng huyết áp thì dừng mang máy, xử trí cấp cứu và loại khỏi nghiên cứu.

Ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp trên huyết áp lưu động 24 giờ (ABPM) dựa trên khuyến cáo của Hội tăng Huyết áp châu Âu 2018. Huyết áp trung bình 24h: 130/80 mmHg, trung bình ban ngày: 135/85mmHg; trung bình ban đêm: 120/70mmHg đã được thiết lập trong phần mềm

phân tích huyết áp.

Các biến số nghiên cứu:

- Huyết áp tâm thu (HATT), Huyết áp tâm trương (HATTr), áp lực mạch (Pule Pressure-PP) và tần số tim: trung bình (TB) 24 giờ, TB ngày, TB đêm và từng giờ trong chu kỳ 24 giờ.

- Tỷ lệ trũng, không trũng HA ban đêm (dipper, nondipper)

+ Trũng HA ban đêm (trũng HABĐ-Dipper):

Cả 2 loại TB HATT và TB HATTr ban đêm giảm > 10% so với HA ban ngày.

+ Không trũng HABĐ (nondipper): HATT,

HATTr giảm < 10% so với HA ban ngày

- Tỷ lệ % quá tải HA: là tỷ lệ % số lần đo có HA tăng hơn giới hạn trong 24 giờ, ban ngày, ban đêm. Giá trị bình thường: < 25% [3]

- Vọt HA sáng sớm: Vọt HA sáng sớm được xác định HATT và HATTr tăng lên ít nhất 20/15mmHg tính từ HA thấp nhất trong quá trình ngủ đến trung bình 2 giờ đầu tiên sau khi tỉnh giấc [4]

- THA buổi sáng: HA đo trên ABPM \geq 135/85 mmHg trong giờ đầu tiên sau khi thức giấc [4].

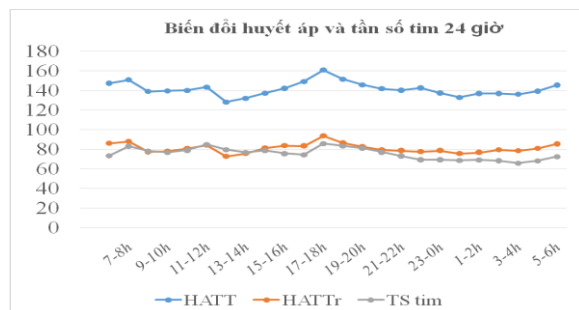
Số liệu được xử lý trên phần mềm Excel 2010 và SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Biến đổi huyết áp và tần số tim theo giờ trong ngày

Bảng 1. Huyết áp và tần số tim theo giờ trong ngày

Giờ	HATT (mmHg)		HATTr (mmHg)		TS tim	
	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$
6-7h	147.35	20.96	86.00	15.20	73.61	11.84
7-8h	150.77	22.67	88.03	14.58	83.26	14.06
8-9h	138.97	21.16	77.35	11.50	78.26	10.77
9-10h	139.58	21.44	77.94	13.92	76.87	14.90
10-11h	140.10	23.46	80.81	13.19	79.13	19.12
11-12h	143.45	26.99	84.13	13.80	84.97	17.18
12-13h	128.35	21.85	72.81	11.43	79.74	14.29
13-14h	132.06	24.29	75.71	12.04	76.97	13.58
14-15h	137.29	24.29	81.45	13.81	78.84	16.21
15-16h	142.06	25.67	83.77	12.72	75.81	11.13
16-17h	149.06	20.64	83.48	14.76	74.68	9.81
17-18h	160.68	21.80	93.68	14.83	85.87	18.51
18-19h	151.42	19.33	86.74	12.75	83.55	13.80
19-20h	145.77	20.63	82.65	13.69	81.23	14.98
20-21h	141.90	21.66	79.32	14.49	77.26	14.78
21-22h	140.32	19.78	78.71	12.73	73.32	12.78
22-23h	142.68	25.04	77.65	15.89	69.48	11.28
23-0h	137.42	27.55	78.65	16.35	69.58	10.60
0-1h	132.97	20.96	75.71	12.72	68.97	10.52
1-2h	137.03	24.24	76.71	14.75	69.29	10.52
2-3h	136.90	23.27	79.55	16.47	68.65	10.63
3-4h	136.16	26.69	78.52	15.36	66.10	9.69
4-5h	139.35	23.74	80.77	16.76	68.35	9.51
5-6h	145.39	25.95	85.48	20.05	72.74	11.52



Biểu đồ 1. Biến đổi HA và TS tim 24 giờ ở người THA có ĐTĐ type 2

HA ở người THA có ĐTĐ type 2: độ lệch chuẩn đối với HATT là > 20mmHg, đối với HATTr > 11mmHg và tần số tim cũng dao động theo HA, độ lệch chuẩn TS tim > 9 lần/phút.

