

chăm sóc con cái, dọn dẹp nhà cửa...).

3.3. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Eczema bàn tay

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan

Yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống	r	p
Thời gian mắc bệnh	0,57	< 0,05
HECSI	0,72	< 0,05

Nhận xét: Có mối tương quan chặt chẽ giữa thời gian mắc bệnh, mức độ nặng của bệnh với chất lượng cuộc sống của người bệnh, với giá trị r lần lượt là $r_1 = 0,57$ và $r_2 = 0,72$. Sự tương quan này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$, cho thấy mức độ tương quan thuận, có nghĩa là thời gian mắc bệnh càng dài, mức độ bệnh Eczema bàn tay của người bệnh càng nặng thì ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh càng nhiều. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Huyền [6], Agner [1], Ibler [7], các nghiên cứu đều tìm thấy có sự tương quan giữa thời gian mắc bệnh, mức độ nặng của bệnh theo HECSI với mức độ ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống của NB. Các tác giả đã giải thích rằng việc tái phát bệnh thường xuyên gây ra tình trạng ngứa ồm kéo dài làm ảnh hưởng tiêu cực nhiều đến chất lượng cuộc sống, sự tự tin của người bệnh.

IV. KẾT LUẬN

1. Đa số người bệnh mắc bệnh ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 83,3%. Người bệnh cho rằng bệnh Eczema bàn tay gây ảnh hưởng mức độ vừa đến chất lượng cuộc sống của người bệnh (52,2%), người bệnh đánh giá Eczema bàn

tay gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh trên hai lĩnh vực là nhóm triệu chứng - cảm giác và hoạt động hàng ngày nhiều hơn.

2. Có mối tương quan chặt chẽ giữa thời gian mắc bệnh, mức độ nặng của bệnh với chất lượng cuộc sống của người bệnh, với giá trị r lần lượt là $r_1 = 0,57$ và $r_2 = 0,72$. Sự tương quan này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Agner T, Andersen KE, et al. Hand eczema severity and quality of life: a cross-sectional, multicentre study of hand eczema patients. *Contact Dermatitis*. 2008; 59: 43-47
2. Elston DM, Ahmed DD, Watsky KL, Schwarzenberger K. "Hand dermatitis". *Journal American Academy Dermatology*. 2002; 47: 291-9.
3. Finlay AY, Khan GK. "Dermatology Life Quality Index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use". *Clinical and Experimental Dermatology*. 1994; 19: 210-216.
4. Held E, Skoet R, Johansen JD, Agner T. "The hand eczema severity index (HECSI): A scoring system for clinical assessment of hand eczema. A study of inter- and intra-observer reliability". *British Journal Dermatology*. 2005; 152: 302-7.
5. Hội Da liễu Việt Nam. "Hướng dẫn chăm sóc và điều trị bệnh các bệnh da liễu". (2017); 114-118.
6. Huyền PTT. Tình hình, đặc điểm lâm sàng, yếu tố liên quan và ảnh hưởng của bệnh eczema bàn tay đến chất lượng cuộc sống. Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội. 2002.
7. Ibler SK, Jemec GB, Agner T (2012) Exposure related to hand eczema: A study of healthcare workers. *Contact dermatitis*. 2012; 66(5): 247-253.
8. Mahajan BB, Kaur S. Impact of hand eczema severity on quality of life: a hospital based cross-sectional study. *Our Dermatol Online*. 2016; 7(1):1-4.

YẾU TỐ PROTEIN VIÊM MÀNG NGOÀI (OIPA) CỦA HELICOBACTER PYLORI Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ DẠ DÀY TẠI VIỆT NAM

Vũ Văn Khiên¹, Trần Thị Huyền Trang¹, Phạm Hồng Khánh²,
Phan Quốc Hoàn¹, Nguyễn Quang Duật², Dương Minh Thắng¹,
Hoàng Mạnh Vững¹, Bùi Thanh Thuý¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện TWQĐ 108

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Khiên

Email: vuvankhien108@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

Đặt vấn đề: Nhiễm vi khuẩn *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) liên quan chặt chẽ đến các bệnh lý dạ dày như: VDDM, LDD và UTDD. CagA và VacA là hai yếu tố độc lực của *H. pylori* đã được nghiên cứu nhiều ở Việt Nam. Một số yếu tố độc lực khác (oipA, dupA, cag-PAI) chưa được nghiên cứu tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Nghiên cứu tìm hiểu vai trò của OipA ở bệnh nhân UTDD tại Việt Nam. **Đôi tượng & phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 623 bệnh nhân nhiễm *H. pylori* trong đó có: UTDD (n = 154), LDD (n = 129), LTT (n = 161) và VDDM (n = 179). Chẩn

