

**NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ  
LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT  
TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2022-2023**

*Huỳnh Kim Phương<sup>1</sup>, Huỳnh Trung Cang<sup>2</sup>, Nguyễn Hoàng Phi<sup>3\*</sup>*

*1. Bệnh viện Chợ Rẫy*

*2. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang*

*3. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*\*Email: hoangphidkct@gmail.com*

*Ngày nhận bài: 11/6/2023*

*Ngày phản biện: 19/9/2023*

*Ngày duyệt đăng: 30/9/2023*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là hai yếu tố nguy cơ tim mạch thường kết hợp với nhau trên lâm sàng và làm gia tăng đáng kể các biến cố tim mạch. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. (2) Khảo sát một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 100 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn lipid máu là 88%; một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát bao gồm: thời gian mắc bệnh tăng huyết áp, thừa cân-béo phì, béo bụng, ít vận động thể lực, uống rượu, gan nhiễm mỡ trên siêu âm gan ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát rất cao, đặc biệt là ở bệnh nhân tăng huyết áp lâu năm, béo phì, uống rượu, ít vận động thể lực, gan nhiễm mỡ.

**Từ khóa:** Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, Cần Thơ.

**ABSTRACT**

**THE SITUATION OF DISLIPIDEMIA AND RELATED FACTORS IN  
PRIMARY HYPERTENSIVE PATIENTS AT CAN THO UNIVERSITY OF  
MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2022-2023**

*Huynh Kim Phuong<sup>1</sup>, Huynh Trung Cang<sup>2</sup>, Nguyen Hoang Phi<sup>3\*</sup>*

*1. Cho Ray Hospital*

*2. Kien Giang General Hospital*

*3. Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

**Background:** Hypertension and dyslipidemia are two cardiovascular risk factors that often combine in clinical practice and increase the risk of cardiovascular complications. **Objectives:** (i) To determine the rate of dislipidemia in primary hypertensive patients; (ii) To identify some related factors to dislipidemia in primary hypertensive patients. **Materials and methods:** Descriptive cross-sectional study, conducted on 100 primary hypertensive patients with dyslipidemia at the Department of Examination – Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** The prevalence of dislipidemia among primary hypertensive patients was 88%. There were the relationships between dislipidemia with: duration of hypertension, overweight, high waist circumference, physical inactivity, alcohol abuse and fatty liver status ( $p < 0,05$ ). **Conclusion:** Dyslipidemia account for a very high proportion among patients with hypertension, especially in patients with some associated cardiovascular risk factors such as long-term hypertension, overweight, obesity, alcohol abuse, physical inactivity, and fatty liver status.

**Keywords:** Hypertension, dyslipidemia, Can Tho.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mắc tăng huyết áp tại Việt Nam nói chung và Cần Thơ nói riêng có xu hướng ngày càng tăng [1]. Song song với sự phát triển của bệnh tăng huyết áp thì rối loạn chuyển hóa lipid máu chiếm tỷ lệ tương đối cao, sự phối hợp giữa rối loạn lipid máu và yếu tố nguy cơ tim mạch gây ra các biến chứng nguy hiểm như: bệnh mạch vành, bệnh mạch máu não... [2]. Để quản lý bệnh tăng huyết áp có hiệu quả, cần nắm được tình hình rối loạn lipid máu và xác định các yếu tố liên quan để có biện pháp điều trị kịp thời và cải thiện dự hậu cho bệnh nhân. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với các hai tiêu cụ thể như sau: (1) Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023; (2) Khảo sát một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### - Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp theo tiêu chuẩn của VSH/VNHA 2022 [3] dựa vào huyết áp đo tại phòng khám với trị số huyết áp tâm thu  $\geq 140$ mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$ mmHg hoặc đang sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp.

- Chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát: bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát khi tăng huyết áp mà các nguyên nhân thứ phát rõ ràng như bệnh mạch máu thận, bệnh nhu mô thận, hội chứng cường Aldosterone, ngưng thở khi ngủ, hội chứng Cushing, u tủy thượng thận không được xác định. Các nguyên nhân trên được xác định dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng như sau [3]:

+ THA do bệnh mạch máu thận: khởi phát THA trước 30 tuổi hoặc sau 55 tuổi; âm thổi động mạch chủ bụng; creatinin tăng liên tục khi bắt đầu dùng thuốc ức chế men chuyển; tổn thương võng mạc: xuất huyết, xuất tiết, phù gai thị; phù phổi cấp thoáng qua [3].

