

Đặc điểm lâm sàng, tổn thương cơ quan đích và huyết áp lưu động 24 giờ ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp nguy cơ cao

Trần Văn Nam¹, Hoàng Huy Trường^{2,3*}, Lê Thị Bích Thuận⁴

(1) Khoa Nội, Bệnh viện quốc tế Becamex, tỉnh Bình Dương

(2) Bộ môn Nội tổng quát, Khoa Y, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, thành phố Hồ Chí Minh

(3) Khoa Nội tim mạch 5, Bệnh viện Tim Tâm Đức, thành phố Hồ Chí Minh

(4) Bộ môn Nội, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, tổn thương cơ quan đích và huyết áp lưu động (HALĐ) 24 giờ ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp (THA) nguy cơ cao. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 96 bệnh nhân THA ≥ 60 tuổi nguy cơ cao được điều trị nội trú. Các bệnh nhân được đeo máy đo HALĐ 24 giờ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $70,88 \pm 7,86$ tuổi, 64,6% nữ. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch lần lượt là rối loạn lipid máu - 80,2%, kém hoạt động thể lực - 69,8%, tiền sử gia đình THA - 54,2%, đái tháo đường - 51,0%, béo phì - 29,2%, hút thuốc lá - 24%. Tổn thương cơ quan đích được ghi nhận ở 63,5% bệnh nhân, trong đó 51% bệnh nhân có dày thất trái trên siêu âm tim, 11,5% bệnh nhân có creatinin huyết thanh tăng ($\geq 115 \mu\text{mol/l}$), 26,1% bệnh nhân có protein niệu. Tỷ lệ THA ẩn giấu không kiểm soát chiếm 12,5%, vọt huyết áp (HA) sáng sớm 40,6%, có trũng HA ban đêm 13,5%, không trũng HA ban đêm là 53,1%, THA ban đêm là 33,3%, THA tâm thu đơn độc 37,5%. Tỷ lệ quá tải HA ban ngày là 60,4% và quá tải HA ban đêm là 90,6% trong đó tỷ lệ quá tải $\geq 50\%$ HA ban ngày chiếm 41,7%, tỷ lệ quá tải $\geq 50\%$ HA ban đêm chiếm 75%. **Kết luận:** Bệnh nhân cao tuổi THA nguy cơ cao kèm theo tần suất cao các yếu tố tim mạch truyền thống. Tổn thương cơ quan đích ghi nhận ở gần 2/3 trường hợp. Tỷ lệ vọt HA sáng sớm, THA tâm thu đơn độc và THA ban đêm chiếm hơn 1/3 trường hợp. Tỷ lệ không trũng HA ghi nhận ở hơn 1/2 trường hợp. Tỷ lệ quá tải HA ban ngày ghi nhận ở gần 2/3 trường hợp với đa số bệnh nhân có quá tải HA ban đêm.

Từ khóa: bệnh nhân cao tuổi, đặc điểm lâm sàng, huyết áp lưu động 24 giờ, tăng huyết áp nguy cơ cao.

Clinical, target organ damage and 24-hour ambulatory blood pressure monitoring characteristics in older adults with high-risk hypertension

Tran Van Nam¹, Hoang Huy Truong^{2,3*}, Le Thi Bich Thuan⁴

(1) Dept. of Internal Medicine, Becamex International Hospital, Binh Duong province

(2) Dept. of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Pham Ngoc Thach University of Medicine, Ho Chi Minh City

(3) Dept. of Cardiology 5, Tam Duc Heart Hospital, Ho Chi Minh City

(4) Dept. of Internal Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Objective: To investigate the clinical characteristics, target organ damage subclinical, and 24-hour ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) in older adults with high-risk hypertension. **Material and methods:** A cross-sectional study was conducted on 96 older adults (≥ 60 years old) with treated high-risk HTN. The patients were performed with 24-hour ABPM. **Results:** The mean age was 70.88 ± 7.86 years, and 64.6% females. The prevalence of cardiovascular risk factors included dyslipidemia - 80.2%, physical inactivity - 69.8%, family history of hypertension - 54.2%, diabetes mellitus - 51.0%, obesity - 29.2%, and smoking - 24%. The target organ damage had occurred in 63.5% of the patients, with 51% having left ventricular hypertrophy on echocardiography, 11.5% showing serum creatinine levels $\geq 115 \mu\text{mol/l}$, and 26.1% with proteinuria. On ABPM, the prevalence was as follows: uncontrolled masked hypertension - 12.5%, morning blood pressure (BP) - 40.6%, nocturnal dipping - 13.5%, non-dipping - 53.1%, nocturnal hypertension - 33.3%, isolated systolic hypertension - 37.5%. Daytime BP overload - 60.4%, nighttime BP overload - 90.6%, 50% daytime BP overload - 41.7%, 50% BP overload - 75%. **Conclusions:** Older adults with high-risk hypertension exhibit a high prevalence of traditional cardiovascular risk factors. The target organ damage observed in approximately 2/3 of cases. Morning BP, isolated systolic hypertension, and nocturnal hypertension were

presented in over 1/3 of cases. Non-dipping observed in over 1/2 of cases. Daytime BP overload observed in nearly 2/3 of cases, with most patients experiencing nighttime BP overload.

