

4. Ferrante, F. Michael; Lu, Louise; Jamison, Stephen B.; Datta, Sanjay (1991). Patient-Controlled Epidural Analgesia. *Anesthesia & Analgesia*, 73(5).
5. Đức NT. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ ung thư trực tràng bằng hỗn hợp bupivacaine và fentanyl qua catheter ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển và truyền liên tục, Trường Đại học Y Hà Nội; 2007.
6. Behera B, Puri G, Ghai B. Patient-controlled epidural analgesia with fentanyl and bupivacaine provides better analgesia than intravenous morphine patient-controlled analgesia for early thoracotomy pain. *Journal of postgraduate medicine*. 2008;54(2):86.
7. Ozalp G, Güner R, Kuru N, Kadiogullari N. Postoperative patient-controlled epidural analgesia with opioid bupivacaine mixtures. *Canadian journal of anaesthesia*. 1998;45(10):938-942.
8. Liu S.S et al. Patient-controlled epidural analgesia with bupivacaine and fentanyl on hospital wards: Prospective experience with 1030 surgical patients. *Anesthesiology*. 1998;88.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY TĂNG HUYẾT ÁP ẨN GIẤU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2020

Vũ Thanh Bình¹, Nguyễn Lê Thủy¹, Trần Thị Nương¹, Lê Đức Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố nguy cơ của tình trạng tăng huyết áp ẩn giấu ở các bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành với 186 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 theo dõi và điều trị tại bệnh viện đại học Thái Bình từ tháng 1-10/2020. **Kết quả nghiên cứu:** Đã phát hiện có 106 bệnh nhân có tình trạng THAAG trong tổng số 186 BN được theo dõi HA 24 giờ. Bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có BMI ≥ 23 , có tiền sử gia đình THA có nguy cơ THAAG cao hơn nhóm BMI < 23 , không có tiền sử gia đình THA (tương ứng OR: 6,9; 95% CI: 3,4 – 14,2 và OR = 5,5; 95% CI: 2,3 – 12,5. Bệnh nhân có chỉ số huyết áp tại phòng khám ở mức tiền THA có nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân có chỉ số HA bình thường với OR = 8,7; 95% CI: 4,4 – 17,5; thời gian phát hiện ĐTĐ > 5 năm có nguy cơ THAAG cao hơn thời gian phát hiện ≤ 5 năm, OR = 2,1; 95% CI: 1,1 – 3,8. Hút thuốc lá, uống rượu bia, rối loạn Lipid máu, tăng uric máu là yếu tố nguy cơ độc lập gây THAAG ở người đái tháo đường (tương ứng OR = 2,1 với 95% CI: 1,1 – 4,0; OR = 2,0 với 95% CI: 1,02 – 4,1; OR = 3,4 với 95% CI: 1,8 – 6,3 và OR = 2,1; 95% CI: 1,01- 4,5. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa giới tính, mức tuổi, protein niệu với tình trạng THAAG. **Kết luận:** BMI ≥ 23 , tiền sử gia đình THA, HA tại phòng khám ở mức tiền THA là những yếu tố nguy cơ của THAAG ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, Tăng huyết áp ẩn giấu, THAAG

Các chữ viết tắt

BMI: Body Mass Index (Chỉ số khối cơ thể)

THA: Tăng huyết áp

THAAG: Tăng huyết áp ẩn giấu

ĐTĐ: Đái tháo đường

SUMMARY

SOME RISK FACTORS ASSOCIATED WITH MASKED HYPERTENSION IN DIABETES TYPE 2 PATIENTS TREATED IN THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2020

Objective: To Identify risk factors associated with masked hypertension (MH) in diabetes type 2 patients treated in Thai Binh Medical University Hospital in 2020. **Subjects and Methods:** a cross-sectional study conducted from Jan - October 2020 in 186 diabetes type 2 patients treated in hospital of Thai Binh University of Medicine and Pharmacy. **Results:** by using APBM, 106 patients were detected having MH among 186 diabetes type 2 patients. Patients with BMI ≥ 23 were more likely having MH higher than patients with BMI > 23 (OR: 6.9; 95% CI: 3.4 – 14.2). MH were more likely to occur in patients who have family history of hypertension (OR = 5.5; 95% CI: 2.3 – 12.5). Patients with high normal clinic BP were more likely to diagnose of MH significantly (OR = 8.7; 95% CI: 4.4 – 17.5). Smoking and drinking patients have higher risk of MH (OR = 2.1; 95% CI: 1.1 – 4.0; OR = 2.0; 95% CI: 1.02 – 4.1, respectively). Patients with history of dyslipidemia have remarkably more risk of MH than normal patients (OR = 3.4; 95% CI: 1.8 – 6.3). Others possible risks of MH included: duration from diabetes diagnosed > 5 years; increasing uric acid. No significant statistical difference associated with MH found, related to gender, age, proteinuria level. **Conclusion:** possible risk of MH in diabetes patients included: BMI ≥ 23 , having family history of hypertension, high normal clinic BP.

