

KẾT QUẢ QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

TS. VŨ HÀ NGA SƠN, BSCKII. NGUYỄN MINH CƯƠNG
BSCKII. NGUYỄN THẮNG LỢI, BSCKII. BÙI MINH THU
BSCKII. VŨ THỊ THANH HẢI - *Bệnh viện Quân y 354*
Phản biện khoa học: PGS.TS. LƯƠNG CÔNG THỨC
Phó Giám đốc Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: *Mục tiêu nghiên cứu:* Đánh giá kết quả điều trị và các biến cố tim mạch, biến chứng của bệnh trong quá trình quản lý, điều trị sau 1 năm, trên 1.045 bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2 từ 18 tuổi trở lên, điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354, từ 01/01/2017-28/3/2018. **Kết quả:** Sau 1 năm điều trị, số bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu tăng từ 72,98% lên 89,95%, ($p < 0,001$); số bệnh nhân kiểm soát glucose máu kém giảm từ 70,44% xuống 65,61%, ($p < 0,001$); số bệnh nhân kiểm soát HbA1c kém giảm từ 35,0% xuống 24,7%, ($p < 0,001$). Tỷ lệ các biến cố tim mạch và biến chứng ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp gồm: tăng huyết áp khẩn cấp 1,27%; đột quỵ não cấp 1,03%; nhồi máu cơ tim cấp 0,35%; đau thắt ngực 5,43%; suy tim mới 0,81%; suy thận mới 1,04%. Tỷ lệ các biến cố tim mạch và biến chứng ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường gồm: tăng huyết áp khẩn cấp 1,21%; đột quỵ não cấp 0,75%; nhồi máu cơ tim cấp 0,45%; đau thắt ngực 4,37%; suy tim mới 0,61%; suy thận mới 1,36%; hạ glucose máu 0,9%; đục thủy tinh thể 32,7%, glaucome 0,6%; bệnh võng mạc 0,15%; bệnh thần kinh ngoại vi 4,82%.

Từ khóa: Tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2.

ABSTRACT: *Objectives of the study:* Evaluate the results of treatment and cardiovascular occurrences and complications in the process of management and treatment after 1 year in 1,045 outpatients with hypertension and type 2 diabetes at the age of 18 years and older, treated at the Department of examination, Military hospital 354 from January 1, 2017 to March 28, 2018. **Results:** After one year of treatment, the number of patients achieving target blood pressure increased from 72.98% to 89.95%, ($p < 0.001$); the number of patients with poor blood glucose control decreased from 70.44% to 65.61%, ($p < 0.001$); the number of patients with poor HbA1c control decreased from 35.0% to 24.7% ($p < 0.001$). The rate of cardiovascular occurrences and complications in hypertensive patients included: acute hypertension 1.27%; acute brain stroke 1.03%; acute myocardial infarction 0.35%; angina 5.43%; new heart failure 0.81%; new kidney failure 1.04%. The rate of cardiovascular occurrences and complications in diabetic patients included: acute hypertension 1.21%; acute brain stroke 0.75%; acute myocardial infarction 0.45%; angina 4.37%; new heart failure 0.61%; new kidney failure 1.36%; hypoglycemia 0.9%; cataract 32.7%, glaucome 0.6%; retinopathy 0.15; peripheral neuropathy 4.82%.

Keywords: Hypertension, type 2 diabetes mellitus.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Nguyễn Minh Cường, Email: bsnguyenminhcuong354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 01/3/2019; chấp nhận đăng: 29/3/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Mô hình bệnh tật trên thế giới và Việt Nam đang dịch chuyển từ các bệnh lây nhiễm sang các bệnh không lây nhiễm. Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là 2 trong những bệnh không lây nhiễm chính có tỉ lệ mắc lớn và là yếu tố nguy cơ tim mạch chính làm tăng tỉ lệ biến chứng tim mạch. Các nghiên cứu đã chứng minh một chế độ điều trị tích cực, bao gồm kết hợp thay đổi lối sống và can thiệp bằng thuốc, nhằm kiểm soát toàn diện các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân (BN) THA, ĐTĐ sẽ làm giảm có ý nghĩa các biến cố tim mạch và tử vong. Việc quản lý, điều trị

ngoại trú BN THA, ĐTĐ tại tuyến bệnh viện đóng vai trò quan trọng trong chuỗi hoạt động phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị.

