

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

Evaluation of the relationship between target organ damage and 24 hour-blood pressure variability in hypertensive patients over 60 years of age

Vũ Thị Lệ, Nguyễn Đức Hải

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm tổn thương cơ quan đích và mối liên quan với hình thái biến thiên huyết áp 24 giờ ở bệnh nhân > 60 tuổi bị tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng gồm tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát, điều trị nội trú tại Khoa A1- Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong khoảng thời gian từ tháng 07/2016 đến tháng 10/2017. Các bệnh nhân được đeo máy đo huyết áp lưu động 24 giờ hiệu TONOPORT- V tại Khoa A11- Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, các chỉ tiêu nghiên cứu được phân tích dựa trên kết quả thu được từ máy TONOPORT- V gồm: Vọt huyết áp sáng sớm, mất trung huyết áp ban đêm. Phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 83 bệnh nhân tăng huyết áp chủ yếu là nam giới (97,6%), có tuổi trung bình $72,9 \pm 9,32$ tuổi, thời gian tăng huyết áp trung bình $10,04 \pm 6,05$. Tổn thương cơ quan đích: Tim là 81,9%, não là 34,9%, mắt là 61,4%, thận là 38,6%. Hình thái biến thiên huyết áp 24 giờ: Mất trung huyết áp ban đêm là 73,5%, vọt huyết áp sáng sớm là 65,1%. Mất trung huyết áp ban đêm làm tăng nguy cơ tổn thương với tim OR = 4,3 (95% CI: 1,2 - 15,4, p=0,02), não OR = 4,4 (95% CI: 1,2 - 20,9, p=0,04), mắt OR = 4,3 (95% CI: 1,2 - 14,6, p=0,01), thận OR = 5,4 (95% CI: 1,1 - 19,3, p=0,02). Vọt huyết áp sáng sớm tăng nguy cơ tổn thương với tim mạch OR = 3,6 (95% CI: 1,1 - 11,4, p=0,02); não OR = 2,8 (95% CI: 1,0 - 8,1, p=0,04), mắt OR = 2,9 (95% CI: 1,1 - 7,4, p=0,02), không thấy mối liên quan giữa vọt huyết áp sáng sớm lên tổn thương thận. **Kết luận:** Các bệnh nhân tăng huyết áp > 60 tuổi có tổn thương tim và mắt chiếm tỉ lệ cao nhất (81,9%, 61,4%). Hầu hết các bệnh nhân mất trung huyết áp ban đêm, quá nửa số bệnh nhân xuất hiện vọt huyết áp sáng sớm. Sự mất trung huyết áp ban đêm và vọt huyết áp sáng sớm làm tăng nguy cơ tổn thương tim, mắt, não. Mất trung huyết áp ban đêm làm tăng nguy cơ tổn thương thận.

Từ khoá: Tăng huyết áp nguyên phát, đo huyết áp lưu động 24 giờ, trung huyết áp ban đêm, vọt huyết áp sáng sớm.

Summary

Objective: To investigate some target organ damages and the relationship between target organ damage and 24 hour-blood pressure variability in hypertensive patients over 60 years of age. **Subject and method:** A prospective, cross-sectional descriptive study, performed on all essential hypertensive patients treated at A1 Department - 108 Military Central Hospital from July 2016 to October 2017. The patients were followed 24-hour ambulatory blood pressure monitoring at A11 Department. **Result:** 83 hypertensive patients were mostly male, the average age was 72.9 ± 9.32 . Time to detect hypertension ≥ 10 years accounted 41%. The target organ damage included: Heart 81.9%, brain 34.9%, eyes 61.4%,

