1,0% giun móc. Không có sự khác biệt về tỉ lệ nhiễm giun giữa giới tính và các khối lớp của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Võ Hinh.** Đánh giá hiệu quả công tác giun truyền qua đất tại các trường tiểu học tỉnh Thừa Thiên Huế sau 4 năm giáo dục sức khỏe và tẩy giun định kỳ hàng loạt (2005-2008). Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học. 2011:321-330.
2. **Lê Trường Giang, Đoàn Trọng Hưng, Lê Thị Tuyết.** Thực trạng nhiễm giun truyền qua đất của học sinh lớp 3 và 4 tại 3 xã huyện Tân Sơn tỉnh Phú Thọ năm học 2018 – 2019. Tạp chí Y dược học cổ truyền. 2021;4:59-64.
3. **WHO.** Soil-transmitted helminth infections. 2016.
4. **Lê Hữu Thọ, Nguyễn Hữu Phước.** Tỉ lệ nhiễm giun truyền qua đất ở học sinh tiểu học tại hai xã nôngthôn của tỉnh Khánh Hòa năm 2012. Tạp chí Y học dự phòng. 2012;XXIV:1(149):46.
5. **Phạm Ngọc Duấn, Phạm Ngọc Minh**. Kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan đến thực trạng nhiễm giun truyền qua đất ở học sinh Tiểu học tỉnh Hưng Yên. Tạp chí Nghiên cứu y học. 2018;114(5):66-73.
6. **Nguyễn Hữu Anh**. Khảo sát tỉ lệ nhiễm giun đường ruột và các yếu tố liên quan ở học sinh tiểu học tại Trà Vinh năm 2017. Tạp chí khoa học trường Đại học Trà Vinh. 2018;32:29-35.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC CỦA PHƯƠNG PHÁP TỰ ĐIỀU KHIỂN (PCEA) SO VỚI TRUYỀN LIÊN TỤC (CEI) QUA CATHETER NGOÀI MÀNG CỨNG

Phạm Quang Minh[1], Bùi Lương Ngọc[2]

TÓM TẮT

Trong phẫu thuật lồng ngực, đau sau phẫu thuật làm giảm khả năng vận động của bệnh nhân, ảnh hưởng xấu đến chức năng phổi, làm tăng tỷ lệ các biến chứng sau phẫu thuật và có khả năng mắc hội chứng đau mạn tính sau mổ. Giảm đau ngoài màng cứng đoạn ngực thường được coi là tiêu chuẩn vàng đối với điều trị đau sau phẫu thuật lồng ngực. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lồng ngực của phương pháp tự điều khiển (Patient Controlled Epidural Analgesia- PCEA) so với truyền liên tục (Continuous Epidural Infusion- CEI) qua catheter NMC bằng hỗn hợp bupivacain và fentanyl. Phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, thực hiện từ tháng 6/2021 đến tháng 9/2021 trên 63 bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm I: bệnh nhân được giảm đau sau mổ bằng phương pháp PCEA; nhóm II: bệnh nhân được giảm đau sau mổ bằng phương pháp CEI. Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp PCEA và CEI qua catheter ngoài màng cứng trong phẫu thuật lồng ngực cho hiệu quả giảm đau tốt cả khi nghỉ ngơi lẫn khi vận động, ít tác dụng phụ. Phương pháp PCEA dùng ít thuốc giảm đau hơn và bệnh nhân nhanh chóng kiểm soát được cơn đau hơn so với CEI.