+ Bệnh nhu mô thận: xét nghiệm nước tiểu bất thường (protein niệu, đái máu); tăng creatinine máu, siêu âm thận bất thường [3].

+ Ngưng thở khi ngủ: béo phì, cơn thở nhanh về đêm, thở ngáy [3].

+ Cường Aldosteron nguyên phát: hạ kali máu không lý giải được, kiểm chuyển hóa

+ Hội chứng Cushing: béo phì trung tâm, viêm nang lông, sung huyết, vết rạn da, tăng đường huyết [3]

+ U tủy thượng thận: cơn tăng huyết áp kịch phát, hồi hộp đánh trống ngực, xanh xao, vã mồ hôi, đau đầu [3].

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đang sử dụng các loại thuốc có thể ảnh hưởng đến lipid máu như: thuốc lợi tiểu thiazid ( $>25$ mg/ngày), thuốc chẹn  $\beta$  liều cao (bisoprolol  $>5$ mg/ngày, metoprolol  $>50$ mg/ngày), corticoid liều cao kéo dài, cyclosporin. Bệnh nội khoa ảnh hưởng đến lipid máu: xơ gan, suy tim nặng (NYHA III, IV), suy thận mạn, cường giáp, suy giáp.

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Thời gian: 06/2022-06/2023. Địa điểm: Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ: chọn mức ý nghĩa thống kê  $\alpha = 0,05$ , sai số mong muốn  $d = 0,07$  và  $p = 0,862$  (dựa trên nghiên cứu của tác giả Huỳnh Minh Ngọc [4]) tính được  $n = 94$ . Trên thực tế chúng tôi nghiên cứu đã nghiên cứu trên 100 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Tỷ lệ rối loạn lipid máu: Chẩn đoán rối loạn lipid máu khi bệnh nhân đang dùng thuốc điều trị rối loạn lipid máu hoặc có rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid máu theo NCEP-ATPIII 2001 [5]: cholesterol  $>5,2\text{mmol/L}$  ( $200\text{mg/dL}$ ), HDL-c  $<1\text{mmol/L}$  ( $40\text{mg/dL}$ ), LDL-c  $>3,4\text{mmol/L}$  ( $130\text{mg/dL}$ ), triglyceride  $>1,7\text{mmol/L}$  ( $150\text{mg/dL}$ ).

+ Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu: Tuổi, giới, thời gian mắc bệnh THA, tiền sử gia đình rối loạn lipid máu, thừa cân-béo phì, béo bụng (vòng bụng  $>90\text{cm}$  ở nam và  $>80\text{cm}$  ở nữ), ít vận động thể lực (tập thể dục, đi bộ  $<30$  phút/ngày), uống rượu (một ngày uống  $>60\text{ml}$  rượu hoặc  $660\text{ml}$  bia, một tuần uống  $>3$  lần), gan nhiễm mỡ trên siêu âm gan (hình ảnh chủ mô gan sáng hơn thận khi so sánh cùng độ sâu, giảm âm vùng thấp, các cấu trúc hình ống bị xóa mờ).

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

+ Các chỉ số nhân trắc: Phương tiện: thước dây Trung Quốc và cân Nhơn Hòa đã được chuẩn hóa tại phòng kiểm định đo lường chất lượng thành phố Cần Thơ. Quy trình đo chiều cao và cân nặng theo hướng dẫn của Viện Dinh dưỡng Quốc gia Việt Nam [6]. BMI được tính theo công thức: 
$$\text{BMI} = \frac{\text{Cân nặng (Kg)}}{(\text{Chiều cao đứng (m)})^2}$$