Ngày nhận bài: 12/3/2020, ngày chấp nhận đăng: 20/4/2020

Người phản hồi: Vũ Thị Lệ; Email: vulle108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

kidney 38.6%. The patient with non-dipper 73.5%, morning surge 65.1%. The patients with non-dipper that increased the risk cardiac organ damage OR = 4.3 (95% CI: 1.2 - 15.4, p=0.02), brain OR = 4.4 (95% CI: 1.2 - 20.9, p=0.04), eyes OR = 4.3 (95% CI: 1.2 - 14.6, p=0.01), kidney OR = 5.4 (95% CI: 1.1 - 19.3, p=0.02). The patients with morning surge that increased the risk cardiac organ damage OR = 3.6 (95% CI: 1.1 - 11.4, p=0.02), brain OR = 2.8 (95% CI: 1.0 - 8.1, p=0.04), eyes OR = 2.9 (95% CI: 1.1 - 7.4, p=0.02), there was no effect of morning surge hypertension on kidney damage. *Conclusion:* The rate of cardiac and eye damages were the highest. Most hypertensive patients have nocturnal non-dipper, over half of them appeared morning surge. Non-dipper and morning surge increased the risk cardiovascular, eyes, and brain. Non-dipper increased kidney damage.

Keywords: Essential hypertension, 24-hour ambulatory blood pressure monitoring, non-dipper, morning-surge.

1. Đặt vấn đề

Tăng huyết áp (THA) là bệnh lý thường gặp và có tỷ lệ tử vong cao. Bệnh có xu hướng gia tăng nhanh ở các nước cũng như tại Việt Nam. Theo một số nghiên cứu, tỷ lệ THA trên thế giới vào năm 2025 ước tính là 29,2% (1,56 tỉ người). Mặc dù thuốc và các biện pháp điều trị không ngừng phát triển, tuy nhiên tỷ lệ tử vong và tàn phế do THA vẫn còn khá cao. WHO ước tính có tới 7,5 triệu ca tử vong hàng năm do THA [1]. Tại Việt Nam, theo điều tra của Chương trình Quốc gia Phòng chống Tăng huyết áp giai đoạn 2010 - 2015, tại 8 tỉnh thành phố trên toàn quốc, thấy tỷ lệ tăng huyết áp là 47,3% [3]. Tăng huyết áp gây tử vong và tàn phế hàng đầu ở người cao tuổi, giảm chất lượng cuộc sống và là gánh nặng xã hội do những biến chứng của nó. Vì vậy, THA trên người cao tuổi đã và đang là vấn đề sức khỏe đáng lo ngại, bởi bệnh diễn biến âm thầm nhưng để lại nhiều biến chứng nặng nề như: Đột quỵ não, suy tim, nhồi máu cơ tim... Nhiều nghiên cứu cho thấy kiểm soát tốt huyết áp sẽ giúp ngăn ngừa các biến chứng nguy hiểm của bệnh, đặc biệt là trên bệnh nhân cao tuổi [4], [9]. Kỹ thuật đo huyết áp liên tục 24 giờ có nhiều ưu điểm là có thể đánh giá các tình trạng huyết áp như: Hạ huyết áp tư thế, mất trũng huyết áp ban đêm, vọt huyết áp sáng sớm (HASS)... mà các phương pháp đo thông thường không đánh giá được. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng biến thiên huyết áp trong ngày có liên quan đến tổn thương cơ quan đích và biến cố tim mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp. Hướng dẫn điều trị THA của Hội Tăng

huyết áp châu Âu (European society hypertension - ESH) đã công nhận giá trị nhất định của biến thiên huyết áp trong thực hành lâm sàng. Tình trạng biến thiên huyết áp có thể xảy ra trên cả người bình thường và bệnh nhân THA đang được điều trị bằng thuốc hạ áp, làm tăng biến cố tim mạch, đòi hỏi chúng ta phải kiểm soát huyết áp một cách tốt hơn. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá tổn thương cơ quan đích và mối liên quan giữa hình thái biến thiên huyết áp và nguy cơ tổn thương cơ quan đích của bệnh nhân tăng huyết áp > 60 tuổi.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 83 bệnh nhân bị tăng huyết áp nguyên phát điều trị nội trú tại Khoa A1 - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian từ tháng 07/2016 đến tháng 10/2017.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định THA dựa vào JNC VI và khuyến cáo về THA của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2015 [3].

Bệnh nhân không dùng thuốc hạ áp trong quá trình đeo máy Holter huyết áp.

Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Tăng huyết áp thứ phát.

Bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Các bước tiến hành:

Hỏi khám lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Làm các xét nghiệm cận lâm sàng thường quy cần thiết.

Đeo máy đo huyết áp lưu động 24 giờ cho bệnh nhân.

