

# KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thị Huyền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Giang<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị tại Trung tâm tim mạch - Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tuổi trung bình ở đối tượng nghiên cứu là  $69,05 \pm 11,405$ . Tỷ lệ bệnh nhân nam (79,69%) cao hơn nhiều so với nữ (20,31%). Trong số những yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân THA, chiếm tỷ lệ đa số là rối loạn lipid máu (87,5%), hút thuốc lá (65,6%) và kém hoạt động thể lực (59,4%), tiền sử đái tháo đường (51,6%), uống rượu bia (46,9%), ăn mặn (53,1%), thừa cân béo phì (53,1%). Có 87,5% bệnh nhân THA có rối loạn lipid máu kèm theo, trong đó tăng cholesterol và triglycerid là hai chỉ số có ý nghĩa thống kê trong mối liên quan với THA. **Kết luận:** Tất cả bệnh nhân THA trong mẫu nghiên cứu đều có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ tim mạch, trong đó bệnh nhân có từ 3 yếu tố nguy cơ trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất là 73,44%. Số lượng yếu tố nguy cơ càng cao, tỷ lệ xuất hiện các biến chứng tim mạch ở bệnh nhân THA càng lớn.

**Từ khóa:** yếu tố nguy cơ, tăng huyết áp.

## SUMMARY

### SURVEYING SOME RISK FACTORS OF HYPERTENSION PATIENTS BEING TREATMENT AT THE CENTRAL CENTER HAI DUONG PROVINCE GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To investigate some risk factors of hypertensive patients being treated at Cardiovascular Center - Hai Duong General Hospital. **Subjects and methods:** cross-sectional descriptive study, convenient sampling. **Results:** The mean age of the study subjects was  $69.05 \pm 11.405$ . The proportion of male patients (79.69%) was much higher than that of female patients (20.31%). Among the cardiovascular risk factors in hypertensive patients, the majority are dyslipidemia (87.5%), smoking (65.6%), and physical inactivity (59.4%)., history of diabetes (51.6%), alcohol consumption (46.9%), salty food (53.1%), overweight and obesity (53.1%). There are 87.5% of hypertensive patients with associated dyslipidemia, in which increased cholesterol and triglycerides are two statistically significant indicators in relation to hypertension. **Conclusion:** All hypertensive patients in the study sample had at least 1 cardiovascular risk

factor, in which patients with 3 or more risk factors accounted for the highest rate of 73.44%. The higher the number of risk factors, the greater the incidence of cardiovascular complications in hypertensive patients.

**Keywords:** risk factors, hypertension.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh lý tim mạch thường gặp trong cộng đồng. Theo kết quả điều tra năm 2008 cho thấy tỷ lệ mắc THA ở người có độ tuổi 25-64 là 25,1% [1]. Theo Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015 cho thấy tỷ lệ THA ở nhóm tuổi 30 – 69 là 30,6% [2]. THA là căn bệnh diễn biến âm thầm, ít có dấu hiệu cảnh báo. Những dấu hiệu của THA thường không đặc hiệu và người bệnh thường không thấy có gì khác biệt với người bình thường cho đến khi xảy ra tai biến.

Sự phát triển về kinh tế - xã hội, dân số, và thay đổi về lối sống, chế độ dinh dưỡng người dân Việt Nam trong những năm gần đây làm cho mô hình bệnh tật có những thay đổi rõ rệt. Các bệnh không lây truyền, đặc biệt là bệnh liên quan đến THA đang có chiều hướng tăng nhanh. Bệnh THA ngày càng phổ biến nhưng số người chẩn đoán sớm còn thấp, số bệnh nhân được điều trị còn ít so với số được phát hiện.

Trong những bệnh nhân THA, chỉ có 5% có thể tìm ra nguyên nhân, còn lại đa số THA ở người lớn là không có căn nguyên (hay THA nguyên phát) [6]. THA là căn bệnh giết người thầm lặng, nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm, biến chứng đầu tiên phải kể đến là biến chứng tim mạch. THA liên quan đến tuổi, giới, chế độ ăn, tình trạng béo phì và các yếu tố kinh tế-xã hội khác tác động. Chúng ta có thể ngăn ngừa các biến chứng của bệnh THA khi các yếu tố nguy cơ này được kiểm soát. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "*Khảo sát một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị tại Trung tâm tim mạch - Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán THA đang điều trị nội trú tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Đa khoa tỉnh

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương  
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền  
 Email: huyenhdr152@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 9.01.2023  
 Ngày phản biện khoa học: 15.3.2023  
 Ngày duyệt bài: 28.3.2023

Hải Dương thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022.

