

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ HUYẾT ÁP “TRŨNG” VÀ “KHÔNG TRŨNG” BẰNG KỸ THUẬT ĐO HUYẾT ÁP LƯU ĐỘNG 24 GIỜ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Lê Văn Tâm¹, Huỳnh Văn Minh²

Trường Đại học Y Dược Huế

¹. Bộ môn Gây mê - Hồi sức

². Bộ môn Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ huyết áp có trũng và không có trũng; Đánh giá tổn thương cơ quan với THA áo choàng trắng và THA thực sự. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các dữ kiện được phân tích qua 60 bệnh nhân THA gồm 38 nam và 22 nữ, tuổi từ 25 đến 75 tuổi. Máy sử dụng là ABPM của Tonoport của CHLB Đức sản xuất, cài đặt chương trình đo mỗi 30 phút và đánh giá sự thay đổi chức năng thất trái bằng điện tim 12 chuyển đạo và siêu âm tim. **Kết quả:** Ở nhóm THA áo choàng trắng tỷ lệ huyết áp trũng là 43,75%, tỷ lệ huyết áp không trũng là 56,25%. Ở nhóm THA thực sự tỷ lệ huyết áp trũng là 38,64%, tỷ lệ huyết áp không trũng là 61,36%. Không có phì đại thất trái và tổn thương đáy mắt ở bệnh nhân tăng huyết áp áo choàng trắng. Có phì đại thất trái và tổn thương đáy mắt ở tăng huyết áp thực sự. **Kết luận:** Việc sử dụng máy theo dõi HA lưu động 24 giờ có thể giúp chúng ta phát hiện được hiện tượng huyết áp trũng và huyết áp không trũng.

Abstract

A STUDY ON THE RATE OF DIPPER AND NON-DIPPER BLOOD PRESSURE BY USING 24 HOUR AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING (ABPM) IN HUE UNIVERSITY HOSPITAL

Le Van Tam, Huynh Van Minh

Objectives: To determine the prevalence of dipper and non-dipper blood pressure by using 24 hour ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) and to assess the correlation between target organ damages with white coat hypertension and real hypertension. **Patients and method:** Data from 60 hypertensives including 38 males and 22 females, ages from 25 to 75 yrs were analysed. The 24h ABPM made by German Tonoport's were used for the measurement of blood pressure with the program 30 minutes per time and ECG and Echocardiography were used to assess the changes in left ventricular structure. **Results:** - White coat hypertensive group: The prevalence of dipper blood pressure was 43,75% and non-dipper was 56,25%.- real hypertensive group: The prevalence of dipper was 38,64% and non-dipper was 61,36%. There hadn't the left ventricular hypertrophy and lesion of ocular fundus in patients who had white coat hypertension. **Conclusions:** By using the 24 hour ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) we can detect the dipper and non-dipper phenomenon of blood pressure.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời gian gần đây việc áp dụng kỹ thuật đo huyết áp lưu động 24 giờ (ABPM) đã đóng một vai trò quan trọng trong thực hành lâm sàng, bằng kỹ thuật này có thể chẩn đoán tăng huyết áp áo choàng trắng và phân biệt được hai trạng thái có trũng và không trũng của huyết áp. Một câu hỏi lớn được đặt ra ở đây là liệu tình trạng không trũng của huyết áp có liên quan với nguy cơ cao biến cố tim mạch hơn là tình trạng có trũng không?[3], [6].

Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân tăng huyết áp không có trũng. Ở Việt Nam, những vấn đề này vẫn ít được nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi chọn đề tài trên nhằm 2 mục tiêu sau:

1. *Xác định tỷ lệ tăng huyết áp có trũng và không có trũng ở bệnh nhân tăng huyết áp áo choàng trắng và tăng huyết áp thực sự.*

2. *Đánh giá tổn thương một số cơ quan đích ở bệnh nhân tăng huyết áp áo choàng trắng và tăng huyết áp thực sự.*

2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 60 bệnh nhân tăng huyết áp (THA) nguyên phát được phát hiện tại phòng khám Nội Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Tuổi từ: 25-75 tuổi và được chia thành 3 độ tuổi: 25-39 tuổi; 40-59 tuổi và ≥ 60 tuổi. Giới bao gồm cả 2 giới nam và nữ. Thời gian nghiên cứu từ tháng 6 năm 2009 đến tháng 12 năm 2009.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng

- Bệnh nhân được chẩn đoán THA nguyên phát.
- Chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn của: WHO/ISH 2004.

