

xung mạch máu 3D giúp đánh giá chính xác các mạch máu nuôi u, dựng hình trong việc lên kế hoạch can thiệp. Từ đó có thể giảm thời gian chiếu, liều xạ cho nhân viên y tế cũng như giảm liều chiếu xạ cho BN.

Về đặc điểm tín hiệu của UCTTC trên CHT, các nghiên cứu lâm sàng đã chỉ ra rằng UCTTC có cường độ tín hiệu T2W cao có xu hướng ít cứng hơn và thường phản ứng ít đáp ứng hơn với phương pháp đốt sóng cao tần so với những UCTTC có tín hiệu T2W thấp. Sự thay đổi vốn có về độ cứng của UCTTC có thể là do sự khác biệt về tế bào xơ, hàm lượng collagen, hàm lượng nước và sự hiện diện của mô thoái hóa hoặc mô hoại tử.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được phần lớn các khối u giảm tín hiệu trên T1W và T2W với tỉ lệ lần lượt là 56% và 44%, tiếp theo là hỗn hợp tín hiệu với tỉ lệ 32% và 38%. Có 74% khối u tăng tín hiệu mạch trên phim cộng hưởng từ.

V. KẾT LUẬN

- Phần lớn bệnh nhân có 1 khối u, chiếm 50%.
- Vị trí khối u hay gặp nhất là nằm trong cơ tử cung với tỷ lệ 72%.
- Trọng lượng khối u hay gặp nhất là dưới 100g, chiếm tỉ lệ 38%.
- Đường kính khối u thường gặp là 50-100mm (78%).
- Trên siêu âm: các khối u thường giảm âm (64%), và sinh mạch (74%).
- Trên cộng hưởng từ: thường gặp các khối u giảm tín hiệu trên T1W (56%) và giảm tín hiệu trên T2W (44%). Đa số các khối u tăng tín hiệu mạch trên cộng hưởng từ, chiếm 74%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giuliani E., As-Sanie S., Marsh E. (2020)** "Epidemiology and management of uterine fibroids," *Int. J. Gynaecol. Obstet. Off. Organ Int. Fed. Gynaecol. Obstet.*, vol. 149, no. 1, pp. 3–9.
2. **Spies J.B., Coyne K., Guaou Guaou N., et al. (2002)** "The UFS-QOL, a new disease-specific symptom and health-related quality of life questionnaire for leiomyomata," *Obstet. Gynecol.*, vol. 99, no. 2, pp. 290–300.
3. **Ravina J.H., Ciraru-vigneron N., Aymard A., et al. (1999)** "Uterine artery embolisation for fibroid disease: Results of a 6 year study," *Minim. Invasive Ther. Allied Technol.*, vol. 8, no. 6, pp. 441–447.
4. **Carpenter T.T., Walker W.J. (2005)** "Pregnancy following uterine artery embolisation for symptomatic fibroids: a series of 26 completed pregnancies," *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 112, no. 3, pp. 321–325.
5. **Zimmermann A., Bernuit D., Gerlinger C., et al. (2012)** "Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women," *BMC Womens Health*, vol. 12, p. 6.
6. **Lippman S.A., Warner M., Samuels S., et al. (2003)** "Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study," *Fertil. Steril.*, vol. 80, no. 6, pp. 1488–1494.
7. **Mara M., Maskova J., Fucikova Z., et al. (2008)** "Midterm Clinical and First Reproductive Results of a Randomized Controlled Trial Comparing Uterine Fibroid Embolization and Myomectomy," *Cardiovasc. Intervent. Radiol.*, vol. 31, no. 1, pp. 73–85.
8. **Nguyễn Xuân Hiền (2011)** Nghiên cứu ứng dụng phương pháp nút động mạch tử cung trong điều trị u cơ trơn tử cung. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Holub Z., Mara M., Kuzel D., et al. (2008)** "Pregnancy outcomes after uterine artery occlusion: prospective multicentric study," *Fertil. Steril.*, vol. 90, no. 5, pp. 1886–1891.