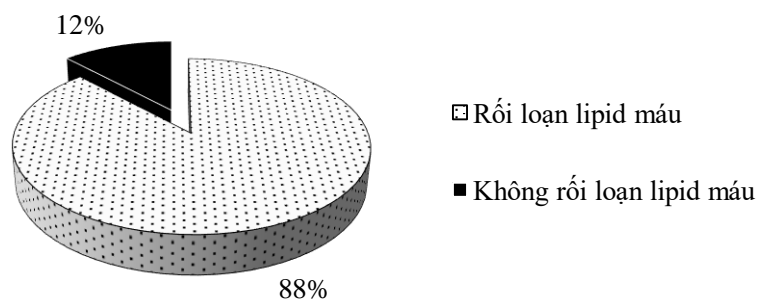
+ Phương pháp định lượng các chỉ số sinh hóa: Phương tiện: máy phân tích hóa sinh tự động Cobas C311 tại Khoa Hóa sinh Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Kỹ thuật: Lấy máu vào buổi sáng sớm, bệnh nhân nhịn ăn.

+ Siêu âm bụng tổng quát: sử dụng máy siêu âm Siemen X500 đặt tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA nguyên phát



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA nguyên phát

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn lipid máu (RLLP) ở bệnh nhân tăng huyết áp (THA) nguyên phát chiếm 88%.

### 3.2. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA nguyên phát

Bảng 1. Môi liên quan giữa RLLP máu với tuổi và giới

Yếu tố		Rối loạn lipid máu		OR (KTC 95%)	p
		Có n (%)	Không n (%)		
Giới tính	Nam	39 (86,7)	6 (13,3)	0,796 (0,23-2,66)	>0,05
	Nữ	49 (89,1)	6 (10,9)		
Nhóm tuổi	<50	15 (88,2)	2 (11,8)	-	>0,05
	50-59	24 (88,9)	3 (11,1)		
	60-69	26 (86,7)	4 (13,3)		
	≥70	23 (88,5)	3 (11,5)		

Nhận xét: Nữ giới bị RLLP máu nhiều hơn nam giới (89,1% so với 86,7%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ). Không ghi nhận mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với nhóm tuổi ( $p>0,05$ ).

Bảng 2. Môi liên quan giữa RLLP máu với thời gian mắc bệnh THA và tiền sử gia đình rối loạn lipid máu

Yếu tố		Rối loạn lipid máu		OR (KTC 95%)	p
		Có n (%)	Không n (%)		
Thời gian mắc bệnh THA	≥5 năm	48 (96)	2 (4)	6 (1,24-8,98)	<0,05
	<5 năm	40 (80)	10 (20)		
Tiền sử gia đình rối loạn lipid máu	Có	24 (82,8)	5 (17,2)	0,52 (0,15-1,81)	>0,05
	Không	64 (90,1)	7 (9,9)		

Nhận xét: Ở nhóm có thời gian mắc bệnh THA ≥5 năm, tỷ lệ RLLP máu là 96%, còn ở nhóm có thời gian mắc bệnh THA <5 năm thì tỷ lệ RLLP máu là 80%. Tỷ số chênh chỉ ra sự khác biệt ở nhóm mắc bệnh THA ≥5 năm so với nhóm mắc bệnh THA <5 năm là 6 (1,24-8,98) có ý nghĩa thống kê với ( $p<0,05$ ). Tiền sử gia đình RLLP máu không liên quan đến tỷ lệ RLLP máu ( $p>0,05$ ).

Bảng 3. Môi liên quan giữa RLLP máu với tình trạng thừa cân-béo phì và béo bụng

Yếu tố		Rối loạn lipid máu		OR (KTC 95%)	p
		Có n (%)	Không n (%)		
Thừa cân-béo phì	Có	55 (94,8)	3 (5,2)	5 (1,26-9,79)	<0,05
	Không	33 (78,6)	9 (21,4)		
Béo bụng	Có	58 (95,1)	3 (4,9)	5,8 (1,46-13,03)	<0,05
	Không	30 (76,9)	9 (23,1)		

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân thừa cân béo phì, RLLP máu chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm không thừa cân béo phì ( $p<0,05$ ). Kết quả tương tự cũng ghi nhận ở nhóm bệnh nhân có béo bụng so với nhóm bệnh nhân không béo bụng ( $p<0,05$ ).

