

tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm để nâng cao khả năng đánh giá vai trò của non-HDL-C trong tiên đoán kết cục.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tsao CW, Aday AW, Almarzoq ZI, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2023 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2023 Feb 21;147(8):e93-e621. doi:10.1161/cir.0000000000001123
2. An International Atherosclerosis Society Position Paper: global recommendations for the management of dyslipidemia--full report. *J Clin Lipidol*. 2014 Jan-Feb;8(1):29-60. doi:10.1016/j.jacl.2013.12.005
3. Harari G, Green MS, Magid A, Zelber-Sagi S. Usefulness of Non-High-Density Lipoprotein Cholesterol as a Predictor of Cardiovascular Disease Mortality in Men in 22-Year Follow-Up. *Am J Cardiol*. 2017 Apr 15;119(8):1193-1198. doi:10.1016/j.amjcard.2017.01.008
4. Cui Y, Blumenthal RS, Flaws JA, et al. Non-high-density lipoprotein cholesterol level as a predictor of cardiovascular disease mortality. *Arch Intern Med*. 2001 Jun 11;161(11):1413-9. doi:10.1001/archinte.161.11.1413
5. Wongcharoen W, Sutthiwutthichai S, Gunaparn S, Phrommintikul A. Is non-HDL-cholesterol a better predictor of long-term outcome in patients after acute myocardial infarction compared to LDL-cholesterol? : a retrospective study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2017 Jan 5;17(1):10. doi:10.1186/s12872-016-0450-9
6. Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2016 Jan 14;37(3):267-315. doi:10.1093/eurheartj/ehv320
7. Aggarwal DJ, Kathariya MG, Verma DPK. LDL-C, NON-HDL-C and APO-B for cardiovascular risk assessment: Looking for the ideal marker. *Indian Heart J*. 2021 Sep-Oct;73(5):544-548. doi:10.1016/j.ihj.2021.07.013
8. Su X, Luo M, Tang X, Luo Y, Zheng X, Peng D. Goals of non-high density lipoprotein cholesterol need to be adjusted in Chinese acute coronary syndrome patients: Findings from the CCC-ACS project. *Clin Chim Acta*. 2019 Sep;496:48-54. doi:10.1016/j.cca.2019.06.022

## HẠ HUYẾT ÁP TƯ THỂ Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI VIỆN TIM THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Bùi Minh Trọng<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Yên<sup>1</sup>, Lê Kim Tuyền<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và yếu tố nguy cơ hạ huyết áp (HHA) tư thể ở bệnh nhân cao tuổi có tăng huyết áp tại Viện Tim TP.HCM. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 198 bệnh nhân từ 60-95 tuổi có tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Viện Tim TPHCM từ 11/2020 đến 12/2020. Tất cả đều được đo huyết áp tư thể ngồi lúc nghỉ, lúc đứng 1 phút và 3 phút. Nghiên cứu cắt ngang, mô tả. **Kết quả:** tuổi trung bình: 69,6 ± 7,0, nam 36,4%, nữ 63,6%. Tỷ lệ HHA tư thể đứng sau 1 phút là 22,2%, sau 3 phút là 16,2% và chung là 38,4%. Thuốc hạ huyết áp hay sử dụng theo thứ tự: UCMC/TT – 87,4%, chẹn Beta – 69,7%, Chẹn Canxi – 51,5%, lợi tiểu – 32,8%, chẹn alpha – 1,5%; 83,4% bệnh nhân dùng 2 nhóm thuốc hạ huyết áp trở lên. Không tìm thấy mối liên quan giữa HHA tư thể với tuổi, giới, thuốc hạ huyết áp...; Có mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp không tốt (uncontrolled HTA) với HHA tư thể, với OR= 15,475 (p<0,001). **Kết luận:** Tỷ lệ HHA tư thể là 38,4%. Nhóm bệnh nhân không kiểm soát huyết áp tốt có tỷ

lệ HHA tư thể cao hơn nhóm kiểm soát HA tốt (p < 0,001, OR=15,470)