Bệnh viện Quân y 354 đã triển khai quản lý, điều trị ngoại trú BN THA, ĐTĐ tại Khoa Khám bệnh từ 01/3/2013. Chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị ngoại trú BN THA, ĐTĐ và theo dõi các biến cố tim mạch, biến chứng bệnh trong quá trình quản lý, điều trị.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

1.045 BN từ 18 tuổi trở lên, có chẩn đoán

THA, ĐTĐ típ 2, được quản lý, điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354, từ 01/01/2017-28/3/2018. Loại trừ các BN THA, ĐTĐ thứ phát, BN có các bệnh cấp tính khác kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, đánh giá theo chiều dọc.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán THA và ĐTĐ (theo hướng dẫn của Bộ Y tế):

+ THA khi huyết áp tâm thu (HATTh) ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) ≥ 90 mmHg [1].

+ ĐTĐ khi mức glucose huyết tương lúc đói $\geq 7,0$ mmol/l ở cả 2 lần xét nghiệm vào hai thời điểm khác nhau [2].

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Giai đoạn 1: phỏng vấn điều tra và khám thu thập số liệu tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu (T0), từ 01/1/2017-28/3/2017. BN được khám và làm các xét nghiệm để chẩn đoán xác định bệnh, các yếu tố nguy cơ tim mạch và tổn thương cơ quan đích. BN được quản lý bằng bệnh án điều trị ngoại trú; theo dõi, điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y tế. BN tái khám định kỳ hàng tháng để được điều chỉnh đơn thuốc và phát hiện kịp thời các biến cố tim mạch, biến chứng của bệnh.

Các yếu tố nguy cơ tim mạch, gồm: tuổi (≥ 55 ở nam, ≥ 65 ở nữ); giới nam; tiền sử gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm; rối loạn chuyển hóa lipid (cholesterol toàn phần $\geq 5,2$ mmol/L; triglycerid $\geq 1,7$ mmol/L; HDL-c $< 1,03$ mmol/L ở nam và $< 1,3$ mmol/L ở nữ; LDL-c $> 3,0$ mmol/L); ĐTĐ; béo phì; hút thuốc lá; lạm dụng rượu bia; lười vận động thể lực.

+ Giai đoạn 2: phỏng vấn điều tra và khám thu thập số liệu tại thời điểm sau tham gia nghiên cứu 1 năm (T1), từ 01/1/2018-28/3/2018. BN được thăm khám và làm các xét nghiệm để chẩn đoán xác định các biến cố tim mạch gồm: đột quỵ não; bệnh mạch vành; bệnh thận; bệnh mạch máu ngoại vi; tổn thương đáy mắt; bệnh lý bàn chân.

- Đánh giá kết quả điều trị:

+ Tốt: glucose máu lúc đói từ 4,4-6,1 mmol/L; HbA1c $\leq 6,5\%$; huyết áp $\leq 130/80$ mmHg (nếu nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao thì huyết áp mục tiêu cần đạt $< 130/80$ mmHg [1], [2]).

+ Chấp nhận: glucose máu lúc đói từ 6,2-7,0 mmol/L; HbA1c từ trên 6,5% đến $\leq 7,5\%$; huyết áp từ 130/80 đến 140/90 mmHg.

+ Kém: glucose máu lúc đói từ $> 7,0$ mmol/L; HbA1c $> 7,5\%$; huyết áp $> 140/90$ mmHg.

- Xử lý số liệu: các số liệu thu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu:

Bảng 1. Phân bố BN theo bệnh lý và giới tính.