Keywords: 24-hour ambulatory blood pressure, clinical characteristics, high-risk hypertension, older adults.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên thế giới. Theo nghiên cứu kiểm tra dinh dưỡng và sức khỏe quốc gia tại Mỹ trên 23.272 bệnh nhân cho thấy hơn 50% tử vong vì bệnh mạch vành và đột quỵ là ở người THA [1]. Tần suất lưu hành tăng huyết áp trên thế giới là 30 - 45%, tần suất này tăng lên > 60% ở người > 60 tuổi [2]. Việc đo huyết áp lưu động (HALĐ) hiện được khuyến nghị là phương pháp lựa chọn để chẩn đoán và điều trị THA, và việc đo HA 24 giờ ngày càng được sử dụng nhiều hơn ở bệnh nhân cao tuổi kèm THA [3]. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy mối tương quan giữa đo HALĐ và các yếu tố nguy cơ tim mạch. Việc xác định và kiểm soát các yếu tố ảnh hưởng đến THA liên quan đến tuổi có vai trò rất quan trọng trong thực hành lâm sàng làm giảm tử vong do tim mạch, đặc biệt là đối với bệnh nhân cao tuổi [3]. Ở Việt Nam, theo dõi HALĐ đang ngày càng được áp dụng rộng rãi, tuy nhiên, còn ít các đề tài nghiên cứu về vấn đề này ở người cao tuổi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, tổn thương cơ quan đích và HALĐ ở bệnh nhân cao tuổi THA nguy cơ cao.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán THA nguy cơ cao đang được điều trị nội trú tại Khoa nội Bệnh viện quốc tế Becamex từ 6/2020 đến 6/2021. Đồng ý tham gia nghiên cứu. Tại thời điểm đo HALĐ bệnh nhân không ngừng thuốc điều trị. Bệnh nhân được điều trị THA khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam và Hội THA Việt Nam năm 2018 [4]. Bệnh nhân THA nguy cao là những bệnh nhân: THA độ 1 kèm 3 yếu tố nguy cơ trở lên hoặc có tổn thương cơ quan đích, bệnh thận mạn giai đoạn 3, đái tháo đường (ĐTĐ), hoặc THA độ 2 có kèm ít nhất 1 yếu tố nguy cơ trở lên [4].

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân THA thứ phát. Các bệnh nhân THA < 60 tuổi, THA nguy cơ thấp và trung bình. THA chưa điều trị. Các bệnh nhân có bệnh lý cấp tính, rối loạn nước điện giải nặng. Các bệnh nhân có số lần đo HALĐ không đạt 85% tổng thời gian đo. Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.3. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.4. Phương pháp tiến hành: tất cả các bệnh nhân được khám và hỏi bệnh sử, ghi nhận các thông tin về các yếu tố nguy cơ tim mạch, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, điện tâm đồ và siêu âm tim. Bệnh nhân được đo HALĐ 24 giờ với máy Oscar 2 (SunTech Medical, Hoa Kỳ) kèm phần mềm AccuWinpro v3.4, tuân thủ theo các tiêu chuẩn HALĐ được mô tả trong hướng dẫn của Hiệp hội THA Châu Âu [5]. Huyết áp sẽ được đo tự động mỗi 30 phút từ 07:00 đến 22:00, và mỗi 60 phút từ 22:00 đến 07:00. Để đảm bảo dữ liệu chính xác, tất cả các bệnh nhân được cung cấp sổ nhật ký để ghi lại thời gian ngủ và thức dậy, và được khuyến khích tránh các hoạt động thể chất mạnh vào ngày thực hiện đo HALĐ. Kết quả đo là hợp lệ khi có ít nhất 85% số liệu đo chính xác, sau khi loại bỏ bất kỳ số liệu đo bất thường hoặc nhiễu nào. Các kết quả đo HALĐ dưới 70 mmHg hoặc trên 260 mmHg cho huyết áp tâm thu, và dưới 40 mmHg hoặc trên 150 mmHg cho huyết áp tâm trương được loại ra khỏi phân tích.