#### SUMMARY

#### DORTHOSTATIC HYPOTENSION AND ITS RISK FACTORS IN OLDER PATIENTS TREATED HYPERTENSION AT HEART INSTITUTE OF HO CHI MINH CITY

**Objectives:** Determining the prevalence of orthostatic hypotension and its associations with treated hypertension in older patients at Heart Institute in HCMC. **Methods:** 198 patients aged 60-95 with treated hypertension as outpatients at the Heart Institute of Ho Chi Minh City from 11/2020 to 12/2020. All were measured blood pressure in sitting position at rest, at standing 1 minute and 3 minutes. Cross-sectional, descriptive study. **Results:** The average age: 69.6 ± 7.0, 36.4% male, 63.6% female. The prevalence of orthostatic hypotension after 1 minute was 22.2%, after 3 minutes was 16.2% and overall was 38.4%. Antihypertensive drugs commonly used in order: ACE/ARB – 87.4%, Beta blocker – 69.7%, Calcium blocker – 51.5%, diuretic – 32.8%, alpha blocker – 1.5 %; 83.4% of patients taking 2 or more classes of antihypertensive drugs. No association was found between OH and age, gender, antihypertensive drugs...; there was only an association between uncontrolled HTA and OH, with OR= 15,475 (p<0.001). **Conclusions:** The overall

<sup>1</sup>Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Minh Trọng

Email: trangbuiminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024

rate of orthostatic hypotension was 38.4%. The group of uncontrolled hypertension patients had a higher rate of OH than the group with well controlled hypertension patients ( $p < 0.001$ ,  $OR=15,470$ ).

**Keywords:** orthostatic hypotension, hypertension, older patients.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tăng huyết áp là bệnh lý khá phổ biến ở người cao tuổi, chiếm khoảng trên 49% những người trên 60 tuổi, và ảnh hưởng đến hơn 1 tỷ người trên thế giới. THA ngày càng có xu hướng gia tăng theo tuổi. Tại Mỹ, tần suất người cao tuổi bị THA là 65%. Nghiên cứu của Hội Tim mạch học Việt

Nam năm 2015 cho thấy tỷ lệ hiện mắc THA ở người trưởng thành tăng gấp ba, từ 16,3% lên 47,3% trong 13 năm [1].

Hạ huyết áp tư thế trên bệnh nhân THA là một vấn đề sức khỏe thường gặp và gây nên nhiều hậu quả ở người cao tuổi như tăng tỷ lệ nhập viện, ngã, ngất, giảm chất lượng cuộc sống và tử vong. HHA tư thế có mối liên quan mật thiết với THA, tần suất bệnh nhân THA có HHA tư thế dao động từ 13,4% đến 32,1%, tùy thuộc vào độ tuổi và các bệnh lý kết hợp. Ngoài bệnh lý THA, HHA tư thế còn làm gia tăng nguy cơ bệnh mạch vành và tất cả các nguyên nhân tử vong nói chung ở người cao tuổi khỏe mạnh [4]. Ngay cả khi không biểu hiện triệu chứng, HHA tư thế cũng là một yếu tố nguy cơ độc lập của đột quỵ, biến cố tim mạch, bệnh thận mạn và cả tử vong chung nhất là ở người cao tuổi. Như vậy, xác định kịp thời và xử trí HHA tư thế hợp lý, rõ ràng quan trọng ở các bệnh nhân cao tuổi.

Ở Việt Nam hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu về HHA tư thế ở bệnh nhân cao tuổi có THA. Riêng tại Viện Tim TP.HCM chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:**

**Bảng 1. So sánh thay đổi huyết áp theo thời điểm**

	TB	ĐLC	SE TB	95% KTC		p
				TN	CN	
HATT ngồi – HATT đứng 1p	0,545	14,045	0,998	-1,423	2,514	0,585
HATTr ngồi – HATTr đứng 1p	-4,010	8,031	0,571	-5,136	-2,885	0,000
HATT ngồi – HATT đứng 3p	3,030	12,657	0,899	1,256	4,804	0,001
HATTr ngồi – HATTr đứng 3p	-3,202	8,326	0,592	-4,369	-2,035	0,000
HATT đứng 1p – HATT đứng 3p	2,485	9,698	0,689	1,126	3,844	0,000
HATTr đứng 1p – HATTr đứng 3p	0,808	5,491	0,390	0,039	1,578	0,040