Mặt bệnh	Cộng		Nam		Nữ		p
	n	%	n	%	n	%	
THA đơn thuần	382	36,55	163	42,7	219	57,3	$< 0,05$
ĐTĐ đơn thuần	179	17,13	101	56,4	78	43,6	$< 0,05$
THA kèm ĐTĐ	484	46,32	239	49,4	245	50,6	$> 0,05$
Có THA	866	82,9	402	46,42	464	53,58	$< 0,05$
Có ĐTĐ	663	63,4	340	51,28	323	48,72	$< 0,05$

Bảng 2. Phân bố BN THA theo độ tuổi và giới tính.

Độ tuổi	Cộng (n = 866)		Nam (n = 402)		Nữ (n = 464)		p (nam/nữ)
	n	%	n	%	n	%	
40-49	5	0,6	2	0,5	3	0,6	$> 0,05$
50-59	128	14,8	62	15,4	66	14,2	$> 0,05$
60-69	495	57,2	208	51,7	287	61,9	$< 0,05$
≥ 70	238	27,5	130	32,3	108	23,3	$< 0,05$
Trung bình	65,81 $\pm 6,06$		66,11 $\pm 6,34$		65,55 $\pm 5,80$		$> 0,05$

Bảng 3. Phân bố BN ĐTĐ theo độ tuổi và giới tính.

Độ tuổi	Cộng (n = 663)		Nam (n = 340)		Nữ (n = 323)		p (nam/nữ)
	n	%	n	%	n	%	
40-49	6	0,9	1	0,3	5	1,5	$< 0,05$
50-59	120	18,1	55	16,2	65	20,1	$< 0,05$
60-69	391	59,0	201	59,1	190	58,8	$> 0,05$
≥ 70	146	22,0	83	24,4	63	19,5	$< 0,05$
Trung bình	64,75 $\pm 6,22$		65,17 $\pm 6,09$		64,31 $\pm 6,33$		$> 0,05$

3.2. Kết quả kiểm soát THA và ĐTĐ:

3.2.1. Kết quả kiểm soát huyết áp:

Bảng 4. Phân độ HATTh ở BN THA tại các thời điểm (n = 866).

Phân độ THA	T0		T1		p
	n	%	n	%	
HATTh < 140 mmHg	632	72,98	779	89,95	$< 0,001$
THA độ I	169	19,51	79	9,12	$< 0,001$
THA độ II	65	7,51	5	0,58	$< 0,001$
THA độ III	0	0	3	0,35	
HATTh trung bình		130,95 $\pm 12,12$		126,10 $\pm 8,48$	$< 0,001$

3.2.2. Kết quả kiểm soát glucose máu lúc đói:

Bảng 5. Mức glucose máu lúc đói ở BN ĐTĐ tại các thời điểm (n = 663).

Mức glucose máu lúc đói	T0		T1		p
	n	%	n	%	
4,4-6,1 mmol/l	54	8,14	94	14,18	< 0,001
6,2-7,0 mmol/l	142	21,42	134	20,21	< 0,001
> 7,0 mmol/l	467	70,44	435	65,61	< 0,001
Trung bình	8,36 ± 2,39		7,98 ± 2,18		< 0,001

3.2.3. Kết quả kiểm soát HbA1c:

Bảng 6. Mức HbA1c ở BN ĐTĐ tại các thời điểm (n = 663).

Mức HbA1c	T0		T1		p
	n	%	n	%	
≤ 6,5%	203	30,6	258	38,9	< 0,001
> 6,5-7,5%	228	34,4	241	36,3	< 0,05
> 7,5%	232	35,0	164	24,7	< 0,001
Trung bình	7,36 ± 1,43		7,04 ± 1,24		< 0,001

3.3. Biến cố tim mạch và các biến chứng ở BN THA, ĐTĐ:

Bảng 7. Tần suất biến cố, biến chứng tim mạch từ T0-T1.

