

insulin (hoạt động thể chất), kiểm soát đường huyết, sử dụng acid béo không bão hòa là phương pháp điều trị ban đầu.³

V. KẾT LUẬN

Chỉ số BMI, nồng độ triglycerid, nồng độ LDL-C có mối liên quan với mức độ gan nhiễm mỡ. Do đó, cần lưu ý tầm soát, quản lý những bệnh nhân đái tháo đường type 2 có chỉ số BMI cao, nồng độ triglycerid cao, nồng độ LDL-C cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Younossi ZM, Golabi P, de Avila L, et al.** The global epidemiology of NAFLD and NASH in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of hepatology.* 2019;71(4):793-801.
2. **Chalasan N, Younossi Z, Lavine JE, et al.** The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology.* 2018;67(1):328-357.

3. **Trần Thị Khánh Tường.** Yếu tố nguy cơ dự đoán xơ hóa gan tiến triển trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 bị bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108. 2020;15(4):67-72.
4. **Asia Muhammad N.** Non-Alcoholic Fatty Liver Disease, an Overview. *Integr Med (Encinitas).* 2019;18(2):42-49.
5. **Chitturi S, Farrell GC, Hashimoto E, et al.** Non-alcoholic fatty liver disease in the Asia-Pacific region: Definitions and overview of proposed guidelines. *Journal of gastroenterology and hepatology.* 2007;22(6):778-787.
6. **Trang VTT.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, một số xét nghiệm, siêu âm và mô bệnh học bệnh gan nhiễm mỡ. *Luận án Tiến sỹ y học.* Hà Nội, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108; 2019.
7. **Noureddin M, Lam J, Peterson MR, et al.** Utility of magnetic resonance imaging versus histology for quantifying changes in liver fat in nonalcoholic fatty liver disease trials. *Hepatology.* 2013;58(6):1930-1940.
8. **Seto WK, Yuen MF.** Nonalcoholic fatty liver disease in Asia: emerging perspectives. *Journal of gastroenterology.* 2017;52(2):164-174.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI PHÁT HIỆN QUA KHẢO SÁT CHỈ SỐ HUYẾT ÁP CỔ CHÂN-CÁNH TAY TRÊN NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Nguyễn Quang Cảnh³, Nguyễn Thị Ngọc Bích^{1,2}, Nguyễn Văn Sĩ¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh lý tim mạch với tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim, suy tim, đột quỵ, suy thận, bệnh lý mạch máu do xơ vữa trong đó có bệnh động mạch chi dưới. Người có bệnh động mạch chi dưới có tăng nguy cơ mắc biến cố tim mạch cao 1,05-3,77 so với nhóm không bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ phát hiện bệnh lý này còn thấp mặc dù có nhiều phương pháp chẩn đoán, trong đó bao gồm đánh giá chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ và mô tả đặc điểm bệnh động mạch chi dưới dựa trên chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay trên người bệnh tăng huyết áp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 210 người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nhân dân Gia Định. Đo chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay được thực hiện lúc người bệnh nghỉ ngơi (ít nhất 10 phút) ở tư thế nằm ngửa, bằng kỹ thuật Doppler và ngưỡng cắt sử dụng để chẩn đoán là

0,9. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới theo chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay là 26,2%. Tỷ lệ hẹp nhẹ-trung bình động mạch chi dưới là 26,2% và không có trường hợp hẹp nặng động mạch chi dưới. Tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên ở chân phải, chân trái và cả 2 chân lần lượt là 25,5%, 21,8% và 52,7%. **Kết luận:** Người bệnh tăng huyết áp có tần suất đáng kể mắc bệnh động mạch chi dưới. Việc áp dụng đo chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay để chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới ở khu vực phòng khám là lựa chọn phù hợp. **Từ khóa:** Bệnh động mạch chi dưới, tăng huyết áp, chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF LOWER EXTREMITY ARTERIAL DISEASE DETECTED THROUGH ANKLE-BRACHIAL INDEX ASSESSMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Introduction: High blood pressure is a leading cause of cardiovascular diseases, accounting for increased risk of coronary artery disease, heart failure, stroke, renal failure, and peripheral arterial disease, including lower extremity arterial disease. Individuals with lower extremity arterial disease have a 1.05 to 3.77 times higher risk of myocardial infarction compared to those without the disease. However, the detection rate of this condition remains low, despite various diagnostic methods, including ankle-brachial index. **Objectives:** This study aims to determine the

