

KHẢO SÁT TUỔI ĐỘNG MẠCH CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

ThS. VŨ THỊ PHƯƠNG LIÊN
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN MINH NÚI
Phó Chủ nhiệm Bộ môn Khớp và nội tiết,
Học viện Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu bệnh chứng, mô tả cắt ngang 200 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát, đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 01/2015 đến tháng 6/2015, **kết luận:**

Bệnh nhân nữ (63,5%) nhiều hơn bệnh nhân nam (36,5%), trong đó bệnh nhân từ 61-70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (41,5%). Tuổi động mạch trung bình bệnh nhân nam ($75,58 \pm 7,25$) cao hơn bệnh nhân nữ ($72,56 \pm 9,03$). Tuổi động mạch trên bệnh nhân tăng huyết áp độ 2 ($78,32 \pm 3,833$) cao hơn so với bệnh nhân tăng huyết áp độ 1 ($72,88 \pm 8,851$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tuổi động mạch trên bệnh nhân tăng huyết áp chưa kiểm soát huyết áp ($77,62 \pm 4,48$) cao hơn nhóm có kiểm soát huyết áp ($71,33 \pm 9,45$), khác biệt với $p < 0,001$. Tuổi động mạch nhóm bệnh nhân có kiểm soát glucose máu và chưa kiểm soát glucose máu khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuổi động mạch của bệnh nhân có nồng độ cholesterol $\geq 5,2$ mmol/l ($75,21 \pm 7,38$) và triglycerid $\geq 1,7$ mmol/l ($76,52 \pm 6,59$) cao hơn bệnh nhân có nồng độ cholesterol $< 5,2$ mmol/l ($71,77 \pm 9,45$) và bệnh nhân có triglycerid $< 1,7$ mmol/l ($72,90 \pm 8,83$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Tuổi động mạch, tăng huyết áp.

ABSTRACT: A disease case-control study, cross-sectional description of 200 outpatients with primary hypertension, treated at the Military hospital 354, from January 2015 to June 2015, **concluded:**

Female patients (63.5%) were more than male patients (36.5%), of which patients aged 61-70 years accounted for the highest proportion (41.5%). The average arterial age of male patients (75.58 ± 7.25) was higher than that of female patients (72.56 ± 9.03). The arterial age in patients with hypertension degree 2 (78.32 ± 3.833) was higher than that in patients with hypertension degree 1 (72.88 ± 8.851), the difference was statistically significant with $p < 0.001$. The arterial age in hypertensive patients who had not yet controlled their blood pressure (77.62 ± 4.48) was higher than that in patients with blood pressure control (71.33 ± 9.45), the difference with $p < 0.001$. The arterial age of patients with blood glucose control and without blood glucose control was not statistically significant ($p > 0.05$). The arterial age of patients with cholesterol concentration ≥ 5.2 mmol/l (75.21 ± 7.38) and triglyceride ≥ 1.7 mmol/l was higher than that of patients with cholesterol concentration < 5.2 mmol/l (71.77 ± 9.45) and triglyceride < 1.7 mmol/l (72.90 ± 8.83), the difference was statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: Arterial age, hypertension.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Vũ Thị Phương Liên, Email: Lienvp354@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.

Tăng huyết áp (HA) đang trở thành vấn đề nóng của lĩnh vực sức khỏe vì sự gia tăng nhanh chóng tỉ lệ mắc trong cộng đồng và những biến chứng của bệnh. Báo cáo về sức khỏe năm 2012 của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã nhấn mạnh, tăng HA là “kẻ giết người số một”. Gần đây, nhiều nhà nghiên cứu đề cập đến khái niệm lão hóa mạch máu sớm. Trong quá trình lão hóa mạch máu bình thường, có sự thay đổi chậm cấu trúc và chức năng mạch máu, dẫn đến giảm độ đàn hồi và tăng độ cứng của các động mạch (ĐM) lớn. Quá trình này có liên quan với những thay đổi về cấu trúc và sinh hóa phụ thuộc tuổi, như thay đổi lượng elastin và collagen trong thành

mạch [7], [8]. Nhằm đơn giản hóa các khái niệm về các thang điểm nguy cơ tim mạch, D' Agostino và cộng sự đưa ra khái niệm “tuổi tim”. Tuổi tim của một cá thể được tính toán dựa trên tuổi thực tế của cá thể đó và các nguy cơ kèm theo. Tuổi tim phản ánh mức độ lão hóa của mạch máu, từ đó phản ánh “tuổi động mạch”. Tuổi ĐM liên quan đến sự thay đổi cấu trúc và chức năng mạch máu, tuổi ĐM gây giảm độ đàn hồi và làm tăng độ cứng thành mạch [1], [4]. Tuổi ĐM được tính dựa trên các yếu tố, như tuổi đời, HA tâm thu (được hoặc không được điều trị), hút thuốc lá, đái tháo đường (ĐTĐ), cholesterol toàn phần, HDL-c; thang điểm được xây dựng riêng cho nam giới và nữ giới [1].

