

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ BIẾN CHỨNG TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP KHÁNG TRỊ

MAI TIẾN DŨNG - Học viện Quân y

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 189 bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị tại Bệnh viện 103 trong đó có 114 bệnh nhân tăng huyết áp kháng trị (nhóm nghiên cứu), 75 bệnh nhân tăng huyết áp không kháng trị (nhóm chứng) chúng tôi nhận thấy tăng huyết áp có những biến chứng chính như sau: biến chứng tim (76,3%), biến chứng thận (24,4%), biến chứng não (21,1%) và biến chứng mắt (44,7%) của nhóm tăng huyết áp kháng trị cao hơn nhóm tăng huyết áp không kháng trị, với $p < 0,05$.

Từ khóa: Tăng huyết áp kháng trị, Bệnh viện 103.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp đang trở thành một vấn đề sức khỏe trên toàn cầu do sự gia tăng tuổi thọ và tăng tần suất các yếu tố nguy cơ. Tăng huyết áp ước tính là nguyên nhân gây tử vong 7,1 triệu người trẻ tuổi và chiếm 4,5% gánh nặng bệnh tật trên toàn cầu (64 triệu người sống trong tàn phế). Trên thế giới tỷ lệ tăng huyết áp chiếm từ 8 đến 18% dân số (theo Tổ chức Y tế Thế giới) thay đổi từ các nước châu Á như Indonesia 6 - 15%, Malaysia 10 - 11%, Đài Loan 28%, tới các nước Âu - Mỹ như Hà Lan 37%, Pháp 6 - 15%, Hoa Kỳ 24%... Ở Việt Nam, tần suất tăng huyết áp đang ngày càng gia tăng khi nền kinh tế phát triển, năm 2008 thì tần suất tăng huyết áp ở người lớn Việt Nam là 25,1%.

Tăng huyết áp là bệnh mạn tính ảnh hưởng đến cơ thể từ từ và liên tục. Bệnh thường gây những biến chứng nặng nề, thậm chí gây tàn phế và tử vong như: đột quỵ não, bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim, suy tim, suy thận... và rút ngắn tuổi thọ của con người nếu

không được điều trị đúng. Việc phát hiện sớm, điều trị tốt làm giảm tỷ lệ tai biến do tăng huyết áp gây ra.

Bệnh nhân tăng huyết áp kháng trị là nhóm bệnh nhân còn chưa được hiểu biết đầy đủ, chưa thấy được đề cập tới nhiều. Chính vì vậy, chúng tôi muốn tìm hiểu tăng huyết áp kháng trị có những biến chứng gì để giúp các bác sỹ thực hành lâm sàng có những đánh giá, chẩn đoán chính xác bệnh lý và đưa ra phương pháp điều trị thích hợp nhằm mục đích giảm tỷ lệ biến chứng của tăng huyết áp kháng trị. Đề tài tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu:

Tìm hiểu một số biến chứng của tăng huyết áp kháng trị.

TỔNG QUAN

* Khái niệm tăng huyết áp

Thuật ngữ tăng huyết áp (THA) hay tăng áp lực động mạch mô tả sự tăng cao kéo dài huyết áp động mạch. Tuy nhiên, xác định chỉ số huyết áp (HA) nào được coi là ngưỡng cho chẩn đoán THA đến nay vẫn chưa hoàn toàn thống nhất, chưa có một ranh giới rõ ràng giữa HA bình thường và HA bệnh lý.

+ Năm 1978, WHO đã qui định mức HA < 140/90mmHg thì được coi là bình thường, từ >160/95mmHg là THA chính thức và từ 140/90mmHg đến < 160/95mmHg là THA giới hạn. Tuy nhiên, trong thực tế các thầy thuốc thấy mức qui định trên là khá cao, bởi vì ngay từ mức 140/90mmHg HA đã có thể gây nhiều ảnh hưởng xấu đến cơ thể. Nghiên cứu Framingham cho thấy ở nhóm người có trị số HA từ 140/90mmHg đến < 160/95mmHg được theo dõi trong

thời gian 20 năm có tỷ lệ tai biến tim mạch như tai biến mạch não, suy tim, suy mạch vành... hoặc tử vong do nguyên nhân tim mạch đều tăng gấp đôi so với những người có mức HA < 140/90mmHg.

*** Chẩn đoán**

THA biểu hiện chủ yếu trên lâm sàng là những thay đổi về trị số HA, bệnh tiến triển nói chung trong một thời gian dài không có triệu chứng. Các triệu chứng lâm sàng thấy được là do tác động của HA lên các cơ quan đích, thường là các biến chứng. Việc chẩn đoán THA chủ yếu dựa vào chỉ số HA được đo theo phương pháp lâm sàng qui chuẩn. Đến nay đo HA tại phòng khám bằng HA kế thủy ngân vẫn là tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán THA. Dựa vào phương pháp đo này nếu có HATT ≥ 140mmHg và/ hoặc HATTr ≥ 90mmHg kéo dài thì được chẩn đoán là THA.