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện 7A

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024

prevalence and describe the characteristics of lower extremity arterial disease based on the ankle-brachial index in patients with hypertension. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 210 outpatient hypertensive patients at Nhan Dan Gia Dinh Hospital. Ankle-brachial index measurements were taken while patients were at rest (at least 10 minutes) in a supine position using Doppler ultrasound and the diagnostic cutoff value of 0.9 was chosen. **Results:** The prevalence of lower extremity arterial disease based on the ankle-brachial index was 26.2%. The rates of mild to moderate lower extremity arterial stenosis were 26.2%, with no cases of severe stenosis. The prevalence of lower extremity arterial disease in the right leg, left leg and both legs was 25.5%, 21.8%, and 52.7%, respectively. **Conclusions:** Patients with hypertension have a significant frequency of lower extremity arterial disease. The application of ankle-brachial index measurements for diagnosing lower extremity arterial disease in outpatient settings is a suitable option.

Keywords: Lower extremity arterial disease, hypertension, ankle-brachial index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp ảnh hưởng đến sức khỏe hơn 1 tỷ người trên toàn thế giới là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh lý tim mạch với hơn 1,14 triệu ca tử vong mỗi năm.^[1] Tăng huyết áp làm tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim, suy tim, đột quỵ, suy thận, bệnh lý mạch máu do xơ vữa. Bệnh động mạch ngoại biên nằm trong bệnh cảnh xơ vữa nói chung, trong đó bệnh động mạch chi dưới đứng hàng thứ ba sau bệnh mạch vành và đột quỵ. Người bệnh động mạch chi dưới có nguy cơ gặp biến cố tim mạch cao hơn từ 1,05-3,77 lần so với nhóm không bị bệnh.^[2] Tuy nhiên, tỷ lệ chẩn đoán bệnh lý này còn rất thấp mặc dù có nhiều biện pháp giúp chẩn đoán bao gồm đánh giá chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay (Ankle-brachial index – ABI). Tỷ lệ nhận thức về bệnh động mạch chi dưới trong cộng đồng thấp hơn so với bệnh động mạch vành và đột quỵ não, cũng như bỏ sót các triệu chứng đau cách hồi không điển hình.^[3] Nghiên cứu này được thực hiện để xác định tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nhân dân Gia Định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Dân số nghiên cứu

- Dân số mục tiêu: Người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện tuyến cuối.

- Dân số khảo sát: Người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại phòng khám tim mạch tại bệnh viện Nhân dân Gia Định.

2.2. Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- **Tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu:** Người

bệnh tăng huyết áp từ 18 tuổi trở lên đang theo dõi điều trị tại phòng khám tim mạch, bệnh viện Nhân dân Gia Định.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Không đồng ý tham gia nghiên cứu
+ Tăng huyết áp thứ phát
+ Có chống chỉ định đo ABI: phù nặng, sang thương nặng tại nơi đo huyết áp, đoạn chi đến cẳng chân hoặc bệnh phổi hợp gây hẹp hoặc tắc lòng động mạch (u tân sinh, chèn ép, chấn thương)

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

Cắt ngang mô tả.
2.4. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức $N = 1,96.p.(1-p)/m^2$ với $p = 0,198$ là tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới theo nghiên cứu của tác giả Huỳnh Kim Phượng và Võ Thị Quế Chi^[4] và m được chọn là 0,04. Theo công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là $N = 196$.

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Chúng tôi áp dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện để chọn những người bệnh đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và loại ra những người bệnh trong tiêu chuẩn loại trừ.

2.6. Định nghĩa biến số

- Tăng huyết áp: là biến nhị giá gồm 2 giá trị có hoặc không, được định nghĩa là huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg qua ít nhất 2 lần đo ở 2 thời điểm khác nhau, hoặc người bệnh đã được chẩn đoán tăng huyết áp bởi bác sĩ hoặc đang dùng thuốc hạ áp xác nhận qua toa thuốc, giấy ra viện.