Bảng 4. Môi liên quan giữa RLLP máu với các yếu tố liên quan đến lối sống

Yếu tố		Rối loạn lipid máu		OR (KTC 95%)	p
		Có n (%)	Không n (%)		
Ít vận động thể lực	Có	52 (94,5)	3 (5,5)	4,33 (1,09-7,12)	<0,05
	Không	36 (80)	9 (20)		
Uống rượu	Có	50 (96,2)	2 (3,8)		<0,05

Yếu tố	Rối loạn lipid máu		OR (KTC 95%) 6,57 (1,36-11,8)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Không	38 (79,2)	10 (20,8)		

Nhận xét: Ít vận động thể lực và uống rượu có liên quan đến sự xuất hiện RLLP máu ở bệnh nhân THA nguyên phát ( $p < 0,05$ ).

Bảng 5. Mối liên quan giữa RLLP máu với gan nhiễm mỡ trên siêu âm gan

Yếu tố	Rối loạn lipid máu		OR (KTC 95%) 5,25 (1,32-10,8)	p
	Có n (%)	Không n (%)		
Gan nhiễm mỡ trên siêu âm gan	Có	56 (94,9)	3 (5,1)	<0,05
	Không	32 (78)	9 (22)	

Nhận xét: Tỷ lệ RLLP máu ở nhóm bệnh nhân bị gan nhiễm mỡ phát hiện trên siêu âm gan cao hơn so với nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ , OR = 5,25).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát

Nghiên cứu của chúng tôi trên 100 bệnh nhân tăng huyết áp (THA) nguyên phát có 88 người rối loạn lipid (RLLP) máu, chiếm tỷ lệ 88%. Kết quả này gần tương đương với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Minh Ngọc là 86,2% [4] và Nguyễn Văn Tuấn là 88% [6] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Phạm Vũ Thụy là 94,5% [7] và Võ Như An là 95,9% [8]. Cỡ mẫu và thời điểm nghiên cứu khác nhau có thể là nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt này. Vì thế chúng tôi cần tiếp tục nghiên cứu thêm để xác định rõ tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA nguyên phát nhằm đưa ra khuyến cáo điều trị chính xác cho các thầy thuốc lâm sàng.

### 4.2. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA nguyên phát

Tỷ lệ bệnh nhân THA có RLLP máu ở nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 86,7% và nữ giới chiếm 89,1%. Như vậy, có thể thấy nữ giới bị RLLP máu nhiều hơn so với nam giới. Nguyên nhân là do trong nghiên cứu của chúng tôi phụ nữ lớn tuổi chiếm đa số. Nhất là sau 50 tuổi thì tỷ lệ RLLP máu có khuynh hướng gia tăng do liên quan đến độ tuổi mãn kinh [9].

Ở nhóm mắc bệnh THA  $\geq 5$  năm, tỷ lệ RLLP máu là 96%, cao hơn so với nhóm còn lại là 80%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của Võ Như An và Nguyễn Văn Tuấn cũng cho kết quả tương tự [6], [8].

BMI là một trong những thông số tốt giúp đánh giá, phân độ tình trạng béo phì và nguy cơ tim mạch cũng như hội chứng chuyển hóa. Tử vong do bệnh tim mạch thấp nhất là BMI từ 22,5-25,5  $\text{kg/m}^2$  [10]. Cứ tăng mỗi 5 $\text{kg/m}^2$  thì gia tăng 30% nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch [10]. Dựa vào phân loại BMI cho người Châu Á, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân THA có béo phì bị RLLP máu chiếm 94,8% và kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Huỳnh Minh Ngọc [4] là 97,5% và của Nguyễn Văn Tuấn [6] là 93,02%.

BMI, vòng eo và tình trạng rối loạn lipid máu có liên quan chặt chẽ với nguy cơ tim mạch, nhưng theo kết quả của nhiều công trình nghiên cứu thì vòng eo có độ nhạy cao hơn trong hội chứng chuyển hóa so với BMI [11]. Ghi nhận từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì béo bụng có mối liên quan chặt chẽ với RLLP máu, chiếm tỷ lệ 95,1% cao hơn nhóm không béo bụng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm người THA ít vận động thể lực có RLLP máu cao hơn người có vận động thể lực là 94,5% so với 80%, người ít vận động thể lực có nguy cơ RLLP gấp 4,33 lần người có vận động thể lực. Điều này phù hợp với ghi nhận từ nghiên cứu của Huỳnh Minh Ngọc [4]: ít hoạt động thể lực đưa đến béo phì, thừa cân, đề kháng insulin, đồng thời ít vận động thể lực cũng là một trong những yếu tố thúc đẩy bệnh lý đái tháo đường, rối loạn dung nạp glucose.