Thu nhập số liệu và xử lý theo thuật toán thống kê.

Phương tiện: Máy đo huyết áp loại TONOPORT V - Đức 2014, đặt tại Khoa A11 - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Chương trình đo: 60 phút/ lần vào ban ngày và 120 phút/ lần vào ban đêm.

Thời gian đo huyết áp: Ban ngày từ 7 giờ đến 21 giờ 59 phút, ban đêm từ 22 giờ đến 6 giờ 59 phút.

Tiêu chuẩn đánh giá

Đánh giá tăng huyết áp: Theo tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2015.

Phân chia hình thái huyết áp:

Tỷ lệ trung huyết áp ban đêm của huyết áp tâm thu và tâm trương được tính theo công thức: % huyết áp = (Trung bình huyết áp ban ngày - trung bình huyết áp ban đêm): Trung bình huyết áp ban ngày $\times 100$. Trung huyết áp ban đêm (dipper): Tỷ lệ trung huyết áp ban đêm $> 10\%$ đến 20% . Không có

trung huyết áp ban đêm khi tỷ lệ trung huyết áp giảm $\leq 10\%$. Vọt huyết áp sáng sớm: Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương tăng lên ít nhất 20/15mmHg tính từ huyết áp thấp nhất trong quá trình ngủ đến trung bình 2 giờ đầu tiên sau khi thức dậy.

Xác định tổn thương cơ quan đích: Dựa vào khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam 2005 [3].

Đánh giá tổn thương đáy mắt bằng soi đáy mắt có: Co thắt, hẹp lòng động mạch, động mạch co cứng đề lên tĩnh mạch chỗ bắt chéo, có xuất huyết xuất tiết và phù gai thị.

Tim mạch: Điện tâm đồ sử dụng chỉ số Sokolow-Lyon $\geq 35\text{mm}$ đánh giá dày thất trái, sóng R cao/aVL $> 11\text{mm}$, siêu âm tim đánh giá độ dày thất trái, chỉ số khối cơ thất trái, thể tích thất trái, chức năng tâm thu thất trái.

Thận: Đánh giá mức lọc cầu thận, siêu âm ổ bụng đánh giá chức năng và kích thước thận, siêu âm Doppler động mạch thận đánh giá hẹp hay xơ vữa động mạch thận.

Đột quy não: Căn cứ vào định nghĩa đột quy não của Tổ chức Y tế Thế giới. Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ sọ não phát hiện tổn thương.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 của Mỹ.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n = 83)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	81	97,6
	Nữ	2	2,4
Nhóm tuổi (Năm)	60 - 69	33	39,8
	70 - 79	30	36,1
	≥ 80	20	24,1
	$\bar{X} \pm SD$	72,9 $\pm$ 9,32	
Số năm THA (Năm)	< 5	26	31,3
	6 - 10	23	27,7

	≥ 10	34	41,0
	$(\bar{X} \pm SD)$	10,04 $\pm$ 6,05	

Hầu hết các bệnh nhân là nam giới (97,6%), tuổi trung bình khá cao ($72,9 \pm 9,32$ tuổi). Nhóm tuổi từ 60 - 69 tuổi gặp phổ biến nhất (39,8%). Bệnh nhân tăng huyết áp ≥ 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 41,0%, bệnh nhân tăng huyết áp 6 - 10 năm (27,7%), tỷ lệ bệnh nhân phát hiện tăng huyết áp < 5 năm 31,3%.

3.2. Đặc điểm tổn thương cơ quan đích và biến thiên huyết áp 24 giờ

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương cơ quan đích

Tổn thương cơ quan đích		Số bệnh nhân (n = 83)	Tỷ lệ %
Tim	Có	68	81,9
	Không	15	18,1
Não	Có	29	34,9
	Không	54	65,1
Mắt	Có	51	61,4
	Không	32	38,6
Thận	Có	32	38,6
	Không	51	61,4

Trong nhóm biến chứng của tăng huyết áp, tổn thương tim chiếm tỷ lệ cao nhất 81,9%, tổn thương não chiếm tỷ lệ thấp nhất 34,9%.