Định nghĩa các biến số:

Trung huyết áp ban đêm (dipper): cả HA tâm thu (HATT) và HA tâm trương (HATTr) trung bình ban đêm giảm > 10% so với trung bình HA ban ngày [5].

Không trung huyết áp ban đêm (non-dipper): cả HATT và HATTr trung bình giảm $\leq 10\%$ so với trung bình HA ban ngày [5].

Tăng huyết áp ban đêm (riser): cả HATT và HATTr trung bình giảm < 0% so với trung bình HA ban ngày [5].

Quá tải huyết áp: là tỉ lệ % số lần đo có HA cao hơn ngưỡng HA giới hạn hay gọi là số lần đo có THA, đối với HA khi thức là $\geq 135/85$ mmHg, khi ngủ là $\geq 120/70$ mmHg, bình thường < 20% [5].

Vọt HA sáng sớm: HATT và HATTr tăng ít nhất 20/15 mmHg tính từ lúc HA thấp nhất trong quá trình ngủ đến 2 giờ đầu tiên sau khi tỉnh giấc. THA buổi sáng: HA $\geq 135/85$ mmHg vào giờ đầu tiên sau khi thức giấc [5].

THA ẩn giấu: đo HA phòng khám bình thường nhưng khi đo HA lưu động hoặc tự đo thì tăng [5].

Tổn thương cơ quan đích: được định nghĩa là biến số gộp bao gồm dày thất trái trên siêu âm tim, suy giảm chức năng thận và/hoặc sự hiện diện của

protein niệu. Suy giảm chức năng thận được định nghĩa là mức độ creatinin trong huyết tương $\geq 1,3$ mg/dl hoặc $115 \mu\text{mol/l}$ [6].

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê và phân tích SPSS 25.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng số lượng (n) và tỉ lệ phần trăm (%). Các biến định lượng phân phối chuẩn được trình bày bằng giá trị trung bình (Mean, M) và độ lệch chuẩn (Standard Deviation, SD); các biến định lượng không tuân theo phân phối chuẩn được trình bày bằng giá trị trung vị (Median, Me) và tứ phân vị (Interquartile Range, IQR). Kiểm định Kolmogorov-Smirnov dùng để xác định phân phối chuẩn của các biến định lượng, với $p > 0,05$ được coi là phân phối chuẩn. Sử dụng kiểm định Chi-square hoặc Fisher-exact cho biến định tính và kiểm định t cho biến định lượng có phân phối chuẩn, hoặc kiểm định Mann-Whitney U hoặc Kruskal-Wallis cho biến định lượng có phân phối không chuẩn.

Nghiên cứu tiến hành đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu Y học và được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế thông qua (số chứng nhận chấp thuận H2020/346, ngày 18 tháng 06 năm 2020).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Từ 6/2020 đến 6/2021 chúng tôi ghi nhận 96 bệnh nhân cao tuổi THA nguy cơ cao. Bệnh nhân có tuổi trung bình là $70,88 \pm 7,86$ tuổi, giới nữ chiếm ưu thế (64,6%). Nhóm tuổi từ 65-74 chiếm tỉ lệ cao nhất 44,8% ở cả nam và nữ (n = 43), nhóm tuổi 60-64 tuổi thấp nhất 26% (n = 25). Khảo sát về thời gian và dùng thuốc THA, kết quả cho thấy số bệnh nhân có thời gian phát hiện THA từ 1-5 năm chiếm tỉ lệ 43,8% (n = 42), số bệnh nhân mới phát hiện THA (< 1 năm) là 15,6% (n = 15).