Bảng 2.1. Phân độ THA theo WHO/ISH - 2004

Xếp loại	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)
THA nhẹ (giai đoạn I)	140-159	90-99
THA vừa (giai đoạn II)	160-179	100-109
THA nặng (giai đoạn III)	≥ 180	≥ 110

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ-

- Bệnh nhân nghi ngờ hoặc đã xác định THA thứ phát
- Bệnh nhân THA có tai biến mạch máu não
- Bệnh nhân trên 75 tuổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang, mô tả

2.2.1. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Đo huyết áp: Tất cả các đối tượng được đo huyết áp bằng huyết áp kế thủy ngân theo đúng quy cách trong 3 lần khám tại bệnh viện hoặc tại phòng khám. Nếu đang dùng thuốc hạ huyết áp thì nghỉ thuốc tối thiểu trước 2 ngày và ngày đo là 3 ngày. Sau khi xác định là THA

(HA tâm thu ≥ 140 và/hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg) tất cả đối tượng được đo HA liên tục 24 giờ (theo dõi huyết áp lưu động: ABPM) bằng máy đo huyết áp tự động Tonoport của CHLB Đức theo chương trình thống nhất: Ban ngày từ 6 giờ - 22 giờ (6 AM - 10 PM), ban đêm từ 22 giờ - 6 giờ (10PM - 6AM), khoảng cách đo: 30 phút 1 lần cho cả ngày và đêm. Thời gian trước khi đo bệnh nhân không dùng các chất kích thích có ảnh hưởng đến huyết áp. Trước khi đo cho bệnh nhân nghỉ 10 phút, thầy thuốc trực tiếp đo 3 lần, sau 10 phút máy sẽ tự động đo 30 phút 1 lần.

2.2.2. Đánh giá:

➤ HA được xem là bình thường thật

sự khi trị số đo trung bình tại phòng khám dưới 140/90mmHg và trị số HA trung bình ban ngày theo ABPM là dưới 135/85mmHg.

➤ *Tăng HA áo choàng trắng* được xác định khi HA tâm thu hoặc tâm trương trung bình đo tại phòng khám $\geq 140/90\text{mmHg}$ và trị số HA trung bình ban ngày theo kỹ thuật ABPM là $< 135/85\text{ mmHg}$.

➤ *Tăng HA thật sự* được xác định khi HA trung bình tại phòng khám $\geq 140/90\text{mmHg}$ và trị số HA trung bình ban ngày theo ABPM là

$\geq 135/85\text{mmHg}$.

➤ *Tình trạng có trũng (Dipper)* khi trị số HA trung bình ban đêm giảm $\geq 10\%$ so với trị số trung bình ban ngày. Nếu $< 10\%$ trung bình ban ngày thì HA *không trũng* (Non-dipper) [1], [2], [4].

2.2.3. Các khám nghiệm khác

Tất cả bệnh nhân được ghi ĐTĐ 12 chuyển đạo, làm siêu âm tim, soi đáy mắt

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 15.0 for Windows.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ huyết áp trũng và không trũng của nhóm BN THA.ACT và nhóm BN THA.TS

Bảng 3.1. Tính trũng và không trũng của sự biến thiên huyết áp của nhóm BN THA.ACT và nhóm BN THA.TS

Đường biến thiên HA	Nhóm THA.ACT (n = 16)		Nhóm THA.TS (n = 44)		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Trũng	7	43,75	17	38,64	$> 0,05$
Không trũng	9	56,25	27	61,36	$> 0,05$