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ RUNG NHĨ Ở NGƯỜI TỪ 18 TUỔI TRỞ LÊN THEO CHƯƠNG TRÌNH MMM CỦA HỘI TĂNG HUYẾT ÁP QUỐC TẾ TẠI NGHỆ AN

Cao Trường Sinh¹, Nguyễn Thị Mai Phương¹

TÓM TẮT

Mục đích: Xác định tỷ lệ tăng huyết áp, tỷ lệ tiền tăng huyết áp và tỷ lệ rung nhĩ ở người từ 18 tuổi trở

lên. **Đối tượng và phương pháp:** 1779 người dân được đo huyết áp ở tư thế ngồi, đo 3 lần cách nhau 1 phút lấy trung bình. Trước khi đo bệnh nhân không uống rượu, cà phê, chè đặc và không hút thuốc lá. Chẩn đoán tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng huyết áp chung tại Nghệ An là: 34,3%. Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc là 78,5%. Tỷ lệ tiền tăng huyết áp là 43,91%. Tỷ lệ rung nhĩ trong dân số được phát hiện là tương đối thấp (0,169%). **Kết luận:** Tỷ lệ tăng huyết áp chiếm hơn

¹Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023

1/3 dân số. Tỷ lệ tiền tăng huyết áp tương đối cao. Tỷ lệ rung nhĩ trong dân số được phát hiện là tương đối thấp (0,169%).

SUMMARY

SITUATION OF HYPERTENSION AND ATRIAL FIBRILLATION IN PEOPLE FROM OVER 18 YEARS OLD BY MMM PROGRAM (MAY MEASUREMENT MONTH) OF INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION AT NGHE AN

Aim: To determine the rate of hypertension, the rate of pre hypertension, the rate of atrial fibrillation. **Subjects and methods:** 1779 people were measured blood pressure in the sitting position, measured 3 times 1 minute apart for the average. Before measuring the patient did not drink alcohol, coffee, strong tea and did not smoke. Hypertension was diagnosed when systolic blood pressure was ≥ 140 mmHg and/or diastolic blood pressure was ≥ 90 mmHg. **Results:** The overall prevalence of hypertension in Nghe An was: 34.3%. The prevalence of isolated systolic hypertension was 78.5%. The prevalence of pre hypertension was 43,91%. The prevalence of atrial fibrillation in the population was found to be relatively low (0.169%). **Conclusion:** The rate of hypertension accounts for more than 1/3 of the population. The rate of isolated systolic hypertension was high in hypertensive patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng, là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong cho người cao tuổi ở cả các nước phát triển và đang phát triển, ước tính gây ra 10,4 triệu ca tử vong trên toàn thế giới [1] chiếm 4,5% gánh nặng bệnh tật toàn cầu [2] với 1,39 tỷ người mắc tăng huyết áp năm 2010 [3], hiện nay con số ước tính còn cao hơn.

Tỷ lệ tăng huyết áp khác nhau ở mỗi nước, chính vì vậy để xác định tỷ lệ tăng huyết áp chung trên thế giới, tỷ lệ huyết áp đạt mục tiêu, tỷ lệ nhận biết huyết áp... theo từng khu vực và mức độ phát triển kinh tế của khu vực, từ năm 2017 Hội tăng huyết áp quốc tế đã phát động chiến dịch Tháng năm đo huyết áp (MMM: May Measurement Month) ở nhiều quốc gia và các khu vực, ước tính đo được 100 triệu người trên toàn thế giới. Ở Việt Nam cũng bắt đầu triển khai từ năm 2017 ở 10 tỉnh thành trong toàn quốc. Nghệ An cũng là một đại điểm triển khai MMM hàng năm.