Đã có nhiều nghiên cứu trong nước và thế giới về tuổi ĐM trên các nhóm bệnh nhân (BN) khác nhau. Chúng tôi nghiên cứu thêm trên BN tăng HA được quản lý, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354 nhằm khảo sát ĐM và các yếu tố nguy cơ tim mạch trên BN tăng HA điều trị tại đây, đồng thời tìm hiểu mối tương quan giữa tuổi ĐM với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng của BN tăng HA.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

200 BN tăng HA nguyên phát, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 01/2015 đến tháng 6/2015. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Loại trừ BN bị biến cố tim mạch nặng (hội chứng ĐM vành cấp, suy tim nặng, giai đoạn cấp của đột quỵ não, phình tách ĐM chủ giai đoạn cấp tính); tăng HA thứ phát; có bệnh lý nội khoa nặng (COPD, suy thận, suy gan...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, nghiên cứu bệnh chứng.

- Phương pháp tiến hành: khám BN, đo chiều cao, cân nặng, làm các xét nghiệm (công thức máu, glucose máu, chức năng gan thận, mỡ máu, điện tim, chụp X quang tim phổi).

- Phương pháp đánh giá:

+ Chẩn đoán tăng HA theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2008 [6].

+ Chẩn đoán ĐTĐ tip 2 theo Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ; chỉ số khối cơ thể (BMI) tính theo công thức của WHO (1996) [5]; các yếu tố nguy cơ tim mạch theo Vũ Thị Thanh Hải (2015) [3],

+ Tuổi ĐM tính quy đổi theo tuổi thực, HA tâm thu, hút thuốc lá, ĐTĐ, cholesterol toàn phần, HDL-c.

- Cách tính tuổi ĐM [1]:

+ Điểm nguy cơ quy đổi theo tuổi thực.

Tuổi thực	Điểm	
	Nữ	Nam
Từ 30-34 điểm	0	0
Từ 35-39 điểm	2	2
Từ 40-44 điểm	4	5
Từ 45-49 điểm	5	6
Từ 50-54 điểm	7	8
Từ 55-59 điểm	8	10
Từ 60-64 điểm	9	11
Từ 65-69 điểm	10	12
Từ 70-74 điểm	11	14
Từ 75 điểm trở lên	12	15

+ Điểm nguy cơ quy đổi theo HA tâm thu.

HA tâm thu (mmHg)	BN chưa dùng thuốc HA		BN đã/đang dùng thuốc HA	
	Nữ	Nam	Nữ	Nam
Dưới 120	- 3	- 2	- 1	0
Từ 120-129	0	0	2	2
Từ 130-139	1	1	3	3
Từ 140-149	2	2	5	4
Từ 150-159	4	2	6	4
Trên 160	5	3	7	5

+ Điểm nguy cơ quy đổi theo HDL-c.

HDL-c		Điểm quy đổi	
(mmol/l)	(g/l)	Nữ	Nam
Trên 1,54	Trên 0,6	- 2	- 2
Từ 1,28-1,53	Từ 0,5-0,59	- 1	- 1
Từ 1,15-1,27	Từ 0,45-0,49	0	0
Từ 0,90-1,14	Từ 0,35-0,44	1	1
Dưới 0,90	Dưới 0,35	2	2

+ Điểm nguy cơ quy đổi theo các yếu tố khác.

Yếu tố nguy cơ khác	Điểm	
	Nữ giới	Nam giới
Hút thuốc lá	3	4
Đái tháo đường	4	3

+ Tuổi ĐM tương ứng điểm nguy cơ quy đổi.

