

TĂNG HUYẾT ÁP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THẾ

Hoàng Thị Phương^{1,✉}, Nguyễn Bảo Ngọc², Lê Thị Phương²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Tăng huyết áp (THA) được biết đến như một yếu tố căn nguyên đồng thời cũng là hậu quả của bệnh thận mạn tính (CKD). Với xu hướng tăng huyết áp ngày càng tăng như hiện nay, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực hiện trên 157 bệnh nhân bệnh thận mạn đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023, nhằm khảo sát tình trạng tăng huyết áp và tìm hiểu một số yếu tố liên quan trên đối tượng bệnh thận mạn tính chưa điều trị thay thế. Kết quả cho thấy tỷ lệ THA trong nhóm nghiên cứu là 72,6%, không khác biệt giữa nam và nữ. Nhóm tuổi < 40 có tỷ lệ THA là 36,2%, trong khi nhóm 40 - 59 tuổi và ≥ 60 tuổi có tỷ lệ THA lần lượt là 88,5% và 87,9% ($p < 0,05$). Tỷ lệ THA cũng khác biệt trong các giai đoạn bệnh thận mạn: giai đoạn 1 có 18,2%, giai đoạn 2 có 52,4%, giai đoạn 3a có 76,9%, giai đoạn 3b có 88,9%, giai đoạn 4 có 85,4%, giai đoạn 5 có 90,9% ($p < 0,05$). THA có liên quan có ý nghĩa với chỉ số ACR > 30 mg/mmol (OR = 4,38; $p < 0,05$). Thiếu máu làm tăng nguy cơ THA 2,12 lần ($p < 0,05$), tăng triglycerid làm tăng nguy cơ THA 5,74 lần ($p < 0,05$), trong khi uống rượu làm tăng nguy cơ THA lên 2,85 lần ở riêng nhóm nam giới ($p < 0,05$).

Từ khóa: Tăng huyết áp, bệnh thận mạn tính.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính là bệnh lý có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong trên toàn cầu tăng đáng kể từ năm 1990, do sự gia tăng dân số, sự già hóa, và gia tăng số người mắc bệnh tiểu đường, tăng huyết áp.¹ Theo Tổ chức Y tế Thế giới, ước tính 10% dân số thế giới mắc bệnh thận mạn.² Bệnh thận mạn, đặc biệt là giai đoạn phải điều trị thay thế, thực sự là một gánh nặng bệnh tật cho gia đình và xã hội. Trên thực tế, 80% bệnh nhân được điều trị thay thế thận đang sống tại các nước đã phát triển. Tại các nước đang phát triển, chỉ 10 - 20% bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối được điều trị thay thế thận và thậm chí không có điều kiện điều trị thay thế thận, và hậu quả cuối cùng là tử vong do các biến chứng của bệnh thận nặng³.

Tác giả liên hệ: Hoàng Thị Phương

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: hoangphuonghmu.1709@gmail.com

Ngày nhận: 22/09/2023

Ngày được chấp nhận: 04/10/2023

Tăng huyết áp vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của bệnh thận mạn tính. Tăng huyết áp chiếm tỉ lệ 80 - 85% ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính, cao hơn nhiều so với tỉ lệ bệnh nhân tăng huyết áp trong quần thể dân số chung.⁴ Kiểm soát tăng huyết áp rất quan trọng ở những bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính, vì nó giúp làm giảm sự tiến triển của bệnh và giảm nguy cơ mắc các bệnh tim mạch, từ đó giúp làm giảm tỉ lệ tử vong do các biến cố tim mạch. Tuy nhiên, tỉ lệ kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu trên bệnh nhân CKD còn chưa cao, khoảng 13,2% theo nghiên cứu của Egan dựa trên dữ liệu của NHANES.⁵

Hiện nay, Khoa Khám bệnh – Bệnh viện Bạch Mai đang quản lí ngoại trú gần 400 bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính chưa điều trị thay thế. Mong muốn của chúng tôi là tìm hiểu tình trạng kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn dựa trên các hướng dẫn của KDIGO, các yếu tố liên quan, từ đó giúp các bác sĩ lâm sàng đưa ra lời khuyên và hướng

điều trị cho bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1) Khảo sát tình trạng huyết áp ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế được quản lý ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai.

