

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Reveron-Thornton RF, Teng MLP, Lee EY, et al.** Global and regional long-term survival following resection for HCC in the recent decade: A meta-analysis of 110 studies. *Hepato Commun.* 2022;6(7):1813-1826. doi:10.1002/hep4.1923
2. **Huy NĐS.** Khảo sát một số yếu tố liên quan đến tái phát và sống còn sau phẫu thuật cắt gan điều trị ung thư biểu mô tế bào gan. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* Published online June 25, 2022. doi:10.52389/ydls.v17iDB.1271
3. **Oishi K, Itamoto T, Amano H, et al.** Clinicopathologic features of poorly differentiated hepatocellular carcinoma. *J Surg Oncol.* 2007;95(4):311-316. doi:10.1002/jso.20661
4. **Kim KH, Choi YK.** Long-term survival after resection of hepatocellular carcinoma. *Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2012;16(3):98-104. doi:10.14701/kjhbps.2012.16.3.98
5. **Andreou A, Vauthey JN, Cherqui D, et al.** Improved Long-Term Survival after Major Resection for Hepatocellular Carcinoma: A Multicenter Analysis Based on a New Definition of Major Hepatectomy. *J Gastrointest Surg.* 2013;17(1): 10.1007/s11605-012-2005-4. doi:10.1007/s11605-012-2005-4
6. **Nguyễn H.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan do ung thư tế bào gan sau nút động mạch gan. Thesis. 2018. Accessed July 16, 2022. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/1767>
7. **Fukami Y, Kaneoka Y, Maeda A, et al.** Liver Resection for Multiple Hepatocellular Carcinomas: A Japanese Nationwide Survey. *Ann Surg.* 2020;272(1): 145-154. doi: 10.1097/SLA.0000000000003192

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA LÃO BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

**Đinh Thị Mai¹, Vũ Thị Hạnh¹,
Nguyễn Thị Thanh Tú¹, Nguyễn Thanh Thủy¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh tăng huyết áp tại khoa Lão Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 454 bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp từ tháng 1/2022 đến 12/2022. **Kết quả và kết luận:** Triệu chứng lâm sàng theo Y học hiện đại thường gặp: mất ngủ (71,4%), chóng mặt (54,8%), hoa mắt (54,6%), đau đầu (52,4%). Huyết áp trung bình lúc vào viện là 98,8 ± 12,6 mmHg. Thể bệnh lâm sàng theo y học cổ truyền: can thận âm hư (72,0%), âm dương lưỡng hư (2,9%). Các xét nghiệm được làm nhiều nhất là điện tâm đồ (90,3%), Xquang ngực thẳng (77,1%), creatinin máu (71,8%), tổng phân tích nước tiểu (68,3%). Soi đáy mắt ít được làm nhất (0,7%). **Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, tăng huyết áp

SUMMARY

THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF HYPERTENSION AT THE GERIATRIC DEPARTMENT OF NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE

Objective: The study was performed to investigate the clinical and subclinical characteristics of

Hypertension at Geriatric Department - National Hospital of Traditional Medicine. **Subjects and Method:** Cross-sectional descriptive studies, retrospective studies method on 454 patients with a convenient sampling method, from 01/2022 to 12/2022. **Results and Conclusion:** The common clinical symptoms according to Modern Medicine: insomnia (71.4%), dizziness (54.8%), dizziness (54.6%), headache (52.4%). The average blood pressure at admission was 98.8 ± 12.6 mmHg. The clinical patterns according to Traditional Medicine: liver-kidney yin vacuity (72.0%), yin-yang vacuity (2.9%). The most commonly subclinical characteristics were an electrocardiogram (90.3%), straight chest X-ray (77.1%), blood creatinine (71.8%), and total urinalysis (68.3%). Ophthalmoscopy is the least commonly subclinical characteristics (0.7%).

Keywords: Clinical and subclinical characteristics, Hypertension

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một thách thức quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới.¹ Năm 2022, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính có khoảng 1,28 tỉ người trưởng thành từ 30 – 79 tuổi bị tăng huyết áp [9]. Tại Việt Nam, một cuộc điều tra dịch tễ học quốc gia (2001-2008) tiến hành trên 9832 người từ 25 tuổi trở lên, cho thấy 25,1% dân số bị tăng huyết áp, gần một nửa trong số họ không biết mình mắc bệnh [3].

