

THEO DÕI HUYẾT ÁP LƯU ĐỘNG 24 GIỜ Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA

Nguyễn Duy Toàn; Nguyễn Oanh Oanh*
Đoàn Văn Đệ*; Trần Đức Hùng* và CS*

TÓM TẮT

Qua theo dõi huyết áp (HA) lưu động 24 giờ ở 55 bệnh nhân (BN) tăng HA (THA), trong đó 30 BN có hội chứng chuyển hóa (HCCH) và 25 BN không có HCCH, chúng tôi thấy: (HA) trung bình (24 giờ, ngày, đêm), HA tâm thu (24 giờ, ngày, đêm) và HA tâm trương (24 giờ, ngày, đêm) ở nhóm THA có HCCH cao hơn ở nhóm THA không có HCCH. Tỷ lệ biến đổi HA kiểu non-dipper ở nhóm THA có HCCH cao hơn so với nhóm THA không có HCCH (73,3% so với 52%).

*Từ khóa: Tăng huyết áp; Hội chứng chuyển hóa; Huyết áp 24 giờ.

AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH METABOLIC SYNDROME

SUMMARY

Ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) was performed in 55 hypertensive patients [(30 patients with metabolic syndrome (MS), 25 patients without MS)]. The results showed that hypertensive patients with MS had higher average blood pressure (24 hours, day-time, night-time) higher systolic blood pressure (24 hours, day-time, night-time) and diastolic blood pressure (24 hours, day-time, night-time). The percentage of a non-dipper profile in patients with MS was higher than that in patients without MS (73.3% vs 52%).

* Key words: Hypertension; Metabolic syndrome; Ambulatory blood pressure monitoring.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh hay gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới, tỷ lệ bệnh ngày càng tăng. THA gây ra nhiều biến chứng, trong đó có các biến chứng nặng như: nhồi máu cơ tim cấp, suy tim, đột quỵ não, suy thận. THA là một triệu chứng trong hội chứng rối loạn chuyển hóa: glucose, lipid, béo trung tâm. Trong HCCH việc kiểm soát HA khó khăn hơn và tỷ lệ biến chứng tim mạch sẽ tăng lên. Do đó, theo dõi HA lưu động trong 24 giờ ở BN THA có HCCH là cần thiết. Đây là cơ sở liên quan chặt chẽ với tổn thương cơ quan đích, dự báo nguy cơ tim mạch, theo dõi, điều trị THA và cung cấp giá trị HA chính xác hơn so với phương pháp đo HA tại phòng khám.

Tuy nhiên, ở trong nước các công trình nghiên cứu sự biến đổi HA 24 giờ ở BN THA có HCCH còn ít. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Nghiên cứu sự biến đổi HA 24 giờ ở BN THA có HCCH.*

* Bệnh viện 103

Phán biện khoa học: GS. TS. Nguyễn Phú Kháng

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 55 BN THA, tuổi từ 32 - 82, điều trị tại Khoa Tim mạch, Bệnh viện 103 từ tháng 11 - 2008 đến 6 - 2009. Trong đó, có 30 BN THA có HCCH và 25 BN THA không có HCCH (nhóm chứng). Các BN đưa vào nghiên cứu cần có các tiêu chuẩn sau:

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN được chẩn đoán THA độ 1 và độ 2 theo JNC VI [(140 mmHg HA tâm thu (HATT) < 180 mmHg và/hoặc 90 mmHg HA tâm trương (HATTr) < 110 mmHg)] chưa dùng thuốc điều trị THA. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN THA thứ phát.
- THA kèm theo các bệnh cấp tính, suy thận, suy gan, suy tim, rối loạn nhịp nguy hiểm, đột quy não, rối loạn tâm thần.
- Phụ nữ có thai và cho con bú.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Tiến cứu, mô tả, cắt ngang và so sánh đối chứng. Các BN được hỏi bệnh, khám bệnh, làm các xét nghiệm theo mẫu thống nhất.

Tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH theo NCEP- ATP III, có điều chỉnh vòng bụng và vòng hông theo người châu Á. Béo bụng (vòng bụng 90 cm ở nam; 80 cm ở nữ), glucose máu lúc đói 6,1 mmol/l, HA 130/85 mmHg, triglycerid 1,7 mmol/l (150 mg/dl), HDL-C < 1,0 mmol/l (ở nam), HDL-C < 1,3 mmol/l (ở nữ).

Để xác định HCCH phải có từ 3 tiêu chuẩn trở lên.

Theo dõi HA lưu động 24 giờ bằng máy AMPB Rozinn của Mỹ. HA ban đêm (HA khi ngủ) là HA trung bình từ khi BN đi ngủ đến khi BN ra khỏi giường, HA ban ngày (HA khi thức) là HA trung bình trong khoảng thời gian còn lại. Trong nghiên cứu này, quy định cho BN đi ngủ là 22 giờ, thức dậy lúc 6 giờ. Thời gian thức từ 6 giờ đến 22 giờ, đặt chế độ đo HA 30 phút/lần. Từ 22 giờ đến 6 giờ, máy được đặt chế độ đo HA 1 giờ/lần.

Tỷ lệ giảm HA ban đêm = [1- (HATT ban đêm/HATTr ban ngày)] x 100%.

Người thuộc nhóm dipper là những BN có tỷ lệ giảm HA ban đêm từ 10 - 20%, giảm HA ban đêm nhiều extreme dipper khi tỷ lệ này \geq 20%. Người thuộc nhóm non-dipper là người có tỷ lệ giảm HA ban đêm từ 0 - 10%.

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 15.0: tính tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh 2 tỷ lệ và 2 giá trị trung bình bằng kiểm định t-student.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của BN nghiên cứu.

CHỈ SỐ	HCCH (+) n = 30	HCCH (-) n = 25	p
Tuổi, năm	62,50 ± 11,62	59,20 ± 11,44	> 0,05
Nam giới, %	46,67	56,00	> 0,05
Vòng bụng (cm)	87,44 ± 7,27	78,60 ± 5,94	< 0,01
Glucose (mmol/l)	6,50 ± 2,51	4,77 ± 0,83	> 0,05
Triglycerid (mmol/l)	2,95 ± 1,24	2,02 ± 0,92	< 0,01
Cholesterol (mmol/l)	5,78 ± 1,21	5,48 ± 1,38	> 0,05
LDL-C (mmol/l)	4,30 ± 1,09	3,78 ± 1,26	> 0,05
HDL-C (mmol/l)	1,10 ± 0,30	1,28 ± 0,18	> 0,05
A. uric (mol/l)	355,30 ± 58,72	370,70 ± 101,10	> 0,05

Urê (mmol/l)	6,25 ± 1,50	5,99 ± 2,42	> 0,05
Creatine (μol/l)	81,85 ± 23,07	82,48 ± 12,87	> 0,05

Bảng 2: Giá trị HATT và HATTr của 2 nhóm BN nghiên cứu.

GIÁ TRỊ HA (mmHg)	HCCH (+)	HCCH (-)	p
HATT 24 giờ	131,59 ± 6,64	129,55 ± 5,83	> 0,05
HATT ngày	133,35 ± 6,17	130,51 ± 6,38	> 0,05
HATT đêm	125,87 ± 10,17	118,78 ± 7,11	< 0,05
HATTr 24 giờ	80,36 ± 6,02	78,34 ± 7,71	> 0,05
HATTr ngày	81,50 ± 5,93	79,44 ± 8,47	> 0,05
HATTr đêm	75,9129,3139	74,0717,1431	> 0,05

Bảng 3: Giá trị HATB ở nhóm THA có HCCH và THA không có HCCH.

GIÁ TRỊ HA (mm Hg)	HCCH (+)	HCCH (-)	p
HATB 24 giờ	98,10 ± 6,22	95,75 ± 6,71	> 0,05
HATB ngày	98,12 ± 5,01	96,13 ± 7,39	> 0,05
HATB đêm	92,56 ± 8,98	88,97 ± 6,57	> 0,05

(HATB: HA trung bình)

Biểu đồ 2: Biến đổi HA 24 giờ ở BN THA không có HCCH.