2) Tìm hiểu mối liên quan giữa tăng huyết áp và một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu tiến hành trên 157 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn 1 đến giai đoạn 5 chưa điều trị thay thế, quản lý ngoại trú tại Phòng khám Thận - Tiết niệu, Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2022 đến tháng 08/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Đáp ứng 1 trong 2 tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn 1:

Biểu hiện tổn thương thận (1 hoặc nhiều) tồn tại kéo dài ≥ 3 tháng:

- Có albumin nước tiểu: tỷ lệ albumine/creatinine nước tiểu > 30 mg/g hoặc albumine nước tiểu 24 giờ > 30 mg/24 giờ.

- Bất thường cận lắng nước tiểu.

- Bất thường điện giải hoặc các bất thường khác do rối loạn chức năng của ống thận.

- Bất thường về mô bệnh học thận.

- Bất thường thận trên xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh.

- Những bệnh nhân sau khi được ghép thận cũng được xếp loại là mắc bệnh thận mạn tính, và được thêm kí hiệu T (Transplantation) trong khi tiến hành phân loại.

Tiêu chuẩn 2:

Giảm mức lọc cầu thận (Glomerular filtration rate: GFR) < 60 ml/ph/1,73m² tồn tại kéo dài trên 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân đã điều trị thay thế.
- Bệnh nhân mắc bệnh lý ác tính.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023 tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện với 157 bệnh nhân bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế, đáp ứng đủ tiêu chuẩn.

Các chỉ số nghiên cứu:

- Thông tin chung: tuổi, giới tính, thời gian phát hiện bệnh thận mạn, thời gian phát hiện tăng huyết áp, số thuốc huyết áp đang điều trị, mức độ tuân thủ điều trị, tiền sử sử dụng rượu, thuốc lá.

- Các đặc điểm về lâm sàng: triệu chứng lâm sàng nhập viện, cân nặng, chiều cao, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, nhịp tim, nhiệt độ.

- Các xét nghiệm cận lâm sàng: huyết sắc tố, ure, creatinin, acid uric máu, cholesterol toàn phần, triglycerid huyết thanh, LDL-C, HDL-C, sắt huyết thanh, ferritin, transferin, định lượng protein niệu, albumin niệu, creatinin niệu.

Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm toán thống kê SPSS 20.0, sử dụng các phép kiểm chi bình phương, T - test, ANOVA test, mối liên quan có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội và được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu thu thập thông tin chủ yếu từ hồ sơ bệnh án và các câu hỏi, thăm khám lâm sàng

bệnh nhân, không gây tác động đến sức khỏe cũng như điều trị bệnh của bệnh nhân. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ

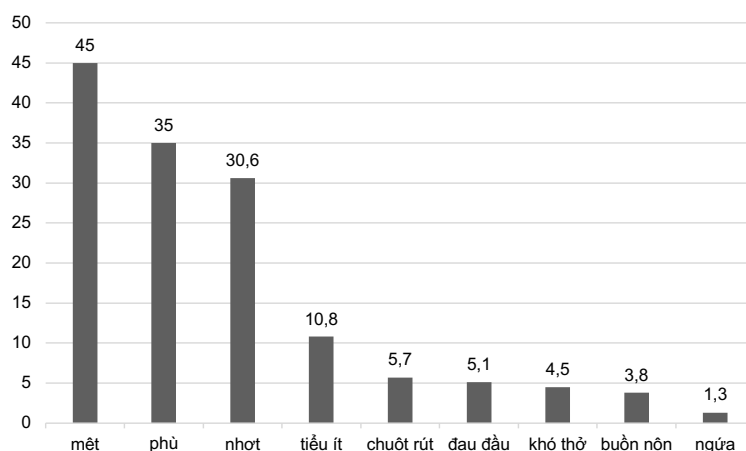
1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nam n (%)	Nữ n (%)	Chung n (%)	p
Giới tính	75 (47,5%)	82 (52,5%)		0,576
Tuổi trung bình (tuổi) (TB ± SD)	51,0 ± 18,4	50,0 ± 18,4	50,5 ± 18,4	0,715
Tăng huyết áp	7 (4,5%)	7 (4,5%)	14 (8,9%)	1,0
Đái tháo đường	12 (7,6%)	7 (4,5%)	19 (12,1)	0,251
Nguyên nhân				
Viêm cầu thận mạn	38 (24,2%)	36 (22,9%)	74 (47,1%)	0,816
Viêm thận bể thận mạn	5 (3,2%)	6 (3,8%)	11 (7,0%)	0,763
Thận đa nang	1 (0,6%)	6 (3,8%)	7 (4,5%)	0,125
Bệnh hệ thống	8 (5,1%)	19 (12,1%)	27 (17,2%)	0,034
Viêm ống kẽ thận mạn	4 (2,5%)	1 (0,6%)	5 (3,2%)	0,313
Thời gian (năm)				
0 - 4	57 (36,3%)	58 (36,9%)	115 (73,2%)	0,926
5 - 9	12 (7,6%)	17 (10,8%)	29 (18,5%)	0,353
≥ 10	6 (3,8%)	7 (4,5%)	13 (8,3%)	0,782
Giai đoạn				
1	8 (36,4%)	14 (63,6%)	22 (14%)	0,201
2	11 (52,4%)	10 (47,6%)	21 (13,4%)	0,827
3a	9 (59,5%)	4 (30,8%)	13 (8,3%)	0,166
3b	14 (31,9%)	13 (48,1%)	27 (17,2%)	0,847
4	21 (51,2%)	20 (48,8%)	41 (26,1%)	0,876
5	12 (36,4%)	21 (63,6)	33 (21%)	0,117