Năm 2022 với tiêu đề của ISH Tăng huyết áp sau đại dịch chúng tôi tiến hành chiến dịch đo huyết áp tháng 5 với mục đích xác định tỷ lệ tăng huyết áp, tỷ lệ huyết áp đạt mục tiêu, tỷ lệ người dân được điều trị và đặc biệt là xác định thêm tỷ lệ rung nhĩ, thông số mà các năm trước

ISH chưa đề cập đến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, khám sàng lọc huyết áp được tiến hành ở tỉnh Nghệ An theo chương trình MMM từ tháng 4/2022 đến tháng 7/2022.

Địa điểm đo: Chúng tôi tiến hành đo huyết áp ở các địa điểm theo khuyến cáo của Hội Tăng huyết áp quốc tế (ISH) gồm đo cho người đến bệnh viện tại thành phố Vinh, đo tại cộng đồng tại 2 xã vùng cao: 1 xã vùng cao huyện Quỳnh Châu và 1 xã vùng cao huyện Quế Phong Nghệ An, đo tại ga tàu cho người dân ở Vinh.

2.2. Đối tượng. Người dân từ 18 tuổi trở lên bao gồm 2 giới. Kể cả những người đang được điều trị huyết áp cũng được đưa vào nghiên cứu. Tổng số được khám sàng lọc là: 1779.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Người dân được nghỉ ngơi trước khi đo ít nhất 5 phút, trước đó không dùng cà phê, uống rượu hút thuốc lá nếu đã dùng chất kích thích như rượu, cà phê thì loại khỏi danh sách được đo.

Trước khi đo người dân được hỏi và điền đầy đủ các thông số theo phiếu hướng dẫn của ISH như tuổi, giới, có được đo HA thương xuyên hay không, dùng thuốc đều đặn hay không... đặc biệt năm nay có yêu cầu thêm xác định có loạn nhịp hoàn (rung nhĩ) toàn hay không

Phòng đo là nơi thoáng mát, yên tĩnh, nhiệt độ phòng xung quanh 30^o C.

Người tham gia được đo ở tư thế ngồi, đo 3 lần cách nhau 1 phút lấy trung bình

Người đo là sinh viên năm cuối và điều dưỡng của bệnh viện được tập huấn kỹ về cách đo và cách ghi chép dữ liệu.

Chẩn đoán tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc HATr ≥ 90 mmHg. Tăng huyết áp tâm thu đơn độc được chẩn đoán khi HATT ≥ 140 mmHg còn HATr < 90 mmHg; Phân độ huyết áp theo WHO/ISH 2003 và khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam 2008 [4].

Chẩn đoán rung nhĩ bằng nghe tim thấy loạn nhịp hoàn toàn, đang điều trị rung nhĩ và khẳng định bằng điện tâm đồ

2.4. Xử lý số liệu và phân tích thống kê. Số liệu được ghi chép và tập hợp theo mẫu chung của chương trình MMM năm 2022 của ISH. Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. So sánh tỷ lệ bằng Chi², sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đầu vào mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, giới; nhân trắc

Độ tuổi	Nam (1)		Nữ (2)		Tổng		p(1-2)
	n	%	n	%	n	%	
18-39	215	12,1	306	17,2	521	29,3	<0,05
40-59	286	16,1	402	22,6	688	38,7	
≥ 60	258	14,5	312	17,5	579	32,0	
Tổng	759	42,7	1020	53,7	1779	100	
Tuổi TB	50,08±16,7		40,80±17,16		49,35±16,90		<0,05
Chiều cao (cm)	162,4±7,3		152±13,26		153,6±10,59		<0,05
Cân nặng (kg)	65,47±11,78		50,33±6,02		56,16±8,38		<0,05
BMI	22,71±3,06		21,34±4,14		21,68±3,63		>0,05

Tỷ lệ người dân được đo huyết áp, khám sàng lọc ở độ tuổi > 40 là chủ yếu. Ở nữ được khám sàng lọc nhiều hơn nam, tuổi trung bình người được khám sàng lọc ở nữ cao hơn có ý nghĩa so với nam giới. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Chiều cao và cân nặng ở nam cao hơn có ý nghĩa so với nữ. BMI giữa nam và nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.2. Đặc điểm về vùng miền