Năm 2013, WHO thống kê rằng những biến chứng của tăng huyết áp chiếm 9,4 triệu ca tử vong trên toàn thế giới hàng năm [10]. Năm 2014, Bộ Y tế thống kê tăng huyết áp gây ra

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Thủy

Email: drthuy.yhct@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023

91000 ca tử vong (chiếm 20,8% tổng số ca tử vong) hàng năm [6]. Bên cạnh đó, tăng huyết áp cũng đã gây ra gánh nặng rất lớn cả về kinh tế lẫn đời sống xã hội. Những người mắc tăng huyết áp có nguy cơ đối mặt với những tổn thương trên cơ quan đích như đột quỵ não, sa sút trí tuệ, phì đại thất trái, nhồi máu cơ tim, xuất huyết hoặc xuất tiết võng mạc, protein niệu, suy thận mạn...[2] Do vậy việc phát hiện và điều trị sớm bệnh tăng huyết áp để phòng tránh việc tổn thương cơ quan đích là một việc hết sức quan trọng và cấp bách. Trong những năm gần đây, số lượng bệnh nhân tăng huyết áp điều trị tại khoa Lão Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương ngày càng tăng. Với mong muốn có một cái nhìn tổng quan và tìm hiểu đặc điểm bệnh lý, góp phần cho điều trị hiệu quả bệnh lý tăng huyết áp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu "Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh tăng huyết áp tại khoa Lão – Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2022".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp tại Khoa Lão của Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, thời gian từ 01/01/2022 đến 31/12/2022.

• Tiêu chuẩn lựa chọn:

– Bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp theo Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2022 của Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam: HATT \geq 140 mmHg và/hoặc HATTr \geq 90 mmHg [3].

– Bệnh nhân đã được chẩn đoán tăng huyết áp theo mã ICD10 là I.10.

• Tiêu chuẩn loại trừ:

– Các trường hợp bệnh nhân điều trị nội trú không quá 3 ngày.

– Bệnh nhân có bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

– Bệnh nhân tăng huyết áp thứ phát hay có các bệnh cấp tính nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

– Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

– Phương pháp chọn mẫu: cỡ mẫu thuận tiện.

– Phương pháp thu thập số liệu: Công cụ thu thập thông tin là bệnh án mẫu.

– Thời gian, địa điểm: từ 10/2022 - 05/2023 tại khoa Lão – Bv Y học cổ truyền Trung ương

*** Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

– Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

+ Nhóm tuổi: < 60 tuổi, 60 – 69 tuổi, \geq 70 tuổi

+ Giới tính: nam, nữ.

+ Nghề nghiệp: lao động chân tay, lao động trí óc, hưu trí, khác.

+ Chỉ số khối cơ thể: thiếu cân, bình thường, thừa cân, tiền béo phì, béo phì độ I, béo phì độ II.

+ Thời gian mắc bệnh: nhóm < 1 năm, 1 - < 5 năm, 5 - < 10 năm, \geq 10 năm, không xác định.

– Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

+ Triệu chứng cơ năng: đau đầu, hoa mắt, chóng mặt, hồi hộp trống ngực, mất ngủ, cơn bốc hỏa, nhìn mờ.

+ Chỉ số HATT, HATTr, HATB, mạch tại thời điểm ngày thứ nhất.

+ Các chỉ số cận lâm sàng: Xquang ngực thẳng, điện tâm đồ, siêu âm tim, tổng phân tích nước tiểu, soi đáy mắt, CT scanner sọ não, creatinin máu.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu được sự đồng ý của phòng Đào tạo đại học Trường Đại học Y Hà Nội và khoa Y học cổ truyền Trường Đại học Y Hà Nội, Ban lãnh đạo khoa Lão và Ban giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

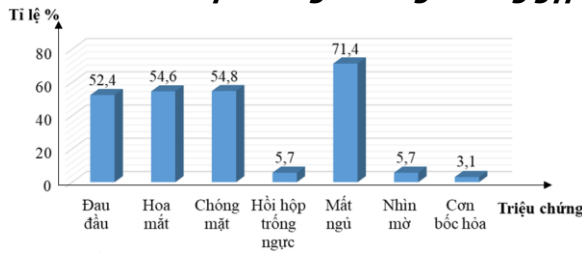
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo một số đặc điểm chính