Keywords: diabetes type 2, masked hypertension, MH.

¹Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình

Email: binhvt@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 27.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là hai bệnh ngày càng phổ biến ở những nước phát triển, đang phát triển nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Hai bệnh lý này nhìn bên ngoài có vẻ khác biệt nhưng thực tế thường xảy ra trên cùng bệnh nhân ĐTĐ, đặc biệt bệnh nhân ĐTĐ týp 2. Các nghiên cứu gần đây cho thấy rằng tăng huyết áp ẩn giấu (THAAG) gây tổn thương cơ quan đích: dày thất trái, rối loạn chức năng tâm trương, dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh, đạm niệu và là một trong các yếu tố nguy cơ tim mạch so với bệnh nhân có huyết áp bình thường thực sự. Với mục đích phát hiện THAAG và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của THAAG để từ đó tiên lượng và điều trị kịp thời tình trạng THA ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 186 bệnh nhân

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa giới tính, tuổi, BMI với tình trạng THAAG

Huyết áp		Không THAAG		THAAG		OR	95% CI
		SL	%	SL	%		
Giới tính	Nam	31	40,3	46	59,7	0,8	0,5 – 1,5
	Nữ	49	45,0	60	55,0		
BMI (kg/m ²)	< 23	67	59,8	45	40,2	6,9	3,4 – 14,2
	≥ 23	13	17,6	61	82,4		
Nhóm tuổi (tuổi)	< 60	23	39,7	39	62,9	0,7	0,4 – 1,3
	≥ 60	57	46,0	67	54,0		

Bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có BMI ≥ 23 nguy cơ THAAG lớn hơn bệnh nhân bệnh nhân có BMI < 23 với OR: 6,9; 95% CI: 3,4 – 14,2. Không có mối liên quan giữa giới tính và mức tuổi giữa 2 nhóm bệnh nhân THAAG với không THAAG (p > 0,05).

Bảng 2. Mối liên quan giữa một số yếu tố về tiền sử với THAAG (n = 186)

Tiền sử		Huyết áp		Không THAAG		THAAG		OR	95% CI
		SL	%	SL	%				
Hút thuốc	Không	62	48,4	66	51,6	2,1	1,1 – 4,0		
	Có	18	31,0	40	69,0				
Uống rượu	Không	65	47,4	72	52,6	2,0	1,02 – 4,1		
	Có	15	30,6	34	69,4				
Gia đình THA	Không	72	52,2	66	47,8	5,5	2,3 – 12,5		
	Có	8	16,7	40	83,3				
Tiền sử rối loạn lipid máu	Không	60	54,5	50	45,5	3,4	1,8 – 6,3		
	Có	20	26,3	56	73,7				
Thời gian ĐTĐ (năm)	≤ 5	37	54,4	31	45,6	2,1	1,1 – 3,8		
	> 5	43	36,4	75	63,6				

Bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có hút thuốc nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không hút thuốc có ý nghĩa thống kê với OR= 2,1; 95% CI: 1,1 – 4,0. Có uống rượu nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không uống rượu có ý nghĩa thống kê với OR= 2,0; 95% CI: 1,02 – 4,1. Tiền sử gia đình

được chẩn đoán đái tháo đường týp 2 theo tiêu chuẩn của hội Đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2010, khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Dược Thái Bình, không đang dùng thuốc hạ huyết áp trong 3 tháng gần đây, có huyết áp đo tại phòng khám <140/90 mmHg, được đánh giá tình trạng tăng huyết áp ẩn dấu bằng máy Holter huyết áp 24 giờ, thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2020.

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả.