Tỷ lệ bệnh nhân nữ (52,5%) cao hơn so với bệnh nhân nam (47,5%), không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,576$). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $50,5 \pm 18,4$ tuổi, trong đó cao nhất là 87 tuổi, thấp nhất là 16 tuổi. Nguyên nhân hàng đầu của bệnh thận mạn tính là viêm cầu thận mạn (47,1%), hàng thứ 2 là bệnh hệ thống (17,2%). Các nguyên nhân ít gặp là thận đa nang (4,5%), viêm ống kẽ thận mạn (3,2%). Tỷ lệ bệnh nhân bệnh hệ thống ở nhóm nữ

(12,1%) cao hơn nhóm nam (5,1%), có ý nghĩa thống kê ($p = 0,034$). Thời gian phát hiện bệnh thận mạn chủ yếu là từ 0 - 4 năm (73,2%), thời gian phát hiện từ 10 năm trở lên chiếm 8,3%. Tỷ lệ bệnh thận mạn cao nhất là giai đoạn IV (26,1%), thấp nhất là giai đoạn IIIa (8,3%). Tỷ lệ bệnh thận mạn các giai đoạn không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân nam so với nhóm bệnh nhân nữ.



Biểu đồ 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân khi nhập viện

Các triệu chứng thường gặp là mệt mỏi (45%), phù (35%), niêm mạc nhọt (30,6%). Các triệu chứng ít gặp là khó thở (4,5%), buồn nôn

(3,8%), ngứa (1,3%).

2. Đặc điểm THA của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm THA của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		THA n (%)	Không THA n (%)	p
Giới tính	Nam	58 (77,3%)	17 (22,7%)	0,205
	Nữ	56 (68,3%)	26 (31,7%)	
	Chung	114 (72,6%)	43 (27,4%)	
Nhóm tuổi	< 40	17 (36,2%)	30 (63,8%)	0,000
	40 - 59	46 (88,5%)	6 (11,5%)	
	≥ 60	51 (87,9%)	7 (12,1%)	
Giai đoạn	1	4 (18,2%)	18 (81,8%)	0,000
	2	11 (52,4%)	10 (47,6%)	
	3a	10 (76,9%)	3 (23,1%)	
	3b	24 (88,9%)	3 (11,1%)	
	4	35 (85,4%)	6 (14,6%)	
	5	30 (90,9%)	3 (9,1%)	

Tỉ lệ THA chung trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 72,6%. Tỉ lệ THA ở nam giới cao hơn ở nữ giới, không có ý nghĩa thống kê (p = 0,205). Tỉ lệ THA cao nhất trong nhóm tuổi

40 - 59 (88,5%), thấp nhất trong nhóm < 40 tuổi (36,2%). Tỉ lệ THA cao nhất ở nhóm bệnh thận mạn giai đoạn 5 (90,9%), thấp nhất ở nhóm bệnh thận mạn giai đoạn 1 (18,2%).

Bảng 3. Tình trạng kiểm soát huyết áp của nhóm nghiên cứu

		Huyết áp đạt mục tiêu n (%)	HA không đạt mục tiêu n (%)	p	Huyết áp tâm thu trung bình (TB ± SD)	p
Thuốc điều trị huyết áp	1 loại	35 (58,3%)	25 (41,7%)	0,031	142 ± 18,5	0,025*
	2 loại	20 (50%)	20 (50%)		141,2 ± 17,4	
	≥ 3 loại	2 (16,7%)	10 (83,3%)		154 ± 19,7	
Tuân thủ điều trị	Tốt	51 (56,7%)	39 (43,3%)	0,013	139,9 ± 17,2	0,001
	Kém	6 (27,3%)	16 (72,7%)		154,3 ± 19,5	
Chung		57 (50,9%)	55 (49,1%)			