Khảo sát về các yếu tố nguy cơ tim mạch cho thấy, tỉ lệ các yếu tố nguy cơ từ cao đến thấp lần lượt là rối loạn lipid máu (80,2%), ít hoạt động thể lực (69,8%), tiền sử gia đình THA (54,2%), ĐTĐ (51,0%), béo phì (29,2%), hút thuốc lá (24,0%). Các yếu tố nguy cơ: tiền sử gia đình THA, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu có sự khác biệt giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỉ lệ béo phì trung tâm là 85,4%, ở nữ nhiều hơn nam. Triệu chứng thường gặp nhất trên bệnh nhân nhóm nghiên cứu là chóng mặt (63,5%), đau đầu (57,3%), mắt nhìn mờ (42,7%), đau ngực (37,5%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng giữa nam và nữ. Trị trung bình HA tâm thu và tâm trương phòng khám lần lượt là $150,16 \pm 26,06$ và $81,46 \pm 11,79$ mm Hg, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Chung (n = 96)	Nam (n = 32)	Nữ (n = 62)	p
Đái tháo đường, n (%)	49 (51)	18 (52,9)	31 (50)	0,833
Hút thuốc lá, n (%)	23 (24)	21 (21,9)	2 (2,1)	< 0,001
Rối loạn lipid máu, n (%)	77 (80,2)	20 (20,8)	57 (59,4)	< 0,001
Tiền sử gia đình THA, n (%)	52 (54,2)	12 (12,5)	40 (41,7)	0,006
Ít hoạt động thể lực, n (%)	67 (69,8)	23 (24)	44 (45,8)	0,454
Tiền căn TBMMN, n (%)	11 (11,5)	4 (11,7)	7 (11,3)	1,0
BMI, kg/m ² , M $\pm$ SD	23,44 $\pm$ 3,29	23,71 $\pm$ 3,34	23,29 $\pm$ 3,28	0,594
Phân bố theo BMI, n (%)				
• Thiếu cân	7 (7,3)	2 (5,9)	5 (8,1)	0,784
• Bình thường	35 (36,5)	11 (32,4)	24 (38,7)	
• Thừa cân	26 (27,1)	9 (26,5)	17 (27,4)	
• Béo phì	28 (29,2)	12 (35,3)	16 (25,8)	
Vòng bụng, cm, M $\pm$ SD	93,52 $\pm$ 12,25	90,03 $\pm$ 11,53	93,79 $\pm$ 12,71	> 0,05
Béo phì trung tâm, n (%)	82 (85,4)	25 (73,5)	57 (91,9)	
Đau đầu, n (%)	55 (57,3)	20 (58,8)	35 (56,5)	1,0
Chóng mặt, n (%)	61 (63,5)	20 (58,8)	41 (66,1)	0,512
Mắt nhìn mờ, n (%)	41 (42,7)	12 (35,3)	29 (46,8)	0,291

Đau ngực, n (%)	36 (37,5)	12 (35,3)	24 (38,7)	0,827
HA tâm thu phòng khám, mm Hg, M ± SD	150,16 ± 26,06	154,41 ± 25,07	147,82 ± 26,50	0,231
HA tâm trương phòng khám, mm Hg, M ± SD	81,46 ± 11,79	82,65 ± 9,15	80,81 ± 13,03	0,422

Chú thích: BMI: chỉ số khối cơ thể; HA: huyết áp; M: trung bình; SD: độ lệch chuẩn; TBMMN: tai biến mạch máu não; THA: tăng huyết áp.

Một số đặc điểm cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu được ghi nhận trong Bảng 2. Trung vị của creatinin huyết thanh 84,6 (tứ phân vị 90,4 - 99) $\mu\text{mol/l}$. Trung vị mức lọc cầu thận (MLCT) là 70,3 (tứ phân vị 56,7 - 83,1) $\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$ trong đó tỉ lệ bệnh nhân với giảm MLCT < 60 $\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$ là 32,2%. Chỉ số creatinine huyết thanh và acid uric ở nam cao hơn ở nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Khảo sát về biland lipid cho thấy 19,8% (n = 19) bệnh nhân có nồng độ cholesterol toàn phần tăng; 47,9% (n = 46) bệnh nhân với HDL giảm; 20,8% (n = 20) bệnh nhân với LDL tăng; và