- ABI: là biến định lượng, gồm ABI bên trái và ABI bên phải. ABI chung được chọn là giá trị thấp hơn trong hai bên để tiếp tục khảo sát. ABI được chia làm nhóm: (1) $ABI \leq 0,90$ hoặc $> 1,40$ là bất thường và (2) $ABI > 0,90$ đến $1,40$ là bình thường.

- Bệnh động mạch chi dưới: là biến định tính, ABI lúc nghỉ $\leq 0,90$.

2.7. Đo chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay

Thiết bị: Đo ABI được thực hiện lúc người bệnh nghỉ ngơi (ít nhất 10 phút) ở tư thế nằm ngửa, bằng kỹ thuật Doppler. Thiết bị được dùng là thiết bị Doppler cầm tay hiệu Summit Doppler LifeDop LD300ABI, với đầu dò bút chì tần số 8 MHz. Bao nén khí có kích thước phù hợp với đoạn chi cần khảo sát và bao được quấn trên khuỷu tay 3 cm khi đo huyết áp cánh tay và trên mắt cá chân trong 2 cm khi đo huyết áp cổ chân.

Kỹ thuật đo: Đặt đầu dò Doppler sao cho tín hiệu nghe rõ nhất (góc 45-60° so với bề mặt da). Bơm túi khí đến khi mất âm thanh ở mạch, bơm thêm 20 mmHg nữa, tối đa 300 mmHg, sau đó xả từ từ vận tốc 2 mmHg/giây. Ghi nhận huyết áp trên đồng hồ ngay khi âm thanh xuất hiện lại, đây là huyết áp tâm thu của chi cần đo.

Quy trình đo huyết áp theo trình tự sau vị trí động mạch cánh tay, động mạch chày sau, động mạch mu chân cùng bên. Sau đó thực hiện tương tự với bên đối diện. Nếu huyết áp tâm thu của cánh tay đo lần đầu tiên chênh hơn cánh tay còn lại > 10 mmHg, đo lại huyết áp tâm thu ở cánh tay đầu tiên và lấy kết quả này. ABI của mỗi chân được tính bằng huyết áp tâm thu ở động mạch mu chân đó chia cho huyết áp tâm thu cao nhất ở hai cánh tay. Trị số thấp hơn giữa ABI phải và ABI trái được chọn để tiếp tục khảo sát. Khi ABI trong khoảng 0,80-1,00 thì đo kiểm tra lại lần nữa.^[5]

2.8. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị tứ phân vị đối với biến định lượng không có phân phối chuẩn.

Dùng phép kiểm định chi-bình phương để so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính. So

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

	Chung (N = 210)	ABI > 0,9 (N = 155)	ABI ≤ 0,9 (N = 55)	p-value
Đặc điểm nhân khẩu học				
Tuổi (năm)	61,8 ± 9,3	61,4 ± 9,1	63,0 ± 9,7	0,081
Nữ	111 (52,9)	84 (54,2)	27 (49,1)	0,515
Chỉ số khối cơ thể	23,6 ± 3,58	23,97 ± 3,69	22,64 ± 3,10	0,019
Tình trạng đồng mắc				
Hút thuốc lá	46 (21,9)	30 (19,4)	16 (29,1)	0,134
Đái tháo đường	53 (25,2)	36 (23,2)	17 (32,9)	0,260
Rối loạn lipid máu	198 (94,3)	145 (93,5)	53 (96,4)	0,440
Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm	1 (0,5)	0 (0)	1 (1,8)	0,550
Hội chứng mạch vành mạn	40 (19,0)	28 (18,1)	12 (21,8)	0,542
Suy tim	4 (1,9)	3 (1,9)	1 (1,8)	0,956
Kết quả xét nghiệm (mmol/L)				
Glucose	6,57 ± 1,84	6,51 ± 1,67	6,72 ± 2,28	0,481
Creatinine	88,01 ± 21,81	87,06 ± 17,92	90 ± 30,5	0,453
Cholesterol toàn phần	4,77 ± 1,53	4,92 ± 1,42	4,33 ± 1,77	0,034
Triglyceride	2,24 ± 2,16	2,19 ± 2,2	2,38 ± 2,06	0,603
HDL-C	1,34 ± 1,57	1,31 ± 0,51	1,6 ± 0,70	0,517
LDL-C	2,89 ± 1,16	2,91 ± 1,16	2,83 ± 1,16	0,683

Nhận xét: Nhóm không có bệnh động mạch chi dưới đánh giá qua ABI có BMI và cholesterol toàn phần cao hơn so với nhóm có bệnh.