Địa phương	Nam		Nữ		Tổng		p (tổng)
	n	%	n	%	n	%	
Quế Phong	224	29,5	261	25,6	485	27,3	<0,05
Quỳ Châu	119	15,7	180	17,6	299	16,8	
TP Vinh	416	54,8	579	56,8	995	55,9	
Tổng	759	100	1020	100	1779	100	

Tỷ lệ người dân được khám sàng lọc ở thành phố cao hơn vùng cao (p<0,05)

3.2. Tỷ lệ tăng huyết áp**Bảng 3.3. Tỷ lệ tăng huyết áp trên dân số nghiên cứu từ 18 tuổi trở lên**

Loại tỷ lệ	n	%
THA hiện mắc	549	30,9
Điều trị HA đạt mục tiêu	61	3,4
THA trên dân số nghiên cứu (n=1779)	610	34,3

Tỷ lệ người dân được điều trị huyết áp đạt mục tiêu trên tổng số dân được khám sàng lọc rất thấp, chỉ chiếm 3,4%

Bảng 3.4. Tỷ lệ tăng huyết áp theo vùng miền

Địa phương	n _{đp}	Nam			Nữ			Tổng		p tổng
		n _{đp}	n _{THA}	%	n _{đp}	n _{THA}	%	n _{THA}	%	
Quế Phong	485	224	88	39,3	261	98	37,5	186	38,4	>0,05
Quỳ Châu	299	119	34	28,6	180	48	26,7	82	27,4	
TP Vinh	995	416	125	30	579	156	26,9	281	28,2	
Tổng	1779	759	247	32,5	1020	302	29,6	549	30,9	

n_{đp}: Số đối tượng ngh/cứu theo địa phương;

Tỷ lệ tăng huyết áp giữa các vùng huyện, thành khác nhau không có ý nghĩa.

Bảng 3.5. Tỷ lệ tăng huyết áp theo độ tuổi trong dân số nghiên cứu

Độ tuổi	n _{đt}	Nam			Nữ			Tổng		p
		n _g	n _{THA}	%	n _g	n _{THA}	%	n _{THA}	%	
18-39	521	215	34	15,8	306	26	8,5	60	11,5	<0,05
40-59	688	286	90	31,5	402	134	33,3	224	32,5	
≥ 60	579	258	123	47,7	312	142	45,5	265	45,8	
Tổng	1779	759	247	32,5	1020	302	29,6	549	30,9	

n_{đt}: Số đối tượng ngh/cứu theo độ tuổi; n_g: Số đối tượng nghiên cứu theo giới

n_{THA}: Tần suất tăng huyết áp

Tỷ lệ tăng huyết áp trên dân số tăng dần theo độ tuổi. Thấp nhất là độ tuổi 18-39, rồi đến độ tuổi 40-59, cao nhất là độ tuổi > 60 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

Bảng 3.6. Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc theo độ tuổi

Độ tuổi	n _{THAT}	Nam			Nữ			Tổng		p
		n _{THA}	n _{tt}	%	n _{THA}	n _{tt}	%	n _{tt}	%	
18-39	60	34	21	61,7	26	10	38,5	31	51,7	<0,05
40-59	224	90	71	78,9	134	101	75,4	172	76,8	
≥ 60	265	123	103	83,7	142	125	88,0	228	86,0	
Tổng	549	247	195	78,9	302	236	78,1	431	78,5	

n_{THAT}: Tần suất THA theo độ tuổi; n_{tt}: Tần số THA tâm thu đơn độc

Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc ở người > 60 tuổi rất cao, chiếm đến 86,0%. Ở độ tuổi 40-59 tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc chiếm hơn 3/4 số trường hợp.