HA cao lên vào các thời điểm 6- 8 giờ, 17-19 giờ. HA xuống thấp vào thời điểm 12-13 giờ, bắt đầu trũng xuống từ 23 giờ, thấp nhất vào 0-1 giờ sáng sau đó tăng dần lên vào lúc 5-6 giờ.

Tần số tim diễn biến tương tự như HA, tăng lên cùng với HATT vào lúc 7-8 giờ sáng, lúc 17-19 giờ sau đó giảm dần và thấp nhất vào lúc 3-4 giờ sáng.

3.2. Tỷ lệ trứng, không trứng huyết áp ban đêm.

Bảng 2. Tỷ lệ BN có trứng, không trứng HA ban đêm chung và theo giới

Biến số	Nam (1)		Nữ (2)		Tổng		p (1-2)
	n	%	n	%	n	%	
Có trứng HABĐ	7	36,8	1	8,3	8	25,8	0,086
Không trứng HABĐ	12	63,2	11	91,7	23	74,2	
Tổng	19	100	12	100	31	100	

Tỷ lệ bệnh nhân không trứng HA ban đêm chiếm tỷ lệ cao 74,2%.

Tỷ lệ bệnh nhân không trứng HABĐ ở nữ là 91,7% cao hơn tỷ lệ bệnh nhân không trứng HABĐ ở nam (63,2%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05)

Bảng 3. Tỷ lệ có trứng, không trứng HA theo độ THA

Biến số	Tổng	Độ I		Độ II		Độ III		p(1-3)
		n	%	n	%	n	%	
Có trứng HABĐ	8	3	50,0	3	23,1	1	14,3	0,483
Không trứng HABĐ	18	3	50,0	10	76,9	6	85,7	
Tổng	26	6	100	13	100	7	100	

Tỷ lệ không giảm huyết áp ban đêm ở THA độ III chiếm tỷ lệ cao nhất 85,7%. Tỷ lệ giảm, không giảm huyết áp ban đêm không khác nhau giữa các độ THA.

3.3. Tỷ lệ quá tải HA

Bảng 4. Tỷ lệ phần trăm quá tải HA theo giới

Quá tải HA	Nam (1)	Nữ (2)	Tổng	P (1-2)
HATT (%)	66,58±28,53	64,83±23,39	65,90±26,26	0,860
HATTr (%)	46,16±32,08	41,17±20,57	44,23±27,91	0,602

Tỷ lệ quá tải huyết áp ở đối tượng nghiên cứu là 65,9% đối với HATT và 44,23% đối với HATTr, HA gần như cao thường xuyên trong ngày. Sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Tỷ lệ phần trăm quá tải HA theo độ THA

Quá tải HA	Độ I	Độ II	Độ III
HATT (%)	38,17 ± 30,77	70,46 ± 22,46	77,86 ± 20,12
HATTr (%)	23,0 ± 28,5	47,62 ± 26,72	65,86 ± 22,63

Tỷ lệ quá tải huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương ở độ III rất cao 77,86% đối với HATT và 65,86% đối với huyết áp tâm trương.

Bảng 6. Tỷ lệ bệnh nhân quá tải HA nặng 24h

Tỷ lệ quá tải	HATT		HATTr	
	n	%	n	%
Quá tải < 50%	8	25,8	19	61,3
Quá tải ≥50%	23	74,2	12	38,7
Tổng	31	100	31	100

Tỷ lệ bệnh nhân có quá tải huyết áp nặng ≥50% chiếm tỷ lệ cao đối với HATT (74,2%) và gần 40% đối với HATTr.