đoán UTDD và VDDM dựa mô bệnh học. Tình trạng oipA được xác định bằng kỹ thuật Realtime-PCR. Đánh giá về oipA: dương tính và âm tính. **Kết quả:** Tỷ lệ mang gen oipA ở bệnh nhân UTDD (35%), LDD (34,1%) và LTT (33,5%) tăng cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với tỷ lệ mang gen oipA ở bệnh nhân VDDM (27,4%). Không có mối liên quan về tỷ lệ gen oipA dương tính với tuổi, giới, hình thái nội soi (theo phân loại Borrmann) và đặc điểm mô bệnh học (phân loại Lauren) ở bệnh nhân UTDD. **Kết luận:** Không tìm thấy mối liên quan của oipA với tuổi, giới, hình thái nội soi và mô bệnh học ở bệnh nhân UTDD.

Từ khóa: oipA, Helicobacter pylori, ung thư dạ dày, viêm dạ dày mạn, loét dạ dày, loét tá tràng

SUMMARY

VIRULENCE OF HELICOBACTER PYLORI OUTER MEMBRANCE PROTEINS (OIPA) IN PATIENTS WITH GASTRIC CANCER IN VIETNAM

Background: Helicobacter pylori (H. pylori) infection is associated with some gastric diseases, such as gastritis, peptic ulcer, and gastric cancer. CagA and VacA are known virulence factors of H. pylori, which play a vital role in severe clinical outcomes. Some other virulence factors (oipA, dupA, cag-PAI) have not been studied in Vietnam. **Aim:** Study to find out the role of oipA in gastric cancer patients in Vietnam. **Subjects & methods:** A cross-sectional study of 623 patients with H. pylori infection, including: Gastric cancer (n=154), gastric ulcer (n=129), duodenal ulcer (n=161) and chronic gastritis (n=179). Diagnosis of GC and CG is based on histopathology. OipA status was determined by Realtime-PCR technique. **Results:** The rate of carrying the oipA gene in patients with gastric cancer (35%), gastric ulcer (34.1%) and duodenal ulcer (33.5%) was significantly higher ($p < 0.05$) than with the prevalence of oipA gene in patients with chronic gastritis (27.4%). There was no relationship between the percentage of oipA gene positive with age, sex, endoscopic morphology (Borrmann classification) and histopathological characteristics (Lauren classification). **Conclusion:** There was no association of oipA with age, sex, endoscopic morphology and histopathological characteristics in gastric cancer patients.

Keywords: Outer inflammatory protein A, Helicobacter pylori, gastric cancer, chronic gastritis, gastric ulcer, duodenal ulcer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Protein viêm màng ngoài A (outer inflammatory protein A: oipA) là một trong 5 thành viên protein màng ngoài của Helicobacter pylori (H. pylori), được phát hiện lần đầu tiên vào năm 2000 bởi Yamaoka Y và cs [1]. Đã có khá nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa oipA với các bệnh lý dạ dày tá tràng. Các nghiên cứu cho thấy oipA có vai trò như chất kết dính, giúp vi khuẩn tiếp xúc-xâm nhập tại biểu mô dạ dày,

gây ra các phản ứng tiền viêm, kích thích tăng tiết các cytokine viêm như Interleukin 8 (IL-8) và các yếu tố gây viêm khác. Tuy nhiên, một số nghiên cứu đã cho rằng oipA chỉ đóng một vai trò trong việc kết dính H. pylori vào tế bào biểu mô dạ dày và không ảnh hưởng đến việc sản xuất IL-8 trong tế bào dạ dày [2]. Tại Việt Nam, hiện chỉ có 01 nghiên cứu về vai trò của oipA trên đối tượng bệnh nhân viêm dạ dày mạn (VDDM), loét dạ dày-tá tràng và kết quả cho thấy tỷ lệ oipA dương tính đạt 100% cho cả 2 đối tượng này [6]. Từ năm 2019, được sự tài trợ của Bộ Khoa học-Công nghệ, hợp tác Nghị định thư Việt Nam - Nhật Bản đã được triển khai tại Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108 (mã số: NĐT.66.JPN/16). Đề tài nghiên cứu có với mục tiêu: *Vai trò của oipA và mối liên quan của oipA với ung thư dạ dày (UTDD) tại Việt Nam.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Đối tượng nghiên cứu gồm 623 bệnh nhân có nhiễm H. pylori, bao gồm: UTDD (n=154), LDD (n=129), LTT (n=161), VDDM (n=179), đến khám bệnh-điều trị tại bệnh viện TWQĐ 108 từ 12/2019 đến 5/2022. Chẩn đoán UTDD và VDDM dựa mô bệnh học. Chẩn đoán LDD, LTT dựa trên hình ảnh nội soi. Chẩn đoán nhiễm H. pylori khi CLO test/và hoặc PCR (+).