**2.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán.** Theo Hội Tim mạch học Việt Nam THA được chẩn đoán xác định:

- THA ở người lớn khi huyết áp tâm thu  $\geq$  140mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq$  90 mmHg.

- Đo ở 2 lần khám khác nhau, mỗi lần khám đo ít nhất 2 lần, bệnh nhân được nghỉ ngơi trước khi khám ít nhất 5 phút.

**2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Những bệnh nhân được chẩn đoán THA phù hợp với tiêu chuẩn chẩn đoán có khả năng cung cấp thông tin.

- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

**2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Phụ nữ đang mang thai.
- Người bị tâm thần, rối loạn trí nhớ.
- Người câm điếc.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang  
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Chọn tất cả các bệnh nhân THA thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu tại Trung tâm tim mạch - Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

**2.3. Xử lý số liệu.** Nhập số liệu, quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phân tích mô tả được sử dụng phù hợp với các thông tin được phân tích.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu**

- Đề tài đã được Hội đồng khoa học, Hội đồng đạo đức của trường và lãnh đạo Trung tâm tim mạch - Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương thông qua.

- Tôn trọng và giữ bí mật những thông tin cá nhân về bệnh nhân, chỉ nhằm mục đích nghiên cứu góp phần bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho nhân dân.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu**

Giới	Nam	Nữ	Tổng
<b>Số BN (Tỷ lệ%)</b>	51 (79,69%)	13 (20,31%)	64 (100%)
<b>Tuổi trung bình</b>	68,84±11,69	69,85±10,58	69,05±11,41

**Nhận xét:** Trên 64 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân nam (79,69%)

cao hơn nhiều so với nữ (20,31%), tỷ lệ nam/nữ là 3,92 lần. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 69,05±11,41, trong đó tuổi trung bình của nam giới và nữ giới lần lượt là 68,84±11,69, 69,85±10,58.

**Bảng 3.2. Các triệu chứng lâm sàng trong cơn THA ở đối tượng nghiên cứu**

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	41	64,06
Hội hộp trống ngực	46	71,87
Khó thở	31	48,44
Đau nhói vùng tim	32	50
Hoa mắt chóng mặt	37	57,81

**Nhận xét:** Trong 64 bệnh nhân THA, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng hội hộp trống ngực chiếm tỷ lệ nhiều nhất (71,87%), tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng khó thở có tỷ lệ ít nhất (48,44%).

**Bảng 3.3. Tình trạng THA ở đối tượng nghiên cứu**

Tình trạng huyết áp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
THA độ I	15	23,44
THA độ II	23	35,94
THA độ III	26	40,62
<b>Tổng</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong số 64 bệnh nhân THA, số bệnh nhân THA độ III chiếm tỷ lệ cao nhất (40,62%), số bệnh nhân THA độ I chiếm tỷ lệ thấp nhất (23,44%).

**3.2. Một số yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp ở các đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.4. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ và tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu**

Yếu tố nguy cơ	Đặc điểm	Số BN (%)
Hút thuốc lá	Có	42 (65,6%)
	Không	22 (34,4%)
Hoạt động thể lực ít	Thường xuyên	26 (40,6%)
	Không thường xuyên	38 (59,4%)
Uống rượu/bia	Không uống	22 (34,4%)
	< 3 cốc/ngày	12 (18,8%)
	$\geq$ 3 cốc/ngày	30 (46,8%)
Ăn mặn	Bình thường	18 (28,1%)
	Ăn mặn	34 (53,1%)
	Ăn nhạt	12 (18,8%)
Thừa cân, béo phì	BMI: <18,5	3 (4,69%)
	BMI: 18,5-22,9	27 (42,19%)
	BMI: $\geq$ 23	34 (53,12%)
Tiền sử đái tháo đường	Có	33 (51,6%)
	Không	31 (48,4%)
Rối loạn lipid máu	Tăng Cholesterol	
	Có	40 (62,5%)