3.2. Đặc điểm bệnh động mạch chi dưới

Bảng 2. Đặc điểm bệnh động mạch chi dưới

Giá trị ABI	
Chân phải	0,96 ± 0,12
Chân trái	0,98 ± 0,14
Vị trí bệnh động mạch chi dưới	
Chân phải	14 (25,5)

sánh 2 trung bình bằng phép kiểm định T-test (đối với các biến có phân phối chuẩn) hoặc phép kiểm định Mann-Whitney (đối với các biến không có phân phối chuẩn). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (số 568/HĐĐĐ-ĐHYD) và bệnh viện Nhân dân Gia Định (số 37/NDGD-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 3/2022 đến tháng 8/2022, chúng tôi tuyển chọn 210 người thỏa điều kiện tham gia nghiên cứu. Với tiêu chí ABI ≤ 0,9 để chẩn đoán, có 55 (26,2%) người bệnh động mạch chi dưới được phát hiện. Đặc điểm dân số nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1 và đặc điểm về bệnh động mạch chi dưới thể hiện qua ABI được trình bày trong Bảng 2.

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Chân trái	12 (21,8)
Hai chân	29 (52,7)
Phân độ	
Nhẹ - trung bình	
Chân phải	41 (19,5)
Chân trái	43 (20,5)
Nặng	0 (0)
Biểu hiện lâm sàng	
Đau cách hồi	12 (21,8)
Đau lúc nghỉ	14 (25,5)

Khó bắt/Mắt mạch	2 (3,6)
------------------	---------

ABI: Ankle-brachial index – Chỉ số huyết áp cổ chân-cánh tay

Nhận xét: Hơn một nửa số người bệnh động mạch chi dưới có tổn thương ở cả hai chân nhưng không có sự khác biệt về ABI giữa hai bên. Khoảng ¼ người bệnh có biểu hiện lâm sàng và không có trường hợp nào hẹp nặng động mạch dựa trên phân độ ABI.

IV. BÀN LUẬN

Dân số nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau. Kết quả này tương tự với một số nghiên cứu khác trên thế giới và ở Việt Nam.^[6,7] Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu cũng tương đồng với các tác giả khác, tức là ở mức tuổi tương đối cao.^[6] Ở mức tuổi này, người bệnh có thể chịu ảnh hưởng từ nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch khác và tạo thuận lợi cho sự hình thành các bệnh lý tim mạch do xơ vữa trong đó có bệnh động mạch chi dưới. Nhận định này cũng thể hiện trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi rối loạn lipid máu và đái tháo đường có tỷ lệ đáng kể được ghi nhận. So với nhóm có bệnh động mạch chi dưới, nhóm không bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số khối cơ thể và cholesterol toàn phần cao hơn có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể giải thích là nhóm có bệnh thường nhận được tư vấn kỹ lưỡng hơn về thay đổi lối sống và điều trị thuốc nên các chỉ số này được kiểm soát tốt hơn. Ngoài ra, tuổi của nhóm bệnh có khuynh hướng cao hơn nên khả năng ăn uống, tình trạng dinh dưỡng cũng có thể ảnh hưởng.

Tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới xác định qua ABI trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,2%. Tác giả Newman AB và cộng sự (1993) tiến hành trên 1537 người cao tuổi, kết quả ghi nhận là 23,5%. Tác giả Huỳnh Kim Phượng và Võ Thị Quế Chi (2016) khảo sát trên người bệnh Việt Nam 40 tuổi trở lên, tỷ lệ chung thu được là 19,8% trong đó nhóm có đái tháo đường có tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới là 29,2 so với nhóm không đái tháo đường là 8,2%.^[4,8] Sự nhất quán về kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu kể trên cho thấy bệnh động mạch chi dưới có độ lưu hành đáng kể ở nhóm người lớn tuổi và có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch. Thật vậy, các nghiên cứu khác khảo sát trên dân số chung hoặc nhóm người trẻ hơn, tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới nhìn chung là thấp hơn.^[9]

Về mức độ hẹp động mạch chi dưới, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào hẹp nặng. Điều này phù hợp với tỷ lệ thấp

ghi nhận mất/khó bắt mạch trong nghiên cứu của chúng tôi. Những người bệnh có hẹp mức độ nặng, có biểu hiện lâm sàng nặng nề thường được phát hiện và nhập viện điều trị với chuyên khoa phù hợp thay vì đến phòng khám nội tim mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ thiếu máu giữa 2 chi dưới khác biệt không có ý nghĩa thống kê, phù hợp với đặc điểm giải phẫu hệ động mạch phân bố đồng đều hai bên và đặc điểm bệnh sinh của bệnh với các yếu tố nguy cơ tác động đồng thời lên mạch máu ở cả hai chi dưới. Những kết quả này đều tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Hà Giang.^[10]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh có triệu chứng đau cách hồi, đau lúc nghỉ lần lượt là 21,8%, 25,5%. Tác giả Lê Thị Hà Giang cũng tìm thấy kết quả tương tự nhưng lại khác biệt hẳn với tác giả Bùi Cao Mỹ Ái khi hoàn toàn không ghi nhận người tham gia nào có triệu chứng này. Đau cách hồi là một dấu hiệu chỉ điểm tình trạng thiếu máu chi.^[10,11] Tuy nhiên, tỷ lệ xuất hiện triệu chứng này khác nhau ở các nghiên cứu vì ngoài mức độ hẹp tắc, biểu hiện đau cách hồi còn phụ thuộc vào sự bù trừ bằng tuần hoàn bàng hệ của người bệnh. Một số trường hợp hẹp động mạch mức độ nhẹ hoặc trung bình hiếm khi đi bộ đạt ngưỡng tăng nhu cầu tưới máu của các cơ chi dưới.^[12] Vì vậy, việc dựa vào hỏi triệu chứng đau cách hồi hay thậm chí bắt mạch để chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới sẽ dẫn đến bỏ sót chẩn đoán. Ngược lại, việc áp dụng phương thức chẩn đoán dựa vào ABI ở khu vực phòng khám có thể phù hợp nhờ các lợi điểm: không xâm lấn, kỹ thuật đơn giản, trang thiết bị không phức tạp, thời gian nhanh và ít tốn kém.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu chỉ thực hiện một trung tâm nên kết quả chưa đại diện cho dân số mục tiêu. Thứ hai, chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới chỉ thực hiện qua đánh giá ABI mà chưa đánh giá thêm bằng các biện pháp khác như siêu âm động mạch chi dưới. Những hạn chế này cần được giải quyết bằng các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và khảo sát động mạch chi dưới chi tiết hơn.