3.4. Tỷ lệ vọt HA sáng sớm và THA buổi sáng

Bảng 7. Tỷ lệ vọt HA sáng sớm và THA buổi sáng

Biến số	Nam(1)		Nữ(2)		Tổng		p(1-2)
	n	%	n	%	n	%	
Có vọt HASS	13	68.4	7	58.3	20	64.5	0.705
THA buổi sáng	12	63.2	4	33.3	16	51.6	0.149

Gần 2/3 số bệnh nhân THA có ĐTĐ type 2 có vọt HA sáng sớm, tỷ lệ có vọt HASS, không vọt HASS giữa nam và nữ khác nhau không có ý nghĩa (p>0,05).

Có trên 50% bệnh nhân có THA buổi sáng, tỷ lệ có THA buổi sáng, không THA buổi sáng không khác nhau giữa nam và nữ (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Biến đổi huyết áp và tần số tim theo thời gian trong ngày. Số liệu ở bảng 1 cho thấy: HATT và HATTr ở người THA có ĐTĐ type 2 thường xuyên > 130/80mmHg ở tất cả các giờ

trong ngày kể cả khi ngủ từ 22h đêm - 6h sáng hôm sau.

Độ lệch chuẩn (SD) tất cả các giờ đều > 20 mmHg đối với HATT và >11 mmHg với HATTr cho thấy HA dao động ở người THA có ĐTĐ type

2. Trong khi đó độ lệch chuẩn giới hạn ở người bình thường theo O'Brien là từ 10-15 mmHg cho TB HA ban ngày và 5-10 mmHg cho TB HA ban đêm ở người THA [5].

Tần số tim thường xuyên > 68 nhịp/phút ở tất cả các giờ trong ngày kể cả ban đêm từ 22h đêm - 6h sáng lúc BN ngủ. Độ lệch chuẩn tất cả các giờ đều >10 nhịp/phút cho thấy nhịp tim ở người THA có ĐTĐ type 2 dao động cùng với HA.

Biểu đồ 1 cho thấy: Huyết áp ở người THA có ĐTĐ type 2 có nhiều đỉnh cao, dao động và nhiều cơn THA trong ngày. Thời điểm 6 - 7h HA tăng lên sau đó tăng lên cao mạnh vào thời điểm 7 - 8h rồi lại hạ xuống vừa phải vào thời điểm 8-10h, tiếp đó HA giảm xuống thấp vào lúc ngủ trưa 12 - 13h, sau đó vào buổi chiều HA vọt lên nhanh cao nhất vào thời điểm 17 - 18h sau đó có giảm xuống rồi lại cao lên vào 22 - 23h, sau đó thấp dần sau 23h khi BN ngủ và thấp nhất vào thời điểm 0-1h sáng rồi lại tăng vọt lên vào sáng sớm 5 - 6h. Như vậy diễn biến HA trong ngày có 5 thời điểm cao và 2 thời điểm thấp vào lúc ngủ.

HA biến đổi theo từng thời gian, chu kỳ thức ngủ, hoạt động, trạng thái tâm lý của cơ thể. Nghiên cứu của Huỳnh Văn Minh và cộng sự tại Đại học Y khoa Huế (2003-2006) cho thấy: ở người bình thường cũng như bệnh nhân THA đơn thuần, HA thay đổi trong ngày theo từng thời điểm, cao nhất vào 9 - 11h sáng, buổi trưa từ 12 - 14h có giảm xuống (do ngủ trưa), buổi chiều lại tăng lên cao nhất vào khoảng 17 - 19h, sau đó bắt đầu giảm từ 22h và thấp nhất 1 - 3h sáng, sau đó từ 5h sáng bắt đầu tăng trở lại và bắt đầu một chu kỳ mới. Nhịp tim trong ngày cũng diễn biến tương tự như HA [6].

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng: Ở người THA có ĐTĐ type 2 huyết áp giống như người bình thường cũng như người THA đơn thuần là có 2 thời điểm cao giống nhau là vào 17 - 19h và 5 - 6 giờ sáng nhưng có các thời điểm tăng khác là tăng cao mạnh vào 7 - 8h sáng, ở người bình thường cũng như người THA đơn thuần huyết áp bắt đầu giảm từ 22h và thấp nhất vào 1-3h sáng nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi huyết áp lại có xu hướng tăng lên vào 22-23h sau đó mới giảm dần và thấp nhất vào 0-1 giờ.