Không	24 (37,5%)
Tăng Triglycerid	
Có	46 (71,9%)
Không	18 (28,1%)
Tăng HDL-C	
Có	51 (79,7%)
Không	13 (21,1%)
Tăng LDL-C	
Có	40 (62,5%)
Không	24 (37,5%)

**Nhận xét:** Trong 64 bệnh nhân THA, có 42 bệnh nhân có hút thuốc lá chiếm 65,6%, gấp 1,91 lần số bệnh nhân không hút thuốc lá. số bệnh nhân tập thể dục không thường xuyên là 38 người chiếm 59,4% cao hơn số bệnh nhân tập thể dục thường xuyên. tỷ lệ bệnh nhân có uống rượu  $\geq 3$  cốc/ngày là 46,9% cao hơn so với 2 nhóm còn lại. bệnh nhân có yếu tố ăn mặn chiếm số lượng nhiều nhất là 34 người, có tỷ lệ 53,13% gấp 1,13 lần những bệnh nhân không ăn mặn. 34 bệnh nhân bị thừa cân béo phì (BMI  $\geq 23,0$ ) chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,12%. Bệnh nhân mắc đái tháo đường, rối loạn mỡ máu có nguy cơ tăng huyết áp cao hơn nhóm không mắc.

**Bảng 3.5. Số lượng yếu tố nguy cơ ở đối tượng nghiên cứu**

Yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
0 yếu tố	0	0
1-2 yếu tố	17	26,56
$\geq 3$ yếu tố	47	73,44

**Nhận xét:** Trong 64 bệnh nhân THA, tất cả bệnh nhân đều có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ trở lên, trong đó 47 bệnh nhân có từ 3 yếu tố nguy cơ trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất là 73,44%.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Tỷ lệ THA ở nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi là 79,69%, ở nữ là 20,31%. Có sự khác biệt với nghiên cứu của Phạm Thế Xuyên (2019): trong 459 đối tượng tham gia nghiên cứu có 49,2% là nam, 50,8% là nữ, tỷ lệ bệnh nhân THA giữa nam và nữ là tương đương nhau [9]. Tuy nhiên, ở một số các nghiên cứu trong nước cho thấy tỷ lệ THA ở nam cao hơn ở nữ như nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Doãn Lợi, Phạm Thái Sơn và cộng sự (2008) cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở nam cao hơn nữ rõ rệt (tỷ lệ THA ở nam là 10,4% trong khi nữ là 4,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [4]. Sự khác nhau về tỷ lệ THA giữa nam và nữ có thể do nam giới có thói quen uống rượu và hút thuốc lá nhiều hơn, bên cạnh đó trong gia đình cũng như trong cuộc sống xã hội họ cũng

chịu nhiều áp lực hơn so với nữ giới. Sự khác nhau này có thể liên quan đến gen, về sinh lý học giới tính. Nghiên cứu từ năm 2009 đến 2010 trên 25196 người trưởng thành từ 18-74 tại 33 khu vực thành thị của Trung Quốc cũng chỉ ra rằng tỷ lệ THA tăng dần theo tuổi, từ 19,8% ở nam và 4,4% ở nữ độ tuổi từ 18-34 tăng lên tương ứng là 56,5% và 60,4% ở độ tuổi 65-74 tuổi [10].

Trong một số nghiên cứu đã chỉ ra estrogen có thể tác dụng bảo vệ tim và thiếu estrogen nội sinh khi tuổi già làm tăng nhanh tỷ lệ mắc bệnh mạch vành ở thời kỳ mãn kinh. Estrogen cải thiện các thành phần lipoprotein, có tác dụng giãn mạch trên nội mạc và ức chế cơ trơn mạch máu phát triển gây co mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hồi hộp trống ngực và đau đầu là hai triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 71,87% và 64,06%, tiếp đến là triệu chứng hoa mắt chóng mặt chiếm 57,81%. Nguyên nhân đau đầu ở bệnh nhân THA là do áp lực thường xuyên của dòng máu lên trên thành mạch tăng làm cho thành mạch bị giãn dần ra và xuất hiện những tổn thương. Những tổn thương này ngày càng tăng ở các mạch máu nhỏ tại não gây ra hiện tượng đau đầu. Nguyên nhân của hồi hộp trống ngực có thể do huyết áp tăng cao khiến tim làm việc nhiều hơn mức bình thường, khiến các sợi cơ tim dày lên theo thời gian, làm thay đổi cấu trúc của các buồng tim. Cấu trúc tim thay đổi cộng với sự dày lên của thành mạch máu là hệ quả của bệnh tăng huyết áp sẽ làm giảm tính đàn hồi của mạch máu và tăng khả năng tích tụ cholesterol tại động mạch vành. Trong cơn THA, các mạch máu co nhỏ làm giảm lượng máu đến các cơ quan, khiến tim phải co bóp nhiều hơn để đáp ứng nhu cầu về oxy và các dinh dưỡng để nuôi các cơ quan gây triệu chứng hồi hộp trống ngực.