**Bảng 2. Hạ huyết áp tư thế ở phút thứ nhất.**

HHA tư thế	Có N(%)	Không N(%)
Phút thứ nhất	44 (22,2)	154 (77,8)

- Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên.
- Đã được chẩn đoán THA nguyên phát theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Việt nam (dựa theo ESC) và đang điều trị ngoại trú tại Viện Tim TPHCM  $\geq 3$  tháng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Đang mắc các bệnh cấp tính: tai biến mạch máu não cấp, nhồi máu cơ tim cấp, suy thận cấp, nhiễm trùng nặng,...
- Bệnh nhân không hợp tác: giảm thính lực, bệnh lý tâm thần, bệnh thần kinh: Parkinson, thất điều...
- Suy tim EF giảm  $< 50\%$ .
- Bệnh van tim có chỉ định phẫu thuật, bệnh cơ tim phì đại có tắc nghẽn, bệnh nội khoa nặng kèm theo, bệnh tim bẩm sinh kèm theo.
- Rối loạn nhịp: rung nhĩ, nhịp chậm  $< 50$  hay nhanh  $> 100$  lần/phút hay block nhĩ thất độ 2-3.
- Thiếu máu mạn tính, rối loạn tiền đình, bệnh xương khớp nặng, không thể tự đứng.

**Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang, mô tả.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 11/2020 đến tháng 12/2020 tại Phòng khám Viện Tim TPHCM, chúng tôi thu thập được 198 đối tượng từ 60 tuổi đến 95 tuổi có THA thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ vào mẫu nghiên cứu.

- Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là  $69,6 \pm 7,0$  tuổi với:
  - + Huyết áp tâm thu trung bình là  $137,6 \pm 17,0$  mmHg.
  - + Huyết áp tâm trương trung bình là  $75,5 \pm 10,9$  mmHg.
- Trong tổng số mẫu nghiên cứu nam giới có 72/198 trường hợp chiếm tỷ lệ 36,4%, nữ giới có 126/198 trường hợp chiếm tỷ lệ 63,6%.
- Thời gian tăng huyết áp trung bình  $8,3 \pm 5,6$  năm (ngắn nhất là 1 năm và lâu nhất là 22 năm).

Có 22,2% trường hợp hạ huyết áp tư thế trong 1 phút.

**Bảng 3. Hạ huyết áp tư thế ở phút thứ ba.**

HHA tư thế	Có N(%)	Không N(%)
Phút thứ 3	32 (16,2)	166 (83,8)

Có 16,2% trường hợp hạ huyết áp tư thế trong 3 phút.

**Bảng 4. Tần số sử dụng các loại thuốc hạ áp**

Loại thuốc	Số bn	Tỷ lệ	Tổng
Lợi tiểu	65	32,8%	198
UCMC/TT	173	87,4%	198
Chẹn Canxi	102	51,5%	198
Chẹn Beta	138	69,7%	198
Chẹn alpha	3	1,5%	198

Thuốc hạ huyết áp hay sử dụng theo thứ tự: UCMC/TT, chẹn Beta, Chẹn Canxi, lợi tiểu, chẹn alpha.

**Bảng 5. Số nhóm thuốc huyết áp trên một bệnh nhân**

Số nhóm	Tần số n (%)	Có lợi tiểu
1	32(16,2)	1(3,1)
2	71(35,9)	10(14,1)
3	73(36,9)	34(46,6)
4	22(11,1)	20(90,9)
Tổng	198(100)	65(32,8)

Số bệnh nhân được điều trị trên 2 nhóm thuốc hạ áp là 166 trường hợp chiếm 83,4%

**Bảng 6: Liên quan giữa HHA tư thế với tuổi**

Nhóm tuổi BN	HHA tư thế n (%)		OR	95% KTC	Giá trị p
	Có 57 (28,8)	Không 141(71,2)			
60-69	30 (26,8)	82 (73,2)	0,890	0,569-0,0612	