Các chỉ số nghiên cứu: tìm hiểu mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng với tình trạng tăng huyết áp ẩn giấu: Tuổi, giới, BMI, chỉ số huyết áp đo tại phòng khám, tiền sử gia đình THA, hút thuốc lá, sử dụng rượu, tiền sử rối loạn Lipid máu, thời gian ĐTĐ, mức độ chỉ số uric máu, protein niệu.

Thu thập số liệu: theo mẫu bệnh án thống nhất.

Xử lý số liệu: theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

có THA nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không có tiền sử gia đình THA có ý nghĩa thống kê với OR= 5,5; 95% CI: 2,3 – 12,5. Có tiền sử rối loạn Lipid máu nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không có tiền sử rối loạn Lipid máu có ý nghĩa thống kê với OR= 3,4; 95% CI: 1,8 – 6,3.

Thời gian phát hiện ĐĐT >5 năm có nguy cơ nghĩa thống kê với OR= 2,1; 95% CI: 1,1 – 3,8. THAAG cao hơn bệnh nhân phát hiện ≤ 5 năm có

Bảng 3. Môi liên quan giữa một số chỉ số sinh hóa với THAAG (n = 186)

Sinh hóa	Huyết áp	Không THAAG		THAAG		OR	95 % CI
		SL	%	SL	%		
Protein niệu	Âm tính	70	45,8	8	54,2	1,9	0,8 – 4,3
	Dương tính	10	30,3	23	69,7		
Tăng acid uric	Bình thường	68	46,9	77	53,1	2,1	1,01 – 4,5
	Tăng	12	29,3	29	70,7		

Bệnh nhân ĐĐT tít 2 tăng acid Uric có nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không tăng acid Uric có ý nghĩa thống kê với OR= 2,1; 95% CI: 1,01- 4,5. Có protein niệu dương tính nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân protein niệu âm tính không có ý nghĩa thống kê với OR= 1,9; 95% CI: 0,8- 4,3.

Bảng 4. Môi liên quan giữa mức độ HA đo phòng khám với THAAG

HA đo phòng khám	HA đo ABPM	Không THAAG		THAAG		OR	95% CI
		SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %		
Bình thường		65	65,0	35	35,0	8,7	4,4 – 17,5
Tiền THA		15	17,4	71	82,6		

Bệnh nhân ĐĐT tít 2 có tiền THA nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân có chỉ số HA bình thường có ý nghĩa thống kê với OR= 8,7; 95% CI: 4,4 – 17,5.

Bảng 5. Phân tích môi liên giữa các số yếu tố ảnh hưởng đến THAAG

THAAG	OR	95 % CI
Tiền sử gia đình	3,2	1,2 - 8,4
Tiền sử rối loạn Lipid máu	1,7	0,7 – 3,9
Uống rượu	0,9	0,3 – 2,7
Tăng acid Uric	1,0	0,4 – 2,7
Hút thuốc	1,2	0,35–4,5
Thời gian ĐĐT > 5 năm	0,8	0,3 – 1,7
BMI ≥ 23	4,2	1,8 - 9,1
Tiền THA	5,7	2,6–11,9

Có môi liên quan độc lập giữa các yếu tố nguy cơ tiền sử gia đình THA với THAAG có ý nghĩa thống kê với OR= 3,2; 95% CI: 1,2 – 8,4. Có môi liên quan độc lập giữa các yếu tố nguy cơ BMI ≥ 23 với THAAG có ý nghĩa thống kê với OR= 4,2; 95% CI: 1,8 – 9,1. Có môi liên quan độc lập giữa các yếu tố nguy cơ tiền THA đo tại phòng khám với THAAG có ý nghĩa thống kê với OR= 5,7; 95% CI: 2,6 – 11,9. Tiền sử rối loạn Lipid máu, uống rượu, hút thuốc, tăng acid Uric, thời gian ĐĐT > 5 năm là các yếu tố nguy cơ liên quan với THAAG, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Môi liên quan giữa giới, BMI, tuổi với tình trạng THAAG: phân tích dữ liệu nghiên cứu cho thấy không có sự liên quan tình trạng tăng huyết áp giấu trên bệnh nhân đái tháo đường tít 2 theo giới tính. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Marchesi C ghi nhận rằng trên bệnh nhân đái tháo đường tít 2, không có sự khác biệt tỷ lệ tăng huyết áp ẩn giấu theo giới