Nhận xét: Tỷ lệ có trũng và không trũng của các bệnh nhân THA.ACT và THA.TS khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Tỷ lệ bệnh nhân có phì đại thất trái (PĐTT) và tổn thương đáy mắt (TTĐM)

Bảng 3.2. Phân bố PĐTT và TTĐM của 2 nhóm bệnh nhân

Tổn thương cơ quan đích	Nhóm THA.ACT (n = 16)		Nhóm THA.TS (n = 44)		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
TTĐM	0	0	17	38,64	$< 0,05$
PĐTT	0	0	33	75,00	$< 0,05$

Nhận xét: Ở nhóm BN THA.ACT không có bệnh nhân nào PĐTT và TTĐM, ngược lại có TTĐM và PĐTT ở nhóm bệnh nhân THA.TS, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.3. Mối liên quan giữa sự TTĐM và PĐTT với tính chất không trũng của đường biến thiên huyết áp 24 giờ

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa sự TTĐM và PĐTT với tính chất không trùng của đường biến thiên 24 giờ.

Tổn thương cơ quan đích	Chung		Đường biến thiên HA				So sánh giữa 2 nhóm
			Trùng (n = 24)		Không trùng (n = 36)		
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	p
TTĐM	17	28,33	2	8,33	15	41,67	< 0,05
PĐTT	33	55,00	8	33,33	25	69,44	< 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương đáy mắt (8,33%), PĐTT (33,33%) trong nhóm 24 bệnh nhân có đường biến thiên huyết áp 24 giờ thuộc loại *trùng thấp hơn* trong nhóm 36 bệnh nhân có đường biến thiên huyết áp 24 giờ thuộc loại không trùng (TTĐM: 41,67%; PĐTT: 69,44%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Về tỷ lệ huyết áp trùng và không trùng ở bệnh nhân tăng huyết áp áo choàng trắng và tăng huyết áp thực sự

Bảng 3.1, cho biết tính chất trùng hay không trùng của sự biến thiên HA. Đây là một trong những yếu tố tiên lượng và yếu tố nguy cơ tai biến tim mạch. Phần lớn (60%) số BN của chúng tôi có HA ban đêm không hạ hoặc hạ rất ít so với ban ngày - HA không trùng. Tỷ lệ BN có đường biểu diễn HA không trùng ở nhóm THA.ACT (56,3%) và ở nhóm THA.TS (61,4%) là tương đương nhau, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trâm Em và cộng sự [2] cho thấy: tỷ lệ BN có HA “không trùng” ở nhóm BN THA áo choàng trắng là 54%, ở BN THA thực sự 58,4%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp các tác giả trên.

Nghiên cứu của Diederik Boon và cộng sự [7], tiến hành tại khoa Tim mạch trung tâm y khoa thành phố Amsterdam - Hà Lan với 194 BN THA nguyên phát. Tất cả BN được theo dõi tổng hợp cả HA và điện tâm đồ liên tục 24 giờ. Theo dõi huyết áp ngoại trú được thực hiện đo 15 phút một lần vào ban ngày và mỗi 30 phút vào ban đêm. Thời gian bắt đầu ban ngày từ 7AM và đêm bắt đầu từ 11PM.

Kết quả cho thấy tỷ lệ người không trùng

ở nhóm THA là 25% (50/194).

Theo những con số ở trên thì chúng ta thấy tỷ lệ BN có HA không trùng ở người Việt Nam đều cao hơn tỷ lệ của người nước ngoài. Điều này xảy ra có thể do người Việt Nam thường đi ngủ muộn và thức dậy sớm hơn, do đó ảnh hưởng tới khoảng thời gian ban ngày được coi như là ban đêm dùng trong nghiên cứu. Ngoài ra khi mang máy đo ABPM, ở môi trường lạ, khi máy đo HA hoạt động dễ làm BN thức giấc, điều này có thể làm bệnh nhân mất ngủ hoặc ngủ không sâu như người bình thường.

