

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA BÉO PHÌ VỚI TĂNG HUYẾT ÁP KHÁNG TRỊ

ĐẶNG DUY QUÝ - Bệnh viện 103
HOÀNG ANH TUẤN, NGUYỄN THANH HƯƠNG
Học viện Quân y

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 189 bệnh nhân cao huyết áp chia làm 2 nhóm; nhóm 1 (nhóm bệnh): bệnh nhân tăng huyết áp kháng trị 114 bệnh nhân và nhóm 2 (nhóm chứng): bệnh nhân tăng huyết áp không kháng trị 75 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Cân nặng trung bình của nhóm bệnh là 62,34 ± 9,95 cao hơn nhóm chứng (57,46 ± 7,33). Tỷ lệ béo phì ở nhóm THAKT là 30,7% cao hơn nhóm THA là 14,67%. WHR chung của nhóm bệnh là 0,942 ± 0,050 cao hơn nhóm chứng là 0,912 ± 0,05. Tỷ lệ bệnh nhân có WHR ≥ 0,95 của nhóm bệnh là 44,74% cao hơn nhóm chứng là 21,33%. Giá trị trung bình HA holter 24h với BMI, cho thấy ở nhóm bệnh, HA24h, HA ban ngày, HA ban đêm cao hơn nhóm chứng.

Từ khóa: tăng huyết áp kháng trị.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp kháng trị (THAKT) được định nghĩa khi đã sử dụng một phác đồ điều trị với ít nhất 3 loại thuốc phối hợp với liều thích hợp bao gồm một loại thuốc lợi tiểu vẫn không làm giảm được huyết áp mục tiêu, hoặc những bệnh nhân phải dùng tới 4 thuốc để kiểm soát huyết áp cũng được coi là THAKT.

Tần suất THAKT vẫn còn chưa rõ, tuy nhiên nó chiếm khoảng từ 2 - 5%. Có những tác giả cho thấy tỷ lệ THAKT khoảng 3% ở một chương trình điều trị tăng huyết áp có theo dõi chặt chẽ và lên tới 29% tại một số bệnh viện loại 3. Theo Sandra J- 2000 thì tỷ lệ kháng trị ở các phòng khám đa khoa (Polyclinic) là <1%, còn ở các phòng khám chuyên khoa tăng huyết áp (Hypertension Clinic) là 11% đến 13%. Trong số những người điều trị tăng huyết áp thì THAKT chiếm 12%.

Béo phì liên quan đến THA nặng, cần dùng nhiều thuốc chống THA hơn và tăng khả năng không bao giờ đạt được kiểm soát HA. Hậu quả, béo phì là biểu hiện hay gặp của bệnh nhân THAKT, cơ chế của THAKT do béo phì phức tạp và không đầy đủ nhưng bao gồm suy giảm sự tiết calci, tăng hoạt động hệ thần kinh giao cảm và hoạt hoá hệ thống RAA.

THAKT là một vấn đề lớn trong lâm sàng, thực sự chưa được xác định đúng và quan tâm đúng mức. Nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa béo phì và tăng huyết áp kháng trị, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa béo phì và tăng huyết áp kháng thuốc.

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

THA biểu hiện chủ yếu trên lâm sàng là những thay đổi về trị số huyết áp, bệnh tiến triển nói chung trong một thời gian dài không có triệu chứng. Các triệu chứng lâm sàng thấy được là do tác động của HA lên các cơ quan đích, thường là các biến chứng. Việc chẩn đoán THA chủ yếu dựa vào chỉ số HA được đo theo phương pháp lâm sàng qui chuẩn. Dựa vào phương pháp đo này nếu có HA tâm thu ≥ 140mmHg và/hoặc

HA tâm trương ≥ 90mmHg kéo dài thì được chẩn đoán là THA.