* Kiểm định T test giữa huyết áp tâm thu trung bình của nhóm dùng < 3 loại thuốc và nhóm dùng ≥ 3 loại thuốc huyết áp

Trong các bệnh nhân THA, tỷ lệ huyết áp đạt mục tiêu là 50,9%. Nhóm chỉ sử dụng 1 loại thuốc huyết áp có tỷ lệ đạt mục tiêu 58,3%, cao hơn nhóm dùng 2 loại (50%) và > 2 loại thuốc huyết áp (16,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống

kê (p = 0,031). Nhóm tuân thủ điều trị tốt có tỷ lệ huyết áp đạt mục tiêu cao hơn (56,7%) so với nhóm tuân thủ kém (27,3%), với p = 0,013.

3. Liên quan giữa THA với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 4. Liên quan giữa THA với các yếu tố nguy cơ

Đặc điểm		Có THA n (%)	Không THA n (%)	p	OR (95%CI)
Ăn mặn	Có	37 (88,1%)	5 (11,5%)	0,09	3,65 (1,33 - 10,04)
	Không	77 (67%)	38 (33%)		
Thừa dịch	Có	48 (87,3%)	7 (12,7%)	0,02	2,85 (1,21 - 6,71)
	Không	66 (64,7%)	36 (35,3%)		
BMI	< 18,5	15 (65,2%)	8 (34,8%)	0,636	
	18,5 - 23	67 (72,8%)	25 (27,2%)		
	≥ 23	32 (76,2%)	10 (23,8%)		
Hút thuốc ở nam giới	Có	22 (88%)	3 (12%)	0,119	2,85 (0,74 - 11,06)
	Không	36 (72%)	14 (28%)		
Uống rượu ở nam giới	Có	43 (84,3%)	8 (15,7%)	0,035	2,85 (1,21 - 6,71)
	Không	15 (62,5%)	9 (37,5%)		

Tỷ lệ THA ở nhóm ăn mặn là 88,1%, cao hơn nhóm ăn nhạt (67%), (OR = 3,65; p = 0,09). Tỷ lệ THA ở nhóm có thừa dịch là 87,3%, cao hơn nhóm không thừa dịch là 64,7%, có ý nghĩa thống kê (OR = 2,85; p = 0,02). Tỷ lệ THA cao nhất ở nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì (76,2%), thấp nhất ở nhóm bệnh nhân gầy

(65,2%), không có ý nghĩa thống kê (p = 0,636). Nam giới hút thuốc lá làm tăng nguy cơ THA lên 2,85 lần so với không hút thuốc lá (p = 0,119). Nam giới uống rượu có nguy cơ THA cao hơn nhóm bệnh nhân không uống rượu, có ý nghĩa thống kê. (OR = 2,85; p = 0,035).

Bảng 5. Liên quan giữa THA và thiếu máu, tăng acid uric, rối loạn lipid máu

Yếu tố liên quan		Có THA n (%)	Không THA n (%)	p	OR (95%CI)
Thiếu máu (hemoglobin < 120 g/L)	Có	59 (79,7%)	15 (20,3%)	0,042	2,12 (1,02 - 4,39)
	Không	52 (65,0%)	28 (35,0%)		
Tăng acid uric máu	Có	59 (85,5%)	10 (14,5%)	1,00	1,02 (0,29 - 3,56)
	Không	24 (85,7%)	4 (14,3%)		
Tăng Cholesterol toàn phần	Có	21 (77,8%)	6 (22,2%)	0,89	1,09 (0,34 - 3,52)
	Không	29 (76,3%)	9 (23,7%)		
Tăng triglycerid huyết thanh	Có	31 (91,2%)	3 (8,8%)	0,01	5,74 (1,40 - 23,63)
	Không	18 (64,3%)	10 (35,7%)		
Tăng LDL-C	Có	13 (76,5%)	4 (23,5%)	0,691	0,65 (0,12-3,46)
	Không	15 (83,3%)	3 (16,7%)		

Tỷ lệ THA ở nhóm bệnh nhân thiếu máu (79,4%) cao hơn nhóm bệnh nhân không thiếu máu (65,0%). Thiếu máu làm tăng nguy cơ THA lên 2,12 lần (p = 0,042). Tỷ lệ THA ở nhóm tăng acid uric máu và nhóm không tăng acid uric máu là tương đương nhau (85,5% và 85,7%).