Từ khoá: phẫu thuật lồng ngực, giảm đau ngoài màng cứng, giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển

SUMMARY

EFFECTIVE ASSESSMENT OF PAIN RELIEF AFTER THORACIC SURGERY OF PATIENT CONTROLLED EPIDURAL ANALGESIA (PCEA) METHOD COMPARED WITH THE CONTINOUS EPIDURAL INFUSION (CEI) METHOD

In thoracic surgery, postoperative pain will reduce the patient's motor function, adversely affect lung function, increase the rate of postoperative complications, and potentially chronic pain syndrome after surgery. Thoracic epidural analgesia is often considered the gold standard for pain management after thoracic surgery. We conducted a study to evaluate the effectiveness of pain relief after thoracic surgery of the Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEA) method compared with the Continuous Epidural Infusion (CEI) through the epidural catheter with a mixture of bupivacaine and fentanyl. The study method was a randomized controlled clinical intervention study carried out from June 2021 to September 2021, on 63 patients randomly divided into 2 groups: Group I – patients were received postoperative pain relief by PCEA; group II- patients were received postoperative pain by CEI method. Research results show that PCEA and CEI methods through epidural analgesia catheter in thoracic surgery have good pain relief both at rest and at movements, with few side effects. Furthermore, the PCEA method uses less pain reliever and the patient has more rapid pain control compared with CEI.

Keyword: thoracic surgery, epidural anesthesia, patient control analgesia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau mổ là một vấn đề lớn, ảnh hưởng rất nhiều đến quá trình hồi phục sức khoẻ của bệnh nhân sau mổ. Trong phẫu thuật lồng ngực, đau sau phẫu thuật làm giảm khả năng vận động của bệnh nhân, ảnh hưởng xấu đến chức năng phổi,

[1]Trường Đại học Y Hà Nội,
[2]Bệnh viện phổi trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Minh
Email: quangminhvietduc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.3.2022
Ngày phản biện khoa học: 26.4.2022
Ngày duyệt bài: 5.5.2022

làm tăng tỷ lệ các biến chứng sau phẫu thuật, người bệnh có khả năng mắc hội chứng đau mạn tính sau phẫu thuật [1]. Các nghiên cứu khác nhau cho thấy rằng hiệu quả giảm đau khi phẫu thuật làm giảm các biến chứng phổi sau phẫu thuật [2]. Giảm đau ngoài màng cứng lồng ngực thường được coi là tiêu chuẩn vàng đối với điều trị đau sau phẫu thuật lồng ngực [3]. Để duy trì giảm đau thông thường người ta dùng bơm tiêm điện truyền liên tục (CEI) hoặc bệnh nhân tự điều khiển (PCEA). Mỗi phương pháp luôn có những ưu nhược điểm riêng [4]. Tại Việt Nam các nghiên cứu về PCEA chủ yếu trong giảm đau sản khoa và các phẫu thuật trong ổ bụng, với phẫu thuật lồng ngực chưa có nhiều nghiên cứu được tiến hành. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: so sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lồng ngực của phương pháp tự điều khiển (PCEA) hoặc truyền liên tục (CEI) qua catheter ngoài màng cứng với hỗn hợp bupivacain và fentanyl và đánh giá một số tác dụng không mong muốn của hai phương pháp trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân tuổi từ 18, tình trạng sức khoẻ ASA I-II-III, được phẫu thuật theo chương trình và đồng ý tham gia nghiên cứu;không có chống chỉ định gây tê ngoài màng cứng; không có tiền sử dị ứng với thuốc tê và thuốc họ morphin.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp gây tê NMC thất bại về kỹ thuật hoặc có diễn biến nặng sau mổbuộc phải chuyển về phòng hồi sức tích cựcthở máy > 24h

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng .

Địa điểm- Thời gian nghiên cứu: Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Phổi Trung Ương từ tháng 6/2021 đến tháng 9/2021.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện 63 bệnh nhân chia thành 2 nhóm:

- Nhóm I: bệnh nhân được giảm đau sau mổ bằng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển (PCEA).
- Nhóm II: bệnh nhân được giảm đau sau mổ bằng phương pháp giảm đau ngoài màng cứng truyền liên tục (CEI).

Cách thức tiến hành:

- Trước mổ: Bệnh nhân làm các xét nghiêm cơ bản, khám gây mê trước ngày phẫu thuật. Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng thước đo điểm đau VAS, máy PCA.