Nữ giới		Nam giới	
Tổng điểm	Tuổi ĐM	Tổng điểm	Tuổi ĐM
0	< 30	0	< 30
1	31	1	32
2	34	2	34
3	36	3	36
4	39	4	38
5	42	5	40
6	45	6	42
7	48	7	45
8	51	8	48
9	55	9	51
10	59	10	54
11	64	11	57
12	68	12	60
13	73	13	64
14	79	14	68
15 +	> 80	15	72
		16	76
		17 +	> 80

- Xử lý số liệu: theo phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới tính và tuổi ĐM trung bình của đối tượng nghiên cứu.

Tuổi	Tổng (n = 200)	Nam (n = 73)	Nữ (n = 127)
Dưới 50	8 (4,0%)	1 (1,4%)	7 (5,5%)
Từ 51-60	61 (30,5%)	22 (30,1%)	39 (30,7%)
Từ 61-70	83 (41,5%)	31 (42,5%)	52 (40,9%)
Trên 70	48 (24,0%)	19 (26,0%)	29 (22,8%)
Tổng	100%	36,5%	63,5%
Tuổi TB	64,98 ± 8,45	65,81 ± 8,32	64,51 ± 8,53
Tuổi ĐM TB	73,66 ± 8,53	75,58 ± 7,25	72,56 ± 9,03

Ghi chú: TB: trung bình.

Tỉ lệ BN nữ (63,5%) nhiều hơn BN nam (36,5%), trong đó BN từ 61-70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (41,5%). Tuổi ĐM trung bình BN nam (75,58 ± 7,25) cao hơn BN nữ (72,56 ± 9,03). Điều này là do tổng điểm nguy cơ quy đổi ở nữ (≥ 15 điểm) thấp hơn so với nam (≥ 17 điểm), trong khi tuổi ĐM chỉ giới hạn ở 80. Tuổi ĐM trung bình ở nam và nữ khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).

Bảng 2. Tuổi ĐM TB và thời gian phát hiện tăng HA.

Tuổi	Tuổi ĐM TB	Tuổi thực
Dưới 5 năm (n = 73)	73,82 ± 8,380	63,55 ± 8,133
Từ 5 đến dưới 10 năm (n = 67)	71,90 ± 9,009	64,19 ± 8,945
Từ 10 năm trở lên (n = 60)	75,43 ± 7,890	67,62 ± 7,790
p	> 0,05	< 0,05

Tuổi ĐM trung bình ở BN THA trên 10 năm cao nhất.

Bảng 3. Tuổi ĐM và mức độ THA.

Mức độ THA	Tuổi ĐM TB	Tuổi thực
THA độ 1	72,88 ± 8,851	64,77 ± 8,202
THA độ 2	78,32 ± 3,833	66,29 ± 9,850
p	< 0,001	> 0,05

Tuổi ĐM trung bình ở BN THA độ 2 cao hơn ở BN THA độ 1, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$.

Bảng 4. Tuổi ĐM trung bình và sự kiểm soát huyết áp.

Kiểm soát huyết áp (< 140/90 mmHg)	Tuổi ĐM TB	Tuổi thực
Có (n = 126)	71,33 ± 9,45	64,52 ± 8,42
Chưa (n = 74)	77,62 ± 4,48	65,78 ± 8,15
p	< 0,001	> 0,05

Tuổi ĐM trung bình nhóm THA chưa kiểm soát huyết áp cao hơn nhóm có kiểm soát huyết áp ($p < 0,001$).

Bảng 5. Tuổi ĐM trung bình và sự kiểm soát đường máu.

Kiểm soát đường máu (< 7,0 mmol/l)	Tuổi ĐM TB	Tuổi thực
Có (n = 26)	77,73 ± 5,4	66,35 ± 7,60
Chưa (n = 58)	78,12 ± 5,02	63,69 ± 8,14
Tổng (n = 84)	78,00 ± 5,113	64,51 ± 8,031
p	> 0,05	> 0,05

Tuổi ĐM trung bình nhóm BN có kiểm soát glucose máu và chưa kiểm soát glucose máu khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. Tuổi ĐM trung bình và nồng độ cholesterol máu.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Tuổi ĐM TB	Tuổi thực
Cholesterol $\geq 5,2$ mmol/l (n = 110)	75,21 ± 7,38	64,68 ± 7,75
Cholesterol < 5,2 mmol/l (n = 90)	71,77 ± 9,45	65,36 ± 9,28
p	< 0,05	> 0,05