22,9% (n = 22) với triglyceride tăng. Khối cơ thất trái (LVM) và chỉ số khối cơ thất trái (LVMI) tăng ở cả nam và nữ trong nhóm nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Phân suất tống máu thất trái (LV EF) giữa nam và nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tổn thương cơ quan đích được ghi nhận ở 61 (63,5%) bệnh nhân, trong đó 49 (51%) bệnh nhân có dày thất trái trên siêu âm tim, 11 (11,5%) bệnh nhân có suy giảm chức năng thận và 25 (26,1%) bệnh nhân có đạm niệu. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tổn thương cơ quan đích giữa nam và nữ.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (n = 96)	Nam (n = 32)	Nữ (n = 62)	p
Creatinin huyết thanh ($\mu\text{mol/l}$), Me (IQR)	84,6 (90,4; 99)	96,1 (83,9; 113)	75,7 (67; 91,1)	< 0,001
Mức lọc cầu thận, $\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$	70,3 (56,7; 83,1)	71,7 (57,2; 85,1)	70 (56,4; 82,4)	0,756
Phân nhóm độ lọc cầu thận, n (%)				
• $\geq 90 \text{ ml/ph}/1,73\text{m}^2$	15 (15,6)	6 (17,6)	9 (14,5)	0,658
• 60 - 89 $\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$	50 (52,1)	19 (55,9)	31 (50)	
• < 60 $\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$	31 (32,3)	9 (26,5)	22 (35,5)	
Glucose, mmol/L, Me (IQR)	6,25 (5,30; 8,17)	6,8 (5,8; 8,6)	6,0 (5,2; 8,0)	0,107
Uric acid, mmol/L, Me (IQR)	334,95 (279,32; 435,72)	373,7 (305,3; 467,2)	319,3 (266,2; 428,5)	< 0,001
Cholesterol, mmol/L, Me (IQR)	4,30 (3,62; 4,97)	4,1 (3,3; 4,8)	4,3 (3,8; 5,0)	0,161
HDL, mmol/L, Me (IQR)	0,85 (1,05; 1,26)	1,0 (0,8; 1,2)	1,1 (0,9; 1,3)	0,092
LDL, mmol/L, Me (IQR)	2,49 (1,76; 3,11)	2,5 (1,5; 2,9)	2,6 (1,8; 3,4)	0,419
Triglycerides, mmol/L, Me (IQR)	1,61 (1,22; 2,20)	1,6 (1,1; 2,1)	1,6 (1,3; 2,3)	0,553
Protein niệu, n (%)	25 (26,1)	9 (26,5)	16 (25,8)	1,0
Dày thất trái trên ECG, n (%)	21 (21,9)	10 (29,4)	11 (17,7)	0,205
Dày thất trái trên siêu âm tim, n (%)	49 (51)	17 (50)	32 (51,6)	1,0
LVM (g)	157,55 ± 52,72	179,58 ± 52,09	145,47 ± 49,41	< 0,001
LVMI, g/m^2 , M±SD)	107,73 ± 37,26	123,49 ± 37,94	99,08 ± 34,19	0,002
LV EF, %, M±SD	65,51 ± 6,94	64,21 ± 8,75	66,23 ± 5,67	0,231
Tổn thương cơ quan đích, n (%)	61 (63,5)	22 (64,7)	39 (62,9)	1,0

Chú thích: IQR: tứ phân vị; LV EF: phân suất tống máu thất trái (left ventricular ejection fraction); LVM: khối cơ thất trái (left ventricular mass); LVMI: chỉ số khối cơ thất trái (left ventricular mass index); M: trung bình; Me: trung vị; SD: độ lệch chuẩn.

Khảo sát về đặc điểm phân loại HA trên HALĐ 24 giờ cho thấy, tỉ lệ THA ẩn giấu không kiểm soát chiếm 12,5%, vệt HA sáng sớm 40,6%, có trứng HA ban đêm 13,5%, không có trứng HA ban đêm là 53,1%, THA

ban đêm là 33,3% và THA tâm thu đơn độc 37,5%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ về các đặc điểm này (Bảng 3).

Bảng 3. Phân loại tăng huyết áp

Phân loại THA (mmHg)	Chung (n = 96)	Nam (n = 32)	Nữ (n = 62)	p
THA ẩn giấu không kiểm soát, n (%)	12 (12,5)	3 (8,8)	9 (14,5)	0,53
Vệt HA sáng sớm, n (%)	39 (40,6)	15 (44,1)	24 (38,7)	0,667
Có trứng (tâm thu và tâm trương), n (%)	13 (13,5)	2 (5,9)	11 (17,7)	0,146
Không trứng (tâm thu và/hoặc tâm trương), n (%)	51 (53,1)	22 (64,7)	29 (46,8)	
THA ban đêm (tâm thu và tâm trương), n (%)	32 (33,3)	10 (29,4)	22 (35,5)	
THA tâm thu đơn độc (≥ 140 mm Hg), n (%)	36 (37,5)	14 (41,2)	22 (35,5)	0,661

Chú thích: THA: tăng huyết áp.

Khảo sát về quá tải HA cho thấy, tỉ lệ quá tải HA ban ngày là 60,4% và quá tải ban đêm 90,6% trong đó tỉ lệ quá tải 50% HA ban ngày chiếm 41,6%, tỉ lệ quá tải 50% HA ban đêm chiếm 75,0% (Bảng 4).