Tiêu chuẩn loại trừ: Đã phẫu thuật dạ dày tá tràng, dùng các thuốc (kháng sinh, bismuth, NSAIDs, kháng thụ thể H₂, ức chế bơm proton) trong vòng 2 tuần trước khi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang
- Các bước tiến hành: Lập hồ sơ, nội soi dạ dày, lấy mẫu sinh thiết theo quy trình đã thống nhất. Phân loại đại thể UTDD theo phân loại Borrmann. Mô bệnh học UTDD theo phân loại Lauren. Mảnh sinh thiết phục vụ xét nghiệm oipA được cố định trong môi trường vận chuyển, lưu giữ ở -80°C và xử lý tại khoa Sinh học phân tử - Bệnh viện TWQĐ 108.

- DNA của H. pylori từ mảnh sinh thiết được tách bằng kit Monarch® Genomic DNA Purification Kit (NEB, Mỹ), được tinh sạch. OipA được xác định bằng phản ứng PCR. Nhận định kết quả: oipA dương tính và âm tính.

2.3. Xử lý số liệu: Theo thuật toán thống kê y học bằng phần mềm STATA 14.2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ oipA dương tính trong các bệnh lý dạ dày-tá tràng

Nhóm bệnh	OipA dương tính	OipA âm tính	Tổng
Ung thư dạ dày (n = 154)	54/154 (35,0)	100/154 (65,0)	154/154 (100)
Loét dạ dày (n = 129)	44/129 (34,1)	85/129 (65,9)	129/129 (100)
Loét tá tràng (n = 161)	54/161 (33,5)	107/161 (64,5)	161/161 (100)
Viêm dạ dày mạn (n = 179)	49/179 (27,4)	130/179 (72,6)	179/179 (100)
Tổng (n = 623)	201/623 (32,3%)	422/623 (67,7)	623/623 (100)

Nhận xét: Tỷ lệ mang gen oipA ở bệnh nhân UTDD, loét dạ dày và loét tá tràng tăng cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với tỷ lệ mang gen oipA ở bệnh nhân VDDM.

Bảng 3.2. Đặc điểm gen oipA theo nhóm tuổi ở bệnh nhân UTDD (n = 154)

Nhóm tuổi	Gen oipA		Tổng	p
	Dương tính n (%)	Âm tính n (%)		
≤ 64	30/85 (35,3)	55/85 (64,7)	85	> 0,05
> 64	24/69 (34,8)	45/69 (65,2)	69	
Nữ	11/33 (33,3)	22/33 (66,7)	33	> 0,05
Nam	43/121 (35,5)	78/121 (64,5)	121	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ mang gen oipA theo nhóm tuổi và giới tính ở bệnh nhân UTDD ($p > 0,05$)

Bảng 3.3. Đặc điểm gen oipA theo nội soi, mô bệnh học nhóm UTDD

Mô bệnh học	Gen oipA		Tổng	P
	Dương tính (n, %)	Âm tính (n, %)		
Borrmann típ I-II	17/47 (36,2)	30/47 (63,8)	47	> 0,05
Borrmann típ III-IV	37/107 (34,6)	70/107 (65,4)	107	
UTDD thể ruột	32/93 (34,4)	61/93 (65,6)	49	> 0,05
UTDD lan toả/hỗn hợp	21/61 (34,4)	40/61 (65,6)	40	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ gen oipA giữa UTDD Borrmann típ I-II so với Borrmann típ III-IV trên nội soi ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ gen oipA ở UTDD thể ruột so với thể lan toả/hỗn hợp ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ gen oipA dương tính trong các bệnh lý dạ dày. Có hai khái niệm về trạng thái của oipA, bao gồm trạng thái có hoạt động hay không hoạt động "on/off" hoặc có mặt hay không có mặt "presence/absence". Để đánh giá đúng về oipA thì cần phải xác định chức năng của oipA có hoạt động hay không hoạt động "on/off" và khi đó cần đòi hỏi kỹ thuật phức tạp hơn. Khi gen oipA ở trạng thái có hoạt động "on" sẽ làm tăng nguy cơ loét dạ dày và UTDD, sẽ làm tăng mức độ nhiễm H. pylori trong biểu mô dạ dày và làm tăng thâm nhiễm bạch cầu đa nhân trung tính ở mức độ nặng [2],[3] Đồng