Như vậy qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy HA của người THA có ĐTĐ type 2 có nhiều đỉnh tăng huyết áp trong ngày, có nhiều biến đổi làm mất đi nhịp sinh học bình thường của huyết áp làm tăng các yếu tố nguy cơ tử vong tim mạch nói chung. Đặc điểm này làm thay đổi một số nhịp sinh học HA và sẽ được đề cập dưới đây.

4.2. Tỷ lệ có trứng, không trứng huyết áp

ban đêm. Hiện tượng trứng hay không trứng HABĐ (dipper hay non-dipper) đã được một số nghiên cứu trong nước và ngoài nước đề cập.

Nghiên cứu của Narendra Hiregoudar trên 70 bệnh nhân có THA kèm ĐTĐ typ 2 qua theo dõi huyết áp lưu động 24 giờ thu được kết quả 36,8% có trứng huyết áp ban đêm, tỷ lệ không trứng huyết áp ban đêm là 63,2%; tỷ lệ đảo ngược huyết áp là 11,4% [7]

Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trâm Em trên 100 người bình thường và 52 người THA cho thấy, ở người bình thường tỷ lệ không trứng HABĐ là 61%; ở người THA là 63,5%. Tỷ lệ không trứng HABĐ tăng dần theo độ tuổi ở BN THA [9]

Nghiên cứu của Huỳnh Văn Cận trên 98 bệnh nhân THA nguyên phát chia làm 2 nhóm (54 bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa – nhóm 1, 44 bệnh nhân không có hội chứng chuyển hóa – nhóm 2), kết quả tỷ lệ trứng, không trứng huyết áp ban đêm ở các nhóm lần lượt là: nhóm 1: 29,6% và 63%; nhóm 2: 40,9% và 52% [10].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân không trứng huyết áp ban đêm là 74,2%; trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân có trứng huyết áp ban đêm là 25,8%. Hai tỷ lệ này không khác biệt nhau giữa nam và nữ, giữa các độ THA. THA độ III có tỷ lệ không trứng huyết áp cao chiếm 85,7%.

4.3. Tỷ lệ quá tải huyết áp. Quá tải HA là tỷ lệ số lần đo có THA(HA trên ngưỡng) trong tổng số lần đo tự động trong 24 giờ, chu kỳ ngày, đêm. Quá tải HA là yếu tố nguy cơ tim mạch.

Ở người bình thường tỷ lệ quá tải HA <25% nghĩa là dưới 25% số lần đo có HA cao trên ngưỡng, tỷ lệ >50% là quá tải huyết áp nặng [3]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 4,5,6 cho thấy bệnh nhân bị THA có ĐTĐ typ 2 phần trăm quá tải huyết áp tâm thu là 65,9%; quá tải huyết áp tâm trương là 44,23%; tỷ lệ quá tải huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương ở THA độ III rất cao 77,86% đối với HATT và 65,86% đối với huyết áp tâm trương; nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có quá tải HATT nặng chiếm tỷ lệ cao 67,7%; quá tải HATT nặng chiếm 38,7%.

4.4. Tỷ lệ vọt huyết áp sáng sớm và THA buổi sáng. Vọt huyết áp sáng sớm được xác định khi HATT và HATTtr tăng lên ít nhất 20/15 mmHg tính từ huyết áp thấp nhất trong quá trình ngủ đến trung bình huyết áp 2 giờ đầu tiên sau khi tỉnh giấc [4]. Tăng huyết áp buổi sáng được xác định là HA \geq 135/85 mmHg vào giờ đầu tiên sau khi tỉnh giấc [4]. Vọt huyết áp sáng sớm và THA buổi sáng là yếu tố nguy cơ của đột quỵ não