Tăng cholesterol toàn phần làm tăng nguy cơ THA lên 1,09 lần, không có ý nghĩa thống kê (p = 0,89). Tăng triglycerid làm tăng nguy cơ THA lên 5,74 lần, có ý nghĩa thống kê (p = 0,01). Tỷ lệ THA không khác biệt giữa nhóm tăng LDL-C và nhóm không tăng LDL-C (p = 0,691).

Bảng 6. Liên quan giữa THA với chỉ số ACR trong nước tiểu

Đặc điểm		THA n (%)	Không THA n (%)	p	OR (95%CI)
ACR (mg/mmol)	> 30	46 (86,8%)	7 (13,2%)	0,025	4,38* (1,42 - 13,54)
	3 - 30	12 (60%)	8 (40%)		
	< 3	3 (60%)	2 (40%)		

* OR tính giữa nhóm ACR đại thể so với nhóm dưới ngưỡng đại thể

Tỷ lệ THA trong nhóm có ACR > 30 là 86,8%, cao hơn 2 nhóm còn lại (60%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,025$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 157 bệnh nhân mắc CKD. Trong đó, tỷ lệ nam chiếm 47,5%, tỷ lệ nữ chiếm 52,5%, sự khác biệt giữa tỷ lệ nam nữ không có ý nghĩa thống kê. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $50,5 \pm 18,4$ tuổi. Các nghiên cứu trước đây hầu hết đều chỉ ra rằng ở bệnh thận mạn tính, tỷ lệ nam/nữ là ngang nhau. Nghiên cứu của Trần Văn Vũ năm 2015 trên 467 bệnh nhân bệnh thận mạn chưa điều trị thay thế có 49,3% nữ và 50,7% nam.⁶ Kết quả nghiên cứu của tác giả Đặng Huỳnh Anh Thư năm 2017 cho thấy tuổi trung bình của nhóm bệnh thận mạn là $61,8 \pm 12,8$, trong đó tỷ lệ nam chiếm 52,9%.⁷

Các kết quả nghiên cứu tại nước ngoài cho thấy có sự khác biệt. Nghiên cứu của tác giả Sarafidis và cộng sự trên 10.813 người trưởng thành cho thấy tuổi trung bình là $62,1 \pm 15,2$ tuổi, tỷ lệ nam chiếm 30,04%.⁸ Nghiên cứu của Satoru Kuriyama trên 7.569 đối tượng mới phát hiện CKD có tuổi trung bình là 39 ± 10 tuổi, nam chiếm 77%.⁹ Như vậy, tỷ lệ nam nữ cũng như tuổi trung bình ở các nghiên cứu chưa thống nhất, sự khác biệt có thể liên quan đến vùng miền và đối tượng lựa chọn vào nghiên cứu.

Về nguyên nhân gây bệnh thận mạn, Bảng 1 cho thấy nguyên nhân chủ yếu là viêm cầu thận mạn (47,1%), hàng thứ hai là bệnh lý hệ thống (17,2%) và thứ ba là đái tháo đường (12,1%). Khi so sánh với các nghiên cứu trong nước, thấy rằng nghiên cứu của Trần Văn Vũ năm 2015 bệnh cầu thận chiếm 40%, tăng huyết áp 18,6%, đái tháo đường 13,5%.⁶ Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lết năm 2010 tại Trường Đại học Y Hà Nội cho kết quả viêm cầu thận mạn chiếm 56,73%, viêm thận bể thận mạn chiếm

13,58%.¹⁰ Như vậy, có sự tương đồng giữa các nghiên cứu trong nước về căn nguyên chính gây bệnh thận mạn là bệnh lý cầu thận, tuy nhiên có sự khác biệt so với các nghiên cứu nước ngoài, chỉ ra rằng hai nguyên nhân chính là tăng huyết áp và đái tháo đường.

Về thời gian mắc bệnh thận mạn, đa số các bệnh nhân phát hiện bệnh thận mạn trong 0 - 4 năm (73,2%), chỉ có 8,3% phát hiện từ 10 năm trở lên. Điều này không phản ánh chính xác thời gian mắc bệnh, vì có nhiều trường hợp bệnh khi phát hiện đã ở giai đoạn 4 - 5, cho thấy rằng các bệnh nhân này đã có bệnh thận mạn trước đó nhưng chưa phát hiện ra.