Bảng 3.7. Tỷ lệ THA phân theo giai đoạn THA (theo JNC 7)

ĐỘ THA	Nam		Nữ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Tiền THA	379	49,93	367	35,98	746	41,93	<0,05
ĐỘ I	168	68,01	179	59,27	347	63,2	
ĐỘ II	79	31,99	123	40,72	202	36,8	
Tổng	247	100	302	100	549	100	

Gần một nửa số nam giới có tiền tăng huyết áp (49,93%) và hơn 40% người dân được khám sàng lọc có tiền tăng huyết áp.

3.5. Tỷ lệ rung nhĩ trên dân số và trên số bệnh nhân tăng huyết áp

Bảng 3.8. Tỷ lệ rung nhĩ

Biến số	n	Số BN rung nhĩ	%
Tổng số khám sàng lọc	1779	3	0,169
Số bệnh nhân THA	610	3	0,492
Số BN được điều trị THA	545	3	0,55

Tỷ lệ rung nhĩ trên tổng số được khám sàng lọc, người có THA và người được điều trị chiếm tỷ lệ < 1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ người dân được đo huyết áp, khám sàng lọc ở cả 3 độ tuổi, nhưng độ tuổi 40-59 chiếm tỷ lệ cao hơn. Ở nữ được khám sàng lọc nhiều hơn nam, tuổi trung bình người được khám sàng lọc ở nữ cao hơn có ý nghĩa so với nam giới. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

Chiều cao và cân nặng ở nam cao hơn có ý nghĩa so với nữ. BMI giữa nam và nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Đáng lưu ý là năm 2022, chúng tôi tiến hành đo ở 2 xã vùng núi cao ở Huyện Quỳnh Châu và huyện Quế Phong tỉnh Nghệ An là 2 huyện vùng núi cao có bà con dân tộc thiểu số cho nên ban ngày đàn ông đi làm nương rẫy nên không đi khám bệnh được mà chủ yếu là phụ nữ nên tỷ lệ phụ nữ đi khám sàng lọc huyết áp và các bệnh khác cao hơn.

Về đặc điểm vùng miền: năm 2022 chúng tôi tiến hành đo huyết áp sàng lọc ở các vùng núi cao có dân tộc thiểu số sinh sống để đảm bảo cho người dân được tiếp cận dịch vụ y tế. Tỷ lệ

người dân ở 2 xã vùng cao đến khám sàng lọc chiếm 10% dân số của xã.

4.2. Tỷ lệ tăng huyết áp. Tỷ lệ tăng huyết áp khác nhau ở các quốc gia, chủng tộc vùng miền.

Nghiên cứu của Neil Poulter và cộng sự đại diện cho ISH, số liệu MMM (chương trình tháng Năm đo huyết áp năm 2017 và 2018 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp khác nhau ở từng quốc gia và khu vực, nước có thu nhập thấp, trung bình và khu vực thu nhập cao; tỷ lệ tăng huyết áp thấp nhất là quốc gia Mauritius với 14,4% trên tổng số 2302 người được đo năm 2017 và 5471 người được đo năm 2018; tỷ lệ tăng huyết áp cao nhất là Brazil với 67,9% trên tổng số 19.673 người được đo cho cả 2 năm 2017 và 2018; tiếp đến là Pakistan và Balan có tỷ lệ tăng huyết áp trên 58% cho số liệu đo cả 2 năm. [1]

Ở Việt Nam số liệu MMM 2 năm 2017-2018 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 30,3 trên tổng số 28.325 người được đo [1].

Nghiên cứu của Phạm Gia Khải và cộng sự trên 5000 người lớn từ 18 tuổi trở lên ở các tỉnh phía bắc Việt Nam, tỷ lệ tăng huyết áp là 16,32% [6]. Theo điều tra của Viện Tim mạch Việt Nam năm 2008 tại 8 tỉnh thành phố của Việt Nam thì tỷ lệ tăng huyết áp đã tăng lên đến 25,1% [7]. Sau 8 năm, theo tra của Viện Tim mạch Việt Nam, tỷ lệ tăng huyết áp ở người lớn tăng lên đến 47,5%.