Bảng 3. Đặc điểm biến thiên huyết áp ngày đêm

Hình thái biến thiên huyết áp		Số bệnh nhân (n = 83)	Tỷ lệ %
Trùng huyết áp về đêm (n = 83)	Trùng sâu	2	2,4
	Có trùng	14	16,9
	Mất trùng	61	73,5
	Trùng đảo ngược	6	7,2
Vọt huyết áp sáng sớm (n = 83)	Có	54	65,1
	không	29	34,9

Hình thái biến thiên huyết áp ngày - đêm chủ yếu là mất trùng chiếm tỷ lệ cao 73,5%. Có 2 bệnh nhân trùng sâu (2,4%) và 6 BN trùng đảo ngược (7,2%). Đa số bệnh nhân có vọt huyết áp sáng sớm (65,1%).

3.3. Mối liên quan giữa tổn thương cơ quan đích và hình thái biến thiên huyết áp 24 giờ

Bảng 4. Mối liên quan giữa tổn thương cơ quan đích và trùng huyết áp ban đêm

Đặc điểm		Trùng huyết áp ban đêm		OR	95% CI	p
		Mất trùng (n = 61)	Có trùng (n = 14)			
		n (%)	n (%)			
Tim	Không	9 (60)	6 (40)	4,3	1,2 - 15,4	0,02
	Có	52 (86,7)	8 (13,3)			
Não	Không	35 (74,5)	12 (25,5)	4,4	1,2 - 20,9	0,04
	Có	26 (92,9)	2 (7,1)			
Mắt	Không	18 (66,7)	9 (33,3)	4,3	1,2 - 14,6	0,01

	Có	43 (89,6)	5 (10,4)			
Thận	Không	32 (72,7)	12 (27,3)	5,4	1,1 - 19,3	0,02
	Có	29 (93,5)	2 (6,5)			

Bệnh nhân tăng huyết áp bị mất trung huyết áp ban đêm làm tăng nguy cơ tổn thương thận lên cao nhất với OR = 5,4 ($p=0,02$), làm tăng nguy cơ tổn thương tim, mắt lên 4,3 lần ($p<0,02-0,01$) và làm tăng nguy cơ tổn thương não lên 4,4 lần với $p=0,04$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa tổn thương cơ quan đích và vệt huyết áp sáng sớm ($n = 83$)

Đặc điểm		Vệt huyết áp sáng sớm		OR	95% CI	p
		Có ($n = 54$)	Không ($n = 29$)			
		n (%)	n (%)			
Tim	Không	6 (40)	9 (60)	3,6	1,1 - 11,4	$=0,025$
	Có	48 (70,6)	20 (29,4)			
Não	Không	31 (57,4)	23 (42,6)	2,8	1,0 - 8,1	$=0,04$
	Có	23 (79,3)	6 (20,7)			
Mắt	Không	16 (50)	16 (50)	2,9	1,1 - 7,4	$=0,02$
	Có	38 (74,5)	13 (25,5)			
Thận	Không	35 (68,6)	16 (31,4)	0,6	0,2 - 1,6	$=0,39$
	Có	19 (59,4)	13 (40,6)			

Không thấy ảnh hưởng của vệt huyết áp sáng sớm lên tổn thương thận ở các bệnh nhân nghiên cứu.

Vệt huyết áp sáng sớm làm tăng nguy cơ tổn thương tim, não và mắt với OR lần lượt là 3,6, 2,8, 2,9 ($p<0,05$).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung và tổn thương cơ quan đích của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi, giới: Tuổi là một yếu tố nguy cơ ngẫu nhiên và quan trọng trong thực hành lâm sàng. Sự tăng huyết áp theo tuổi là nguyên nhân chính làm gia tăng chủ yếu về tỷ lệ và tần suất THA khi tuổi càng cao. Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình rất cao ($72,9 \pm 9,32$ tuổi), cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Đặng Duy Quý (2012) là $60,28 \pm 11,49$ [2], Pai Feng Hsu và cộng sự (2016) là $55,9 \pm 12,4$ [6]. Có sự khác biệt đó là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành chủ yếu trên các bệnh nhân là

các cán bộ cao cấp của quân đội và phần đông đã nghỉ hưu nên có tuổi đời cao, điều đó cũng lý giải tỷ lệ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm tỷ lệ rất thấp 2,4%.