thời, oipA làm tăng liên kết với các yếu tố độc lực khác của H. pylori như: cagPAI, cagA và/hoặc vacA s1, vacA m1 và làm tăng khả năng kết dính-xâm nhập của H. pylori [2],[3]

Kết quả nghiên cứu về oipA vẫn còn có những ý kiến trái chiều nhau. Một số nghiên cứu tìm thấy oipA có xu hướng tăng lên ở bệnh nhân LDD, UTDD và u MALT ở 2 khu vực châu Á và phương Tây. Tuy nhiên, một số nghiên cứu không tìm thấy mối tương quan này. Năm 2013, Liu J và cs [4] phân tích tổng hợp 14 nghiên cứu về oipA ở trạng thái "on/off" và 9 nghiên cứu về oipA ở trạng thái "present/absence". Bảng 4.1 cho biết: oipA ở trạng thái "on/off" ở bệnh nhân VDDM từ: 30-100%, loét DD-TT từ: 68-100% và UTDD từ: 66,7-100%. Với kết quả này cũng cho thấy sự hiện diện của oipA tăng nhiều ở UTDD và loét dạ dày-tá tràng so với VDDM.

Bảng 4.1. Tỷ lệ oipA dương tính ở trạng thái: on/off [4]

Tác giả/năm/ chủng tộc người	Các bệnh lý và tỷ lệ oipA (+)				
	VDDM	Loét DDTT	Loét DD	Loét TT	UTDD
Yamaoka Y/2000/ Nhật Bản	40/40(100%)	40/40(100%)		40/40(100%)	
Yamaoka Y/2002/ Mỹ	25/40(62,5%)	37/41(90,2%)		37/41(90,2%)	20/30(66,7%)
Yamaoka Y/2002/Colombia	26/40(65,0%)	36/40(90,0%)		36/40(90,0%)	34/41(82,9%)
Zambon CF/2003/ Ý	15/31(48,4%)	14/19(73,7%)			
De Jonge R/2004/Đức	18/29(62,1%)	39/49(79,6%)	16/21(76,2%)	23/28(82,1%)	8/9(88,9%)

Yamaoka Y/2006/Colombia	24/40(60,0%)	36/40(90,0%)		36/40(90,0%)	36/40(90,0%)
Yamaoka Y/2006/Mỹ	25/40(62,5%)	34/40(85,0%)		34/40(85,0%)	
Oleastro M/2008/Bồ Đào Nha (cho người lớn)	28/56 (50,0%)	34/50 (68,0%)			
Oleastro M/2008/Bồ Đào Nha (cho trẻ em)	17/53 (32,1%)	26/31 (83,9%)			
Li N/2009/Trung Quốc	66/86(76,7%)	12/12(100%)	12/12(100%)		2/2(100%)
Chiarini A/2009/Y	17/21(81,0%)	7/10(70,0%)			
Schmidt/2010/Trung Quốc	45/52(86,5%)	14/16(87,5%)		14/16(87,5%)	19/22(86,4%)
Oleastro M/2010/Bồ Đào Nha	18/60(30,0%)	40/57(70,2%)			
Markovska R/2011/Bungari	23/35(65,7%)	33/34(97,1%)			