**Bảng 9. Liên quan giữa HHA tư thế và nhóm thuốc điều trị THA**

Nhóm thuốc điều trị HA	HHA tư thế		OR	95% KTC	Giá trị p	
	Có 57 (28,8)	Không 141 (71,2)				
Lợi tiểu	Có	21 (32,3)	44 (67,7)	1,249	0,652- 2,392	0,502
	Không	36 (27,1)	97 (72,9)			
UCMC/TT	Có	51 (29,5)	122 (70,5)	1,050	0,557- 2,043	0,874
	Không	16 (24,0)	19 (76,0)			
Chẹn canxi	Có	32 (31,4)	70 (68,6)	1,301	0,698- 2,424	0,407
	Không	25 (26,0)	71 (74,0)			
Chẹn beta	Có	43 (31,2)	95 (68,8)	1,480	0,734- 2,986	0,273
	Không	14 (23,3)	46 (76,7)			
Chẹn anpha	Có	1 (33,3)	2 (66,7)	1,212	0,106- 13,821	0,877
	Không	58 (28,7)	139 (71,3)			

Trong nghiên cứu này, ở bệnh nhân THA ở NCT, các thuốc điều trị hạ huyết áp chưa thấy ảnh hưởng lên HHA tư thế. Qua phân tích hồi quy đơn biến chúng tôi cũng nhận thấy không có mối liên quan giữa HHA tư thế và việc dùng các nhóm thuốc hạ huyết áp ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 10. Liên quan giữa HHA tư thế và số nhóm thuốc hạ huyết áp**

Số nhóm	HHA tư thế		OR	95% KTC	Giá trị p
	Có n=57	Không			

70-79	21 (32,3)	44 (67,7)	1,393	
>79	6 (28,6)	15(71,4)		

BN ở 3 nhóm tuổi có tỷ lệ HHA tư thế khác nhau không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,890$ .

▪ Liên quan giữa HHA tư thế và giới tính

**Bảng 7. Liên quan giữa HHA tư thế và giới tính**

Giới tính	HHA tư thế		OR	95% KTC	Giá trị p
	Có n=57 (28,8)	Không n=141 (71,2)			
Nữ	31 (24,6)	95 (75,4)	1,732	0,923-3,249	0,087
Nam	26 (36,1)	46 (63,9)			

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy nữ giới có HHA tư thế chiếm 24,6% thấp hơn nam giới có HHA tư thế chiếm tỷ lệ 36,1%; sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,087$ .

**Bảng 8. Liên quan giữa HHA tư thế và đái tháo đường (ĐTĐ)**

ĐTĐ	HHA tư thế		OR	95% KTC	Giá trị p
	Có n=57 (28,8)	Không n=141 (71,2)			
Có	16 (26,2)	45 (73,8)	0,833	0,423-1,639	0,596
Không	41 (29,9)	96 (70,1)			

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy nhóm ĐTĐ có HHA tư thế chiếm 26,2%, HHA tư thế ở BN không ĐTĐ chiếm tỷ lệ 29,9%; sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,596$ .

HHA	(28,8)	n=141 (71,2)	1,351	0,949-1,922	0,095
1	4 (12,5)	28 (87,5)			
2	23 (32,4)	48 (67,6)			
3	22 (30,1)	51 (69,9)			
4	8 (36,4)	14 (63,6)			

Tỷ lệ HHA tư thế nhiều nhất ở BN dùng 4 nhóm thuốc hạ huyết áp với 36,4%; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,095$ .

**Bảng 11. Mối liên quan giữa HHA tư thế với không kiểm soát huyết áp tốt**

Không kiểm soát tốt HA	HHA tư thế		OR	95% KTC	Giá trị p
	Có(%) n=57 (28,8)	Không(%) n=141 (78,8)			
<b>Có</b>	51 (50,5)	50 (49,5)	15,470	6,205- 38,570	< 0,001
<b>Không</b>	6 (6,2)	91 (93,8)			