Tăng huyết áp là một trong các nguyên nhân dẫn đến bệnh thận mạn, lý do chính là làm tăng sức cản thành mạch, huỷ hoại các mao mạch cầu thận. Mặt khác, tăng huyết áp cũng là hậu quả của bệnh thận mạn, do thận có vai trò điều tiết natri và dịch trong lòng mạch. Nghiên cứu của chúng tôi trên 157 bệnh nhân có 114 bệnh nhân THA, chiếm 72,6%. So sánh với nghiên cứu của Lê Xuân Trường trên 99 bệnh nhân tỷ lệ THA là 86,9%, nghiên cứu của Varfaman M Buckalew trên 1.795 bệnh nhân có tỷ lệ THA là 83%, nghiên cứu của Sarafidis trên 10.813 bệnh nhân thì tỷ lệ này là 86%.^{8,11} Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ THA thấp hơn đáng kể các nghiên cứu trước, có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu chúng tôi lựa chọn có nhiều bệnh nhân CKD thuộc giai đoạn 1 - 2 (chưa suy chức năng thận), chính nhóm này có tỷ lệ THA thấp làm cho tỷ lệ THA của toàn thể nhóm nghiên cứu thấp hơn các nghiên cứu khác.

Trong Bảng 2, chúng tôi phân tích tỷ lệ THA theo các giai đoạn CKD. Kết quả cho thấy tỷ lệ THA rất cao trong nhóm CKD giai đoạn 5 (90,9%), giai đoạn 4 (85,4%), giai đoạn 3 (88,9% và 76,9%). Trong hai nhóm CKD giai đoạn 1 - 2 thì tỷ lệ THA thấp hơn rõ rệt, lần lượt

là 18,2% và 52,4%. Như vậy, có mối liên quan rõ rệt giữa THA với giai đoạn bệnh thận mạn: chức năng thận càng giảm thì tỷ lệ THA càng cao. Các nghiên cứu khác cũng cho ra nhận xét tương tự: nghiên cứu Sarafidis và cộng sự cho thấy tỷ lệ THA tăng dần khi tiến triển các giai đoạn bệnh thận mạn, giai đoạn 1 là 79,1%, giai đoạn 4 - 5 là 95,5%.⁸ Một khảo sát ở Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ CKD giai đoạn 1 là 35,8%, giai đoạn 2 là 48,1%, giai đoạn 3 là 59,9%, giai đoạn 4 - 5 là 84,1%.¹²

Về nhóm tuổi mắc CKD, các nghiên cứu trước đây đều chỉ ra rằng tuổi càng cao thì nguy cơ THA càng cao, phù hợp với sự gia tăng bệnh lý tim mạch ở người cao tuổi trong các nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân CKD và cả những bệnh nhân không mắc CKD. Trong Bảng 2, chúng tôi phân loại ra 3 nhóm tuổi, kết quả cho thấy tỷ lệ THA nhóm dưới 40 tuổi là 36,2%, thấp hơn rõ rệt so với nhóm 40 - 59 tuổi (88,5%) và nhóm ≥ 60 tuổi (87,9%).

Trong một phân tích về tình trạng kiểm soát huyết áp, chúng tôi thấy rằng đối với các bệnh nhân dùng càng ít loại thuốc huyết áp thì tỷ lệ kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu càng cao. Cụ thể, với nhóm dùng 1 loại thuốc huyết áp, có đến 58,3% số bệnh nhân đạt mục tiêu huyết áp tâm thu < 130 mmHg. Nhóm dùng 2 loại thuốc huyết áp thì tỷ lệ này là 50%. Nhóm phải dùng từ 3 nhóm thuốc huyết áp thì chỉ có 16,7% số bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,031$). Bên cạnh đó, mức độ tuân thủ điều trị cũng ảnh hưởng nhiều đến mục tiêu huyết áp. Các bệnh nhân tuân thủ tốt chế độ dùng thuốc có tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là 57,7%, trong khi các bệnh nhân tuân thủ kém chỉ có 27,3% đạt huyết áp mục tiêu ($p = 0,013$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Muntner trên 3.612 bệnh nhân, cho thấy tỷ lệ đạt mục tiêu huyết áp $< 130/80$ mmHg là 46,1%.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra mối liên quan giữa THA với chế độ ăn nhiều muối, tình trạng thừa dịch, chỉ số BMI, tình trạng hút thuốc lá và uống rượu trong Bảng 4. Có thể thấy rằng, THA không có mối liên quan có ý nghĩa với BMI và tỷ lệ hút thuốc ở nam giới trên bệnh nhân mắc bệnh thận mạn. Trong khi uống rượu làm tăng nguy cơ mắc THA lên 2,85 lần, chế độ ăn mặn làm tăng nguy cơ THA lên 3,65 lần và tình trạng thừa dịch làm tăng nguy cơ THA lên 2,85 lần (có ý nghĩa thống kê). Các nghiên cứu tiến hành trên đối tượng không mắc CKD trước đây đều chỉ ra mối liên quan rằng BMI càng cao thì tỷ lệ mắc THA càng tăng, tuy nhiên ở đối tượng bệnh thận mạn, chỉ số khối cơ thể BMI của bệnh nhân bị ảnh hưởng nhiều bởi chế độ ăn và các rối loạn chuyển hoá khác gặp trong bệnh thận mạn. Vì vậy, BMI không còn liên quan rõ rệt với THA như trong nghiên cứu của chúng tôi. Các nghiên cứu về hút thuốc lá: tác giả Nguyễn Thị Diệu nghiên cứu trên 190 bệnh nhân cho thấy không có mối liên quan rõ rệt giữa THA và hút thuốc lá.¹³ Một nghiên cứu khác của Chertow và cộng sự cho thấy so với những người không hút thuốc, những người hút 1 - 9 điếu mỗi ngày, 10 - 20 điếu mỗi ngày và nhiều hơn 20 điếu mỗi ngày làm tăng nguy cơ THA không đáng kể 1,11; 1,41 và 1,17 lần (không có ý nghĩa thống kê).¹⁴