- Tại phòng mổ:

+ Bệnh nhân được được lắp monitor theo dõi nhịptim, huyết áp, ECG, SpO_2, thở oxy gọng kính 3-5 lít/phút; đặt đường truyền ngoại vi bằng catheter 18G.

+ Tiến hành gây tê ngoài màng cứng: Đặt tư thế bệnh nhân nằm nghiêng vuông góc với bàn mổ, cong lưng tôm.Xác định vị trí chọc: vị trí chọc trong phẫu thuật lồng ngực là giao điểm của đường giữa cột sống và các khe liên đốt T5-T6 hoặc T6-T7 hoặc T7-T8 và tính chất cột sống của từng bệnh nhân cụ thể. Liều thử gồm: 2 ml lidocain 2% có adrenalin nồng độ 1/200000. Theo dõi trong vòng 5 phút rồi cố định catheter.

+ Tiến hành gây mê nội khí quản: khởi mê bằng fentanyl 2 µg/kg, propofol 2mg/kg, esmeron 1mg/kg. Duy trì mê bằng Sevorane, tiêm nhắc lại esmeron theo máy TOF Watch, duy trì giảm đau bằng hỗn hợp Bupivacain + Fentanyl (CEI) tốc độ 3-5ml/h. Sau khi kết thúc phẫu thuật, chuyển bệnh nhân sang phòng hồi sức theo dõi thoát mê rút nội khí quản.

+ Pha thuốc giảm đau: dùng bơm tiêm 50ml lấy 12,5ml bupivacain 0,5% và 0,l mg fentanyl rồi thêm nước cất vô trùng hoặc dung dịch NaCl 0,9% vô trùng thành 50ml ta được dung dịch hỗn hợp bupivacain 0,125% - fentanyl 2mcg/ml. Gọi là hỗn hợp bupivacaine – fentanyl (BF).

+ Theo dõi giảm đau sau mổ:

Nhóm I (PCEA): sử dụng BF qua catheter ngoài màng cứng, đặt thông số máy như sau: liều bolus 2ml, liều nền 3ml/h, khóa 15 phút, tổng liều 9ml/1giờ. Trong quá trình nghiên cứu nếu bệnh nhân sau 2 lần bấm có đáp ứng mà VAS>4, bác sĩ tiêm 5ml hỗn hợp BF để đạt VAS < 4, các thông số máy vẫn giữ nguyên.

Nhóm II (CEI): Sử dụng hỗn hợp BF qua NMC truyền liên tục với liều 5ml/h. Trong quá trình nghiên cứu nếu bệnh nhân đau VAS> 4, bác sĩ tiêm 5ml hỗn hợp BF để đạt VAS < 4, các thông số máy vẫn giữ nguyên.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ thu thập số liệu trong 48 giờ tính từ khi bắt đầu sử dụng thuốc giảm đau.

Các tiêu chuẩn đánh giá: Các đặc điểm nhân trắc học, tổng liều lượng tiêu thụ hỗn hợp BF, lượng bupivacain, mức độ giảm đau khi nghỉ ngơi, khi vận động tại các thời điểm trong nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân cần giảm đau giải cứu; Thay đổi hô hấp và các tác dụng không mong muốn khác.

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được nhập và xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS 16.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm I (n = 32)	Nhóm II (n = 31)	p
Giới (%): Nam/Nữ	59,4 40,6	64,5 35,5	> 0,05
Tuổi (năm) (min – max)	49,6 ± 18 (17-77)	48,8 ± 16,9 (16-73)	>0,05
Cân nặng (kg) (min – max)	53,9 ± 6,1 (38 – 70)	54,5 ± 6,6 (39 -75)	>0,05
Chiều cao (m) (min – max)	1,59 ± 0,05 (1,46 – 1,70)	1,58 ± 0,06 (1,50 – 1,75)	>0,05