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy nhóm không kiểm soát tốt HA có HHA tư thế chiếm 50,5% cao hơn so với nhóm kiểm soát tốt HA có HHA tư thế chiếm tỷ lệ 6,2%; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 198 bệnh nhân THA từ 60 tuổi trở lên đến khám ngoại trú tại Viện tim TPHCM. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy các đối tượng có một số đặc điểm sau:

Các bệnh nhân được lựa chọn có tuổi trung bình là  $69,6 \pm 7,0$  tuổi. Nhóm tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất 56,6%, nhóm tuổi từ 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất 28,4%, nhóm tuổi từ 70-79 chiếm 32,8%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vũ Thu Hương về tỷ lệ HHA tư thế tại bệnh viện Lão khoa Trung ương, tuổi trung bình của bệnh nhân là  $70,2 \pm 6,7$ , nhóm tuổi 60 – 69 chiếm tỷ lệ cao nhất 49% [2], tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đăng Khiêm [3].

Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 126 người chiếm 63,6% cao hơn nam (72 người chiếm 36,4%). Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu về dịch tễ bệnh THA, tỷ lệ THA tương tự ở cả hai giới trong độ tuổi từ 45 đến 64 và ở độ tuổi trên 65 tuổi thì tỷ lệ mắc bệnh THA ở phụ nữ sẽ cao hơn nam giới, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Đăng Khiêm [3].

- Hiệu quả kiểm soát huyết áp: Trong tổng số 198 bệnh nhân cao tuổi đang điều trị THA, có 51% bệnh nhân chưa được kiểm soát tốt huyết áp tốt, tỷ lệ này tương tự nghiên cứu của các tác giả Yoo SS và cs cho biết có 53% bệnh nhân THA chưa được kiểm soát tốt [9]. Phối hợp thuốc điều trị THA: Việc phối hợp thuốc nhiều loại thuốc chống THA với nhau trong điều trị là yếu tố quan trọng để kiểm soát huyết áp của bệnh nhân [8]. Tuy nhiên cũng còn tùy thuộc vào chỉ số huyết áp, sự đáp ứng của mỗi bệnh nhân theo mục tiêu cá thể hóa trong điều trị. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có chỉ số HATT trung bình lúc khám (đã điều trị trên 3 tháng) là  $137,6 \pm 17,0$  mmHg; HATT trung bình là  $75,5 \pm 10,9$  mmHg. Trong nhóm bệnh nhân

nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân thường được dùng 3 nhóm thuốc điều trị THA đó là: Ức chế men chuyển-thụ thể, Chẹn beta, Chẹn Canxi (bảng 3). Đây là ba nhóm thuốc tương đối phổ biến, được các thầy thuốc lựa chọn do ít tác dụng phụ trên NCT.

- Nếu theo hiệp hội Thần Kinh Tự Chủ Hoa Kỳ và Viện Thần Kinh Hoa Kỳ: HHA tư thế khi huyết áp tâm thu giảm  $>20$ mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương giảm  $>10$ mmHg so với huyết áp tư thế ngồi hay nằm [6]. Kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Tỷ lệ HHA tư thế sau 1 phút là: 22,2%
- Tỷ lệ HHA tư thế sau 3 phút là: 16,2%
- Tỷ lệ HHA tư thế chung là: 38,4%

- Đáp ứng huyết áp bình thường khi đứng: giả định tư thế thẳng đứng dẫn đến sự tích tụ từ 500 đến 1000 mL máu ở chi dưới và tuần hoàn tĩnh mạch, điều này bắt đầu chuỗi sau [6]:

- Giảm nhanh lượng máu tĩnh mạch trở về tim.
- Sự giảm đổ đầy tâm thất sau đó dẫn đến giảm cung lượng tim và huyết áp.

- Sự giảm huyết áp và thể tích máu trong lồng ngực gây ra phản xạ bù trừ liên quan đến hệ thống thần kinh trung ương và ngoại vi, làm tăng giao cảm và giảm luồng ra phó giao cảm (tức là phản xạ thụ thể áp lực).

- Sự gia tăng hoạt động giao cảm làm tăng sức cản mạch ngoại vi, sự trở về của tĩnh mạch và tăng cung lượng tim, do đó hạn chế tình trạng tụt huyết áp.