Bảng 4. Tỉ lệ quá tải HA

Quá tải huyết áp (mmHg)	HATB 24 giờ ban ngày ($\geq 135/85$ mmHg)		HATB 24 giờ ban đêm ($\geq 120/70$ mmHg)	
	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Không quá tải (< 20%)	38	39,6	9	9,4
Quá tải 20 - 50%	18	18,8	15	15,6
Quá tải > 50%	40	41,6	72	75,0

Chú thích: HATB - huyết áp trung bình

4. BÀN LUẬN

Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh THA nguyên phát và nguy cơ tim mạch đã được nhiều nghiên cứu đề cập. Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $70,88 \pm 7,8$ tuổi, nữ chiếm ưu thế với 64,6%. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của Vũ Thị Lệ và cộng sự trên 83 bệnh nhân THA > 60 tuổi cho thấy tuổi trung bình $72,9 \pm 9,32$ tuổi [7], nhưng trong nghiên cứu này nam chiếm ưu thế với 97,6%. Số bệnh nhân có thời gian phát hiện THA từ 1 - 5 năm chiếm tỉ lệ chủ yếu (43,8%), số bệnh nhân mới phát hiện THA (< 1 năm) khá cao (15,6%), tương đương với nghiên cứu của Dương Đình Hoàng trên 120 bệnh nhân THA nguyên phát, tỉ lệ bệnh nhân mới phát hiện THA là 16,4% [8].

Tỉ lệ rối loạn lipid máu và hút thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi là 80,2% và 24%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đinh Vũ Phương Thảo và cộng sự trên 90 bệnh THA với 91,4% bệnh nhân ≥ 50 tuổi, tỉ lệ rối loạn lipid máu và hút thuốc lá lần lượt là 91,1% và 26%. Trong nghiên cứu của Wendlin và cộng sự trên 502 người từ 64 tuổi trở lên với độ tuổi trung bình 70,7 tuổi, tỉ lệ hút thuốc lá là 8,8%, tiền sử THA 41% và ĐTĐ 8,0% [9]. Việc hiểu rõ

các yếu tố nguy cơ của bệnh THA giúp người bệnh biết cách phòng chống, giảm tác hại của bệnh cũng như giảm chi phí khám chữa bệnh.

Tổn thương cơ quan đích là một trong những biến chứng của THA. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 51% bệnh nhân có dày thất trái trên siêu âm tim, 11,5% bệnh nhân có tăng creatinine huyết thanh và 26,1% bệnh nhân có đạm niệu. Kết quả này thấp hơn kết quả của tác giả Vũ Thị Lệ trên nhóm bệnh nhân THA > 60 tuổi với tổn thương cơ quan đích ở tim là 81,9%, não 34,9%, mắt 61,4%, và thận là 38,6% [7]. Số liệu từ nghiên cứu Framingham trên 406 nam với tuổi trung bình là 68 tuổi và 735 nữ với tuổi trung bình là 69 tuổi cho thấy tỉ lệ lưu hành của phì đại thất trái là 33% ở nam và 49% ở nữ [10]. Ngoài ra, phì đại thất trái trên siêu âm làm tăng nguy cơ các biến cố mạch vành lên 1,67 lần ở nam và 1,6 lần ở nữ cho mỗi 50 g/m^2 trong 4 năm.

THA đóng vai trò quan trọng đối với tổn thương thận, trong đó protein niệu là một yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch và bệnh thận, làm tăng nguy cơ tử vong trên những bệnh nhân có hoặc không kèm ĐTĐ [11]. Tỉ suất lưu hành của protein niệu trên những bệnh nhân THA được điều trị từ 4 - 16% [12],

thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi. Tương tự trong một nghiên cứu trên 85.434 bệnh nhân THA trên 60 tuổi ở Hàn Quốc, tỉ lệ protein niệu là 4,16% (n = 3.556) [13]. Khác biệt này là do khác nhau về tiêu chuẩn đối tượng chọn mẫu hoặc khác nhau về điều trị, điều này không nằm trong mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi.

Về đặc điểm HALĐ 24 giờ, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ THA ẩn giấu không kiểm soát chiếm 12,5%, vệt HA sáng sớm 59,4%, có trứng 13,5%, không có trứng 53,1%, THA ban đêm 33,3% và THA tâm thu đơn độc 37,5%. Nghiên cứu những bệnh nhân THA chỉ ra rằng khoảng 1/3 số bệnh nhân gặp trong lâm sàng có THA ẩn giấu. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Lực và cộng sự trên 306 bệnh nhân ĐTD cho thấy tỉ lệ THA ẩn giấu là 24,5%, THA áo choàng trắng chiếm tỉ lệ 30,1%. Các yếu tố như độ tuổi, thời gian mắc ĐTD, tiền sử gia đình THA, hút thuốc lá, uống rượu bia, ăn mặn và tập thể dục có liên quan chung với các thể THA [14].

