

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 Chiến<sup>1</sup>, Lê Thế Anh<sup>2</sup>

## 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

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Bệnh 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

nhân gây tử vong hàng đầu ở Hoa Kỳ, tỉ lệ tử vong 130.000 mỗi năm tại Mỹ, chiếm 1/20 các trường hợp tử vong. Cứ 40 giây lại có 1 người Mỹ đột quỵ và cứ 4 phút sẽ có 1 trường hợp tử vong do đột quỵ não [8].

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất và là nguyên nhân hàng đầu của đột quỵ não, THA gây ra khoảng 50% đột quỵ nhồi máu não. Theo một số nghiên cứu, 80% trường hợp đột quỵ có thể ngăn ngừa được, một trong cách phòng tốt nhất là kiểm soát huyết áp [6].

Việc kiểm soát huyết áp bằng cách sử dụng thuốc đúng liều và đều đặn là một yếu tố góp phần làm giảm thiểu các biến chứng cơ quan đích, trong đó nhồi máu não là biến chứng nặng, có tỉ lệ tử vong cao và đa số các trường hợp để lại di chứng nặng nề [2].

Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá tình hình kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp bị nhồi máu não điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá", với hai mục tiêu:

1. Tìm hiểu tỉ lệ bệnh nhân không có tiền sử tăng huyết áp bị nhồi máu não
2. Đánh giá tuân thủ việc theo dõi chỉ số huyết áp và điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp bị nhồi máu não

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 80 bệnh nhân nhồi máu não được điều trị tại trung tâm đột quỵ, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá, từ tháng 08/2021 đến tháng 12/2021

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng của đột quỵ não vào viện có huyết áp tối đa  $\geq 140$  mmHg hoặc  $\geq 90$  mmHg
- + Có tổn thương nhồi máu não trên phim chụp CLVT hoặc MRI não
- + Các bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Bệnh nhân xuất huyết não
  - + Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- 2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện

### 2.3. Các bước nghiên cứu:

- Tất cả các bệnh nhân có tăng huyết áp - nhồi máu não đều được làm bệnh án nghiên cứu.
- Các bệnh nhân được hỏi tiền sử bệnh, tiền sử dùng thuốc, số lần dùng thuốc.
- Các bệnh nhân được hỏi về cách theo dõi huyết áp, số lần đo huyết áp
- Thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng

**2.4. Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, sự khác biệt có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

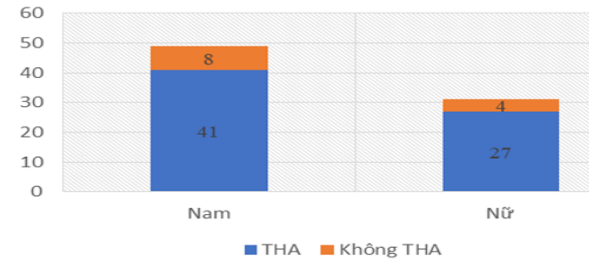
### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới**

	Nam (n,%)	Nữ (n, %)	Tổng (n,%)
$\leq 40$	6 (11,8%)	3 (10,3%)	9 (11,3%)
40-59	18 (35,3%)	12 (41,4%)	30 (37,5%)
60-79	22 (43,1%)	13 (44,8%)	35 (43,8%)
$\geq 80$	5 (9,8%)	1 (3,5%)	6 (7,4%)
Trung bình	63,4 $\pm$ 12,1	69,7 $\pm$ 9,3	65,8 $\pm$ 11,4

**Nhận xét:** Độ tuổi mắc tăng huyết áp hay gặp ở nhóm tuổi 60-79 và 40-59, độ tuổi trên 80 đều thấp ở cả hai nhóm, độ tuổi trung bình cả hai nhóm là 65,8  $\pm$  11,4.