Thông thường do những cơ chế bù trừ này, việc chuyển tư thế từ nằm sang đứng, dẫn đến giảm huyết áp tâm thu nhỏ (5 đến 10 mmHg), THA tâm trương (5 đến 10 mmHg) và tăng nhịp tim (10 đến 25 nhịp mỗi phút).

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy chênh lệch hạ huyết áp tâm thu tư thế đứng trung bình ở phút thứ nhất là 0,545mmHg, ở phút thứ ba là 3,030mmHg (bảng 1) và THA tâm trương ở phút thứ nhất là 4,010mmHg, ở phút thứ ba là 3,202, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Điều này cũng phù hợp cơ chế sinh lý học đã giải thích ở trên.

Qua phân tích số liệu (bảng 5), chúng tôi thấy trong số 57 bệnh nhân có HHA tư thế thì nhóm 70-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 32,3%, tiếp theo là nhóm  $>79$  tuổi chiếm tỷ lệ 28,6% và thấp nhất là nhóm 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ 26,8%. Kết quả nghiên cứu cho thấy ở nhóm lớn hơn hoặc bằng 70 tuổi, tỷ lệ HHA tư thế cao hơn nhóm từ 60 - 69 tuổi, nhưng qua kiểm định thì sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê ( $P > 0,05$ ). Điều này chưa phù hợp với một số nghiên

cứu trong nước, nghiên cứu của Phạm Thăng (2002) nhận thấy ở nhóm lớn hơn hoặc bằng 75 tuổi so với nhóm từ 60 - 74 tuổi là 30,4% so với 13,8% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,01$ ). Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Vũ Mai Hương, sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê theo tuổi [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có cũng tương tự với tác giả Budyono. C, theo tác giả thì không có sự khác biệt giữa nhóm tuổi và HHA tư thế, mặc dù tỷ lệ HHA tư thế có tăng theo nhóm tuổi nhưng chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi và HHA tư thế với  $OR = 0,678$ , 95% KTC = 0,422 – 1,089,  $p = 0,107$  [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 6), tỷ lệ HHA tư thế ở nam và nữ lần lượt là 36,1% và 24,6%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Vũ Mai Hương (2003) và Nguyễn Đăng Khiêm (2018), cho thấy rằng không có sự khác biệt về tỷ lệ HHA tư thế giữa nam và nữ [2, 3]. Tỷ lệ này có khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Anupama Gangavati (2011) nghiên cứu tỷ lệ HHA tư thế trên 722 NCT trong cộng đồng dân cư Boston, Mỹ có tỷ lệ nữ giới HHA tư thế là 66,1% [7].

Tỷ lệ HHA tư thế ở bệnh nhân đái tháo đường là 26,2% và không đái tháo đường là 29,9%, sự chênh lệch này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Trái ngược với nghiên cứu của Vũ Mai Hương với tỷ lệ HHA tư thế chung ở bệnh nhân đái tháo đường là 62,5% và không đái tháo đường là 26,6% ( $P < 0,001$ ) [2]. Sự khác biệt có thể do cách chọn mẫu, tư thế đo huyết áp và địa điểm lấy mẫu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 198 bệnh nhân đều được sử dụng ít nhất một thuốc điều trị huyết áp. Các nhóm thuốc thường được sử dụng bao gồm ức chế men chuyển -Thụ thể, Chẹn Canxi, và chẹn beta; tỷ lệ HHA tư thế ở bệnh nhân sử dụng các nhóm thuốc trên lần lượt là 29,5%, 31,4% và 31,2%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ HHA tư thế ở các nhóm bệnh nhân phân chia theo thuốc điều trị (bảng 8). Theo một số nghiên cứu về các thuốc điều trị THA thì nhóm lợi tiểu Thiazid gây HHA tư thế nhiều nhất, thậm chí nguy cơ HHA tư thế còn tồn tại ngay cả khi bệnh nhân được ngưng kê đơn sử dụng 3 tuần.