Biến cố, biến chứng	THA (n = 866)		ĐTĐ (n = 663)		Chung (n = 1.045)	
	n	%	n	%	n	%
Đột quỵ não cấp	09	1,03	05	0,75	10	0,96
Nhồi máu cơ tim cấp	03	0,35	03	0,45	03	0,29
Đau thắt ngực	47	5,43	29	4,37	52	4,97
THA khẩn cấp	11	1,27	08	1,21	11	1,05
Suy tim mới	07	0,81	04	0,61	07	0,67
Suy thận mới	09	1,04	09	1,36	11	1,05
Cộng	86	9,93	58	8,75	94	8,99

- Tần suất biến chứng cấp tính ở BN ĐTĐ từ thời điểm T0-T1 (n = 663):

- + Hạ đường huyết: 4 BN (0,6%).
- + Hôn mê do hạ đường huyết: 2 BN (0,3%).
- + Đường huyết tăng cao: 1 BN (0,15%).
- + Nhiễm trùng nặng (viêm phổi, viêm thận bể thận): 4 BN (0,6%).
- + Tổng số: 11 BN (1,65%).

- Tần suất biến chứng mất ở BN ĐTĐ từ thời điểm T0-T1 (n = 663):

+ Đục thủy tinh thể: 206 BN (32,7%).

+ Glaucoma: 4 BN (0,6%).

+ Bệnh võng mạc: 1 BN (0,15%).

+ Tổng số: 211 BN (33,45%).

- Tần suất biến chứng thần kinh ngoại vi ở BN ĐTĐ từ thời điểm T0-T1 (n = 663):

+ Bệnh TK ngoại vi: 32 BN (4,82%).

+ Nhiễm trùng bàn chân: 2 BN (0,3%).

+ Tổng số: 34 BN (5,12%).

4. BÀN LUẬN.**4.1. Kết quả điều trị ngoại trú BN THA, ĐTĐ:**

Kết quả kiểm soát THA: trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm BN THA, tỉ lệ BN đạt huyết áp mục tiêu sau 1 năm cao hơn so với nhiều nghiên cứu khác trong nước. Nghiên cứu của Đồng Văn Thành trên 54.500 BN THA được quản lý, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai và 22 bệnh viện khác từ 2002-2012, thấy tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu 66,8% [3]. Nghiên cứu của Phan Anh Phong trên 1.487 BN THA được quản lý, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam, từ tháng 5/2009-11/2010, tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu 74,9% [5]. Nghiên cứu của Phan Long Nhơn trên 400 BN THA được quản lý, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Bồng Sơn, Bình Định, từ 2012-2014, tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu 77,25% [6]. Có lẽ do nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi sống trong các quận nội thành Hà Nội, là nơi có nhiều trường trình truyền thông về bệnh, thuận lợi cho chăm sóc sức khỏe, giúp BN có hiểu biết bệnh tốt hơn, tỉ lệ tái khám hàng tháng cao, được cấp thuốc đều đặn, do đó số BN đạt huyết áp mục tiêu cao.

Kết quả kiểm soát glucose máu ở BN ĐTĐ típ 2 phù hợp với nhiều nghiên cứu khác trong nước. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Vân trên 1.214 BN ĐTĐ típ 2 được quản lý, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ 2006-2010, sau 1 năm theo dõi điều trị, trị số glucose máu trung bình giảm từ 12,1 ± 9,6 mmol/L xuống còn 10,83 ± 5,74 mmol/L (p < 0,05), HbA1c giảm từ 8,1 ± 2,1% xuống còn 7,8 ± 1,8% (p < 0,05) [4]. Nghiên cứu của Tạ Văn Bình trên 662 BN ĐTĐ tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2003-2004, sau 1 năm theo dõi điều trị, trị số glucose máu trung bình cũng giảm từ 10,1 mmol/L xuống 7,5 mmol/L; tỉ lệ kiểm soát kém glucose máu giảm từ 87,4% xuống 60%; trị số HbA1c trung bình giảm từ 9,3% xuống 7,7%; tỉ lệ kiểm soát kém HbA1c giảm từ 71,4% xuống 41,3% [8].

Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ kiểm soát glucose máu kém sau một năm quản lý điều trị vẫn còn ở mức cao: trị số trung bình glucose máu lúc đói là 7,98 ± 2,18 mmol/L; tỉ lệ kiểm soát glucose máu kém là 65,61% và tỉ lệ

kiểm soát HbA1c kém là 24,7%. Các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh tim mạch tăng cao có liên quan đến tình trạng kiểm soát glucose máu kém, cứ tăng 1% HbA1c thì nguy cơ mắc bệnh tim mạch tăng lên 10-30%. Do đó, cần tiếp tục cá thể hóa điều trị, tích cực giáo dục sức khỏe cho người bệnh, bảo đảm kết hợp chặt chẽ giữa chế độ ăn, chế độ luyện tập và tuân thủ điều trị thuốc để kiểm soát tốt glucose máu mục tiêu.

4.2. Biến cố tim mạch và biến chứng của THA, ĐTĐ:

Ở nhóm BN THA, tỉ lệ đột quỵ não cấp và nhồi máu cơ tim cấp trong nghiên cứu của chúng tôi (1,03% và 0,35%) thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Anh Phong (lần lượt là 2,2% và 0,5%) [5]. Tuy nhiên, tần suất đột quỵ não cấp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Phan Long Nhơn (0,5% BN bị đột quỵ não trong 24 tháng quản lý, điều trị) [6].

Ở nhóm BN ĐTĐ, tỉ lệ các biến cố và biến chứng tim mạch ở nhóm BN ĐTĐ típ 2 trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Hồng Vân (sau 3 năm quản lý điều trị, tỉ lệ BN đột quỵ não 3,1%; nhồi máu cơ tim 1,8%, thiếu năng vành 5,6% [4]); song cao hơn so với nghiên cứu của Tạ Văn Bình (tỉ lệ đột quỵ não, bệnh mạch vành và suy thận mới sau 1 năm quản lý, điều trị có tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê, cụ thể: đau thắt ngực 3,8%; đột quỵ não 1,2%, nhồi máu cơ tim 0,2%, suy thận mới 0,3% [8]).

Nghiên cứu của Tạ Văn Bình thấy tỉ lệ thấp các biến chứng cấp tính ở BN ĐTĐ, chỉ có 0,8% BN bị nhiễm toan ceton và một tỉ lệ như thế bị hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu; không thấy trường hợp nào bị hạ glucose máu nặng [8]. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tăng glucose máu thấp hơn, nhưng tỉ lệ hạ glucose máu lại cao hơn hẳn so với nghiên cứu của Tạ Văn Bình. Hạ glucose máu có thể trực tiếp gây nguy hiểm đến tính mạng và là nguyên nhân của các triệu chứng thần kinh do thiếu glucose mô [7]. Nhóm BN ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là người cao tuổi (≥ 60 tuổi chiếm 81%), nguy cơ có biến chứng hạ glucose máu cao. Mặt khác, các thuốc BN của chúng tôi sử dụng đôi lúc phụ thuộc vào chế độ BN được hưởng (các BN không có điều kiện kinh tế để sử dụng thuốc tốt, phù hợp). Do đó, cần tiếp tục tăng cường giáo dục sức khỏe giúp người bệnh hiểu và có thể tự theo dõi, tự xử lý khi có hạ glucose máu xảy ra; có thể tự điều chỉnh lượng glucose máu của mình bằng chế độ ăn, chế độ luyện tập hoặc bằng thuốc trong mọi trường hợp. Đây là biện pháp hữu hiệu nhất để phòng chống biến chứng hạ glucose máu.

Tỉ lệ biến chứng mắt do ĐTĐ có liên quan chặt chẽ đến thời gian mắc bệnh ĐTĐ. Ở BN có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm, tỉ lệ mắc bệnh võng mạc dao động từ 25-40%. Trên 60% BN ĐTĐ típ 2 có tổn thương võng mạc ở mức độ khác nhau sau 20 năm kể từ khi phát hiện mắc bệnh ĐTĐ. Bệnh võng mạc có thể gây mù lòa và có mối liên quan chặt chẽ với chất lượng kiểm soát glucose máu [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm BN ĐTĐ, tỉ lệ bệnh võng mạc tăng thêm sau 1 năm quản lý điều trị rất thấp so với nghiên cứu của Tạ Văn Bình (0,15% so với 11,5%) [8], có thể khả năng phát hiện bệnh lý võng mạc do ĐTĐ của chúng tôi còn hạn chế.