**4.2. Các yếu tố nguy cơ với bệnh nhân tăng huyết áp.** Trong 64 bệnh nhân THA, tất cả bệnh nhân đều có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ trở lên, trong đó 47 bệnh nhân có từ 3 yếu tố nguy cơ trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất là 73,44%, tỷ lệ bệnh nhân có từ 1 – 2 yếu tố nguy cơ chiếm 23,56%.

Số bệnh nhân có hút thuốc là 42 người nhiều gấp 1,91 lần số bệnh nhân không hút thuốc. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ THA ở nhóm người hút thuốc lá cao hơn so với nhóm không hút thuốc lá. Trong nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt, Phạm Gia Khải ở đồng bằng Thái Bình thì cũng cho kết quả tương tự ở những người hút thuốc là tỷ lệ THA cao hơn so với người không hút

thuốc lá, tỷ lệ THA ở nhóm hút thuốc lá cao gấp 1,43 lần so với không hút thuốc [7].

Tỷ lệ THA cao ở những người thường xuyên uống rượu/bia làm cho tim đập nhanh, mạch máu co lại, huyết áp tăng và làm cho muối canxi cholesterol đọng lại ở thành mạch, tạo ra xơ cứng động mạch. Nếu uống rượu lâu ngày làm xơ cứng động mạch nhanh hơn và huyết áp cao. Sử dụng rượu bia hợp lý làm tăng sự hưng phấn, tăng chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên lạm dụng rượu bia là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu đối với sức khỏe.

Lượng muối tiêu thụ hàng ngày là một nhân tố quan trọng ảnh hưởng đến mức huyết áp cũng như nguy cơ các bệnh tim mạch. Ăn nhiều muối là nguy cơ của THA, suy thận và một số bệnh tim mạch khác.

Trong số 64 bệnh nhân THA, bệnh nhân có yếu tố ăn mặn chiếm số lượng nhiều nhất là 34 người, chiếm tỷ lệ 53,1% gấp 1,13 lần những bệnh nhân không ăn mặn. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu trước đó của Hồng Mừng Hai (2014) ở Cà Mau cũng cho thấy ăn mặn có nguy cơ THA gấp 1,1 lần [3]. Ăn nhiều muối dễ bị THA vì nó làm tăng tính thấm thấu của màng tế bào đối với natri, ion natri sẽ chuyển nhiều vào tế bào cơ trơn của thành mạch máu, gây tăng nước trong tế bào, tăng trương lực của thành mạch, gây cơ mạch, tăng sức cản ngoại vi, dẫn đến THA.

Trong số 64 bệnh nhân THA, số bệnh nhân tập thể dục không thường xuyên là 38 người, chiếm tỷ lệ 59,4% cao gấp 1,46 lần so với số bệnh nhân mắc THA tập thể dục thường xuyên. Hoạt động thể lực thường xuyên có tác dụng cải thiện chức năng nội mô, kích thích quá trình oxy hóa lipid, kích thích hoạt động của các enzyme, tăng tính nhạy cảm của gan, cơ xương và mô mỡ đối với hoạt động của Insulin...trên cơ sở đó, hoạt động thể lực có vai trò nâng cao sức khỏe con người, đặc biệt là trong việc phòng, chống các bệnh mạn tính như các bệnh tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, thừa cân béo phì, rối loạn lipid máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có yếu tố đái tháo đường chiếm 51,6%. Kết quả của chúng tôi gần có sự tương đồng với nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ, nghiên cứu của tác giả Lê Đức Hạnh và cộng sự cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường là 33,91% [5]. Mức glucose máu tăng cao làm giảm dẫn chất nitrit oxide (NO) trong hệ động mạch, về lâu dài sẽ gây xơ vữa thành động mạch dẫn đến THA. Khi có cả THA và đái tháo đường sẽ làm tăng

gấp đôi biến chứng mạch máu lớn và nhỏ, làm tăng gấp đôi nguy cơ tử vong so với bệnh nhân tăng huyết áp đơn thuần.