Liên quan với tình trạng thiếu máu, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa giữa tỷ lệ THA và thiếu máu, được thể hiện trong Bảng 5. Thiếu máu làm tăng nguy cơ THA lên 2,12 lần ($p = 0,042$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Daniel E. Weiner năm 2005, cho thấy rằng tỷ lệ THA ở nhóm bệnh nhân thiếu máu 78,8% có hơn so với nhóm không thiếu máu 67,9%.¹⁵ Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu khác không chỉ ra được mối liên quan giữa thiếu máu và THA, cần có các nghiên cứu trên quy mô lớn hơn để tìm hiểu sự liên quan giữa 2 yếu tố này.

Ngoài ra, bảng 5 còn chỉ ra mối liên quan giữa tăng triglycerid với THA, tăng triglycerid làm tăng nguy cơ THA lên 5,74 lần ($p < 0,01$), trong khi tăng cholesterol toàn phần hoặc LDL-C đều không có liên quan đến THA. Nhiều nghiên cứu khác đã cho thấy trên bệnh nhân CKD, rối loạn lipid máu đặc trưng là tăng triglycerid và giảm HDL-C huyết thanh. Sự tăng triglycerid được giải thích do sự tăng sản xuất và giảm dị hoá của cơ thể, đặc biệt là ở các đối tượng CKD có kèm theo hội chứng thận hư, đái tháo đường, béo phì.

Nhiều nghiên cứu trước đây về THA và protein niệu cho thấy mối liên quan giữa 2 yếu tố này. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Dịu năm 2019 cho thấy chỉ số PCR ≥ 15 mg/mmol làm tăng nguy cơ THA lên 1,6 lần (khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê).¹³ Nghiên cứu của Walter Palmas và cộng sự cho thấy albumin niệu có liên quan đến THA trên đối tượng bệnh nhân cao tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong Bảng 6 cho thấy rằng chỉ số ACR > 30 mg/mmol làm tăng nguy cơ THA lên 4,38 lần ($p = 0,025$).