1. Tăng huyết áp kháng trị (THAKT).

Tăng huyết áp kháng trị (Resistant Hypertension - RH) được định nghĩa khi đã sử dụng một phác đồ điều trị với ít nhất 3 loại thuốc chống THA phối hợp với liều thích hợp bao gồm một loại thuốc lợi tiểu vẫn không đạt được HA mục tiêu. Bệnh nhân không dung nạp thuốc lợi tiểu và có HA không kiểm soát theo chế độ dùng 3 thuốc khác nhau được coi là THAKT. HA mục tiêu <140/90mmHg ở những người THA và <130/80mmHg ở bệnh nhân THA có nguy cơ cao (bao gồm những người đái tháo đường, bệnh thận mãn tính, hoặc bệnh tim mạch vành). Bệnh nhân dùng từ 4 thuốc để kiểm soát HA cũng được coi là THAKT.

2. Béo phì

Béo phì thường thấy ở bệnh nhân THAKT. Theo số liệu từ nghiên cứu HYDRA (Hypertension and Diabetes Risk Screening and Awareness) nghiên cứu cắt ngang 45.125 bệnh nhân được chăm sóc ban đầu cho thấy những người có BMI > 40 có tỷ lệ THA cao hơn gấp 5,3 và 3,2 lần; số lượng phải dùng 3, 4 thuốc chống THA để đạt được kiểm soát HA so với bệnh nhân có cân nặng bình thường BMI < 25. Na⁺ tăng và giữ nước, hoạt tính giao cảm tăng, kích thích hệ thống renin-angiotensin-aldosterone (RAAS) xuất hiện góp phần làm HA cao ở những người béo phì.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu.

Bao gồm 189 bệnh nhân chia làm 2 nhóm:

- + Nhóm 1: nhóm THA kháng trị: 114 bệnh nhân.
- + Nhóm 2: nhóm chứng bệnh: 75 bệnh nhân THA không kháng trị

* Tiêu chuẩn chẩn đoán.

+ Bệnh nhân THA được xác định khi HA tâm thu ≥ 140mmHg và hoặc HA tâm trương ≥ 90mmHg.

+ THAKT: Bệnh nhân THA được sử dụng một phác đồ điều trị với ít nhất 3 loại thuốc phối hợp với liều thích hợp bao gồm một loại thuốc lợi tiểu mà vẫn bị THA.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang, mô tả có đối chứng với nhóm chứng bệnh.

Đo HA 24 giờ bằng máy ABPM:

* Phương tiện nghiên cứu là máy ABPM - ROZINN (Mỹ).

+ Đo cân nặng và chiều cao bằng cân bàn Smic của Trung Quốc có gắn thước đo chiều cao với độ chính xác khi đo cân nặng là 0,1 kg và khi đo chiều cao là 0,1 cm.

+ Đo vòng bụng, vòng hông

- Vị trí đo vòng bụng: đo vào buổi sáng lúc chưa ăn, đo theo mặt phẳng nằm ngang qua điểm giữa bờ dưới

xương sườn và đỉnh mào chậu, bình thường đo ngang qua rốn.

- Vị trí đo vòng hông: đo qua chỗ nhỏ của mấu chuyển lớn

- Béo bụng khi: vòng bụng nam ≥ 90 cm, vòng bụng nữ ≥ 80 cm

- Chỉ số vòng bụng/vòng hông (WHR-Waist to Hip Ratio): tăng ở nam $\geq 0,95$, và nữ $\geq 0,85$

3. Xử lý số liệu.

* Các số liệu thu thập được xử lý bằng phương pháp thống kê y học trên máy vi tính theo chương trình phần mềm EPIINFO 6.04.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tuổi và giới đối tượng nghiên cứu.

Tuổi	THAKT		THA		P
	n	%	n	%	
20 - 29	8	7,02	1	1,3	> 0,05
30 - 39	7	6,14	4	5,33	> 0,05
40 - 49	22	19,30	8	10,67	> 0,05
50 - 59	29	25,44	16	21,33	> 0,05
60 - 69	35	30,70	26	34,67	> 0,05
70 - 79	13	11,40	20	26,63	> 0,05
X \pm SD	58,54 \pm 13,75		60,28 \pm 11,49		> 0,05
Nam	85	74,56	38	50,67	> 0,05
Nữ	29	25,44	37	49,33	> 0,05
P	< 0,05		> 0,05		
Tổng cộng	114	100	75	100	

Qua kết quả nghiên cứu 189 bệnh nhân THA điều trị tại Bệnh viện 103 cho thấy sự phân bố về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu tương đương không có sự khác biệt về thống kê với $p > 0,05$.