Nhận xét: phân bố về tuổi, chiều cao, cân nặng, vị trí gây tê NMC giữa 2 nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

3.2. Liều lượng thuốc

Bảng 3.2. Lượng thuốc giảm đau dung sau mổ của hai nhóm

	Nhóm I (n = 32)	Nhóm II (n = 31)	p
Hỗn hợp BF (ml)	163,72 ± 22,19	245,68 ± 3,94	<0,05
Lượng bupivacaine (mg)	209,53 ± 28,4	314,47 ± 5,04	<0,05

Nhận xét: lượng hỗn hợp BF và lượng bupivacain của nhóm 2 cao hơn nhóm 1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

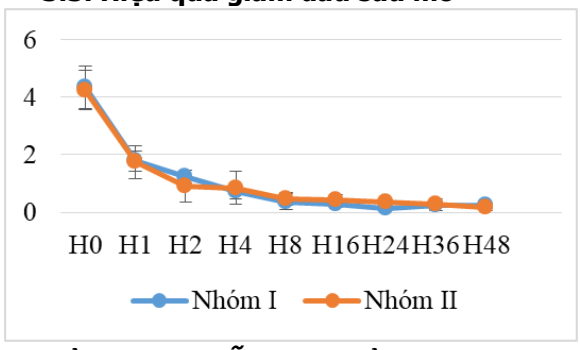
3.4. Số lần dùng liều cứu trong quá trình giảm đau

Bảng 3.3. Số lần dùng liều cứu trong quá trình giảm đau

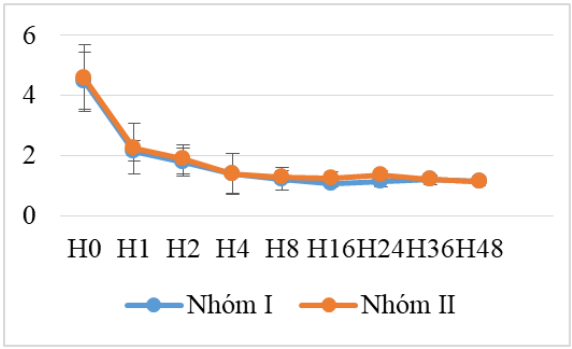
	Nhóm I (n = 32)	Nhóm II (n = 31)	p
Liều cứu 5ml (lần)	0	1,15±0,39	<0,05

Nhận xét: Trong nghiên cứu, ở nhóm I các bệnh nhân không có lần nào phải tiêm thêm liều cứu(liều 5ml hỗn hợp bupivacain-fentanyl), nhóm II cần 1,15±0,39 (lần), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.05).

3.3. Hiệu quả giảm đau sau mổ



Biểu đồ 3.1. Diễn biến điểm đau lúc nghỉ của hai nhóm



Biểu đồ 3.2. Diễn biến điểm đau lúc ho của hai nhóm

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm VAS trung bình khi nghỉ của cả 2 nhóm đều ở mức độ đau ít (VAS < 4) và tại hầu hết các thời điểm nghiên cứu đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kêvới p > 0,05.

3.5. Các tác dụng không mong muốn

Bảng 3.4. Các tác dụng không mong muốn khác

Các tác dụng không mong muốn	Nhóm I		Nhóm II		p
	n	%	n	%	
Bí tiểu (đặt sonde tiểu)	5(1)	15,6	5(2)	16,1	>0,05
Nôn và buồn nôn	3	9,3	3	9,7	>0,05
Ngứa	0	0	0	0	>0,05
Ức chế vận động	0	0	0	0	>0,05
Đau tại vùng chọc kim	0	0	0	0	>0,05
Đứt catheter	0	0	0	0	>0,05
Nhiễm trùng vùng chọc kim	0	0	0	0	>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ các tác dụng không mong muốn khác như: bí tiểu, nôn và buồn nôn, ngứa…ở 2 nhóm như nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p> 0,05)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy về đặc điểm chung của bệnh nhân, có sự tương đồng giữa hai nhóm nghiên cứu, do đó ảnh hưởng lên