Có 40 bệnh nhân tăng cholesterol chiếm tỷ lệ 62,5%, 24 bệnh nhân không tăng cholesterol chiếm tỷ lệ 37,5%. Kết quả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Thúy cho tỷ lệ tăng cholesterol ở những bệnh nhân THA có rối loạn lipid máu là 53,4% [8]. Số bệnh nhân tăng triglycerid là 46 người chiếm 71,9% cao hơn số bệnh nhân bình thường. Qua số liệu trên cho thấy tăng cholesterol máu là nguyên nhân chính của quá trình xơ vữa động mạch, dần dần làm hẹp lòng các động mạch cung cấp máu cho tim và các cơ quan khác trong cơ thể. Động mạch bị xơ vữa sẽ kém đàn hồi và đây cũng chính là yếu tố làm THA.

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình ở đối tượng nghiên cứu là  $69,05 \pm 11,41$ . Tỷ lệ bệnh nhân nam (79,69%) cao hơn nhiều so với nữ (20,31%).

Trong số những yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân THA, chiếm tỷ lệ đa số là rối loạn lipid máu (87,5%), hút thuốc lá (65,6%) và kém hoạt động thể lực (59,4%), tiền sử đái tháo đường (51,6%), uống rượu bia (46,9%), ăn mặn (53,1%), thừa cân béo phì (53,1%). Có 87,5% bệnh nhân THA có rối loạn lipid máu kèm theo, trong đó tăng cholesterol và triglycerid là hai chỉ số có ý nghĩa thống kê trong mối liên quan với THA.

Tất cả bệnh nhân THA trong mẫu nghiên cứu đều có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ tim mạch, trong đó bệnh nhân có từ 3 yếu tố nguy cơ trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất là 73,44%. Số lượng yếu tố nguy cơ càng cao, tỷ lệ xuất hiện các biến chứng tim mạch ở bệnh nhân THA càng lớn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2015)**, Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015 – 2025, tr.44 – 67.
- Cục Y tế Dự phòng – Bộ Y tế (2016)**, Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm Việt Nam 2015, tr.1, 43.
- Hồng Mừng Hai (2014)**, Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp ở người từ 25 tuổi trở lên và kết quả can thiệp tại huyện Phú Tân tỉnh Cà Mau năm 2014, Tạp chí Y học dự phòng, Tập XXV, số 8 (168) 2015 Số đặc biệt, tr.333.
- Hoàng Đức Thuận Anh, Hoàng Đình Tuyên, Nguyễn Thanh Nga và CS (2013)**, Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp của người cao tuổi tại huyện Hương Thủy, Thừa Thiên Huế, Tạp chí y học thực hành (876), số 7/2013, tr.135-138.
- Lê Đức Hạnh, Phạm Đình Thọ và CS**, Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ, sự hiểu biết về bệnh và chế độ ăn ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên

- phát tại bệnh viện quân đội 108, Tạp chí Y học Thực hành (859), Số 2/2013, tr.22-25.
6. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn Đạt Anh và CS (2012)**, Bệnh học nội khoa – tập 1, tr.169 – 175.
  7. **Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Doãn Lợi, Phạm Thái Sơn và cộng sự (2008)**, Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng, chữa bệnh tăng huyết áp ở cộng đồng, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ, tr.1-31.
  8. **Nguyễn Thị Hồng Thúy (2013)**, Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp tại tỉnh Phú Yên, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, tr.6.
  9. **Phạm Thế Xuyên (2019)**, Thực trạng tăng huyết áp ở người dân từ 45-64 tuổi tại huyện Điện Biên, tỉnh Điện Biên và chi phí hiệu quả của biện pháp can thiệp, Luận án tiến sĩ y tế công cộng, tr 61.
  10. **Yeon Hwan Park, Misoon Song, Be-long Cho et al (2011)**, The effects of an intergrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: A randomized controled trial, Patient Education and Counseling, 82, pp.133-137.