- Nhóm THA có 75 bệnh nhân có tuổi trung bình là 60,28 \pm 11,49

- Nhóm THAKT có 114 bệnh nhân có tuổi trung bình là 58,54 \pm 13,75

Lứa tuổi >60 hay gặp nhất ở nhóm THA chiếm tới 61,33%, nam giới chiếm 68,42% và nữ giới chiếm 50,05%. kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước.

Bảng 2: Chiều cao và cân nặng trung bình mẫu nghiên cứu.

Chỉ tiêu	Nhóm	THAKT		THA		P
		X	SD	X	SD	
Chiều cao	Chung	162,56	6,97	158,82	6,05	0,00019
	Nam	164,38	5,98	162,76	5,23	0,057
	Nữ	155,71	6,22	154,66	3,59	0,187
Cân nặng	Chung	62,34	9,95	57,46	7,30	0,00034
	Nam	63,43	9,79	60,58	7,33	0,0324
	Nữ	58,24	9,7	54,17	5,73	0,00125

Chiều cao trung bình chung của nhóm bệnh là 162,56 \pm 6,97 và của nhóm chứng là 158,82 \pm 6,05. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

Chiều cao trung bình của nam giới nhóm bệnh là 164,38 \pm 5,98 và của nhóm chứng là 162,76 \pm 5,23. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Chiều cao trung bình của nữ giới nhóm bệnh là 155,71 \pm 6,22 và của nhóm chứng là 154,66 \pm 3,59. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Cân nặng trung bình chung của nhóm bệnh là 62,34 \pm 9,95 và của nhóm chứng là 57,46 \pm 7,33. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

Cân nặng trung bình của nam của nhóm bệnh là 63,43 \pm 9,79 và của nhóm chứng là 60,58 \pm 7,30. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Cân nặng trung bình của nữ của nhóm bệnh là 63,43 \pm 9,79 và của nhóm chứng là 60,58 \pm 7,30. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

Bảng 3: Chỉ số BMI nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

BMI	THAKT		THA		P
	n	%	n	%	
Gầy (<18,5)	4	3,51	0	0	> 0,05
Bình thường $\geq 18,5$; < 23)	40	35,09	40	53,33	< 0,05
Béo (≥ 23 ; < 25)	35	30,7	24	32,0	> 0,05
Béo phì (≥ 25)	35	30,7	11	14,67	< 0,05
X \pm SD	23,51 \pm 2,75		22,74 \pm 2,23		0,044

Tỷ lệ béo phì ở nhóm THAKT là 30,7% cao hơn nhóm THA là 14,67%, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$

Ngược lại ở nhóm chứng thì những bệnh nhân có chỉ số BMI vừa có tỷ lệ 53,33% cao hơn nhóm bệnh 35,09%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 4: Tỷ lệ vòng bụng, vòng hông (WHR) nhóm nghiên cứu.

Nhóm	n	Chung	Nam	Nữ
		X	X	X
Nhóm THAKT		114	85	29
	X	0,942	0,945	0,934
	SD	0,050	0,051	0,046
Nhóm THA		75	38	37
	X	0,912	0,924	0,901
	SD	0,057	0,055	0,056
P		0,00017	0,0078	0,000015

WHR chung của nhóm bệnh là 0,942 \pm 0,050 cao hơn nhóm chứng là 0,912 \pm 0,05, có sự khác biệt với $p < 0,001$

Tỷ lệ này gặp ở nam là 0,945 \pm 0,051 và nữ là 0,924 \pm 0,055 đều cao hơn so với nhóm chứng là 0,934 \pm 0,046 và 0,901 \pm 0,056, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$ và $p < 0,001$

Bảng 5: Mối liên quan giữa THAKT và tỷ lệ vòng bụng, vòng hông.