*** Tăng huyết áp kháng trị (THAKT)**

+ THAKT (Resistant Hypertension - RH) được định nghĩa là THA mà khi đã sử dụng một phác đồ điều trị với ít nhất 3 loại thuốc chống THA phối hợp với liều thích hợp bao gồm một loại thuốc lợi tiểu vẫn không đạt được HA mục tiêu. HA mục tiêu ở những người THA là < 140/90mmHg và < 130/80mmHg ở bệnh nhân THA có nguy cơ cao (bao gồm những người đái tháo đường, bệnh thận mãn tính...). Bệnh nhân không dùng được thuốc lợi tiểu và phải sử dụng 3 thuốc khác nhau trong phác đồ điều trị mà vẫn không đạt được HA mục tiêu thì cũng coi là THAKT, hoặc bệnh nhân dùng từ 4 thuốc trở lên để đạt được HA mục tiêu thì cũng xếp vào diện THAKT. Khái niệm này không áp dụng với những bệnh nhân mới bị THA hoặc chưa được điều trị.

*** Biến chứng THAKT**

- Biến chứng tim mạch: THA hay gây biến chứng sớm ở hệ tim mạch, có thể gặp các biến chứng như: phì đại thất trái, rối loạn nhịp, suy tim hoặc nhồi máu cơ tim...phình, tắc hay hẹp các mạch máu. Chẩn đoán các biến chứng tim mạch thường dựa vào điện tim, siêu âm tim, siêu âm mạch (nếu cần thiết thì có thể chụp CT, MRI hoặc chụp mạch)...

- Biến chứng thận: THA là một yếu tố nguy cơ chính cho sự tiến triển của bệnh thận mạn tính. Thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid (MRA) có hiệu quả trong việc kiểm soát HA ở bệnh nhân THAKT nhưng không được sử dụng rộng rãi trong suy thận vì nguy cơ tăng kali máu. Mục tiêu HA cần đạt được ở bệnh nhân suy thận mạn < 130/80mmHg, nhưng chỉ có khoảng 10% - 20% bệnh nhân đạt được mức này.

- Biến chứng não: Cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua (TIA: transient ischemic attack), đột quỵ não.

- Biến chứng mắt: Động mạch mắt (động mạch võng mạc) là nhánh tận cùng của động mạch cảnh trong, nằm ở đáy mắt, mặt trên của võng mạc. áp lực tâm thu của động mạch đáy mắt chỉ bằng một nửa của động mạch cánh tay. Tình trạng tổn thương động mạch đáy mắt phản ánh gián tiếp tình trạng các động mạch trong não nhờ vào phương pháp soi đáy mắt.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

189 bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện 103 trong đó, có 114 bệnh nhân THA có đủ tiêu chuẩn THA kháng trị (có 43 bệnh nhân do suy thận) và đưa vào nhóm 1 (nhóm bệnh) và 75 bệnh nhân THA không kháng trị (THAKKT) có cùng phân bố về tuổi, giới đưa vào nhóm 2 (nhóm chứng).

2. Phương pháp nghiên cứu

*** Tiêu chuẩn chẩn đoán biến chứng não [2]**

- Cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA - Transient Ischemic Attack): Tổn thương thần kinh khu trú (ví dụ: bại liệt nửa mặt, rối loạn ngôn ngữ, liệt dây thần kinh VII, mù...) nhưng hồi phục hoàn toàn trong vòng 24 giờ.

- Đột quỵ não: Đột quỵ não là tình trạng đột ngột mất chức năng não khu vực hoặc lan tỏa gây hôn mê > 24 giờ, tùy thuộc vào vị trí tổn thương của động mạch não mà gây những triệu chứng lâm sàng khác nhau như:

*** Biến chứng tim**

- Phì đại thất trái (PĐTT).

- Suy tim: Dựa vào tiêu chuẩn Framingham 1993 bao gồm suy chức năng tâm thu thất trái hay là suy chức năng tâm trương thất trái hoặc suy tim toàn bộ.

- Rối loạn nhịp tim: Dựa vào lâm sàng và các tiêu chuẩn điện tâm đồ của Trần Đổ Trình để phân ra: Rung nhĩ, ngoại tâm thu thất, Block nhĩ thất.

*** Biến chứng thận**

- Xác định tổn thương thận khi có protein niệu (+) hoặc tăng ure, creatinin máu.

- Suy thận (mức lọc cầu thận < 60ml/ 1 phút hoặc ước lượng dựa vào nồng độ creatinin máu).