Nghiên cứu của Patricia và cộng sự năm 2004 tập hợp từ 173 nghiên cứu được tóm tắt và 41 nghiên cứu của 39 quốc gia. Kết quả cho thấy: tỷ lệ tăng huyết áp khác nhau ở các vùng trên thế giới. Thấp nhất là vùng nông thôn của Ấn độ với 3,4% ở đàn ông và 6,8% ở đàn bà; cao nhất là ở Ba Lan 68,9% ở nam và 72,5% ở nữ giới [2].

Nghiên cứu của Katherine và cộng sự tập hợp các nghiên cứu từ năm 1995-2014, bao gồm 135 nghiên cứu dân số cơ sở với 968.419 người lớn từ 90 quốc gia cho thấy 31,1% người lớn trên thế giới có tăng huyết áp; 28,5% ở nước có thu nhập cao và 31,5% ở nước có thu nhập trung bình [3].

Kết quả MMM 2019 tại Hungary theo nghiên cứu của János Nemcsik và cộng sự cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở Hungary là 46,5% (1286 người THA/2766 người tham gia sàng lọc) [5]

Nghiên cứu của Lê Văn Hợi năm 2016 tiến hành trên 369 người cao tuổi tại 3 xã nông thôn của huyện Ba Vì, tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi tại một số vùng nông thôn Việt Nam là 39% [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình trên 1200 người từ 25-64 tuổi đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh thì tỷ lệ tăng huyết áp là 33,5% [9].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.4 cho thấy: tỷ lệ tăng huyết áp tại thời điểm nghiên cứu là 30,9%, tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu điều trị là 3,4% và tỷ lệ tăng huyết áp chung trên dân số nghiên cứu trên địa bàn Nghệ An (gồm thành phố Vinh và 2 huyện vùng cao Quỳnh Châu và Quế Phong) là: 34,3%.

Tỷ lệ tăng huyết áp cũng tăng dần theo độ tuổi. Độ tuổi càng cao thì tỷ lệ tăng huyết áp càng nhiều. Vấn đề này đã có nhiều nghiên cứu chứng minh. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình năm 2017 [9] cho thấy độ tuổi 25-34 có 2,9% trong khi đó độ tuổi 55-64 chiếm tỷ lệ 14,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp cũng tăng theo độ tuổi. Độ tuổi càng cao thì tỷ lệ tăng huyết áp càng cao.

Tăng huyết áp tâm thu đơn độc là một đặc điểm huyết áp ở người cao tuổi. Nghiên cứu của Lê Văn Hợi [8] trên 369 người cao tuổi tại một số vùng nông thôn Việt Nam cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc người cao tuổi là 19,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc là 78,5% và ở độ tuổi > 60 cao hơn độ tuổi có ý nghĩa so với độ tuổi < 60.

Tỷ lệ tiền tăng huyết áp, nghiên cứu của tác giả Tô Mười tại Quảng Nam cho thấy: tỷ lệ tiền tăng huyết áp ở tỉnh Quảng Nam là 30,7%, tỷ lệ THA: 31,6%; tỷ lệ người có HA tối ưu là 37,7%. Trong đó tỷ lệ tăng huyết áp tăng dần theo tuổi, HA tối ưu giảm dần theo tuổi và tỷ lệ tiền tăng huyết áp ở độ tuổi 55-64 cao nhất [10].