Bệnh lý thần kinh ngoại vi là một biến chứng mạn tính quan trọng của bệnh ĐTĐ và tỉ lệ mắc ngày càng tăng theo thời gian mắc bệnh [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm BN ĐTĐ, tỉ lệ bệnh thần kinh ngoại vi tăng thêm trong 1 năm quản lý, điều trị thấp hơn so với nghiên cứu của Tạ Văn Bình (4,82% so với 13%) [8]. Tuy nhiên, thống kê của chúng tôi có thể chưa đầy đủ vì bệnh lý thần kinh ngoại vi do ĐTĐ rất đa dạng và còn nhiều khó khăn trong chẩn đoán.

Bệnh lý bàn chân do ĐTĐ ngày càng được nhiều người quan tâm bởi tính phổ biến của bệnh. Một thông báo của WHO tháng 3/2006 cho thấy, tới 15% số người mắc ĐTĐ có liên quan tới bệnh lý bàn chân, 20% số người mắc ĐTĐ phải nhập viện do bị loét chân. Tỉ lệ bệnh lý bàn chân của người ĐTĐ cũng khác nhau tùy theo tình trạng kinh tế xã hội, ở các quốc gia phát triển chỉ vào khoảng 5% và lên tới 40% ở các quốc gia đang phát triển [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm BN ĐTĐ, sau 1 năm quản lý, điều trị có thêm 2 BN bị nhiễm trùng bàn chân (chiếm 0,3%), cao hơn so với nghiên cứu của Tạ Văn Bình (tỉ lệ nhiễm trùng bàn chân sau 1 năm quản lý, điều trị thay đổi không có ý nghĩa thống kê [8]).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 1.045 BN THA, ĐTĐ típ 2 được quản lý, điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354 từ 01/01/2017 đến 28/3/2018, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Kết quả điều trị: số BN THA đạt huyết áp mục tiêu tăng từ 72,98% lên 89,95%, ($p < 0,001$). Trị số HATTh trung bình giảm từ $130,95 \pm 12,12$ mmHg xuống $126,10 \pm 8,48$ mmHg ($p < 0,001$). Trị số glucose máu trung bình giảm từ $8,36 \pm 2,39$ mmol/L xuống $7,98 \pm 2,18$, ($p < 0,001$); số BN kiểm soát glucose máu kém giảm từ 70,44% xuống 65,61%, ($p < 0,001$). Trị số HbA1c trung bình giảm từ $7,36 \pm 1,43\%$ xuống $7,04 \pm 1,24\%$, ($p < 0,001$); số BN kiểm soát HbA1c kém giảm từ 35,0% xuống 24,7%, ($p < 0,001$).

(Xem tiếp trang 44)

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ đột quỵ não, đánh giá theo thang điểm CHADS2 và CHADS2-VAS ở 110 BN RN không do bệnh van tim, chúng tôi rút ra kết luận:

- Các yếu tố nguy cơ lần lượt là suy tim (72,73%), tuổi ≥ 75 (66,36%), tăng huyết áp (64,55%), tiền sử đột quỵ và cơn thiếu máu não thoáng qua (44,54%), giới tính nữ (35,45%) và đái tháo đường (24,55%). Điểm CHADS2 trung bình là $3,21 \pm 1,68$ và điểm CHADS2-VAS trung bình là $4,78 \pm 2,11$.

- Tỷ lệ BN RN có tiền sử đột quỵ tăng cùng với sự gia tăng của điểm CHADS2 và điểm CHADS2-VAS ($p < 0,001$). BN có tiền sử đột quỵ não thì có điểm CHADS2 ($4,4 \pm 0,75$) và điểm CHADS2-VAS ($5,9 \pm 1,02$) cao hơn các BN không có tiền sử đột quỵ não (lần lượt $2,94 \pm 1,72$ điểm và $4,53 \pm 2,21$ điểm, $p < 0,001$). Điểm CHADS2 và điểm CHADS2-VAS trung bình của các BN RN mạn tính (lần lượt là $3,42 \pm 1,59$ và $5,1 \pm 1,97$ điểm) cao hơn ở các BN RN kịch phát (lần lượt là $2,56 \pm 1,82$ và $3,81 \pm 2,27$ điểm), với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bùi Thúc Quang và cộng sự (2015), "Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ tắc mạch huyết khối lâm sàng bằng thang điểm CHADS2 và CHADS2-VAS ở BN rung nhĩ không do bệnh van tim", *Tạp chí Y dược học*, Trường Đại học Y dược Huế, số 11.