*** Biến chứng mắt:** Tổn thương đáy mắt được chia 4 độ theo Keith, Wegener và Baker.

*** Các kỹ thuật chẩn đoán như:** Điện tim, siêu âm, chụp CT, soi đáy mắt, xét nghiệm sinh hóa máu được thực hiện tại Bệnh viện 103.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Tuổi và giới đối tượng nghiên cứu

Tuổi	THAKT		THAKKT		p
	n	%	n	%	
20 - 29	8	7,0	1	1,3	> 0,05
30 - 39	7	6,2	4	5,3	> 0,05
40 - 49	22	19,3	8	10,7	> 0,05
50 - 59	29	25,4	16	21,4	> 0,05
60 - 69	35	30,7	26	34,7	> 0,05
70 - 79	13	11,4	20	26,6	> 0,05
X+SD	58,54 ± 13,75		60,28 ± 11,49		> 0,05
Giới					
Nam	85	74,6	38	50,7	> 0,05
Nữ	29	25,4	37	49,3	> 0,05
P	< 0,05		> 0,05		
Tổng cộng	114	100	75	100	

Nhận xét:

- Sự phân bố về tuổi và giới của nhóm THAKT và nhóm THA tương đương nhau (p>0,05); Tuổi trung bình nhóm THAKT là 58,54 ± 13,75 và tuổi trung bình nhóm THA là 60,28 ± 11,49 (p >0,05).

- Nhóm THAKT có tỷ lệ nam giới bị bệnh cao hơn nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa với p <0,05.

Bảng 2: Giá trị HA đo phương pháp Korotkoff khi vào viện

Giá trị	THAKT (n = 71)	THAKKT (n = 75)	p
HATT (mmHg)	173,27 ± 20,47	154,52 ± 17,22	< 0,001
HATTr (mmHg)	99,86 ± 11,64	91,16 ± 8,92	< 0,001
T.bình (X ± SD)	121,35 ± 15,67	109,73 ± 10,81	< 0,001

Nhận xét:

Giá trị HA đo thông thường khi vào viện của nhóm THAKT cao hơn nhóm THAKKT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

HATT của nhóm THAKT đo thông thường là 173,27 ± 20,47 cao hơn nhóm THAKKT là 154,52 ± 17,22, với $p < 0,001$.

HATTr của nhóm THAKT đo thông thường 99,86 ± 11,64 cao hơn nhóm THAKKT là 91,16 ± 8,92.

Bảng 3: Một số biến chứng ở cơ quan đích của nhóm nghiên cứu

Cơ quan đích	Nhóm THAKT		Nhóm THAKKT		p	
	n	%	n	%		
Tim	87/114	76,3	39/75	52,0	> 0,05	
Thận	18/71	24,4	6/75	8	< 0,05	
Não	Đột quỵ (n=7)	15/71	21,1	4/75	5,4	< 0,05
	Cơn TIA (n=8)					
Mắt	42/94	44,7	11/63	17,5	< 0,05	

- Tỷ lệ biến chứng mắt ở nhóm THAKT là 44,7 tăng hơn nhóm THAKKT là 17,5, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

- Biến chứng thận ở nhóm THAKT có tỷ lệ 21,1% cao hơn nhóm THAKKT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tỷ lệ biến chứng não ở nhóm THAKT là 21,2% cao hơn nhóm THAKKT là 4,0%, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 189 bệnh nhân tăng huyết áp trong đó có 114 bệnh nhân tăng huyết áp kháng trị chúng tôi nhận thấy: Biến chứng ở cơ quan đích: tim (76,3%), thận (24,4%), não (21,1%) và mắt (44,7%) của nhóm tăng huyết áp kháng trị cao hơn nhóm tăng huyết áp không kháng trị, với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Trâm Anh – 2008, Nghiên cứu biến đổi huyết áp 24 giờ ở bệnh nhân suy thận mạn có tăng huyết áp kháng trị, Luận văn thạc sỹ y học - Học viện Quân y.
2. Đặng Duy Quý – 2002, Yếu tố nguy cơ, nguyên nhân và biến chứng của THAKT, Luận văn thạc sỹ y khoa - Học viện Quân y.
3. Calhoun DA; Zaamn MA, 2002, Resistant hypertension, Curr Hypertens Rep. Jun; 4 (3): 221-228.
4. Moser M, Setato JF – 2006, Clinical practice. Resistant or difficult-to-control hypertension, N Engl J Med; 355(4):385-392.
5. Pepperell JC, Ramdassingh-Dow S., 2002, Ambulatory blood pressure after therapeutic and subtherapeutic nasal continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnea: a randomised parallel trial, Lancet; 359: 204 – 210.