### 3.2. Tiền sử tăng huyết áp



**Biểu đồ 1. Tiền sử tăng huyết áp của bệnh nhân**

**Nhận xét:** Tỉ lệ bệnh nhân THA chiếm tỉ lệ cao (61,3%), tỉ lệ này cao ở cả hai giới.

### 3.3. Thời gian bị bệnh

**Bảng 2. Thời gian bị bệnh tăng huyết áp**

	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Không biết bị bệnh THA	12	15,0%
< 2 năm	13	16,3%
2 đến 5 năm	46	57,4%
5 đến 10 năm	7	8,8%
> 10 năm	2	2,5%
<b>Tổng</b>	<b>80</b>	

**Nhận xét:** Số bệnh nhân bị bệnh THA từ 2-5 năm chiếm tỉ lệ cao nhất, trong đó nhóm bệnh nhân không biết bệnh THA chiếm tỉ lệ 15,0%

### 3.4. Tuân thủ dùng thuốc tăng huyết áp

**Bảng 3: Tuân thủ dùng thuốc điều trị THA của bệnh nhân**

	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
Dùng thuốc hằng ngày	11	13,8
Dùng không thường xuyên	48	60,0
Biết THA nhưng không dùng thuốc	9	11,2
Không biết bị THA nên không dùng	12	15,0
<b>Tổng</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Bệnh nhân uống thuốc điều trị THA hằng ngày thấp, nhóm bệnh nhân uống thuốc

không thường xuyên chiếm tỉ lệ cao (tỉ lệ 60%)

### 3.5. Theo dõi chỉ số huyết áp

**Bảng 4. Tần suất theo dõi huyết áp tại nhà**

Số lần đo HA	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)
1 lần/ngày	2	2,5
1 lần/tuần	9	11,2
1 lần/2 tuần	13	16,2
1 lần/4 tuần	27	33,8
1 lần/3 tháng	8	10,0
1 lần/6 tháng	3	3,8
1 lần/ 12 tháng	6	7,5
1 năm gần đây không đo	12	15,0
<b>Tổng</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Số bệnh nhân được kiểm tra huyết áp hằng ngày rất thấp, tỉ lệ được kiểm tra huyết áp 4 tuần/lần chiếm tỉ lệ cao (33,8%)

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.** Tuổi và giới là những yếu tố nguy cơ không thể thay đổi trước của các bệnh lý chuyển hoá, trong đó có bệnh lý nhồi máu não. Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh lý tim mạch tăng dần theo tuổi và tăng vọt lên từ lứa tuổi trên 50. Nguy cơ mắc bệnh đột quỵ não tăng gấp đôi trong mỗi 10 năm tính từ 55 tuổi [9]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Chương (2003) trên 150 bệnh nhân đột quỵ não tại khoa thần kinh Bệnh viện 103 cho thấy tuổi trung bình là 65,17, độ tuổi từ 60-75 chiếm tỉ lệ cao nhất [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình bị nhồi máu não là 65,8 ± 11,4, trong đó hay gặp ở nhóm tuổi từ 60-79.

Tỉ lệ nam giới mắc các bệnh lý tim mạch trong nhiều nghiên cứu cho thấy cao hơn nữ giới từ 1,5 đến 2 lần. Trong một số nghiên cứu cho thấy tỉ lệ này ngược lại ở nhóm tuổi từ 35-44 và trên 85 tuổi. Nghiên cứu của Owusu (2007) nghiên cứu 2833 bệnh nhân nhồi máu não cho thấy nam bị nhiều hơn nữ, tỉ lệ mắc bệnh nam/nữ: 1,48/1 [5]. Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nam/nữ: 1,76/1, tương tự một số nghiên cứu trong và ngoài nước.

**4.2. Tiền sử THA.** Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân không có tiền sử THA chiếm tỉ lệ 39,7%, nhóm bệnh nhân này không biết mình bị THA, không được điều trị kiểm soát huyết áp nên dễ bị đột quỵ não ở nhóm bệnh nhân này. Theo nghiên cứu của Qureshi (2008) tỉ lệ THA ở bệnh nhân không có tiền sử THA chiếm tỉ lệ 20% ở nhóm bệnh nhân bị đột quỵ não và 8% dân số tại Hoa Kỳ. Nghiên cứu của Hoàng Khánh (2009) trên 921 bệnh nhân nhồi máu não thì cho thấy 72,2% không biết mình bị THA [10].

Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ không biết THA thấp hơn so với một nghiên cứu trong nước trước đây, có thể do các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ tại Việt Nam tốt hơn, đời sống phát triển hơn, ý thức của người dân cao hơn.