## ĐIỀU TRỊ VÀNG DA SƠ SINH BẰNG ÁNH SÁNG XANH VÀ MỘT SỐ GIẢI PHÁP PHÒNG BIẾN CHỨNG TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ

Trần Thị Kiều Anh<sup>1</sup>, Lê Thị Thanh Tâm<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kết quả điều trị vàng da sơ sinh bằng liệu pháp ánh sáng xanh và đánh giá hiệu quả của một số biện pháp phòng biến chứng trong quá trình điều trị tại BV trường ĐKYK Vinh và BV thành phố Vinh năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Nghiên cứu được thực hiện với sự tham gia của 149 trẻ sơ sinh được chiếu đèn vàng da và đánh giá kết quả chiếu đèn và hiệu quả của một số biện pháp phòng biến chứng trong quá trình điều trị tại BV Trường ĐHYK và BVĐK thành phố Vinh năm 2022. Kết quả: tỷ lệ vàng da tăng Bilirubin gián tiếp ở trẻ sơ sinh nam/nữ là 1.26/1; 89.9% trẻ phát hiện vàng da tại nhà; Tỷ lệ bất đồng nhóm máu chung là 10.1%; Tỷ lệ chiếu đèn ở nhóm phát hiện sớm trong 48h đầu sau sinh là 26.2% trên tổng số trẻ phát hiện sớm là 51.6%; 7.4% trẻ có tác dụng phụ trong khi chiếu đèn gồm 2% da nổi mẩn đỏ, 5.4% mất nước; 98.0% trẻ sau chiếu đèn ổn định và ra viện; có 2.0% trẻ có biểu hiện các triệu chứng diễn biến đã được hội chẩn và chuyển Bv Sản Nhi Nghệ An. Thời gian chiếu đèn TB của nhóm trẻ có bất đồng nhóm máu mẹ - con dài hơn so với nhóm không bất đồng nhóm máu; Trẻ uống sữa công thức có thời gian chiếu đèn trung bình dài hơn những trẻ được bú sữa mẹ hoàn toàn. Trẻ xuất hiện vàng da sớm thì thời gian chiếu đèn trung bình dài hơn so với thời điểm xuất hiện vàng da muộn. **Kết luận:** Vàng da sơ sinh do tăng bilirubin tự do liên quan tới đặc điểm chuyển hoá bilirubin trong cơ thể trẻ ở những ngày đầu sau sinh. Cùng với sự phát triển của chất lượng y tế, nhận thức của bà mẹ ngày một nâng cao, trẻ sau sinh được phát hiện và điều trị sớm, mức độ vàng da không quá cao và bilirubin gián tiếp

tăng không quá nhanh nên hầu hết trẻ tiên lượng đều tốt và ra viện sau vài ngày điều trị bằng ánh sáng liệu pháp, trẻ phát triển hoàn toàn bình thường không để lại di chứng. Do đó cần nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành xử trí chăm sóc và phòng ngừa vàng da của các bà mẹ trong 48 giờ đầu sau khi sinh.

**Từ khóa:** Vàng da sơ sinh; Bilirubin gián tiếp.

### SUMMARY

#### THE TREATMENT OF NEONATAL JAUNDICE WITH BLUE LIGHT THERAPY AND SOME SOLUTIONS TO PREVENT COMPLICATIONS DURING TREATMENT

**Objectives:** Describe the results of treatment of neonatal jaundice with blue light therapy and evaluate the effectiveness of some measures to prevent complications during treatment at Vinh University Hospital and Vinh City Hospital in 2022. **Methods:** A cross-sectional descriptive study with analysis. Result: The study was conducted with the participation of 149 neonates who were exposed to yellow light and evaluated the results of phototherapy and the effectiveness of some measures to prevent complications during treatment at the University of Medicine and Pharmacy Hospital and the City General Hospital. Vinh in 2022. Results: the rate of indirect bilirubin increase in jaundice in male/female newborns was 1.26/1; 89.9% of children found jaundice at home; The rate of general blood group incompatibility is 10.1%; The rate of irradiation in the early detection group in the first 48 hours after birth was 26.2% of the total number of children with early detection was 51.6%; 7.4% of children had side effects during phototherapy including 2% skin rash, 5.4% dehydration; 98.0% of children after irradiation stabilized and were discharged from the hospital; 2.0% of children showing symptoms of development were consulted and transferred to Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. The time of irradiation of TB in the group of children with mother-child blood group incompatibility was longer than that of the group without blood group incompatibility; Formula-fed

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kiều Anh

Email: bsckieuanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2023

Ngày phản biên khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023