kết quả nghiên cứu của 2 nhóm lànhư nhau. Về lượng thuốc sử dụng, ở nhóm I lượng bupivacain 0,125% trung bình trong 48 giờ là 209,53 ± 28,4mg, lượng bupivacain 0,125% tiêu thụ trung bình trong 1 giờ là 4,37± 1,36mg. Nhóm II lượng bupivacain 0,125% trung bình trong 48 giờ là 314,47 ± 5,04 mg, lượng bupivacain 0,125% tiêu thụ trung bình trong 1 giờ là 6,55 ± 0,1 mg. Nhóm I các bệnh nhân sử dụng lượng bupivacain ít hơn nhóm II và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p <0.05 (bảng 3.2).

Theo biểu đồ 3.1 và 3.2 chúng tôi thấy ở cả 2 nhóm bệnh nhân có mức độ giảm đau tốt khi nghỉ ngơi cũng như khi ho. Điểm đau VAS ở 2 nhóm đều giảm so với thời điểm H0, và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung bình của điểm VAS ở các thời điểm nghiên cứu giữa 2 nhóm. Như vậy tác dụng giảm đau ở 2 nhóm là như nhau vì vậy lượng thuốc dùng ở nhóm I ít hơn nhóm II có ý nghĩa thống kê cho thấy hiệu quả sử dụng thuốc của phương pháp PCEA là tốt hơn có ý nghĩa so với CEI (p <0.05). Nguyễn Tiến Đức nghiên cứu so sánh giảm đau PCEA và CEI trên 65 bệnh nhân phẫu thuật ung thư trực tràng, lượng bupivacain tiêu thụ sau 48 giờ của nhóm PCEA 100,35mg, của nhóm CEI là 120,49mg. Trong nghiên cứu này, lượng bupivacain tiêu thụ ở nhóm PCEA là thấp hơn nhóm CEI điều này là phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi [5]. Tuy nhiên lượng tiêu thụ bupivacain trong 2 nhóm giảm đau của nghiên cứu này cũng thấp hơn đáng kể so với chúng tôi (nhóm PCEA 100,35mg so với 209,53mg, nhóm CEI 120,49 sô với 314,47). Kết quả khác nhau này là do đối tượng nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đức là phẫu thuật ung thư trực tràng còn chúng tôi trên bệnh nhân phẫu thuật lồng ngực. Nhu cầu giảm đau ở 2 loại phẫu thuật này là khác nhau.

Điểm VAS của bệnh nhân ở 2 nhóm giảm rõ rệt giữa 2 thời điểm H1 và H0 khi nghỉ (nhóm I giảm từ 4,35 xuống 1,78 ở nhóm II giảm từ 4,24 xuống 1,75) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Giá trị trung bình của điểm VAS ở 2 nhóm ở các thời điểm nghiên cứu đều giảm so với thời điểm H0, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều có được giảm đau tốt trong suốt quá trình nghiên cứu. BK Behera nghiên cứu so sánh giữa giảm đau tĩnh mạch do bệnh nhân điều khiển PCA và giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân kiểm soát PCEA trên 30 bệnh nhân phẫu thuật lồng ngực cho kết luận: PCEA sử dụng fentanyl và bupivacaine so với PCA sử dụng morphine cung cấp giảm đau tốt hơn cả khi nghỉ ngơi và trong khi ho và liên quan đến ít tác dụng phụ hơn [6]. Trong nghiên cứu, ở nhóm I các bệnh nhân không có lần nào phải tiêm thêm liều cứu (liều 5ml hỗn hợp bupivacain-fentanyl), còn ở nhóm II là 1,15±0,39 (bảng 3.3). Như vậy phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển PCEA có tác dụng giúp giảm đau nhanh, giảm đau tốt cả khi vận động và nghỉ ngơi, ưu điểm của phương pháp giảm đau tự điều khiển giúp bn chủ động đạt được kiểm soát đau nhanh hơn tại các thời điểm cần tăng liều (ho, thở sâu, lý liệu pháp hô hấp).