Chỉ số WHR	THAKT		THA		p
	n	%	n	%	
< 0,8	0	0	3	4,0	> 0,05
0,8 - 0,84	6	5,26	6	8,0	> 0,05
0,85 - 0,90	18	15,79	20	26,67	> 0,05
0,91 - 0,94	42	36,84	30	40,0	> 0,05
$\geq 0,95$	48	44,74	16	21,33	< 0,05
X \pm SD		0,942 \pm 0,05		0,912 \pm 0,057	0,00017

Tỷ lệ bệnh nhân có WHR $\geq 0,95$ của nhóm THAKT là 44,74% cao hơn nhóm THA là 21,33% với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 6: Giá trị trung bình huyết áp 24h với chỉ số BMI

Nhóm	HA	THAKT(n=114)		THA (n=75)		p
		X	SD	X	SD	
HATT ngày	BMI < 23	137,13	9,76	118,71	10,53	<0,001
	BMI ≥ 23	146,24	11,35	125,16	10,11	<0,001
HATT r ngày	BMI < 23	84,55	10,18	72,77	8,54	<0,001
	BMI ≥ 23	93,67	11,28	78,63	9,01	<0,001
HATB ngày	BMI < 23	104,11	12,09	87,72	7,98	<0,001
	BMI ≥ 23	113,17	11,25	94,68	8,23	<0,001
HATT đêm	BMI < 23	128,56	10,19	82,81	11,33	<0,001
	BMI ≥ 23	133,76	11,15	91,13	10,76	<0,001
HATT r đêm	BMI < 23	82,89	10,74	69,72	9,87	<0,001
	BMI ≥ 23	87,54	11,14	74,69	10,13	<0,001
HATB đêm	BMI < 23	100,46	10,63	83,56	9,05	<0,001
	BMI ≥ 23	105,57	11,14	88,55	8,68	<0,001
HATT 24h	BMI < 23	136,12	11,41	118,23	9,83	<0,001
	BMI ≥ 23	145,54	10,75	124,86	10,41	<0,001
HATT r 24h	BMI < 23	85,12	10,46	72,47	9,13	<0,001
	BMI ≥ 23	93,17	10,68	77,93	9,16	<0,001
HATB 24h	BMI < 23	105,18	11,15	88,82	8,39	<0,001
	BMI ≥ 23	112,67	11,45	93,98	9,13	<0,001

So sánh giá trị trung bình HA holter 24h với chỉ số BMI, cho thấy ở nhóm bệnh các giá trị HA24h, HA ban ngày, HA ban đêm cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

BÀN LUẬN

Trong những năm gần đây, số người béo ngày càng nhiều do đời sống người dân ngày càng được cải thiện và nâng cao. Ngoài ra, thói quen ăn uống không khoa học, thái quá đã làm cho nhiều người thừa cân, béo phì và xuất hiện nhiều ở những người trẻ tuổi. Béo phì là một trong những nguy cơ của bệnh tim mạch nói chung và bệnh THA nói riêng. Đối với người béo thì nguy cơ rối loạn chuyển hóa, vữa xơ động mạch và THA càng cao. Tỷ lệ THA có mối liên quan đồng thuận với chỉ số BMI một cách có ý nghĩa, những người béo bị THA cao hơn nhiều nhóm người có cân nặng bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ béo phì ở nhóm THAKT là 30,70% cao hơn nhóm THA là 14,67%, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tỷ lệ béo phì ở nhóm THA thấp hơn tác giả Bùi Đức Long (35,1%), có lẽ do bệnh nhân của chúng tôi đã được điều trị THA và có thể đã được tư vấn trong khi điều trị về vai trò của béo phì trong cơ chế bệnh sinh bệnh THA. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Dư Đạt ở Bệnh viện Ung bướu tỷ lệ thừa cân và béo phì chiếm 14,7%...