vào những giờ buổi sáng

Nghiên cứu của Huỳnh Văn Minh và cộng sự cho thấy: ở bệnh nhân có THA đa số có vọt huyết áp sáng sớm (57,9% - 81 bệnh nhân) và THA buổi sáng (74,3% - 104 bệnh nhân). Tỷ lệ vọt huyết áp sáng sớm ở THA độ III cao hơn có ý nghĩa so với độ I và độ II. Tỷ lệ THA buổi sáng ở độ II và độ III cao hơn độ I [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 7 cho thấy: Gần 2/3 số bệnh nhân THA có đái tháo đường có vọt HA sáng sớm, trong đó nam chiếm 41,9%; nữ chiếm 22,6%; sự khác biệt giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường tít II dao động nhiều trong ngày, độ lệch chuẩn cao, có nhiều đỉnh cao trong 24h; cùng với tỷ lệ cao có vọt huyết áp sáng sớm là nguy cơ cao biến cố tim mạch. Cần phải kiểm soát tốt huyết áp và đường huyết để đề phòng các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thomas Unger, Claudio Borghib et al (2020)** International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines, Journal of Hypertension, 38:982-1004, Number 6, June 2020.
2. **Tạ Văn Bình (2007)**, Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường tăng glucose máu, NXB Y

học, Hà Nội,, 523-568.

3. **Niels Gobin et al (2012)**, "Mesure ambulatoire de la pression artérielle sur 24 heures", Forum Medical Suisse. 12, 600-607.
4. **Iqbal. P and Louise Stevenson (2011)**, "Cardiovascular Outcomes in patients with normal and abnormal 24-hour ambulatory blood pressure monitoring", International Journal of Hypertension, Volum 2011: 1-4
5. **Eoin O' Brien ((2007))**, "Is the Case for ABPM as a Routine Investigation in Clinical Practice Not Overwhelming?", Hypertension, . 50, 284- 286.
6. **Huỳnh Văn Minh, Cao Trường Sinh (2015)**, Theo dõi huyết áp lưu động 24 giờ từ nguyên lí đến thực hành, NXB đại học Huế.
7. **Narendra Hiregoudar và cs (2017)**, "Study on ambulatory blood pressure monitoring in type 2 diabetic patients with hypertension", Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare. 4, 2507-2510.
8. **Stevanovic A1 và Dekleva M2 (2017)**, "The importance of subclinical left ventricular dysfunction and blood pressure pattern in asymptomatic type-2 diabetic patients: the diagnostic and prognostic significance of Tissue Doppler parameters, left ventricular global longitudinal strain, and nighttime blood pressure during sleep.", J Diabetes Complications.
9. **Nguyễn Hữu Trâm Em ((2003))**, "Sử dụng kỹ thuật theo dõi HA 24h trong bệnh lý huyết áp", Thời sự Y dược học, 21- 24.
10. **Huỳnh Văn Căn, Nguyễn Đức Công (2011)**, "Nghiên cứu sự biến đổi huyết áp 24 giờ bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có hội chứng chuyển hóa", Y Học TP. Hồ Chí Minh 15.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG CEFAZOLIN TRONG PHẪU THUẬT PHỤ KHOA TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Lê Thị Anh Đào¹, Trương Thị Thanh Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả sử dụng cefazolin trong dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ phẫu thuật phụ khoa tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Phương pháp tiến cứu mô tả cắt ngang trên các bệnh nhân phẫu thuật phụ khoa được điều trị dự phòng cefazolin thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện phẫu thuật nội soi là 92,7% và phẫu thuật mổ mở là 7,3%. Tất cả bệnh nhân không có nhiễm khuẩn vết mổ trong 30 ngày kể từ ngày phẫu thuật. Chi phí

điều trị kháng sinh trung bình/ bệnh nhân ở nhóm dùng kháng sinh dự phòng và điều trị là 287,712 đồng và chi dự phòng là 103,905 đồng. **Kết luận:** Không có bệnh nhân nào được dự phòng cefazolin nhiễm khuẩn vết mổ. Chi phí điều trị kháng sinh ở nhóm dự phòng thấp hơn 2,7 lần so với nhóm kháng sinh điều trị.

Từ khóa: Kháng sinh dự phòng, cefazolin, phẫu thuật phụ khoa

SUMMARY

INITIAL ASSESSMENT OF CEFAZOLIN PROPHYLAXIS IN GYNECOLOGIC SURGERY AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: To evaluate cefazolin prophylaxis for the prevention of surgical site infection at Hanoi obstetrics and gynecology hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study of women underwent gynecological surgical procedures was

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

²Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Anh Đào

Email: leanhdao1610@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2022

Ngày duyệt bài: 5.5.2022