Về các tác dụng không mong muốn, chúng tôi thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm (p <0,05) (bảng 3.4).Nhóm I có 3 bệnh nhân buồn nôn chiếm 9,3%, nhóm II có 3 bệnh nhân buồn nôn chiếm 9,7%, các bệnh nhân này chỉ buồn nôn thoáng qua và không phải dùng thuốc chống nôn, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm.Nguyễn Tiến Đức trong nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lện nôn và buồn nôn 2 nhóm PCEA và CEI không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [5].Nghiên cứu của các tác giả Ozalp G [7] là 10%, Liu SS [8] tỷ lệ này là 14,8% (n = 1030). Các kết quả này khác nhau phụ thuộc vào cỡ mẫu nghiên cứu có hoặc không có kết hợp với fentanyl hay morphin.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp giảm đau PCEA và CEI qua catheter ngoài màng cứng trong phẫu thuật lồng ngực cho hiệu quả giảm đau tốt cả khi nghỉ ngơi lẫn khi vận đông, ít tác dụng phụ. Phương pháp PCEA dùng ít thuốc giảm đau hơn và bệnh nhân nhanh chóng kiểm soát được cơn đau hơn so với CEI. Nên áp dụng phương pháp PCEA thường quy hơn bởi lẽ ngoài giá trị về tiết kiệm thuốc thì phương pháp này còn giảm bớt nguy cơ ngộ độc thuốc thuốc tê do tích luỹ thuốc ít hơn.

Lời cảm ơn. Chúng tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới các bệnh nhân, gia đình bệnh nhân cùng toàn thể nhân viên khoa Gây mê hồi sức và Chống đau Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã giúp đỡ chúng tôi trong quá trình làm nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **E. Kalso; K. Perttunen et al (1992).** Pain after thoracic surgery. 36(1), 96-100.
2. **Yegin, A (2003).** Early postoperative pain management after thoracic surgery; pre- and postoperative versus postoperative epidural analgesia: a randomised study. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 24(3), 420–424.
3. **Boyle, Patrick K. (2010).** Raj's Practical Management of Pain, Fourth Edition.. Anesthesiology, 112(1), 257–258.

4. **Ferrante, F. Michael; Lu, Louise; Jamison, Stephen B.; Datta, Sanjay (1991).** Patient-Controlled Epidural Analgesia. Anesthesia & Analgesia, 73(5).
5. **Đức NT**. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ ung thư trực tràng bằng hỗn hợp bupivacaine và fentanyl qua catheter ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển và truyền liên tục, Trường Đại học Y Hà Nội; 2007.
6. **Behera B, Puri G, Ghai B.** Patient-controlled epidural analgesia with fentanyl and bupivacaine provides better analgesia than intravenous morphine patient-controlled analgesia for early thoracotomy pain. Journal of postgraduate medicine. 2008;54(2):86.
7. **Özalp G, Güner R, Kuru N, Kadiogullari N.** Postoperative patientcontrolled epidural analgesia with opioid bupivacaine mixtures. Canadian journal of anaesthesia. 1998;45(10):938-942.
8. **Liu S.S et al.** Patient-controlled epidural analgesia with bupivacaine and fentanyl on hospital wards: Prospectiveexperience with 1030 surgical patients. Anesthesiology. 1998;88.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY TĂNG HUYẾT ÁP ẨN GIẤU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2020