4.5. Tỷ lệ rung nhĩ. Rung nhĩ (RN) là rối loạn nhịp phổ biến nhất trong các rối loạn nhịp của tim. Tỷ lệ rung nhĩ trong dân số chung tăng

dần theo tuổi, từ 0,12 - 0,16% ở người dưới 49 tuổi, đến 3,7 - 4,2% ở người 60 - 70 tuổi. Một trong các biến chứng nặng nề của rung nhĩ là đột quỵ

Rung nhĩ là một loại rối loạn nhịp thường gặp và có tỷ lệ mắc tăng lên theo tuổi. Chỉ có khoảng 1% RN ở các BN tuổi < 60 trong khi đó có tới 12% ở tuổi từ 75-84 và thậm chí tới hơn 1/3 số BN từ 80 tuổi trở lên có RN. Tại Mỹ, theo thống kê vào năm 2010 cho thấy có 2% BN < 65 tuổi có RN, tỉ lệ này là 9% ở các BN từ 65 tuổi trở lên. RN ảnh hưởng tới 2,7 đến 6,1 triệu người Mỹ trưởng thành và con số này theo dự kiến sẽ tăng gấp đôi trong vòng 25 năm tới. Gánh nặng bệnh tật liên quan đến RN bao gồm các lần nhập viện do RN gây rối loạn huyết động, các biến cố tắc mạch, suy tim và tử vong... RN làm tăng 5 lần nguy cơ đột quỵ và tỉ lệ này còn tiếp tục tăng theo tuổi. RN làm tăng 3 lần nguy cơ suy tim, tăng 2 lần nguy cơ tử vong.

Nghiên cứu Framingham trên 5.070 người tham gia theo dõi trong 34 năm kết quả cho thấy tỷ lệ rung nhĩ ở độ tuổi 50-59 là 0,5%, độ tuổi 60-69 là 1,8%, độ tuổi 70-79 là 4,8% và độ tuổi cao nhất là 80-89 với 8,8%

Theo nghiên cứu Framingham, tỷ lệ rung nhĩ từ 0,95% đến 2,5% trong quần thể chung. Ở Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân mắc các bệnh lý tim mạch đang ngày càng gia tăng rõ rệt. Theo một nghiên cứu của Viện Tim mạch Việt Nam, rung nhĩ chiếm tỷ lệ 0,3% trong cộng đồng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ rung nhĩ trên dân số được khám sàng lọc là 0,169%, trong số người tăng huyết áp là 0,492% và trong số người tăng huyết áp được điều trị là 0,55%. Tỷ lệ rung nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi chưa cao là do chúng tôi không có điều kiện ghi điện tâm đồ tất cả người dân đến khám sàng lọc. Chỉ ghi điện tâm đồ cho bệnh nhân sau khi nghe tim thấy loạn nhịp hoàn toàn hoặc bệnh nhân đang được điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng huyết áp chung tại Nghệ An là: 34,3%. Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc là 78,5%. Tỷ lệ rung nhĩ trong dân số được phát hiện là tương đối thấp (0,169%). Cần phải tuyên truyền để người dân nhận thức được tầm quan trọng của việc đo huyết áp đều đặn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neil Poulter et al (2020), May Measurement Month 2018: results of blood pressure screening from 41 countries, European Heart Journal Supplement (2020) 22 H1-H4.

2. **Patricia et al** (2004), Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review, *Journal of hypertension*; 22; 11-19.
3. **Katherine et al** (2016), Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control, *Circulation* ; 134;441-450
4. **Huỳnh Văn Minh và cộng sự** (2008), Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp ở người lớn, Khuyến cáo 2008 và các bệnh tim mạch và chuyển hóa, NXB Y học, tr 235-294.
5. **János Nemcsik et al** (2021), May Measurement Month 2019: an analysis of blood pressure screening results from Hungary, *European Heart Journal Supplement*(2021) 23: 870-872.
6. **Phạm Gia Khải và cộng sự** (2003), Tần suất tăng huyết áp và yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía bắc Việt Nam 2001-2002, *Tạp chí Tim mạch Việt Nam* số 33/2003.
7. **Nguyễn Văn Việt** (2011), Tăng huyết áp- vấn đề cần được quan tâm hơn, Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống tăng huyết áp.
8. **Lê Văn Hợi** (2016), Một số đặc điểm nhân khẩu học và thực trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi tại một vùng nông thôn Việt Nam, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, số 2/2016, tr156-163.
9. **Nguyễn Thanh Bình** (2017), Thực trạng bệnh tăng huyết áp ở người Khmer tỉnh Trà Vinh và hiệu quả một số biện pháp can thiệp, *Luận án tiến sỹ Y học*, Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương, tr 65-76.
10. **Tô Mười, Hoàng Khánh** (2019), Nghiên cứu tỷ lệ tiền tăng huyết áp và sự liên quan với các yếu tố nguy cơ tim mạch ở người trưởng thành tỉnh Quảng Nam, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, số 88 trang 72-80.