Có 9 nghiên cứu chỉ xác định sự hiện diện (present/absent) của oipA. Kết quả chỉ xác định sự hiện diện của oipA trên các đối tượng và nhìn chung có tỷ lệ thấp hơn so với phương pháp phát hiện oipA dựa trên sự hoạt động của nó (on/off). Kết quả trình bày ở bảng 4.2 cho biết trong 9 nghiên cứu này, tỷ lệ oipA hiện có ở VDDM giao động từ: 26,2-95,4%, ở loét dạ dày-tá tràng giao động từ: 15,4-100%. Có 4 nghiên cứu trình bày

về hiện diện của oipA ở bệnh nhân UTDD với tỷ lệ từ: 14,3-90%. Trong nghiên cứu của chúng tôi trình bày tại bảng 3.1 cũng xác định sự hiện diện của oipA và kết quả cho biết tỷ lệ oipA ở bệnh nhân: UTDD, loét dạ dày, loét tá tràng và VDDM tương ứng là: 35%, 34,1%, 24,8% và 32,9%. Kết quả nghiên cứu này cho biết không có sự khác biệt về tỷ lệ oipA giữa các bệnh lý dạ dày khác nhau.

Bảng 4.2 Tỷ lệ OipA dương tính khi ở trạng thái "present/absence" [4]

Tác giả/năm/ chủng tộc người	Các bệnh lý và tỷ lệ OipA (+)				
	VDDM	Loét DDTT	Loét DD	Loét TT	UTDD
Khi OipA "present/absence"					
Zhang J/2004/Trung Quốc	11/42(26,2%)	16/16(100%)	16/16(100%)		
Salih BA/2007/Thổ Nhĩ Kỳ	17/21(81,0%)	13/14(92,9%)			
Zhou M/2009/Trung Quốc	21/40(52,5%)	37/40(92,5%)		37/40(92,5%)	18/20(90,0%)
Dabiri H/2009/Ba Tư	36/57(63,2%)	2/13 (15,4%)			0/4 (0%)
Dabiri H/2009/Thổ Nhĩ Kỳ	7/21 (33,3%)	3/5 (60,0%)			1/7 (14,3%)
Dabiri H/2009/ Kurd	8/13(61,5%)	4/4(100,0%)			
Xie J/2010/Trung Quốc	16/51(31,4%)	12/39(30,8%)	6/19(31,6%)	6/20(30,0%)	19/27(70,4%)
Ben MK/2010/Tunisian	186/195(95,4%)	63/78(80,8%)			
Ji CW/2011/Trung Quốc	26/46(56,5%)	45/58(77,6%)	45/58(77,6%)		33/43(76,7%)

Gần đây, nghiên cứu của Baraga LLBC và cs về oipA "on" ở bệnh nhân VDDM, UTDD. Kết quả nghiên cứu cho biết tỷ lệ oipA dương tính ở bệnh nhân UTDD đạt: 91,7%, ở bệnh nhân VDDM chỉ đạt 60,9%.

Năm 2010, Nguyễn Lâm Tùng và các cs [5] tại Đại học Oita (Nhật Bản) đã xác định về oipA theo trạng thái: on/off trên 24 bệnh nhân loét dạ dày và 76 bệnh nhân VDDM. Kết quả cho biết ở cả 2 nhóm đều có tỷ lệ dương tính đạt 100%. Như vậy, việc sử dụng kỹ thuật hiện đại (immunoblotting) với việc sử dụng kháng thể đặc hiệu sẽ làm tăng khả năng phát hiện oipA hơn so với xét nghiệm thông thường khác. Trong phạm vi đề tài của chúng tôi, chưa thực hiện theo kỹ thuật này vì điều kiện kinh phí còn hạn hẹp (do ảnh hưởng dịch COVID-19)

4.2. Mỗi liên quan giữa oipA với đặc điểm ở bệnh nhân UTDD. Cho đến nay, các

nghiên cứu về mối liên quan giữa oipA với đặc điểm mô bệnh học, đặc điểm về nội soi và đặc điểm giới, tuổi của UTDD còn rất ít. Trong nghiên cứu của chúng tôi trình bày tại bảng 3.2 cho biết không tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ mang gen oipA ở bệnh nhân nam so với bệnh nhân nữ mắc UTDD (p > 0,05). Cũng tương tự như vậy, không tìm thấy mối tương quan giữa oipA ở bệnh nhân mắc UTDD ≤ 64 tuổi so với tỷ lệ mang gen oipA ở bệnh nhân UTDD > 64 tuổi (p > 0,05). Cũng tương tự như vậy, bảng 3.3 cũng không tìm thấy mối liên quan giữa oipA với hình thái học của UTDD (theo phân loại Borrmann) và đặc điểm giải phẫu bệnh ở bệnh nhân UTDD (theo phân loại Lauren).