V. KẾT LUẬN

Trên đối tượng người bệnh tăng huyết áp, tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới là đáng ghi nhận khi đánh giá qua ABI. Việc áp dụng phương pháp đo ABI là khả thi và cần được cân nhắc thực hiện ở khu vực phòng khám để tăng khả năng chẩn đoán bệnh lý quan trọng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Organization W H.** Global Health Estimates 2019: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva; 2020. 2021.
- 2. Diehm C, Lange S, Darius H, et al.** Association of low ankle brachial index with high mortality in primary care. Eur Heart J. Jul 2006;27(14):1743-9. doi:10.1093/eurheartj/ehl092.
- 3. Gerhard-Herman M D, Gornik H L, Barrett C, et al.** 2016 AHA/ACC guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. 2017;69(11):1465-1508.
- 4. Huỳnh Kim Phượng, Võ Thị Quế Chi.** Khảo sát tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới ở người trên 40 tuổi có và không có đái tháo đường bằng chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay. Tạp Chí Tim mạch học Việt Nam. 2016; (75+76), 112-122.
- 5. Rooke T W, Hirsch A T, Misra S, et al.** 2011 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with peripheral artery disease (updating the 2005 guideline) a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. 2011;58(19):2020-2045.
- 6. Itoga N K, Tawfik D S, Lee C K, et al.** Association of Blood Pressure Measurements With Peripheral Artery Disease Events. Circulation. Oct 23 2018;138(17): 1805-1814. doi: 10.1161/circulationaha.118.033348
- 7. Nguyễn Thị Ut.** Khảo sát chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay trên người bệnh nhồi máu não tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II. 2018: 90.
- 8. Newman A B, Sutton-Tyrrell K, Vogt M T, et al.** Morbidity and mortality in hypertensive adults with a low ankle/arm blood pressure index. Jama. Jul 28 1993;270(4):487-9.
- 9. Farkas K, Járjai Z, Kolossváry E, et al.** High prevalence of peripheral arterial disease in hypertensive patients: the Evaluation of Ankle-Brachial Index in Hungarian Hypertensives screening program. J Hypertens. Aug 2012; 30 (8): 1526-32. doi: 10.1097/HJH.0b013e3283559a6a
- 10. Lê Thị Hà Giang.** Chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân-cánh tay (ABI) ở người cao tuổi tăng huyết áp tại bệnh viện A Thái Nguyên. 2013. Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y dược Thái Nguyên.

CÔNG CỤ HADS TẦM SOÁT RỐI LOẠN LO ÂU TRONG CHĂM SÓC BAN ĐẦU: KẾT QUẢ PHÂN TÍCH NHÂN TỔ KHÁM PHÁ

Nguyễn Thị Bích Ngọc¹, Phan Chung Thùy Lynh¹,
Phạm Lê An¹, Huỳnh Trung Sơn¹, Nguyễn Đức Minh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thang đo Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) là một công cụ có tính tin cậy và tính giá trị trong tầm soát rối loạn lo âu ở nhiều nhóm đối tượng. Chưa có nghiên cứu khảo sát giá trị của thang đo trên người bệnh trong chăm sóc ban đầu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 734 người bệnh đến khám tại các phòng khám Y học gia đình trên địa bàn quận Tân Phú, Thành phố Hồ Chí Minh tháng 10/2018 đến tháng 03/2019 với thang đo lo âu HADS gồm 7 đề mục. Độ tin cậy của thang đo được khảo sát qua hệ số Cronbach's alpha và tính giá trị được khảo sát qua phân tích nhân tố khám phá và khẳng định. **Kết quả:** Hệ số alpha chung của thang đo là 0,81 và hệ số alpha của thang đo khi loại từng đề mục dao động từ 0,76 đến 0,82, thang đo có độ tin cậy nội tại tốt. Phân tích nhân tố khám phá ghi nhận có 1 nhân tố với 7 đề mục và tổng phương sai trích là 47,68%, phù hợp với mô hình gốc là thang đo HADS với 7 đề mục tầm soát

rối loạn lo âu. Các chỉ số đánh giá độ phù hợp mô hình phân tích nhân tố khẳng định CFI 0,96; TLI 0,93; RMSEA 0,078. **Kết luận:** Thang đo có giá trị nội dung, cấu trúc và tính tin cậy nội tại tốt trong việc đo lường lo âu của bệnh nhân khi đến khám PK YHGD.

Từ khóa: HADS; lo âu; y học gia đình; bác sĩ gia đình; chăm sóc ban đầu.

SUMMARY

EXPLORING THE UTILITY OF HADS IN PRIMARY CARE: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN FAMILY MEDICINE CLINICS

Objective: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) is a reliable and valuable tool for screening anxiety disorders in various populations. However, its utility in patients attending Family Medicine Clinics (FMC) has yet to be systematically investigated. This study aimed to assess the reliability and validity of the HADS in a sample of patients at FMC. **Methods:** This was a cross-sectional study. The scale's reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficient, and its validity was examined through exploratory factor analysis. **Results:** The study sample comprised 734 participants, predominantly aged 40 and above. The overall alpha coefficient for the scale was 0.81, indicating good internal reliability. The Kaiser-Meyer-Olkin analysis yielded an index of 0.86, and in concert with a significant Bartlett Test of Sphericity. Our results revealed a one-factor model

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Quận Tân Phú

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Lê An

Email: phamlean@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024