Vũ Thanh Bình[1], Nguyễn Lệ Thủy[1], Trần Thị Nương[1], Lê Đức Cường[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố nguy cơ của tình trạng tăng huyết áp ẩn giấu ở các bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành với 186 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 theo dõi và điều trị tại bệnh viện đại học Thái Bình từ tháng 1-10/2020. **Kết quả nghiên cứu**: Đã phát hiện có 106 bệnh nhân có tình trạng THAAG trong tổng số 186 BN được theo dõi HA 24 giờ. Bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có BMI ≥ 23, có tiền sử gia đình THA có nguy cơ THAAG cao hơn nhóm BMI < 23, không có tiền sử gia đình THA (tương ứng OR: 6,9; 95% CI: 3,4 – 14,2 và OR = 5,5; 95% CI: 2,3 – 12,5. Bệnh nhân có chỉ số huyết áp tại phòng khám ở mức tiền THA có nguy cơ THAAG cao hơn bệnh nhân có chỉ số HA bình thường với OR = 8,7; 95% CI: 4,4 – 17,5; thời gian phát hiện ĐTĐ > 5 năm có nguy cơ THAAG cao hơn thời gian phát hiện ≤5 năm, OR = 2,1; 95% CI: 1,1 – 3,8. Hút thuốc lá, uống rượu bia, rối loạn Lipid máu, tăng uric máu là yếu tố nguy cơ độc lập gây THAAG ở người đái tháo đường (tương ứng OR = 2,1 với 95% CI: 1,1 – 4,0; OR = 2,0 với 95% CI: 1,02 – 4,1; OR= 3,4 với 95% CI: 1,8 – 6,3 và OR = 2,1; 95% CI: 1,01- 4,5. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa giới tính, mức tuổi, protein niệu với tình trạng THAAG. **Kết luận**: BMI ≥ 23, tiền sử gia đình THA, HA tại phòng khám ở mức tiền THA là những yếu tố nguy cơ của THAAG ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, Tăng huyết áp ẩn giấu, THAAG

Các chữ viết tắt

BMI: Body Mass Index (Chỉ số khối cơ thể)
THA: Tăng huyết áp
THAAG: Tăng huyết áp ẩn dấu
ĐTĐ: Đái tháo đường

[1]*Đại học Y Dược Thái Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình
Email: binhvt@tbump.edu.vn
Ngày nhận bài: 4.3.2022
Ngày phản biện khoa học: 27.4.2022
Ngày duyệt bài: 6.5.2022

SUMMARY

SOME RISK FACTORS ASSOCIATED WITH MASKED HYPERTENSION IN DIABETES TYPE 2 PATENTS TREATED IN THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2020

Objective: To Identify risk factors associated with masked hypertension (MH) in diabetes type 2 patents treated in Thai Binh Medical University Hospital in 2020. **Subjects and Methods:** a cross-sectional study conducted from Jan - October 2020 in 186 diabetes type 2 patients treated in hospital of Thai Binh University of Medicine and Pharmacy. **Results:** by using APBM, 106 patients were detected having MH among 186 diabetes type 2 patients. Patients with BMI ≥ 23 were more likely having MH higher than patients with BMI > 23 (OR: 6.9; 95% CI: 3.4 – 14.2). MH were more likely to occur in patients who have family history of hypertension (OR = 5.5; 95% CI: 2.3 – 12.5). Patients with high normal clinic BP were more likely to diagnose of MH significantly (OR = 8.7; 95% CI: 4.4 – 17.5). Smoking and drinking patients have higher risk of MH (OR = 2.1; 95% CI: 1.1 – 4.0; OR = 2.0; 95% CI: 1.02 – 4.1, respectively). Patients with history of dyslipidemia have remarkably more risk of MH than normal patients (OR = 3.4; 95% CI: 1.8 – 6.3). Others possible risks of MH included: duration from diabetes diagnosed > 5 years; increasing uric acid. No significant statistical difference associated with MH found, related to gender, age, proteinuria level. **Conclusion**: possible risk of MH in diabetes patients included: BMI ≥ 23, having family history of hypertension, high normal clinic BP.

Keywords: diabetes type 2, masked hypertension, MH.