[1]. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu Nguyễn Trần Tuyết Trinh cho rằng giới tính không có môi liên quan giữa giới tính với tăng huyết áp ẩn giấu [2]. Chúng tôi cũng ghi nhận chỉ số khối cơ thể là yếu tố nguy cơ độc lập gây THAAG. Trong nghiên cứu, kết quả phân tích cho thấy môi liên quan giữa chỉ số khối cơ thể tương quan thuận với tăng huyết áp ẩn giấu. Nhóm bệnh nhân có BMI ≥ 23 có khả năng tăng huyết áp ẩn giấu 6,7 lần (OR= 6,7; 95% CI= 3,3 - 13,6) so với nhóm có chỉ số BMI < 23, điều này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đây của Á Âu [3]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp ẩn giấu không khác nhau giữa các nhóm tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Trần Tuyết Trinh, không có sự liên quan giữa tuổi và tăng huyết áp ẩn giấu [2].

Môi liên quan giữa yếu tố tiền sử với tình trạng THAAG: Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân ĐĐT tít 2 có hút thuốc nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không hút thuốc với OR= 2,1; 95% CI: 1,1 – 4,0. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Cụ thể, trong nghiên cứu khảo sát tăng huyết áp ẩn giấu trên bệnh nhân ĐĐT của Nguyễn Trần Tuyết Trinh phát hiện hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ẩn giấu 2,5 lần so với bệnh nhân không hút thuốc [2]. Nicotin có trong thuốc lá kích thích hệ thần kinh giao cảm làm co mạch ngoại vi gây THA. Theo các nhà nghiên cứu thì hút một điếu thuốc lá, HATT có thể tăng lên tới 11 mmHg, HATTtr tăng lên tới 9 mmHg và kéo dài 20-30 phút, hút nhiều có thể

gây cơn THA kịch phát nguy hiểm. Trong khi đó, nghiên cứu Platina ghi nhận hút thuốc lá không liên quan với tăng huyết áp ẩn giấu. Sự khác biệt kết quả này giữa các nghiên cứu do sự khác nhau về dân số nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá tăng huyết áp ẩn giấu trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2, còn nghiên cứu Platina khảo sát trên dân số chung. Kết quả của chúng tôi cho thấy có sự liên quan giữa uống rượu với tình trạng THAAG: bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có hút thuốc nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không hút thuốc với OR= 2,1 ; 95% CI: 1,1 - 4,0. Kết quả này của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Huấn [6]. Điều này nhiều tác giả cũng khẳng định rượu làm giảm tác dụng của thuốc điều trị ĐTĐ, những người uống nhiều rượu có tỷ lệ THA gấp đôi so với người không uống rượu. Phân tích kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ĐTĐ týp 2 gia đình có THA nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không có tiền sử gia đình THA với OR= 5,5; 95% CI: 2,3 - 12,5. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tăng huyết áp ẩn giấu dao động đáng kể giữa hai nhóm có hay không có tiền sử gia đình tăng huyết áp. Bệnh nhân có tiền sử gia đình tăng huyết áp có tỷ lệ 83,3% so với 47,8% bệnh nhân không có tiền căn gia đình tăng huyết áp. Theo nghiên cứu Nguyễn Trần Tuyết Trinh tỷ lệ này là 70,7% [2]. Có mối liên quan giữa thời phát hiện bệnh với tình trạng THAAG: bệnh nhân ĐTĐ týp 2 phát hiện > 5 năm có nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân phát hiện ≤ 5 năm với OR= 2,1; 95% CI: 1,1 - 3,8. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Thời gian phát hiện ĐTĐ càng dài thì tỷ lệ tăng biến chứng càng cao. Tỷ lệ biến chứng các cơ quan đích càng cao thì khả năng thích nghi, bù trừ của cơ thể người bệnh nói chung vào hệ thần kinh, hệ tim mạch nói riêng càng giảm đi. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả cũng cho thấy: nếu bệnh ĐTĐ xuất hiện càng lâu thì nguy cơ xuất hiện bệnh THA càng cao và ngược lại bệnh THA phát hiện càng lâu thì nguy cơ gây ĐTĐ týp 2 ở đối tượng đó càng cao [5]. Trong kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có tiền sử rối loạn Lipid máu nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không có tiền sử rối loạn Lipid máu với OR= 3,4; 95% CI: 1,8 - 6,3. Rối loạn lipid máu là biểu hiện rất thường gặp ở cả bệnh nhân THA và ĐTĐ týp 2. Tuy nhiên, không có mối liên quan giữa rối loạn Lipid máu hiện tại với THAAG. Rối loạn Lipid máu là nguyên nhân quan trọng, trực tiếp gây vữa xơ động mạch - cơ chế bệnh sinh chủ yếu của các biến chứng kinh điển

ở BN THA, ĐTĐ týp 2. Chính vì thế trong các kết quả nghiên cứu nhận thấy mối liên quan giữa rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân THA, ĐTĐ týp 2 chủ yếu thể hiện qua các biến chứng.