Đặc điểm bệnh nhân		Số bệnh nhân (n=454)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	< 60	19	4,2
	60 – 69	75	16,5
	\geq 70	360	79,3
Giới	Nam	145	31,9
	Nữ	309	68,1
Nghề nghiệp	Lao động trí óc	1	0,2
	Lao động chân tay	8	1,8
	Hưu trí	445	98,0
Thể trạng (BMI)	Thiếu cân	49	10,8
	Bình thường	268	59,0
	Thừa cân	13	2,9
	Tiền béo phì	79	17,4
	Béo phì độ I	42	9,3
	Béo phì độ II	3	0,7
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	8	1,8
	1 - < 5 năm	10	2,2
	5 - < 10 năm	4	0,9
	\geq 10 năm	25	5,5
	Không xác định	407	89,6
Tổng		72	100

Phần lớn các bệnh nhân trong độ tuổi ≥ 60 (95,8%). Tỷ lệ nữ/nam là 2/1. Đa số bệnh nhân đều đã về hưu chiếm tỉ lệ 98,0%. Thể trạng bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất là 59,0%. Thể trạng thừa cân béo phì chiếm tỉ lệ 30,2%. Số bệnh nhân không khai thác được số năm mắc bệnh tăng huyết áp là 89,6%. Trong số bệnh nhân khai thác được, số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 5 năm trở lên chiếm tỉ lệ 6,4%.

3.2. Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

3.2.1. Các triệu chứng cơ năng thường gặp



Biểu đồ 3.2. Các triệu chứng cơ năng thường gặp lúc vào viện (n=454)

Các triệu chứng cơ năng hay gặp nhất ở bệnh nhân tăng huyết áp tại thời điểm vào viện là mất ngủ (71,4%), đau đầu (52,4%), hoa mắt (54,6%), chóng mặt (54,8%).

3.2.2. Các chỉ số huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, huyết áp trung bình, mạch lúc vào viện

Bảng 3.2. Chỉ số huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, huyết áp trung bình, mạch vào viện

Nhóm	Huyết áp chưa đạt mục tiêu	Huyết áp đã đạt mục tiêu	Tổng	p
Chỉ số				
HATT (mmHg)	153,0 ± 16,6	123,8 ± 8,7		< 0,01
HATTr (mmHg)	85,6 ± 9,2	73,1 ± 7,3		< 0,01
HATB (mmHg)	108,1 ± 10,4	90,0 ± 6,9		< 0,01
Mạch (lần/phút)	84,2 ± 11,9	80,2 ± 9,5		< 0,01
Số lượng (n)	222	232	454	
Tỉ lệ (%)	48,9%	51,1%	100	

Chúng tôi nghiên cứu thấy 48,9% bệnh nhân vào viện chưa đạt huyết áp mục tiêu và 51,1% đã đạt huyết áp mục tiêu. HATT, HATTr, HATB và mạch của 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thể bệnh y học cổ truyền và nhóm tuổi

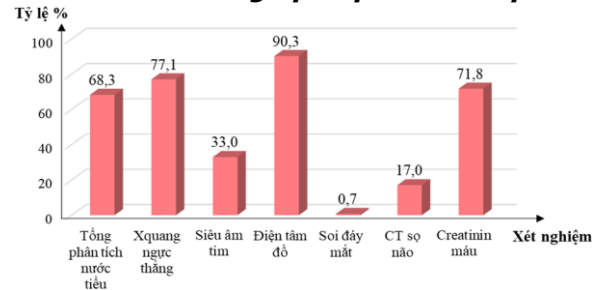
Thể bệnh	Tuổi < 70		≥ 70		Tổng	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)

Can dương thượng cang	13	2,9	43	9,5	56	12,3
Can Thận âm hư	66	14,5	261	57,5	327	72,0
Âm dương lưỡng hư	4	0,9	9	2,0	13	2,9
Đàm thấp	11	2,4	47	10,4	58	12,8
Tổng	94	20,7	360	79,3	454	100
p	> 0,05					

Trong các thể bệnh, thể can thận âm hư chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 72,0%. Thể âm dương lưỡng hư chiếm tỉ lệ thấp nhất với 2,9%. Số lượng bệnh nhân thuộc thể can thận âm hư đều lớn nhất ở tất cả các nhóm tuổi, trong đó nhóm tuổi ≥ 70 chiếm tỉ lệ cao nhất với 57,5%. Tỉ lệ các thể bệnh ở các nhóm tuổi có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.3. Một số đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân

3.3.1. Các xét nghiệm bệnh nhân được làm



Biểu đồ 3.3. Các xét nghiệm bệnh nhân được làm (n = 454)

Các xét nghiệm bệnh nhân được làm nhiều nhất là điện tâm đồ (90,3%), Xquang ngực thẳng (77,1%), creatinin máu (71,8%), tổng phân tích nước tiểu (68,3%). Soi đáy mắt ít được làm nhất (0,7%).