Bảng 4: Tỷ lệ dipper và non-dipper ở 2 nhóm nghiên cứu.

CHỈ TIÊU	HCCH (+)	HCCH (-)	p
Dipper	8 (26,67%)	12 (48%)	> 0,05
Non-dipper	22 (73,33%)	13 (52%)	> 0,05

BÀN LUẬN

Biến đổi HA 24 giờ (biểu đồ 1 và 2) cho thấy cả HATT và HATT_r ở nhóm bệnh THA có HCCH đều cao hơn và biến đổi trong ngày nhiều hơn so với nhóm THA không có HCCH. Sở dĩ như vậy là do THA có HCCH gây tăng rối loạn chức năng của tế bào nội mạc và tăng quá trình viêm dẫn đến tăng độ cứng của thành mạch và nguy cơ vữa xơ mạch máu, làm HA biến đổi nhiều và tăng hơn [4, 6].

Giá trị HATT, HATT_r, HATB (bảng 2 và 3) cho thấy: HATT (24 giờ, ngày, đêm), HATT_r (24 giờ, ngày, đêm), HATB (24 giờ, ngày, đêm) ở nhóm BN THA có HCCH đều cao hơn so với nhóm chứng. Trong đó, HATT đêm ở nhóm nghiên cứu tăng hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu này tương tự nghiên cứu của Bastos JM và CS trên 492 BN THA, trong đó 140 BN THA có HCCH [3].

Tỷ lệ giảm HA ban đêm (dipper và non-dipper) ở những BN có biến đổi HA kiểu non-dipper sẽ tăng nguy cơ biến chứng và tử vong do các bệnh tim mạch. Ở BN THA có HCCH, nếu HA kiểu non-dipper biến đổi sẽ có nguy cơ biến chứng và tử vong do các bệnh tim mạch cao hơn. Bảng 4 cho thấy tỷ lệ non-dipper ở nhóm THA có HCCH cao hơn nhóm không có HCCH (73,33% so với 52%). Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê do số lượng BN nghiên cứu còn hạn chế. Theo Hermida RC nghiên cứu 1.770 BN THA, trong đó 42,4% BN có HCCH. Kết quả cho thấy ở BN THA có HCCH, tỷ lệ biến đổi HA kiểu non-dipper cao hơn nhóm THA không có HCCH (46,1% so với 37,5% p < 0,001) [2].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu sự biến đổi HA 24 giờ ở 30 BN THA có HCCH chúng tôi thấy:

- Các chỉ số HATB (24 giờ, ngày, đêm), HATT (24 giờ, ngày, đêm) và HATT_r (24 giờ, ngày, đêm) ở BN tăng HA có HCCH cao hơn BN THA không có HCCH.
- Tỷ lệ biến thiên HA kiểu non-dipper ở nhóm THA có HCCH cao hơn nhóm THA không có HCCH (73,3% so với 52%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Trường Sơn. Nghiên cứu sự biến đổi HA trong 24 giờ ở BN đái tháo đường typ 2. Luận văn Thạc sỹ Y học. Học viện Quân y. 2002.
2. Hermida RC, et al. Association of metabolic syndrome and blood pressure nondipping profile in untreated hypertension. Am J Hypertens. 2009, Mar, 22 (3), p.241.
3. Bastos JM, et al. Relationship of circadian blood pressure and morning blood pressure surge with severity of metabolic syndrome in newly diagnosis hypertensives. Re Port Cardiol. 2007, Jul-Aug, 26 (7 - 8), pp.731-741.
4. Concetta Irace, et al. Components of the metabolic syndrome and carotid atherosclerosis. Hypertension. 2005, 45, pp.597-601.
5. Mohammed O, et al. Non-dipping blood pressure in the metabolic syndrome among Arabs of the oman family study. Obesity. 2007, Vol15, No 10, pp.2445-2453.

6. *Giuseppe Schillaci, MD, et al.* Prognostic value of the metabolic syndrome in essential hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*. 2004, Vol 43, No 10.