Thời gian phát hiện bệnh THA: THA là bệnh diễn biến âm thầm, hầu hết bệnh nhân THA không được phát hiện, hoặc được phát hiện nhưng không được điều trị và bệnh chỉ được biết tới khi có các dấu hiệu lâm sàng hoặc khi có biến chứng. Chính vì vậy, khi đến viện bệnh nhân có thời gian bị bệnh khá dài. Thời gian phát hiện THA trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là trên 10 năm (41%), thời gian mắc bệnh THA trung bình tới $10,04 \pm 6,05$ năm. Như vậy, tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc THA càng tăng lên.

Đặc điểm tổn thương cơ quan đích

Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết bệnh nhân đều có tổn thương một hoặc nhiều cơ quan đích.

Tổn thương bệnh tim do THA chiếm tỷ lệ cao nhất 81,9%. Biến chứng tim mạch gồm dày thất trái

trên điện tâm đồ, tăng khối lượng cơ thất trái trên siêu âm tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, suy tim... Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Đặng Duy Quý (2012) thấy tổn thương tim ở bệnh nhân THA là 76,3% [2], Lưu Quang Minh (2017) tổn thương tim là 64,7% [5]. Bệnh võng mạc do THA chiếm tỷ lệ 61,4%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của Lưu Quang Minh (2017) bệnh võng mạc chiếm tỷ lệ 73,1% [5]. Tổn thương đáy mắt ở bệnh nhân THA là một biến chứng hay gặp, nhiều công trình nghiên cứu thấy khoảng 60 - 70% THA gây biến chứng sớm ở mắt, phụ thuộc vào mức độ HA chứ ít phụ thuộc vào thời gian bị THA. Các biến đổi này có thể xác định qua khám mạch máu võng mạc bằng soi đáy mắt, chụp hình hay chụp mạch máu.

Tỷ lệ tổn thương não trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đối cao 34,9%. Tương tự như nghiên cứu của Đặng Duy Quý tỷ lệ tổn thương não ở bệnh THA là 21,1% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể do đối tượng của chúng tôi là bệnh nhân cao tuổi nên kèm xơ vữa mạch não nhiều hơn, vì vậy mà tỷ lệ tổn thương não cao hơn. Biến chứng thận trong bệnh THA có đặc điểm khác với THA do nguyên nhân bệnh lý thận gây ra, đó là biểu hiện chủ yếu ở rối loạn chức năng thải ure và creatinin. Cho dù THA do bệnh thận hay ngược lại thì THA vẫn là yếu tố chính của tiến triển bệnh thận. Việc điều trị kiểm soát được huyết áp sẽ làm chậm tiến triển ở bệnh nhân suy thận. Tỷ lệ gặp các biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao là do sự lựa chọn bệnh nhân tuổi ≥ 60 và bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 10 năm chiếm đa số.

4.2. Mối liên quan giữa tổn thương cơ quan đích và biến thiên huyết áp 24 giờ

Trong nghiên cứu chúng tôi thấy tình trạng mất ngủ huyết áp ban đêm làm tăng nguy cơ tổn thương cơ quan đích tim, não, mắt, thận lên từ 4,3 đến 5,4 lần với $p < 0,05$. Huỳnh Văn Minh (2006) nghiên cứu ở những bệnh nhân THA lớn tuổi cho thấy những người mất ngủ huyết áp ban đêm có tần suất nhồi máu não cao hơn những người có ngủ [4]. Nghiên cứu Ohasama (2008) cho thấy tình trạng ngủ

tiên đoán độc lập nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch, ở những người tăng huyết áp mất ngủ là 5,37 [7]. Verdecchia P và cộng sự cho rằng sự mất ngủ khoảng trung huyết áp về đêm là một phản ứng nghịch thường về nhịp sinh học dễ đưa đến các biến chứng như: Nhồi máu cơ tim, đột tử, nhất là ở người cao tuổi [9].