**4.3. Thời gian bị bệnh THA.** Thời gian bị THA là một yếu tố liên quan đến nhồi máu não. Nghiên cứu của Phạm Nguyên Sơn (1998) cho thấy tỉ lệ bệnh nhân nội trú điều trị THA < 1 năm là 22,5%; 1-5 năm là 34,2%; 5-10 năm là 10%; trên 20 năm là 19,2% [3]. Nghiên cứu của chúng tôi thời gian 2-5 năm chiếm tỉ lệ cao nhất 57,4%, tỉ lệ gặp ít nhất là > 10 năm (tỉ lệ 2,5%). Tình cộng gộp thì thời gian bị THA dưới 5 năm chiếm tỉ lệ cao hơn so với trên 5 năm, có thể trong thời gian này độ tuổi của bệnh nhân rơi vào khoảng từ 60-79 tuổi, ở độ tuổi có nhiều các rối loạn chuyển hoá kèm theo khác. Đặc biệt, thời gian bị bệnh THA kết hợp với không tuân thủ điều trị THA làm tăng nguy cơ đột quỵ não.

**4.4. Tuân thủ dùng thuốc điều trị huyết áp.** Sử dụng thuốc điều trị THA thường xuyên, kiểm soát huyết áp tốt giảm được các biến chứng cơ quan đích, trong đó có nhồi máu não. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ dùng thuốc hằng ngày chiếm tỉ lệ tương đối thấp (tỉ lệ 13,8%), trong đó tỉ lệ dùng thuốc không thường xuyên chiếm tỉ lệ cao nhất (60,0%). Nghiên cứu của Phạm Nguyên Sơn và cộng sự (1998) trên 144 bệnh nhân THA điều trị nội trú chỉ có 10,4% sử dụng thuốc điều trị thường xuyên [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 15% bệnh nhân không biết mình bị THA và 60% bệnh nhân THA điều trị không thường xuyên, một tỉ lệ cao chứng tỏ nhóm bệnh nhân điều trị và dùng thuốc điều trị THA không hiệu quả.

**4.5. Theo dõi huyết áp.** Việc sử dụng thuốc điều trị THA thường xuyên là một yếu tố giảm các biến cố tim mạch, trong đó có nhồi máu não. Tuy nhiên, dùng thuốc có hiệu quả, có không chế được huyết áp hay không là một yếu tố quan trọng, do vậy việc theo dõi huyết áp thường xuyên ngoài đánh giá hiệu quả của thuốc điều trị còn đóng vai trò quan trọng phát hiện tình trạng huyết áp cao mà không có hoặc ít triệu chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi theo dõi huyết áp 1 ngày/lần chiếm tỉ lệ rất thấp (2,5%), trong đó nhóm đo thời gian 4 tuần/ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 33,8%, trong đó có 15% số bệnh nhân không kiểm tra huyết áp trong 1 năm. Nhiều nghiên cứu dịch tễ đưa ra những bệnh nhân dùng thuốc đều đặn hoặc không thường xuyên nhưng không được đo huyết áp hằng ngày, không rõ huyết áp tăng hay giảm

những nhóm này dễ bị nhồi máu não hơn so với nhóm đo huyết áp đều đặn [4], [7].