Ở đa số người bình thường, HA biến đổi theo thời gian trong ngày, cao nhất lúc 17 - 18 giờ, thấp nhất lúc nửa đêm từ 1 - 2 giờ, từ 2 giờ sáng trở đi HA tăng nhẹ cả về HATT và HATTr, bắt đầu tăng dần từ 4 giờ để đạt mức độ ban ngày, trong đa số trường hợp đều tăng cả HATT và HATTr, ít nhất 20/15 mmHg, và hiếm khi quá 140/90 mmHg, vai trò của HALĐ là mang lại cơ hội duy nhất để nghiên cứu vệt huyết áp và THA buổi sáng một cách chi tiết [15]. Trong nghiên cứu của Cao Trường Sinh và cộng sự [16] cho thấy, ở bệnh nhân nhồi máu não có THA đa số có vệt huyết áp sáng sớm (57,8%). Trong nghiên cứu của Vũ Thị Lệ và cộng sự [7] tỉ lệ vệt huyết áp sáng sớm là 65,1%. Nghiên cứu của Kazuomi và cộng sự trên 519 bệnh nhân được theo dõi HALĐ ở đối tượng THA cao tuổi nhồi máu não thềm lặng được đánh giá bằng cộng hưởng từ não. Ở những người cao tuổi, vệt HA sáng sớm là yếu tố nguy cơ độc lập với HA 24 giờ, tình trạng hạ HA về đêm và tần suất nhồi máu thềm lặng (p = 0,008) [17]. Do đó, giảm vệt HA sáng sớm có thể là một mục tiêu điều trị mới để ngăn ngừa tổn thương cơ quan đích và các biến cố tim mạch ở bệnh nhân THA [17].

Nhịp ngày đêm của HA, nghĩa là có trứng hay không trứng có vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh và tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân THA, cũng như là yếu tố nguy cơ độc lập đối với các bệnh

lý tim mạch [18]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Vũ Thị Lệ và cộng sự [7] trên 83 bệnh nhân THA > 60 tuổi cho thấy tỉ lệ không trứng huyết áp ban đêm là 73,5% hay nghiên cứu của Cao Trường Sinh và cộng sự trên 140 bệnh nhân nhồi máu não có THA cho thấy tỉ lệ không trứng huyết áp ban đêm là 92,1% [16].

Đối với người cao tuổi, HA tâm thu đơn độc có xu hướng tăng và HA tâm trương có xu hướng giảm [19]. Trong một nghiên cứu trên 24.653 bệnh nhân trên 18 tuổi cho thấy tỉ lệ lưu hành của THA tâm thu đơn độc là 29,4% đối với nhóm ≥ 60 tuổi, khi so với 6,0% trong nhóm tuổi 40 - 59 và 1,8% trong nhóm tuổi 18 - 39 [19]. THA tâm thu đơn độc ở người lớn tuổi làm tăng nguy cơ tử vong tim mạch. Nghiên cứu của Staessen và cộng sự trên 808 bệnh nhân ≥ 60 tuổi với THA tâm thu đơn độc không điều trị cho thấy, HATT lưu động là một yếu tố quan trọng dự báo có ý nghĩa về nguy cơ tim mạch cao hơn hơn HA thông thường với tỉ số rủi ro hazard ratio 1,23 cho tử vong tổng cộng và 1,34 cho tử vong tim mạch [20].

Về quá tải HA, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ quá tải HA ban ngày là 60,4% và quá tải ban đêm 90,6% trong đó tỉ lệ quá tải 50% HA ban ngày chiếm 41,7%, tỉ lệ quá tải 50% HA ban đêm chiếm 75% tương đương với nghiên cứu của Cao Trường Sinh (2014) trên 140 bệnh nhân nhồi máu não có THA ghi nhận tỉ lệ quá tải tâm thu 75%, quá tải tâm trương 60,2% [16]. Quá tải huyết áp là một yếu tố độc lập dự báo tổn thương cơ quan đích và các biến cố tim mạch. Một nghiên cứu trên 30 bệnh nhân THA chưa được điều trị cho thấy khi quá tải HA tâm thu hoặc tâm trương dưới 30%, dày thất trái là không đáng kể. Tuy nhiên khi quá tải HA tâm thu > 50%, tỉ lệ dày thất trái gần 90% và với quá tải tâm trương > 40% thì dày thất trái xảy ra ở 70% bệnh nhân [21].

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân cao tuổi THA nguy cơ cao kèm theo tần suất cao các yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống với khoảng 2/3 bệnh nhân có tổn thương cơ quan đích. Tỉ lệ vệt HA sáng sớm, THA tâm thu đơn độc và THA ban đêm chiếm hơn 1/3 trường hợp. Tỉ lệ không trứng HA ghi nhận ở hơn 1/2 trường hợp. Tỉ lệ quá tải HA ban ngày ghi nhận ở gần 2/3 trường hợp và đa số bệnh nhân có quá tải HA ban đêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/

ACPM/AGS/APhA/ ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management

of High Blood Pressure in Adults A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Pr. Hypertension. 2018;71(6):1269–324.

2. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *Jama*. 2013;310(9):959–68.

3. O'Brien E, White WB, Parati G, Dolan E. Ambulatory blood pressure monitoring in the 21st century. *J Clin Hypertens*. 2018;20(7):1108–11.

4. Huynh VM, Tran VH, Pham GK, Dang VP, Nguyen LV, Pham NV, et al. 2018 VNHA/VSH Guidelines for Diagnosis and Treatment of Hypertension in Adults. 2018;1–53.

5. O'Brien E, Parati G, Stergiou G, Asmar R, Beilin L, Bilo G, et al. European society of hypertension position paper on ambulatory blood pressure monitoring. *J Hypertens*. 2013;31(9):1731–68.

6. Papazafiropoulou A, Skliros E, Sotiropoulos A, Papafragos C, Gikas A, Apostolou O, et al. Prevalence of target organ damage in hypertensive subjects attending primary care: C.V.P.C. study (epidemiological cardiovascular study in primary care). *BMC Fam Pract*. 2011;12.

7. Vũ TL, Nguyễn ĐH. Đánh giá mối liên quan giữa tổn thương cơ quan đích và biến thiên huyết áp 24 giờ ở bệnh nhân > 60 tuổi bị tăng huyết áp. *Tạp chí y dược lâm sàng* 108. 2020;4(15):17–24.

8. Dương ĐH, Lê TBT. Nghiên cứu biến chứng phì đại thất trái ở bệnh nhân tăng huyết áp. *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*. 2014;66:94–106.

9. M L Wendelin-Saarenhovi, Isoaho RE, Hartiala JJ, Helenius HY, Kivelä S-L, Löppönen MK, et al. Ambulatory blood pressure characteristics in normotensive and treated hypertensive older people. *J Hum Hypertens*. 2002;16:177–84.

10. Christiansen JC, Castelli WP. Echocardiographically Detected Left Ventricular Hypertrophy : Prevalence and Risk Factors. *Am Coll physicians*. 1998;108(7):7–13.

11. Maione A, Annemans L, Strippoli G. Proteinuria and clinical outcomes in hypertensive patients. *Am J Hypertens [Internet]*. 2009;22(11):1137–47. Available

from: <http://dx.doi.org/10.1038/ajh.2009.161>

12. Samuelsson O, Wilhelmsen L, Elmfeldt D, Pennert K, Wedel H, Wikstrand J, et al. Predictors of cardiovascular morbidity in treated hypertension: results from the primary preventive trial in Göteborg, Sweden. *J Hypertens*. 1985;3(2):167–76.

13. Park YJ, Yang PS, Yu HT, Kim TH, Jang E, Uhm JS, et al. Association of proteinuria and hypertension with incident atrial fibrillation in an elderly population: nationwide data from a community-based elderly cohort. *J Hypertens*. 2022;40(1):128–35.

14. Nguyễn VL, Nguyễn TBĐ, Trần KT. Tăng huyết áp áo chùng trắng và tăng huyết áp ẩn giấu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2: xuất độ và yếu tố liên quan. *Nội Tiết và Đái tháo đường*. 2021;44:5–11.

15. Huỳnh VM, Cao TS. Theo dõi huyết áp lưu động 24 giờ. Nhà xuất bản Đại Học Huế; 2015.

16. Cao TS. Vai trò của huyết áp lưu động 24 giờ trong đánh giá mất nhịp ngày đêm huyết áp ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp có tăng huyết áp. *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*. 2014;66:326–33.

17. Kario K, Pickering TG, Umeda Y, Hoshida S, Hoshida Y, Morinari M, et al. Morning surge in blood pressure as a predictor of silent and clinical cerebrovascular disease in elderly hypertensives: A prospective study. *Circulation*. 2003;107(10):1401–6.

18. Pierdomenico SD, Pierdomenico AM, Coccina F, Lapenna D, Porreca E. Prognostic value of nondipping and morning surge in elderly treated hypertensive patients with controlled ambulatory blood pressure. *Am J Hypertens*. 2017;30(2):159–65.

19. Chobanian A V. Isolated systolic hypertension in the elderly. *N Engl J Med*. 2007;357(8):789–96.

20. Staessen JA, Thijs L, Fagard R, O'Brien ET, Clement D, De Leeuw PW, et al. Predicting cardiovascular risk using conventional vs ambulatory blood pressure in older patients with systolic hypertension. *Jama*. 1999;282(6):539–46.

21. White WB. Accuracy and analysis of ambulatory blood pressure monitoring data. *Clin Cardiol*. 1992;15(2 S):10–3.