4.2. Về tổn thương đáy mắt và phì đại thất trái ở bệnh nhân tăng huyết áp áo choàng trắng và tăng huyết áp thực sự

Bảng 3.2, cho thấy sự tổn thương đáy mắt và phì đại thất trái chỉ có ở nhóm BN THA thực sự mà không có ở nhóm BN THA áo choàng trắng, điều này khác với kết quả nghiên cứu của Michael W. Muscholl [8], thì tăng huyết áp áo choàng trắng có liên quan với sự gia tăng khối cơ thất trái. Ở nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt này không rõ ràng, có thể mẫu nghiên cứu chưa đồng dạng và số lượng nghiên cứu còn nhỏ.

Bảng 3.3, cho biết sự tổn thương đáy mắt và phì đại thất trái có liên quan với tính chất trùng của đường biến thiên huyết áp 24 giờ. Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương đáy mắt: 41,67%;

PĐTT: 69,44% trong nhóm 36 bệnh nhân có đường biến thiên huyết áp 24 giờ thuộc loại không trùng cao hơn tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương mắt (8,33%), PĐTT (41,67%) trong nhóm 24 bệnh nhân có đường biến thiên huyết áp 24 giờ thuộc loại trùng.

HA không trùng liên quan chặt chẽ với sự trầm trọng của THA, huyết áp càng cao càng dễ gây HA không trùng[5]. Sự không trùng của HA còn liên quan mật thiết với tuổi, tuổi càng cao HA càng dễ bị không trùng. Sự không trùng liên quan chặt chẽ với sự TTĐM nhất. Tỷ lệ bệnh nhân có PĐTT trong nhóm bệnh nhân có HA không trùng và BN có HA trùng là tương đương nhau, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt rõ rệt này có thể do số lượng nghiên cứu còn nhỏ.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân THA nguyên phát bằng kỹ thuật đo huyết áp lưu động 24 giờ (ABPM) chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Tỷ lệ huyết áp không trùng ở tăng huyết áp áo choàng trắng là 56,25% và ở tăng huyết áp thực sự là 61,36%. Tỷ lệ huyết áp trùng ở nhóm tăng huyết áp áo choàng trắng là 43,75% và ở nhóm tăng huyết áp thực sự là 38,64%.

2. Không có phì đại thất trái và tổn thương đáy mắt ở bệnh nhân tăng huyết áp áo choàng trắng. Có phì đại thất trái và tổn thương đáy mắt ở tăng huyết áp thực sự. Huyết áp không trùng gây tổn thương nhiều hơn huyết áp trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Trâm Em, Nguyễn Tấn Khang (2000), Đánh giá cao huyết áp áo choàng trắng bằng kỹ thuật theo dõi huyết áp 24 giờ (ABPM), kỹ yếu toàn văn các đề tài khoa học, Đại hội tim mạch học quốc gia Việt Nam, tr. 215-223.
2. Lantelme P., Milon H. (2001), Tăng huyết áp áo choàng trắng, Tài liệu dịch, Thông tin tim mạch học, (10), tr. 18-21.
3. Huỳnh Văn Minh và cs (2006), "Mối liên quan giữa tình trạng có trùng hay không có trùng huyết áp ban đêm và nguy cơ bệnh lý tim mạch" Thông tin tim mạch học miền trung, tr.2-12.
4. Andreas Bur et al. (2002), Clasification of Blood Pressure Levels by Ambulatory Blood Pressure in Hypertension, Journal of Hypertension.
5. Cesare, Cuspidi et al. (2003), Non-dipper treated hypertensive patient do not have increased cardiac structural alteration, Cardiovascular Ultrasound.
6. Cuspidi, Cesare; Macca, Giuseppe (2001), "Target organ damage and non-dipping pattern defined by two sessions of ambulatory blood pressure monitoring in recently diagnosed essential hypertensive patients". Journal of Hypertension. 19(9),pp.1539-1545.
7. Diederik Boon et al. (2003), "ST Segment Depression Criteria and the prevalent of Silent Cardiac Ischemia in Hypertension", American Heart Association", Hypertension, (41), pp476-481.
8. Michael W. Muscholl et al (1998), Changers in left ventricular structure and function in patient with white coat hypertension: cross sectional suvey, Regensburg-Germany.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ HÓA MÔ MIỄN DỊCH U MÔ ĐỆM DẠ DÀY RUỘT NGOÀI ỒNG TIÊU HÓA (EGIST)