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ mang gen oipA ở bệnh nhân ung thư dạ dày (35%), loét dạ dày (34,1%) và loét tá

tràng (33,5%) tăng cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với tỷ lệ mang gen oipA ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn (27,4%)

2. Không có mối liên quan về tỷ lệ gen oipA dương tính với tuổi, giới, hình thái ung thư dạ dày trên nội soi (phân loại Bormann) và đặc điểm mô bệnh học (phân loại Lauren) ở bệnh nhân ung thư dạ dày

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Bộ Khoa học và Công nghệ trong đề tài nghị định thư Việt Nam – Nhật Bản, đề tài mã số NĐT.66.JPN/19 (Chủ nhiệm đề tài PGS. TS Vũ Văn Khiên).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yamaoka Y, Kwon DH, Graham DY. A Mr 34,000 proinflammatory outer membrane protein (oipA) of *Helicobacter pylori*. Proceedings of the

National Academy of Sciences. 2000; 97(13): 7533-7538.

2. Xu C, Soyfoo DM, Wu Y, Xu S. Virulence of *Helicobacter pylori* outer membrane proteins: an updated review. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases. 2000;39(10): 1821-1830
3. Feili O, Bakhti SZ, Latifi-Navid S, et al. Contrasting association of *Helicobacter pylori* oipA genotype with risk of peptic ulceration and gastric cancer Infection, Genetics and Evolution. 2021; 89: 104720
4. Liu J, He C, Chen M, et al. Association of presence/absence and on/off patterns of *Helicobacter pylori* oipA gene with peptic ulcer disease and gastric cancer risks: a meta-analysis. BMC Infectious Diseases 2013;13(1): 1-10
5. Tung NL, Uchida T, Tsukamoto Y, et al. *Helicobacter pylori* infection and Gastrointestinal diseases in Vietnam: a cross-sectional, hospital-based study. BMC Gastroenterology 2010;10(1):

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT VÀ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CÓ TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HOÁ

Đỗ Văn Chiến¹, Lê Thế Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình hình kiểm soát huyết áp và việc tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân nhồi máu não có tăng huyết áp điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá. **Đối tượng và phương pháp:** 80 bệnh nhân nhồi máu não có tăng huyết áp điều trị tại trung tâm đột quỵ, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá từ 08/2021 đến 12/2021. Tất cả được hỏi tiền sử, khám lâm sàng, đo huyết áp, hỏi việc sử dụng thuốc và theo dõi huyết áp. **Kết quả:** Bệnh nhân không biết bị tăng huyết áp chiếm 15,0%, dùng thuốc huyết áp hằng ngày 13,8%, một năm gần đây không đo 15,0%. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân được dùng thuốc và theo dõi huyết áp thường xuyên ở bệnh nhân nhồi máu não vào viện chiếm tỷ lệ rất thấp trong nghiên cứu. **Từ khóa:** Tăng huyết áp, nhồi máu não, kiểm soát huyết áp

SUMMARY

BLOOD PRESSURE CONTROL AND MEDICAL ADHERENCE IN PATIENTS WITH CEREBRAL ISCHEMIA WITH

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Chiến

Email: vmchiendo@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.5.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

HYPERTENSION AT THANH HOA PROVINCIAL HOSPITAL

Objectives: Assessment of blood pressure control in cerebral ischemic patients with hypertension. **Subjects and Methods:** 80 hypertensive patients who got cerebral infarction admitted in Thanh Hoa General Hospital from 08/2021 to 12/2021. Patients were taken medical history, examination, blood pressure measurement, asked about medication and blood pressure monitoring. **Results:** Hypertensive unknown patients was 15,0%, daily hypertensive drug was 13,8%, 1 year recent not-measured blood pressure patients were 15,0%. **Conclusion:** Rate of hypertensive patient who had cerebral infarction was taken hypertensive drugs and blood pressure monitoring, were very low.

Keywords: Hypertension, Cerebral ischemia, blood pressure control

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tần suất tăng huyết áp (THA) vẫn không ngừng gia tăng không những trên thế giới mà ngay tại nước ta. Trên toàn cầu hiện có 1 tỷ người THA và dự kiến sẽ tăng 1,5 tỷ vào năm 2025. THA là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm với khoảng 10 triệu người năm 2015; trong đó có 4,9 triệu người do bệnh mạch vành và 3,5 triệu người do đột quỵ [1], [7].

Đột quỵ não có thể có nhiều mức độ khác nhau, nhưng đây là một trong những nguyên