V. KẾT LUẬN

Trong 157 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 47,5%, nữ 52,5%, thời gian phát hiện bệnh chủ yếu từ 0 - 4 năm (73,2%), nguyên nhân chính của CKD là viêm cầu thận mạn (47,1%). Bệnh nhân đến khám với các triệu chứng chính là mệt mỏi (45%) và phù (35%). Tỷ lệ THA trong nhóm nghiên cứu là 72,6%, không khác biệt giữa nam và nữ. Tỷ lệ THA cao hơn trong nhóm ≥ 40 tuổi và nhóm CKD 3-4-5 có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ THA có liên quan với chỉ số ACR có ý nghĩa thống kê ($p = 0,025$). Tỷ lệ THA còn liên quan đến mức độ thiếu máu và tình trạng uống rượu ở nam giới ($p < 0,05$). Ngoài ra, ăn mặn làm tăng nguy cơ THA lên 3,65 lần ($p = 0,09$), tình trạng thừa dịch làm tăng nguy cơ THA lên 2,85 lần ($p = 0,02$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bagante F, Alaimo L, Tsilimigras D, et al. Kidney Disease: Improving Global Outcomes Classification of Chronic Kidney Disease and Short-Term Outcomes of Patients Undergoing Liver Resection. *J Am Coll Surg*. 2022; 234(5): 827-839.
2. Murton M, Goff-Leggett D, Bobrowska A, et al. Burden of Chronic Kidney Disease by KDIGO Categories of Glomerular Filtration Rate and Albuminuria: A Systematic Review. *Adv Ther*. 2021; 38(1): 180-200.
3. Ngô Quý Châu. Bệnh học Nội khoa. In. Vol 1. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2022:566-567.
4. Whaley-Connell AT, Sowers JR, Stevens LA, et al. CKD in the United States: Kidney Early Evaluation Program (KEEP) and National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999-2004. *Am J Kidney Dis*. 2008; 51(4 Suppl 2): S13-20.
5. Egan BM, Kjeldsen SE, Grassi G, Esler M, Mancia G. The global burden of hypertension exceeds 1.4 billion people: should a systolic blood pressure target below 130 become the universal standard? *J Hypertens*. 2019; 37(6): 1148-1153.
6. Trần Văn Vũ. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên bệnh nhân suy thận mạn. Thành phố Hồ Chí Minh: Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2015.
7. Đặng Huỳnh Anh Thư. Đặc điểm cận lâm sàng và yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn tại khoa thận nhân tạo Bệnh viện Đa khoa quận Thủ Đức. *Sinh lý học Việt Nam*. 2017; 21: 36-40.
8. Sarafidis PA, Li S, Chen SC, et al. Hypertension awareness, treatment, and control in chronic kidney disease. *Am J Med*. 2008; 121(4): 332-340.
9. Kuriyama S, Maruyama Y, Nishio S, et al. Serum uric acid and the incidence of CKD and

hypertension. *Clin Exp Nephrol.* 2015; 19(6): 1127-1134.

10. Nguyễn Thị Lết. Đặc điểm hội chứng thiếu máu ở bệnh nhân suy thận mạn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Hà Nội: Đề tài tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa, Đại học Y Hà Nội; 2010.

11. Buckalew VM, Jr., Berg RL, Wang SR, Porush JG, Rauch S, Schulman G. Prevalence of hypertension in 1,795 subjects with chronic renal disease: the modification of diet in renal disease study baseline cohort. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Am J Kidney Dis.* 1996; 28(6): 811-821.

12. Collins AJ, Foley RN, Chavers B, et al. 'United States Renal Data System 2011 Annual Data Report: Atlas of chronic kidney disease & end-stage renal disease in the United States.

Am J Kidney Dis. 2012; 59(1 Suppl 1): A7, e1-420.

13. Nguyễn Thị Dịu. Khảo sát tình trạng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính chưa điều trị thay thế. Hà Nội: Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2019.

14. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu CY. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *N Engl J Med.* 2004; 351(13): 1296-1305.

15. Weiner DE, Tighiouart H, Vlagopoulos PT, et al. Effects of anemia and left ventricular hypertrophy on cardiovascular disease in patients with chronic kidney disease. *J Am Soc Nephrol.* 2005; 16(6): 1803-1810.

Summary

HYPERTENSION AND RELATED FACTORS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS WITHOUT REPLACEMENT TREATMENT

Hypertension is known as an etiological factor and also a consequence of chronic kidney disease. With the current increasing trend of hypertension, we conducted a study on 157 outpatient patients with chronic kidney disease at Bach Mai Hospital from August 2022 to August 2023 to investigate the prevalence of hypertension and explore associated factors in chronic kidney disease patients without replacement treatment. The results showed that the prevalence of hypertension in the study group was 72.6%, with no difference between males and females. The < 40 age group had prevalences of hypertension of 36.2%, while the 40 - 59 age group and ≥ 60 age group had prevalences of hypertension of 88.5% and 87.9% respectively ($p < 0.01$). The prevalence of hypertension also differed among the stages of chronic kidney disease: stage 1 had 18.2%, stage 2 had 52.4%, stage 3a had 76.9%, stage 3b had 88.9%, stage 4 had 85.4%, and stage 5 had 90.9% ($p < 0.01$). Hypertension was significantly associated with an albumin-to-creatinine ratio (ACR) > 30 mg/mmol (odds ratio = 4.38; $p < 0.05$). Anemia increased the risk of hypertension by 2.12 times ($p < 0.05$), elevated triglyceride levels increased the risk of hypertension by 5.74 times ($p < 0.05$), while alcohol consumption increased the risk of hypertension by 2.85 times in the male group ($p < 0.05$).

Keywords: Hypertension, chronic kidney disease.