Nguyễn Văn Mão

Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

U mô đệm dạ dày-ruột ngoài ống tiêu hóa (EGIST) là các u mô đệm dạ dày-ruột (GIST) nhưng không nằm ở vị trí thành ống tiêu hóa mà nằm ở trong ổ bụng ngoài ống tiêu hóa. U mô đệm dạ dày-ruột ở vị trí ngoài ống tiêu hóa ít gặp hơn nhiều so với u mô đệm dạ dày-ruột ở vị trí thành ống tiêu hóa. EGIST ở vị trí này chỉ chiếm khoảng 1-5%. Trước đây u trung mô trong ổ bụng ngoài ống tiêu hóa thường được chẩn đoán là u cơ trơn, u tế bào thần kinh hay u xơ... và được phân loại giống u mô mềm chung. Với sự xuất hiện liệu pháp điều trị mới có tên gọi điều trị đích, ức chế đặc hiệu CD117 thì cũng giống như GIST, EGIST đáp ứng tốt với liệu pháp này, kể cả u ở giai đoạn muộn như xâm lấn, di căn. Nghiên cứu phân loại, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch 14 trường hợp u trung mô trong ổ bụng ngoài ống tiêu hóa cho thấy: EGIST chiếm tỉ lệ cao nhất 57,1%, tiếp đến là u cơ trơn 21,3%. Các loại u trung mô khác ít gặp hơn bao gồm u tế bào Schwann, đa u xơ, u mỡ, mỗi loại chiếm 7,2%. Kích thước EGIST nhỏ nhất là 10cm, lớn nhất là 35cm, trung bình là 19cm. Típ tế bào hình thoi chiếm chủ yếu 75%, các típ khác ít gặp hơn bao gồm dạng biểu mô 12,5% và típ hỗn hợp 12,5%. Phân loại nguy cơ: 8/8 trường hợp EGIST đều thuộc nhóm nguy cơ cao. Sự bộc lộ các dấu ấn miễn dịch: CD117 dương tính 100% các trường hợp EGIST, tiếp đến là CD34 dương tính 62,5%, SMA 25%, S100 12,5%. Desmin và CK đều âm tính.

Abstract

HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND IMMUNOCHEMICAL EXPRESSING IN EXTRAGASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS

Nguyen Van Mao

Background: Extragastrointestinal stromal tumors (EGISTs) are gastrointestinal stromal tumors (GISTs) that located in abdomen but outside the gastrointestinal tract. EGISTs is not common as GISTs with rate of 1-5%. Previously, EGISTs often diagnosed as gastrointestinal smooth muscle tumors, fibrous tumor or schwannomas. After the presence of the c-kit selective therapy administration (specific inhibition of CD117), the same as GIST, the EGIST are well responded to this therapy, even when the tumors are at late stages such as invasion or metastasis. Up to now immunohistochemistry has been indispensable for the diagnosis of EGIST in addition to the standard histopathology. **Objectives:** To classify the mesenchymal tumors in the abdomen outside the gastrointestinal tract. To study the histopathological characteristics and immunohistochemical expressing in EGIST. **Materials and methods:** descriptive research of 14 mesenchymal tumors in the abdomen outside the gastrointestinal tract. Using the inside and outside control for the immunohistochemical assessment. **Results:** 8/14 (57,1%) of these were GISTs, following the leiomyomas and leiomyosarcomas (21,3%). The others are less common including Schwannomas, fibromatosis and lipoma. The EGIST size: 10cm to 35cm, the average 19cm. The fusiform EGISTs accounting for 75%, the other types are less common, encompassing epithelioid and mixed tumors. Risk of Aggressive Behavior in EGIST: the high risk encompassing 100%. The positive proportion of the