3.3.2. Các tổn thương tim, mắt, não, thận trên cận lâm sàng

Bảng 3.4. Các tổn thương tim, mắt, não, thận trên cận lâm sàng (n = 454)

Các tổn thương trên cận lâm sàng		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Xquang ngực thẳng	Bình thường	279	61,5
	Có tổn thương	71	15,6
	Tổng	350	77,1
Điện tâm đồ	Bình thường	281	61,9
	Có tổn thương	129	28,4
	Tổng	410	90,3
Siêu âm tim	Bình thường	134	29,5
	Có tổn thương	16	3,5
	Tổng	150	33,0
Protein niệu	Có	15	3,3
	Không	295	65,0
	Tổng	310	68,3
Creatinin máu	Bình thường	285	62,8
	Tăng	41	9,0

	Tổng	326	71,8
CT scanner sọ não	Bình thường	17	3,7
	Nhồi máu não	59	13,0
	Xuất huyết não	1	0,2
	Tổng	77	17,0
Soi đáy mắt	Độ I	2	0,4
	Độ II	1	0,2
	Tổng	3	0,7

Tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương tim trên Xquang là 15,6%; trên điện tâm đồ là 28,4%; trên siêu âm tim là 3,5%; tỷ lệ biến chứng thận phát hiện creatinin máu và protein niệu bất thường lần lượt là 9,0% và 3,3%; trên CT scanner sọ não phát hiện tổn thương nhồi máu não chiếm tỉ lệ 13,0% và xuất huyết não là 0,2%; tổn thương mắt được phát hiện qua soi đáy mắt có 0,7% bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân chủ yếu từ 60 tuổi trở lên (95,8%), tỷ lệ nữ/nam là 2/1. Trong nghiên cứu của tác giả Hà Thị Vân Anh (2021), tuổi trung bình của các bệnh nhân có tăng huyết áp là $70,3 \pm 7,7$; tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 51,5% và 48,5%. Nhiều nghiên cứu tại Việt Nam đã chỉ ra rằng trị số huyết áp gia tăng sinh lý theo lứa tuổi, tỷ lệ mắc tăng huyết áp cũng tăng theo độ tuổi [1]. Theo Trung tâm Thống kê sức khỏe quốc gia Mỹ tỉ lệ tăng huyết áp ở nữ ít hơn nam cho đến 45 tuổi, tương tự nhau ở cả hai giới từ 45 đến 64 và ở nữ cao hơn nhiều so với nam trên 65 tuổi [8]. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỉ lệ bệnh nhân đã về hưu chiếm tỉ lệ 98,0%. Có thể do đối tượng bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu là người cao tuổi, từ 60 tuổi trở lên chiếm 95,8%. Tình trạng thừa cân béo phì của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ 30,2%. Những người thừa cân có nguy cơ bị tăng huyết áp cao hơn 2 lần và người béo phì nguy cơ này tăng 6 lần so với những người có chỉ số BMI bình thường [1]. Do nghiên cứu hồi cứu, phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu không khai thác được thời gian mắc bệnh tăng huyết áp (89,6%). Tác giả Nguyễn Văn Quỳnh (2003) kết luận rằng thời gian mắc bệnh tăng huyết áp càng dài, tỉ lệ các biến chứng càng cao. Nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh tăng huyết áp trên 5 năm có tỉ lệ tổn thương trên cơ quan đích cao hơn hẳn những bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ 5 năm trở xuống với $p < 0,05$ [4].