Mối liên quan giữa một số chỉ số sinh hóa với tình trạng THAAG: Chúng tôi đánh giá tổn thương thận trên bệnh nhân ĐTĐ bằng protein niệu và nồng độ creatinin máu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy không có mối liên hệ giữa protein niệu với tình trạng THAAG. Trong nhóm bệnh nhân THAAG có 21,7 % bệnh nhân có protein niệu. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy có mối liên quan giữa tình trạng tăng acid uric với THAAG: bệnh nhân ĐTĐ týp 2 tăng acid Uric có nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không tăng acid Uric với OR= 2,1; 95% CI: 1,0- 4,5. Theo Marchesi C, ở BN đề kháng insulin tăng acid uric máu là do insulin kích thích tái hấp thu natri và urate ở ống lượn gần. Tăng acid uric máu là yếu tố tiên đoán cho sự phát triển của cả THA và bệnh động mạch vành. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng tăng acid uric máu thường hay gặp ở những bệnh nhân tăng HA, nó phản ánh sự suy giảm dòng máu đến thận và xơ cứng thận sớm trong THA [5].

Mối liên quan giữa HA đo tại phòng khám với THAAG: Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số HA đo tại phòng khám <140/90 mmHg. Tuy nhiên, sau khi khảo sát HA của bệnh nhân mang máy ABPM, tỷ lệ THAAG chiếm 57,0% và tình trạng tiền THA có liên quan với nguy cơ mắc THAAG. Cụ thể là, bệnh nhân ĐTĐ týp 2 khi đo tại phòng khám có tiền THA nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân có chỉ số HA bình thường với OR= 8,7; 95% CI: 4,4 - 17,5. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhất quán với các nghiên cứu khác [2], [7]. Từ những phân tích trên trong nghiên cứu này cùng các nghiên cứu ngoài nước chứng minh rằng bỏ sót một tỷ lệ cao tăng huyết áp ẩn giấu trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 nhất là khi kèm các yếu tố nguy cơ. Chính vì vậy, việc cần thiết theo dõi huyết áp lưu động 24 giờ trên bệnh nhân có giá trị HA mức tiền tăng huyết áp [8].

Phân tích mối liên quan giữa các số yếu tố ảnh hưởng đến THAAG: Khi phân tích đa yếu tố nguy cơ liên quan với tình trạng THAAG ở bệnh nhân ĐTĐ, chúng tôi ghi nhận yếu tố tiền sử gia đình có THA, BMI ≥ 23 và tiền THA khi đo tại phòng khám có mối liên quan chặt chẽ với THAAG (p < 0,05). Các yếu tố hút thuốc, uống rượu và rối loạn lipid máu có liên quan nhưng không chặt chẽ (p > 0,05). Theo nghiên cứu của Zhao tại Trung Quốc cũng như nghiên cứu của

Nguyễn Trần Tuyết Trinh trên bệnh nhân ĐTĐ, khi phân tích hồi quy đa biến cho thấy yếu tố tiền THA, tiền sử gia đình THA, BMI \geq 23 là yếu tố liên quan độc lập với tình trạng THAAG [2].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 186 đối tượng đái tháo đường typ 2 chưa có THA chúng tôi thấy: BMI \geq 23 nguy cơ THAAG cao hơn nhóm có BMI < 23 với OR = 6,7; 95% CI = 3,3 - 13,6, tiền sử gia đình THA có nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân không có tiền sử gia đình THA với OR = 5,4; 95% CI: 2,3- 12,5, HA tại phòng khám ở mức tiền THA có nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân có mức HA bình thường: OR = 8,7; 95% CI: 4,4 - 17,5. THAAG có liên quan với các yếu tố: hút thuốc, tiền sử rối loạn Lipid máu, tăng acid Uric máu, thời gian phát hiện bệnh > 5 năm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marchesi C., Maresca A.M., Solbiati F. và cộng sự.** (2007). Masked hypertension in type 2 diabetes mellitus. Relationship with left-ventricular structure and function. American Journal

Hypertens, **20(10)**, 1079–1084.