Tuổi ĐM trung bình của BN có nồng độ cholesterol $\geq 5,2$ mmol/l và BN có nồng độ cholesterol < 5,2 mmol/l khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 7. Tuổi ĐM trung bình và nồng độ triglycerid máu.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Tuổi ĐM TB	Tuổi thực
Triglycerid $\geq 1,7$ mmol/l (n = 42)	76,52 ± 6,59	64,21 ± 6,22
Triglycerid < 1,7 mmol/l (n = 158)	72,90 ± 8,83	65,19 ± 8,96
p	< 0,05	> 0,05

BN có nồng độ triglycerid $\geq 1,7$ mmol/l thì có tuổi ĐM trung bình cao hơn BN có triglycerid < 1,7 mmol/l, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tuổi trung bình của BN là 64,98 ± 8,45 tuổi; tương đương với nghiên cứu của Hồ Văn Phước (tuổi trung bình BN nghiên cứu là 64,13 ± 11,75 [4]). Tuổi trung bình của BN nữ là 64,51 ± 8,53 và BN nam là 65,81 ± 8,32, BN nữ (63,5%) nhiều hơn BN nam (36,5%); khác với nghiên cứu của khác Wilson P.W (tuổi trung bình BN nam là 48,6 ± 11,7 và BN

nữ là $49,8 \pm 12,0$, BN nam chiếm 44% [9]). Điều này cho thấy, tỉ lệ lớn BN tại Việt Nam điều trị THA, ĐTD ở độ tuổi trên 60, còn trên thế giới lại ở độ tuổi trẻ hơn.

Trong nghiên cứu này, 126/200 BN (63,0%) kiểm soát huyết áp dưới 140/90 mmHg; tương đương nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Hải (64,3% BN kiểm soát được huyết áp [3]). Điều này cho thấy, BN có ý thức tuân thủ điều trị cũng như hiểu biết về THA trong cộng đồng ngày càng nâng lên. Việc quản lý bệnh THA cũng góp phần không nhỏ vào kết quả này, vì qua đó BN được khám, tư vấn, theo dõi sức khỏe đều đặn và khoa học hơn. Tuy nhiên, việc điều trị THA phải được cá thể hóa và cố gắng phấn đấu đánh giá bằng huyết áp ĐM trung tâm chứ không chỉ dừng lại ở huyết áp ĐM ngoại biên.

Tuổi ĐM trung bình của BN là $73,66 \pm 8,53$, trong đó, tuổi ĐM trung bình BN nam ($75,58 \pm 7,25$) cao hơn BN nữ ($72,56 \pm 9,03$). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Cương (với tuổi ĐM trung bình là $48,59 \pm 16,63$ [2]), nhưng thấp hơn nghiên cứu của Hồ Văn Phước (tuổi ĐM trung bình là $74,6 \pm 8,42$ [4]) và Vũ Thị Thanh Hải (tuổi ĐM trung bình là $79,09 \pm 3,2$ [3]). Sở dĩ như vậy là do tổng điểm nguy cơ quy đổi ở nữ (≥ 15 điểm) thấp hơn so với nam (≥ 17 điểm), trong khi tuổi ĐM chỉ giới hạn ở 80; hoặc có thể do BN nam có nhiều yếu tố nguy cơ hơn BN nữ trong phạm vi tính điểm tuổi ĐM. Tuổi ĐM ở nam và nữ khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).

Tuổi ĐM trung bình nhóm THA chưa kiểm soát huyết áp cao hơn nhóm có kiểm soát huyết áp, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tuổi ĐM trung bình nhóm BN có kiểm soát glucose máu và chưa kiểm soát glucose máu khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). THA và ĐTD có thể là hai bệnh độc lập, nhưng cũng có thể có mối liên quan. Một số nghiên cứu cho rằng, THA là một yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTD, ngược lại một số cho rằng, ĐTD là yếu tố nguy cơ của THA. Nhưng cả hai bệnh này đều là yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch và chúng thường đi kèm với nhau. Tỉ lệ THA ở người ĐTD tăng gấp 2 lần so với người bình thường. Trong nghiên cứu này, tuổi ĐM trung bình ở BN THA độ 1 thấp hơn BN THA độ 2, với $p < 0,001$. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Hải (tuổi ĐM trung bình ở nhóm kiểm soát huyết áp là $74,75 \pm 3,80$ và ở nhóm còn lại là $79,43 \pm 2,48$ [3]). Điều này là do tuổi thực trung bình của nhóm BN ĐTD trong nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Hải cao hơn. Đây là bệnh có ảnh hưởng lớn đến sự lão hóa, xơ cứng của mạch máu [3]. Như vậy, việc kiểm soát trị số huyết áp là một mục tiêu tương đối dễ dàng nhưng hiệu quả lại vô cùng to lớn; khi BN hiểu

được điều đó thì tỉ lệ BN điều trị THA hiệu quả sẽ tăng lên đáng kể. Để làm tốt việc trên cần phải tốt công tác truyền thông, tư vấn và sử dụng thuốc đúng, đủ.