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân được dùng thuốc và theo dõi huyết áp thường xuyên ở bệnh nhân nhồi máu não vào viện chiếm tỉ lệ rất thấp trong nghiên cứu, trong đó có 15,0% bệnh nhân không biết mình bị tăng huyết áp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Văn Minh** (2018), "Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp người lớn của phân hội tăng huyết áp Việt Nam", Tạp chí tim mạch học Việt Nam, tr. 78-80.
2. **Nguyễn Văn Chương** (2003), "Đặc điểm lâm sàng đột quy, những số liệu qua 150 bệnh nhân", Tạp chí y học thực hành. 10, tr. 75-77.
3. **Phạm Nguyễn Sơn** (1988), "Đặc điểm bệnh tăng huyết áp ở những bệnh nhân điều trị tại khoa A2 Bệnh viện TWQĐ 108", Kỷ yếu đại hội tim mạch Quốc Gia Việt Nam, tr. 183-187.
4. **Gareth Beevers** (2001), "ABC of hypertension: The pathophysiology of hypertension", BMJ. 322, tr. 1289-1456.
5. **Isaac Kofi Owusu** (2007), "Electrocardiographic Left Ventricular Hypertrophy In Patients Seen With Hypertensive Heart Failure", The Internet Journal of Third World Medicine. 6, tr. 1-7.
6. **Alun Hughes Jamil Mayet** (2003), "Cardiac and Vascular Pathophysiology Hypertension", Heart. 89, tr. 1104-1109.
7. **Fagard R Mancia G** (2013), "2013 . ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task. Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)", J Hypertens. 31, tr. 1281-12357.
8. **Scott E. Kasner Ralph L. Sacco** (2013), "An Updated Definition of Stroke for the 21st Century: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", Stroke. 44, tr. 2064-2089.
9. **Verdecchia P Timio M** (1988), "Age and blood pressure changes : a 20 year follow up study in nuns in 9 secluded order", Hypertension. 12, tr. 457-61.
10. **Qureshi** (2008), "Acute Hypertensive Response in Patients With Stroke: Pathophysiology and Management", Cardiovascular Medicine.

## SINH THIẾT MÀNG HOẠT DỊCH DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM: KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU

Châu Thị Hoàng Anh<sup>1</sup>, Huyền Tôn Nữ Hồng Hạnh<sup>1</sup>, Lê Trọng Bình<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Các bệnh lý khớp thường có biểu hiện tại màng hoạt dịch, phổ biến nhất là dày dạng nốt hoặc dạng mảng. Việc xác định bản chất tổn thương màng hoạt dịch giúp chẩn đoán chính xác bệnh lý khớp. Ngoài việc lấy dịch khớp để thực hiện các xét nghiệm, sinh thiết màng hoạt dịch là kỹ thuật giúp chẩn đoán xác định bản chất của tổn thương. Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp an toàn, đơn giản, và hiệu quả để thu thập mô màng hoạt dịch. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 11 bệnh nhân dày màng hoạt dịch chưa rõ nguyên nhân từ tháng 9/2019 đến tháng 10/2022 tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. Sinh thiết màng hoạt dịch được thực hiện dưới hướng dẫn siêu âm bằng kim sinh thiết tự động 16G và 14G. Cỡ kim và vị trí sinh thiết được quyết định dựa bề dày, chiều dài màng hoạt dịch và vị trí tiếp cận tổn thương

trên siêu âm. **Kết quả:** Trung vị tuổi là 49 (21-86 tuổi), tỉ lệ nam: nữ là 7:4. Khớp được sinh thiết nhiều nhất là khớp gối (8/11 trường hợp). Số mẫu bệnh phẩm trung bình 1 lần sinh thiết là 3,63 mẫu (1-5 mẫu), chiều dài mẫu 10-15mm. Trong và sau khi thực hiện thủ thuật không ghi nhận các biến chứng như chảy máu tại chỗ, chảy máu nội khớp, nhiễm trùng vị trí chọc hay biến chứng thần kinh, mạch máu. Về kết quả mô bệnh học, 100% mẫu đạt tiêu chuẩn chẩn đoán. **Kết luận:** Sinh thiết màng hoạt dịch dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong chẩn đoán xác định bản chất bệnh lý khớp. **Từ khóa:** sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm, siêu âm, màng hoạt dịch.

### SUMMARY

#### ULTRASOUND-GUIDED SYNOVIAL BIOPSY: A PRELIMINARY RESULT

**Background:** Synovial thickening is a common manifestation of various arthropathies. Apart from joint fluid aspiration, synovial membrane sampling plays a fundamental role in determining the nature of the diseases. Ultrasound-guided needle biopsy of the synovial membrane has been recognized as a safe, simple, and effective procedure. This paper aimed to assess the preliminary results of ultrasound-guided synovial biopsy at a single center. **Methods:** Data from 11 patients with synovial thickening from September 2019 to October 2022 at Hue University of

<sup>1</sup>Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

<sup>2</sup>Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trọng Bình

Email: letrongbinh@hueuni.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023