Ở bệnh nhân THA, kiểm soát tốt là duy trì được chỉ số huyết áp  $< 140/90$  mmHg, nếu chỉ số HA  $\geq 140/90$  mmHg tức là kiểm soát HA chưa tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 49,0% bệnh nhân được kiểm soát tốt HA, còn lại 51,0 % bệnh nhân chưa được kiểm soát tốt HA. Tỷ lệ HHA tư thế ở nhóm THA kiểm soát chưa tốt là

50,5%, ở nhóm kiểm soát tốt chỉ có 6,3% ( $P < 0,001$ ). Như vậy có sự khác biệt rõ ràng về tỷ lệ HHA tư thế ở các nhóm bệnh nhân kiểm soát tốt và chưa tốt HA. Qua phân tích hồi quy đơn biến chúng tôi nhận thấy có liên quan giữa HHA tư thế và không kiểm soát tốt HA ở NCT có THA với  $OR = 15,475$ ; 95% CI = 6,205- 38,570,  $p < 0,001$ . Rõ ràng là mức HA càng cao thì sẽ ảnh hưởng đến quá trình điều hòa huyết động khi thay đổi tư thế, BN THA có nguy cơ xơ cứng động mạch, ảnh hưởng đến quá trình thay đổi vận tốc sóng mạch khi điều hòa HA, do đó cần kiểm soát tốt HA để tránh gây ra tình trạng HHA tư thế.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cắt ngang mô tả khảo sát 198 bệnh nhân THA từ 60-95 tuổi tại Phòng khám ngoại trú Viện Tim TPHCM chúng tôi rút ra được một số kết luận sau:

- Tỷ lệ HHA tư thế là: 38,4%
- Không có mối liên quan giữa HHA tư thế với các nhóm thuốc hạ huyết áp.
- Nhóm bệnh nhân không kiểm soát huyết áp tốt có tỷ lệ HHA tư thế cao hơn nhóm kiểm soát HA tốt ( $p < 0,001$ ,  $OR=15,470$ ).
- Một số yếu tố: tuổi, giới tính, đái tháo đường, không thấy có mối liên quan với tỷ lệ HHA tư thế ở bệnh nhân cao tuổi có THA.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tim mạch học Việt Nam**, (2016). Điều tra Việt Nam 2015-2016 Tăng huyết áp quốc gia.
2. **Vũ Mai Hương**, (2003). Nhận xét tỷ lệ hạ huyết áp tư thế ở người cao tuổi. Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa 2. Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Đăng Khiêm**, (2018). Mối liên quan giữa hạ huyết áp tư thế với sử dụng thuốc hạ áp và nguy cơ ngã trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp. Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa 2. Đại học y Hà Nội.
4. **Arnold, A.C. and S.R. Raj**, (2017). Orthostatic Hypotension: A Practical Approach to Investigation and Management. Canadian Journal of Cardiology. 33(12): p. 1725-1728.
5. **Budyono, C., et al.**, (2016 Apr). The Proportion of Orthostatic Hypotension and Its Relationship with HbA1c Levels in Elderly Patients with Diabetes. Acta Med Indones. . 48(2)(0125-9326 (Print)): p. 122-8.
6. **Freeman, R., et al.**, (2011). Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. Clin Auton Res. 21(2): p. 69-72.
7. **Gangavati, A., et al.**, (2011 Mar). Hypertension, orthostatic hypotension, and the risk of falls in a community-dwelling elderly population: the maintenance of balance, independent living, intellect, and zest in the elderly of Boston study. J

Am Geriatr Soc. 59(3)(1532-5415 (Electronic)): p. 383-9.

8. **Richards, T.R. and S.W. Tobe**, (2014 May). Combining other antihypertensive drugs with  $\beta$ -blockers in hypertension: a focus on safety and

tolerability. Can J Cardiol. . 30(5 Suppl)(1916-7075 (Electronic)): p. S42-6.

9. **Yoon SS B. V. , L.T., Carroll MD**, (2012). Hypertension among adults in the United States, 2009-2010. NCHS Data Brief. 107: p. 101-108.