TÁN SỎI THẬN QUA DA Ở TRẺ EM: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Nguyễn Đình Liên^{1,2}, Nguyễn Thế Thịnh^{1,2}
Nguyễn Quang^{1,3}, Phạm Quang Khải^{2,4}

TÓM TẮT

Sỏi thận là một bệnh lý tiết niệu phổ biến và có thể gây ảnh hưởng đến bệnh nhân ở mọi lứa tuổi, bao gồm cả trẻ em. Tán sỏi thận qua da là một phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đã được sử dụng thường quy trong điều trị sỏi thận với độ an toàn và tỷ lệ sạch sỏi cao. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nhi 2 tuổi được điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi thận qua da tại bệnh viện E. Thông qua trường hợp này, chúng tôi ghi nhận tính hiệu quả và an toàn của phương pháp tán sỏi thận qua da trong điều trị sỏi thận ở trẻ em. **Từ khóa:** sỏi thận ở trẻ em, tán sỏi thận qua da, PCNL

SUMMARY

PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY IN A 2-YEAR-OLD CHILD: A CLINICAL CASE REPORT

Kidney stones are a common urological condition that can affect patients of all ages, including children. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is a minimally invasive surgical procedure that has been widely used in the treatment of kidney stones, offering high safety and stone clearance rates. We report the case of a 2-year-old pediatric patient who underwent PCNL for the

treatment of kidney stones at Hospital E. Through this case, we observed the effectiveness and safety of percutaneous nephrolithotomy in the management of kidney stones in children. **Keywords:** Kidney Stones in Children, Percutaneous nephrolithotomy, PCNL.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là bệnh lý tiết niệu phổ biến ở người trưởng thành, tuy nhiên tương đối hiếm gặp ở trẻ em. Ước tính cho thấy tỷ lệ mắc chung ở trẻ em là khoảng 50 trên 100.000 và đang có xu hướng gia tăng^{1,2}. Trong khi yếu tố môi trường là nguyên nhân chính hình thành sỏi thận ở người trưởng thành thì ở trẻ em nguyên nhân chủ yếu lại là do rối loạn di truyền, chuyển hóa³.

Trước đây, loại bỏ sỏi thận ở trẻ em thì mổ mở là biện pháp can thiệp duy nhất, nhưng hiện nay hầu hết sỏi thận ở trẻ em có thể được điều trị hiệu quả bằng các can thiệp ít xâm lấn khác như tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL), tán sỏi thận qua da (PCNL), phẫu thuật nội soi ngược dòng trong thận (RIRS) bằng ống bán cứng hoặc ống mềm⁴. Phương pháp tán sỏi thận qua da là một can thiệp ít xâm lấn đã được áp dụng thường quy trong điều trị bệnh lý sỏi thận ở người trưởng thành và đã được khẳng định về tính an toàn, hiệu quả với tỷ lệ sạch sỏi cao^{5,6}. Tuy nhiên, việc ứng dụng phương pháp này trong điều trị bệnh lý sỏi thận ở trẻ em tại các cơ sở y tế trong nước vẫn còn tương đối hạn chế với một vài báo cáo riêng lẻ⁷.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân

¹Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

⁴Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Thịnh

Email: ntthinhqn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biên khoa học: 21.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023