Về lâm sàng thì bệnh nhân mất ngủ và có ngủ không khác nhau nhưng với tổn thương cơ quan đích thì người mất ngủ tiên lượng tồi thường gặp hơn và tỷ lệ biến cố tim mạch cao hơn người có ngủ. Người ta thấy sự hằng định của tình trạng mất ngủ huyết áp ban đêm gặp ở những bệnh nhân tăng huyết áp ác tính. Vì vậy, trong điều trị chúng ta không chỉ quan tâm đến trị số của huyết áp mà cần đặc biệt quan tâm đến tình trạng mất ngủ huyết áp ban đêm, từ đó điều chỉnh thuốc hạ áp hợp lý nhằm giảm biến cố trên cơ quan đích cho bệnh nhân.

Chúng tôi chưa thấy mối liên quan giữa tổn thương thận và vọt huyết áp sáng sớm, có thể do số lượng bệnh nhân chưa đủ lớn. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra vọt huyết áp sáng sớm làm tăng nguy cơ tổn thương tim, não, mắt lên lần lượt là 3,6, 2,8 và 2,9 lần ($p < 0,05$). Kario và cộng sự (2004) thấy người cao tuổi bị vọt huyết áp sáng sớm thường bị tổn thương đa mạch não và tỷ lệ cao bị đột quỵ so với người không có vọt HASS. Vọt HASS có liên quan đến dày thất trái ở bệnh nhân THA không được điều trị [8]. Khi tăng 10mmHg trong vọt HASS cho thấy nguy cơ đột quỵ tăng khoảng 22%, độc lập với tuổi và HA trung bình 24 giờ. Điều trị hạ áp có thể đạt được kiểm soát huyết áp chắc chắn vẫn có thể giảm vọt huyết áp sáng sớm và giúp làm giảm tỷ lệ mắc phải những biến cố này [9]. Như vậy, muốn giảm tổn thương cơ quan đích trên bệnh nhân tăng huyết áp ta cần giảm vọt HASS trên bệnh nhân. Việc giảm vọt huyết áp sáng sớm có thể là mục tiêu mới trong dự phòng tổn thương cơ quan đích và các biến cố tim mạch ở bệnh nhân THA.

5. Kết luận

Tổn thương của cơ quan đích do tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao: Tại tim là 81,9%, não là 34,9%, mắt là 61,4% và thận là 38,6%.

Số bệnh nhân mất trung huyết áp ban đêm là 73,5%, có trung huyết áp ban đêm là 16,9%; có 65,1% bệnh nhân có vệt huyết áp sáng sớm. Mất trung huyết áp ban đêm ở bệnh nhân THA làm tăng nguy cơ tổn thương cơ quan đích tim, não, mắt và thận với OR từ 4,3 - 5,4 ($p < 0,05$).

Vệt huyết áp sáng sớm làm tăng nguy cơ tổn thương tim, não và mắt ở bệnh nhân tăng huyết áp lên lần lượt là 3,6, 2,8 và 2,9 lần ($p < 0,05$) so với bệnh nhân THA không vệt huyết áp sáng sớm.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2015) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch, 2015*. Nhà xuất bản Y học.
2. Đặng Duy Quý (2012) *Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và biến đổi huyết áp 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp kháng trị*. Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
3. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2015) *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị, dự phòng tăng huyết áp ở người lớn*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Huỳnh Văn Minh (2006) *Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị, dự phòng tăng huyết áp ở người lớn*. Nhà xuất bản Y học, tr. 1-52.
5. Lưu Quang Minh (2017) *Nghiên cứu một số chỉ số biến thiên huyết áp bằng phương pháp đo huyết áp lưu động 24 giờ ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.
6. Hsu PF et al (2016) *High short-term blood pressure variability predicts long-term cardiovascular mortality in untreated hypertensives but not in normotensives*. Am J Hypertens 29(7): 806-813.
7. Kikuya M et al (2008) *Day-by-day variability of blood pressure and heart rate at home as a novel predictor of prognosis: The Ohasama study*. Hypertension 52(6): 1045-1050.
8. Kario K and Shimada K (2004) *Risers and extreme-dippers of nocturnal blood pressure in hypertension: antihypertensive strategy for nocturnal blood pressure*. Clin Exp Hypertens 26(2): 177-189.
9. Verdecchia P et al (2012) *Day-night dip and early-morning surge in blood pressure in hypertension: Prognostic implications*. Hypertension 112: 1918-58.