Về lâm sàng, những người bệnh bị tăng huyết áp có thể thấy đau đầu nhất là về cuối đêm và sáng sớm, ở vùng chẩm, trán, thái

dương, chóng mặt, hoa mắt, ù tai... Theo nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng cơ năng của bệnh nhân lúc nhập viện chủ yếu là mất ngủ (71,4%), hoa mắt (54,6%), chóng mặt (54,8%), đau đầu (52,4%). Kết quả này tương đương với Nguyễn Văn Toại (2010): ngủ kém (86%), chóng mặt (80%), đau đầu (80%) [5]. Triệu chứng mất ngủ lại chiếm tỉ lệ cao nhất, có thể là do đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu trên 60 tuổi, có nhiều bệnh lý kèm theo. Chỉ số HATT và HATT_r dùng để phân độ, cũng là mốc để đưa ra kế hoạch điều trị và đánh giá kết quả điều trị cho bệnh nhân tăng huyết áp. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng tỉ lệ bệnh nhân chưa đạt huyết áp mục tiêu còn cao (48,9%). Điều này chúng tôi cho rằng việc kiểm soát huyết áp trước khi vào viện chưa thực sự tốt.

Theo lý luận YHCT nữ 49 tuổi, nam 64 tuổi thiên quý cạn, thận khí kém, tóc rụng, răng khô, do lục phủ ngũ tạng suy yếu, gân xương lỏng lẻo, thiên quý cạn nên râu tóc bạc, người mệt mỏi dẫn đến can thận âm hư. Can thận âm hư gây ra các triệu chứng như người bệnh vầng đầu, mắt hoa, hay quên, mất ngủ, tai ù như ve kêu, miệng khô, họng khô, lưng gối cũng đau mỏi, ngũ tâm phiền nhiệt, gò má đỏ, đạo hãn, chất lưỡi đỏ, ít rêu, mạch tế sác. Đối tượng của chúng tôi là ở khoa Lão, đối tượng chủ yếu trên 60 tuổi phù hợp với tỉ lệ mắc bệnh thể can thận âm hư cao.

Trong số các xét nghiệm cận lâm sàng bệnh nhân được làm, điện tâm đồ được làm nhiều nhất (90,3%); thứ hai là Xquang ngực thẳng (77,1%); thứ ba là creatinin máu (71,8%). Soi đáy mắt được làm ít nhất với 0,7%. Xét nghiệm đánh giá giai đoạn sớm của biến chứng tăng huyết áp là dấu hiệu dày thất trái trên điện tâm đồ, muộn hơn là suy tim các mức độ, bệnh động mạch vành mạn tính hoặc cấp tính. Điện tâm đồ cần được làm một cách thường quy cho tất cả các bệnh nhân tăng huyết áp [2]. Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy chỉ có 17,0% bệnh nhân được làm CT scanner sọ não, trong đó có 13,2% bệnh nhân được phát hiện tai biến mạch máu não mới. CT scanner sọ não là tiêu chuẩn vàng để đánh giá tai biến mạch máu não. Tại bệnh viện YHCT Trung ương, bệnh nhân chỉ được làm CT scanner sọ não khi có các triệu chứng lâm sàng gợi ý đến tai biến mạch máu não. Biến chứng thận sớm trên bệnh nhân tăng huyết áp là có thể xuất hiện microalbumin niệu, sau đó là albumin niệu đại thể. Tìm albumin niệu vi thể được khuyến khích vì có bằng chứng cho thấy đó là một dấu chứng nhạy cảm cho tổn thương cơ

quan đích. Cần tính mức lọc cầu thận hoặc mức độ thanh thải creatinin một cách thường quy ở các bệnh nhân tăng huyết áp [2]. Trong nghiên cứu này có 68,3% bệnh nhân được làm tổng phân tích nước tiểu, có 3,3% bệnh nhân có protein trong nước tiểu. 71,8% bệnh nhân được làm creatinin máu, có 9,0% bệnh nhân có tăng creatinin máu. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Quỳnh (2003), tình trạng tổn thương đáy mắt liên quan chặt chẽ với thời gian mắc bệnh: ở nhóm phát hiện bệnh > 5 năm tổn thương đáy mắt chiếm 84,6% cao hơn so với nhóm phát hiện bệnh từ 5 năm trở xuống là 48,3%.⁶ Các tổn thương đáy mắt mức độ nặng như xuất huyết, xuất tiết, phù gai thị chỉ thấy ở các trường hợp tăng huyết áp mức độ nặng và được chứng minh có liên quan với tăng nguy cơ tim mạch [2].

V. KẾT LUẬN

1. Các triệu chứng lâm sàng:

– Các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất: mất ngủ 71,4%, chóng mặt 54,8%, hoa mắt 54,6%, đau đầu 52,4%.