Tuổi ĐM trung bình ở BN ĐTD là $78,00 \pm 5,11$; tương đương kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Hải (tuổi ĐM ở BN ĐTD là $79,09 \pm 3,2$, trong đó tuổi ĐM trung bình ở BN có kiểm soát được glucose máu là $77,73 \pm 5,4$ [3]). Khi chúng tôi thực hiện nghiên cứu này, Bệnh viện Quân y 354 chưa triển khai làm xét nghiệm chỉ số HbA1C, nên đây cũng là đánh giá sơ bộ kiểm soát ĐTD dựa vào glucose máu lúc đói. Điều này cho thấy, có mối liên quan mật thiết giữa bệnh THA, ĐTD và các biến chứng, đặc biệt các biến chứng liên quan đến mạch máu, đến mảng xơ vữa động mạch.

Rối loạn chuyển hóa lipid và ĐTD ở BN THA là những bệnh lí đã được chứng minh làm tăng tỉ lệ tử vong và biến cố tim mạch. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy, lợi ích thật sự của việc kiểm soát tốt glucose máu và lipid máu trong việc giảm tử vong và biến cố tim mạch. Trong nghiên cứu này, tuổi ĐM trung bình ở BN có cholesterol máu $\geq 5,2$ mmol/l ($75,21 \pm 7,38$) cao hơn ở nhóm BN có cholesterol $< 5,2$ mmol/l ($71,77 \pm 9,45$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. BN có triglycerid $\geq 1,7$ mmol/l ($76,52 \pm 6,59$) có tuổi ĐM trung bình cao hơn BN có triglycerid $< 1,7$ mmol/l ($72,90 \pm 8,83$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đối tượng BN của chúng tôi có tuổi trung bình khá cao nên có nhiều nguy cơ tim mạch đi kèm, trong đó có rối loạn chuyển hóa lipid. Liên quan giữa rối loạn lipid và quá trình xơ vữa ĐM đã được nhiều nghiên cứu chứng minh và làm thúc đẩy nhanh tiến trình già đi của mạch máu (tuổi ĐM là minh chứng cho điều đó). Hiện nay, sự cải thiện trong các dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe đã góp phần nâng cao tuổi thọ của con người. Tuy nhiên, tuổi cao và lối sống không lành mạnh góp phần làm tăng tần suất mắc các bệnh tim mạch và ĐTD ở người cao tuổi. Trong đó, rối loạn chuyển hóa lipid ở người cao tuổi có ĐTD, THA là một vấn đề nổi bật, cần được quan tâm.

Để kiểm soát tuổi ĐM đồng nghĩa với việc chúng ta phải kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ tim mạch (hút thuốc lá, béo phì, hoạt động thể lực, rối loạn mỡ máu, THA, ĐTD...) càng sớm càng tốt. Có như vậy, sự lão hóa mạch máu mới chậm lại và cơ hội có cuộc sống khỏe sẽ đến rất gần.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 200 BN THA nguyên phát, đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 01/2015 đến tháng 6/2015, kết luận:

(Xem tiếp trang 56)

bình thường tăng rõ rệt, trong đó 38 BN (10,0%) có giá trị xét nghiệm glucose máu và HbA1c bình thường, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

- Kết quả xét nghiệm glucose máu và HbA1c theo mục tiêu điều trị của Liên đoàn ĐTĐ quốc tế: 28,2% BN có nồng độ glucose máu ở mức tốt và chấp nhận; 58,5% BN có nồng độ HbA1c được kiểm soát tốt và chấp nhận.

- Mọi tương quan thuận giữa hoạt độ glucose máu và tỉ lệ HbA1c có ý nghĩa thống kê, với $r = 0,5739$ và $0,514$, $p < 0,01$. 69 BN (18,6%) có mối tương quan nghịch giữa glucose máu và HbA1c.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Phương Mai, Trần Hoài Nam (2010), "Giá trị HbA1c huyết thanh trong chẩn đoán ĐTĐ tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng", *Tạp chí Hóa sinh y dược học*, Tổng hội Y học Việt Nam, tr. 92-98.