Béo bụng cũng là một yếu tố nguy cơ THA. 'nam giới tỷ lệ vòng bụng/vòng hông (WHR) >0,90 được coi là béo bụng, còn ở nữ giới tỷ lệ này là >0,85. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ này ở nhóm THAKT là 0,942 ± 0,050 cao hơn nhóm THA là 0,912 ± 0,057 với $p < 0,001$. Tỷ lệ WHR của nam và nữ ở nhóm THAKT (0,945 ± 0,051 và 0,934 ± 0,046) đều cao hơn nhóm THA (0,924 ± 0,055 và 0,901 ± 0,056), sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. Điều này cho thấy tỷ lệ WHR có liên quan đến tình trạng THAKT. Theo nghiên cứu của Phạm Gia Khải thì béo bụng ở nam giới có chỉ số WHR >0,95 và > 0,85 ở nữ có nguy cơ THA cao gấp 3 lần đối với người không bị béo bụng. Kết quả nghiên cứu

cho thấy chỉ số WHR là 0,86-0,90 có một tỷ lệ cao (>50%) ở cả hai nhóm nghiên cứu, đặc biệt những bệnh nhân có chỉ số WHR >0,90 ở nhóm bệnh (42,11%) cao hơn nhóm chứng (34,67%), sự khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$. Kết quả thu được từ nhóm THA ở nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả trong và ngoài nước khi nghiên cứu về vấn đề này. Trần Đình Toán khi tìm hiểu mối liên hệ giữa chỉ số khối của cơ thể với THA thấy rằng tỷ lệ THA tăng cao hơn ở những người béo bụng, BMI tăng thì tỷ lệ WHR tăng và tỷ lệ THA cũng tăng theo. Trong đó tỷ lệ WHR liên quan tới THA có ý nghĩa nhiều ở cả hai giới, BMI tăng chỉ có ý nghĩa nhiều với tỷ lệ THA ở nữ giới và bề dày lớp mỡ dưới da lại có liên quan tới THA nam giới nhiều hơn một cách có ý nghĩa. Armario A thấy bệnh nhân THAKT có tỷ lệ béo phì là 65,7% (CI 95% 61,6-69,9), đái đường 38,6% (CI 95% 34,4-42,8) và hội chứng chuyển hóa là 63,7% (CI 95% 59,4-67,9).

KẾT LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi thấy: Cân nặng trung bình chung của nhóm bệnh là 62,34 ± 9,95 và của nhóm chứng là 57,46 ± 7,33. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.

Tỷ lệ béo phì ở nhóm THAKT là 30,7% cao hơn nhóm THA là 14,67%, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$

WHR chung của nhóm bệnh là 0,942 ± 0,050 cao hơn nhóm chứng là 0,912 ± 0,05, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$

Tỷ lệ bệnh nhân có WHR ≥ 0,95 của nhóm THAKT là 44,74% cao hơn nhóm THA là 21,33%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Giá trị trung bình HA holter 24h với BMI, cho thấy ở nhóm THAKT, HA24h, HA ban ngày, HA ban đêm cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với sự khác biệt $p < 0,001$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phú Kháng (2001), *Tăng huyết áp hệ thống động mạch, Lâm sàng tim mạch, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr 449 - 487.*
2. Nguyễn Đức Công, Lê Gia Vinh và cộng sự (2005), "Nghiên cứu một số chỉ số nhân trắc và bề dày lớp mỡ dưới da ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát", *Tạp chí tim mạch học*; 41, 488-94
3. Đoàn Dư Đạt và cộng sự (2005). "Nhận xét các yếu tố nguy cơ của bệnh THA tại khoa tim mạch, bệnh viện Ung Bướu - Quảng Ninh năm 2003-2004", *Tạp chí tim mạch học* 41, 514-523.
4. Jo I, Ahn Y...et al (2001), "Prevalence, awareness, treatment, control and risk of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension", *Hypertension*; 19(9), 1523-32.
5. Okhubo T, Yamaguchi J et al (2002), "Prognostic significance of the nocturnal decline in blood pressure in subjects with and without high 24- hour blood pressure: the Ohasama study", *J Hypertens*; 20, 2183-9
6. Pimenta E; Krishna K (2008), "Mechanisms and treatment of resistant hypertension", *J Clin Hypertens*; 10:239-244.
7. Hall JF □ (2003), "The Kidney, hypertension and obesity", *Hypertension*; 41(per): 625-633