– Các chỉ số HATT, HATTr, HATB lúc vào viện lần lượt là 138±19,7 mmHg, 79,2±10,4 mmHg, 98,8±12,6 mmHg, 82,2±10,9 lần/phút.

– Thể bệnh lâm sàng theo y học cổ truyền: can thận âm hư (72,0%), âm dương lưỡng hư (2,9%).

2. Các xét nghiệm cận lâm sàng bệnh nhân được làm là điện tâm đồ (90,3%), Xquang ngực thẳng (77,1%), creatinin máu (71,8%), tổng phân tích nước tiểu (68,3%). Soi đáy mắt là cận lâm sàng ít được làm nhất (0,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Thị Vân Anh, et al. Thực trạng tăng huyết áp và nguy cơ ngã ở người cao tuổi điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2021;143.7:142-151.
2. Phạm Mạnh Hùng. Chương IV Tim mạch dự phòng, Phần I Tăng huyết áp. Lâm sàng Tim mạch học; 2019:168-216
3. Khuyến cáo của Phân hội Tăng huyết áp - Hội Tim mạch học Việt Nam (VSH/VNHA) về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2022. <http://www.vnha.org.vn/congress12.asp?hoinghi=25>
4. Nguyễn Văn Quỳnh. Mối liên quan giữa thời gian phát hiện bệnh và quá trình điều trị với các biến chứng của tăng huyết áp nguyên phát. Tạp chí Y học thực hành. 2003; 459 (9): 30-33.
5. Nguyễn Văn Toại (2010) Đánh giá tác dụng hạ áp trong tăng huyết áp nguyên phát giai đoạn 1 bằng châm rãnh hạ áp trên loa tai. Tạp chí y học thực hành. 2010; 714(4):92-94
6. Nguyen TT, Hoang MV. Non-communicable diseases, food and nutrition in Vietnam from 1975 to 2015: the burden and national response. Asia Pac J Clin Nutr. 2018;27(1):19-28.
7. Patricia M Kearney MD (2005), Megan Whelton BS, Kristi Reynolds PhD. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. The Lancet. 2005;365(9455): 217-223. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17741-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1)
8. U.S. Department of Health and Human Services. Health, United States, 2007: with chartbook on trends in the health of americans. 2007. Accessed May 4, 2023. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK21014/pdf/Bookshelf_NBK21014.pdf
9. World Health Organization. World Health Statistics 2022 Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals; 2022:8
10. World Health Organization. A global brief on Hypertension World Health Day 2013;2013:9-10

HIỆU QUẢ CẤY GHÉP IMPLANT TỨC THÌ VÙNG THẨM MỸ: TỔNG QUAN LUẬN ĐIỂM

Nguyễn Phú Thắng¹, La Đình Vinh¹, Hoàng Thị Hải Vân¹,
Đỗ Sơn Tùng¹, Phan Thị Bích Hạnh², Nguyễn Đức Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả các phương pháp cấy ghép implant tức thì vùng thẩm mỹ sử dụng một trong ba phương pháp: ghép xương hai vùng (Dual-zone), ghép mô liên kết (connective tissue graft) và kỹ

thuật socket-shield (Kỹ thuật nhổ răng bán phần).

Phương pháp: Tổng quan luận điểm với các nghiên cứu được tìm thấy trên các cơ sở dữ liệu điện tử PubMed và Embase. Các thông số đầu ra được quan tâm gồm thông số về tỉ lệ tồn tại của implant, sự thay đổi chiều cao bàn xương ngoài (MBBC) và chỉ số thẩm mỹ hồng (PES). **Kết quả:** Có tổng cộng 17 nghiên cứu thực hiện ba kỹ thuật implant tức thì vùng thẩm mỹ. Cả ba kỹ thuật: ghép mô mềm, socket shield và dual-zone đều đem lại hiệu quả trong cấy ghép implant. Kỹ thuật socket-shield cho tỉ lệ tồn tại của implant cao nhất trong ba kỹ thuật với 100% tỉ lệ tồn tại ở tất cả các nghiên cứu. Kỹ thuật ghép mô liên kết cho kết quả thẩm mỹ hồng tốt nhất PES trung bình từ 12,1 ± 1,28

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: La Đình Vinh

Email: ladinhhinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 01.12.2023