## KẾT QUẢ SỚM Ở NHỮNG BỆNH NHÂN GHEP THẬN CÓ TIỀN SỬ UNG THƯ TỪ TRƯỚC

Lê Nguyên Vũ<sup>1,2</sup>, Ninh Việt Khải<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Điều trị thuốc ức chế miễn dịch sau ghép có thể làm nặng nề thêm tình trạng các bệnh lý ác tính, do đó đe dọa đời sống của bệnh nhân cũng như ảnh hưởng lâu dài lên thành công của cuộc ghép. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả lâm sàng, 4 bệnh nhân được chẩn đoán có tiền sử ung thư ở cơ quan khác và điều trị khỏi trước khi tiến hành ghép thận. Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, nguồn thận ghép, tiền sử ung thư và kết quả điều trị, thời gian từ lúc điều trị khỏi đến khi ghép thận, đánh giá về ung thư trước ghép, kết quả sau ghép. **Kết quả:** 3 bệnh nhân điều trị ung thư tuyến giáp với thời gian từ khi điều trị đến lúc ghép là 12 tháng, 14 tháng, 5 năm. 1 BN được chẩn đoán ung thư tế bào thận T1N0M0 sau 12 tháng được ghép thận. Pet CT là thăm dò cận lâm sàng bắt buộc phải có trước khi ghép. Kết quả ghép thận ổn định, không có thải ghép. Kết quả chức năng thận trở về bình thường và không còn tình trạng tái phát ung thư trên thận mới. nhiễm khuẩn **Kết luận:** bệnh nhân có tiền sử bệnh ác tính nên được chữa khỏi trước ghép. Thời gian để được ghép thận tùy thuộc vào loại ung thư. **Từ khóa:** ghép thận, ung thư trước khi ghép tạng đặc

### SUMMARY

#### EARLY OUTCOMES IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS WITH A HISTORY OF PRE-EXISTING CANCER

**Objective:** Immunosuppressive drug treatment after transplantation can exacerbate the underlying conditions of malignant diseases, thereby threatening the patient's life and long-term success of the transplant. **Patients and research methods:** Clinical description of 4 patients diagnosed with a history of cancer in other organs and successfully treated before undergoing kidney transplantation. Research indicators: age, source of kidney graft, cancer history, treatment outcomes, time from cancer treatment to kidney transplant, pre-transplant cancer assessment, post-transplant outcomes. **Results:** 3

patients treated for thyroid cancer had intervals between treatment and transplant of 12 months, 14 months, and 5 years. 1 patient diagnosed with T1N0M0 kidney cell cancer received a kidney transplant after 12 months. Pre-transplant PET CT scans were mandatory. Stable kidney transplant results were observed with no graft rejection. Renal function returned to normal, and there was no recurrence of new kidney cancer or infections. **Conclusion:** Patients with a history of malignancy were successfully treated before transplantation. The time taken for kidney transplantation depended on the type of cancer. **Keywords:** kidney transplantation, prior cancer history for solid transplantation

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một phương pháp điều trị được lựa chọn cho hầu hết các bệnh nhân mắc bệnh thận giai đoạn cuối. Ghép thận thành công làm cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm nguy cơ tử vong cho đa số bệnh nhân khi so sánh với bệnh nhân lọc máu. Bệnh nhân bị bệnh thận mạn giai đoạn cuối thường có nhiều bệnh kèm theo. Bệnh nhân chuẩn bị ghép thận cần được đánh giá cẩn thận để phát hiện và điều trị các bệnh lý đi kèm, có thể ảnh hưởng đến nguy cơ chu phẫu và sống còn sau khi ghép thận.<sup>1,2</sup> Các bệnh nhân được coi là khỏi sau điều trị ung thư thận có thể ghép thận được như các bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối. Chúng tôi xin chia sẻ các trường hợp lâm sàng các bệnh nhân có tiền sử ung thư đã xác định khỏi bệnh qua đó có cơ hội ghép thận và cho kết quả sớm rất khả quan.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các BN ghép thận có tiền sử ung thư đã phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN ghép thận có tiền sử ung thư được xác định khỏi bệnh

**Tiêu chuẩn loại trừ:** BN suy thận mạn đang trong giai đoạn theo dõi về ung thư

#### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, cắt ngang

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Vũ

Email: nguyenvu.urologue@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 22.01.2024