2. Lê Văn Chi, Trần Quang Trung (2011), *Tình hình sử dụng thuốc hạ glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ II*, Bộ môn Nội, Trường Đại học Y dược Huế.

3. Đào Thị Dừa, Nguyễn Hải Thủy (2008), "Nghiên cứu chất lượng sống bệnh nhân đái tháo đường", *Tạp chí Y học thực hành* (616-617), tr. 349-357.

4. Nguyễn Văn Hoàn (2013), "Chất lượng điều trị, quản lí bệnh đái tháo đường", Báo Nghệ An

5. Nguyễn Diệu Vân (2011), *Bệnh đái tháo đường*, Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 411- 432.

6. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 chưa có biến chứng* (2013), Hội Nội tiết và đái tháo đường Việt Nam.

7. Bộ Y tế (2011), "Chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2", Quyết định số 3280/QĐ-BYT ngày 09 tháng 9 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

8. American Diabetes Association (2015), *Standards of medical care in Diabetes -2015*, Diabetes care Volume 38, Supplement I, January 2015. □

KHẢO SÁT TUỔI ĐỘNG MẠCH CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP...

(Tiếp theo trang 40)

- Tỉ lệ BN nữ (63,5%) nhiều hơn BN nam (36,5%), trong đó BN từ 61-70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (41,5%). Tuổi ĐM trung bình ở BN nam ($75,58 \pm 7,25$) cao hơn ở BN nữ ($72,56 \pm 9,03$).

- Tuổi ĐM trung bình ở BN THA trên 10 năm mắc bệnh THA chiếm tỉ lệ cao nhất ($75,43 \pm 7,890$). Tuổi ĐM trung bình ở BN THA độ 2 cao hơn so với BN THA độ 1, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

- Tuổi ĐM trung bình trên BN THA chưa kiểm soát huyết áp cao hơn nhóm có kiểm soát huyết áp ($p < 0,001$). Tuổi ĐM trung bình nhóm BN có kiểm soát glucose máu và chưa kiểm soát glucose máu khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuổi ĐM trung bình của BN có nồng độ cholesterol $\geq 5,2$ mmol/l và BN có nồng độ cholesterol $< 5,2$ mmol/l, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). BN có nồng độ triglycerid $\geq 1,7$ mmol/l thì có tuổi ĐM cao trung bình hơn BN có triglycerid $< 1,7$ mmol/l, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trương Quang Bình (2013), *Tuổi động mạch: Tiếp cận toàn diện trong đánh giá và điều trị tăng huyết áp*, ESC Highlights 2013.

2. Nguyễn Minh Cường (2014), *Nghiên cứu đặc điểm một số yếu tố nguy cơ tim mạch và tuổi động mạch ở cán bộ đơn vị X - Tổng cục Hậu cần*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y.

3. Vũ Thị Thanh Hải (2015), *Khảo sát tuổi động mạch và một số yếu tố nguy cơ tim mạch trên BN đái tháo đường típ 2*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y.

4. Hồ Văn Phước (2015), "Khảo sát tuổi động mạch ở bệnh nhân bị hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Đà Nẵng", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*.

5. Trịnh Hồng Sơn, Vũ Đại Quế, Nguyễn Tiến Thành và CS (2013), "Chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì", *Tạp chí Y học thực hành*, 5, tr.168-173.

6. Nguyễn Quang Tuấn (2012), *Tăng huyết áp trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 19-28.

7. Hồ Huỳnh Quang Trí (2013), *Lão hóa mạch máu sớm: Ý nghĩa và phòng chống*, Chuyên đề tim mạch học tháng 3/2013.

8. Mc Govern P.G, Pankow J.S, Shahar E, Doliszny K.M, Folsom A.R, Blackburn H, Luepker R.V (1996), "The Minnesota Heart Survey Investigators, Recent trends in acute coronary heart disease: mortality, morbidity, medical care, and risk factors. *N Engl J Med*. 334: 884-890.

9. Wilson P.W, D'Agostino, R.B, Levy D, Belanger A.M, Silbershatz H, Kannel W.B (1998), "Prediction of coronary heart disease using risk factor categories", *Circulation*, 97 (18): 1837-1847. □