2. **Nguyễn Trần Tuyết Trinh** (2013), Khảo sát tình hình tăng huyết áp ẩn giấu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2, Luận văn bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
3. **Wijkman M., Länne T., Engvall J. và cộng sự.** (2009). Masked nocturnal hypertension a novel marker of risk in type 2 diabetes. Diabetologia, **52(7)**, 1258.
4. **Nguyễn Văn Huân** (2014), Đặc điểm tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2, Luận văn thạc sỹ, Đại học Y Dược Thái Nguyên.
5. **Marchesi C, Maresca AM, và Solbiati F** (2007). Masked hypertension in type 2 diabetes mellitus. American Journal of Hypertension, **20**, 1079–1084.
6. **Adler AI. và Stratton IM** (2014). Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. British Medical Journal, **321**, 412–419.
7. **Thakkar H.V., Pope A., Anpalahan M.** (2020). Masked Hypertension: A Systematic Review. Heart Lung Circulation, **29(1)**, 102–111.
8. **Kario K., Park S., Chia Y.-C. et al** (2020). Consensus summary on the management of hypertension in Asia from the HOPE Asia Network. Journal of Clinical Hypertens (Greenwich), **22(3)**, 351–362.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN NẶNG

Đặng Thị Xuân¹, Nguyễn Gia Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm và tiến triển của tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 246 bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Bệnh nhân (BN) nam chiếm 73,2%; tuổi trung bình 61,3 \pm 16,22, người cao tuổi 42,9%. Tổn thương thận cấp (AKI) gặp ở 45,5% BN nhiễm khuẩn nặng, tử vong 61,6%; những BN phải lọc máu tử vong tới 75%. Lâm sàng: mạch nhanh 118 \pm 24,1 lần/phút, huyết áp trung bình 68,1 \pm 31,23 mmHg, tỉ lệ bệnh nhân tụt huyết áp 88,4%; suy hô hấp phải thở máy tới 91,1%; điểm APACHE II 23,5 \pm 7,41; SOFA 6,8; đều cao hơn nhóm không AKI (p < 0,001). Cận lâm sàng: Hb trung bình 107,1g/l; bạch cầu 15,7G/l; procalcitonin 33U/l; lactat máu 3,88mmol/l, tiêu cơ vân 32,1%, đều cao hơn nhóm không AKI (p < 0,001),

pH máu và HCO₃⁻ thì thấp hơn (p < 0,001). Thận tổn thương trung bình 2,3 ngày sau vào viện, nặng nhất sau 4,5 ngày. Có 61,6% BN AKI tiến triển nặng hơn sau vào viện và 36,6% chức năng thận hồi phục về bình thường. **Kết luận:** Tổn thương thận cấp rất thường gặp ở bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng, tỉ lệ tiến triển nặng hơn và tử vong cao.

Từ khóa: suy thận cấp, nhiễm khuẩn nặng.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ACUTE KIDNEY INJURY IN PATIENTS WITH SEVERE SEPSIS

Objective: to describe characteristics and progression of acute kidney injury in patients with severe sepsis. **Subjects and methods:** A prospective observational study was conducted in 246 patients with severe sepsis treated at the ICU of Bach Mai hospital. **Results:** mean age was 61.3 \pm 16.22, male accounted for 73.2%, and 42.9% patients were elderly. On admission, heart rate and systolic blood pressure were 118 \pm 24.1 b/m and 68.1 \pm 31.23 mmHg, 88.4% patients were hypotension and 91.1% required mechanical ventilation. APACHE II score was 23.5 \pm 7.41 and average SOFA was 6.8; much higher than those in the patient without AKI (p < 0.001). Laboratory abnormalities: mean Hb 107.1 g/L; white blood cells 15.7 G/L; procalcitonin 33 U/L; blood

¹Trung Tâm Chống Độc Bệnh viện Bạch Mai

²Trung tâm Hồi sức Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Xuân

Email: xuandangthi@bachmai.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022

Ngày duyệt bài: 6.5.2022