2. Nguyễn Văn Trí và cộng sự (2017), "Tỷ lệ điều trị kháng đông theo thang điểm CHADS2-VAS ở người cao tuổi rung nhĩ không do bệnh van tim tại Bệnh viện Trung Vương", *Tạp chí Tim mạch học*.

3. Miyasaka Y, Barnes M.E, Gersh B.J et al (2006), *Seculartrends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence*. Circulation, 114 (2): 119-25.

4. Lloyd-Jones D.M, Wang T.J, Leip E.P et al (2004), *Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study*, Circulation, 110 (9): 1042-6.

5. Wolf P.A, Abbott R.D, Kannel W.B (1991), *Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study*, Stroke, 22 (8): 983-8.

6. Lin H.J, Wolf P.A, Kelly-Hayes M et al (1996), *Stroke severity in atrial fibrillation: The Framingham Study*, Stroke, 27 (10): 1760-4. □

KẾT QUẢ QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG...

(Tiếp theo trang 33)

- Biến cố tim mạch trong 1 năm quản lý, điều trị ở các BN THA: THA khẩn cấp 1,27%; đột quỵ não cấp 1,03%; nhồi máu cơ tim cấp 0,35%; đau thắt ngực 5,43%; suy tim mới 0,81%; suy thận mới 1,04%. Ở nhóm BN ĐTĐ: THA khẩn cấp 1,21%; đột quỵ não cấp 0,75%; nhồi máu cơ tim cấp 0,45%; đau thắt ngực 4,37%; suy tim mới 0,61%; suy thận mới 1,36%; hạ glucose máu 0,9%; đục thủy tinh thể 32,7%; glaucome 0,6%; bệnh võng mạc 0,15%; biến chứng bệnh thần kinh ngoại vi 4,82%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tăng huyết áp", *Quyết định số 3192/QĐ-BYT, ngày 31/8/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế*.

2. Bộ Y tế (2011), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2", *Quyết định số 3280/QĐ-BYT ngày 09/9/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế*.

3. Đồng Văn Thành và CS (2012), "Tổng kết 10 năm triển khai mô hình quản lý, điều trị ngoại trú có kiểm soát bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện Bạch Mai và 22 bệnh viện khác", http://vnha.org.vn/upload/hoinghi/BAO_CAO_07.10_BS.Thanh_A1.pdf

4. Nguyễn Thị Hồng Vân (2010), "Nghiên cứu mô hình quản lý, theo dõi, điều trị có kiểm soát bệnh đái tháo đường tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Y học thực hành* (762), số 4/201, tr. 137-139.

5. Phan Anh Phong và CS (2010), "Nghiên cứu đánh giá hiệu quả mô hình quản lý, theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh THA ở Hà Nam", <https://123doc.org/document/3069355-nghien-cuu-danh-gia-hieu-qua-mo-hinh-quan-ly-theo-doi-va-dieu-tri-co-kiem-soat-benh-tang-huyet-ap-o-ha-nam.htm>.

6. Phan Long Nhơn và CS (2016), "Đánh giá kết quả điều trị, quản lý 400 BN tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Bồng Sơn, Bình Định", *Tạp chí Y dược học*, số 31, tr. 31-40.

7. Tạ Văn Bình (2006), *Bệnh đái tháo đường - tăng glucose máu*, Nhà xuất bản Y học, 2006.

8. Tạ Văn Bình (2006), *Nghiên cứu theo dõi biến chứng đái tháo đường ở BN đến khám lần đầu tại Bệnh viện Nội tiết*, Nhà Xuất bản Y học, 2006. □