Qua nghiên cứu của chúng tôi thì những người THA có uống rượu có RLLP máu là 92% tương tự nghiên cứu của Huỳnh Minh Ngọc là 91,2% [4]. Các nghiên cứu ở Mỹ cho thấy uống nhiều rượu ( $\geq 60\text{g/ngày}$ ) là yếu tố nguy cơ của chảy máu não và nhồi máu não. Tần số THA và nguy cơ xuất huyết não tăng lên với sự gia tăng uống rượu. Tuy nhiên, uống rượu mức độ ít và trung bình (12-20g/ngày) làm giảm nguy cơ đột quỵ thông qua việc tăng HDL-c, chống kết tập tiểu cầu và còn làm thuận lợi cho những yếu tố tiêu sợi huyết. Như vậy, uống rượu ít có tác dụng bảo vệ tim mạch thông qua việc tăng HDL-c, nhưng uống rượu thường xuyên và nhiều năm làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch do giảm HDL-c, tăng xơ vữa, đặc biệt là động mạch vành.

Tỷ lệ gan nhiễm mỡ trên siêu âm của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi là 59%, trong đó nhóm bệnh nhân bị gan nhiễm mỡ có tỷ lệ RLLP máu là 94,9% và nhóm bệnh nhân không bị gan nhiễm mỡ có tỷ lệ RLLP máu là 78% ( $p < 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn [6].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát rất cao (88%). Có mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với tình trạng THA lâu năm, béo phì, uống rượu, ít vận động thể lực, gan nhiễm mỡ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huynh Van Minh, Neil R Poulter, Nguyen Lan Viet, et.al. (2021). Blood pressure screening results from May Measurement Month 2019 in Vietnam, *European Heart Journal Supplements*.23(Supplement\_B). B154-B157, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/suab035>.
2. Rea Ariyanti and Besral Besral. Dyslipidemia associated with hypertension increases the risks for coronary heart disease: a case-control study in Harapan Kita Hospital, National Cardiovascular Center, Jakarta, *Journal of lipids*. 2019, <https://doi.org/10.1038/s41440-020-00549-2>.
3. Phân hội Tăng huyết áp/Hội Tim mạch học Việt Nam (VSH/VNHA) (2022), *Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*.
4. Huỳnh Minh Ngọc. Nghiên cứu rối loạn lipid máu và đánh giá kết quả điều trị bằng rosuvastatin ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ, Luận án chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2014.
5. Youlian Liao, Soonho Kwon, Sara Shaughnessy, et.al. Critical evaluation of adult treatment panel III criteria in identifying insulin resistance with dyslipidemia, *Diabetes care*. 2004. 27(4). 978-983, <https://doi.org/10.2337/diacare.27.4.978>
6. Nguyễn Văn Tuấn. Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp, *Tạp chí Y học Việt Nam*(508). 2021.
7. Phạm Vũ Thụy. Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2016-2017, Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2018.
8. Võ Như An. Điều trị tăng huyết áp và đặc điểm rối loạn lipid máu ở người cao tuổi tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa Ninh Thuận, Đề tài nghiên cứu cấp bệnh viện. 2013.

9. Ozen K Basoglu, Mehmet Sezai Tasbakan và Meral Kayikcioglu. Dyslipidemia prevalence in nonobese, nondiabetic patients with obstructive sleep apnea: does sex matter?, *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2023. 19(5). 889-898, <https://doi.org/10.5664/jcsm.10490>
10. Masanari Kuwabara, Remi Kuwabara, Koichiro Niwa, et.al. Different risk for hypertension, diabetes, dyslipidemia, and hyperuricemia according to level of body mass index in Japanese and American subjects. 2018. 10(8). 1011, PMID: 35261004; PMCID: PMC8796675.
11. Yeong Ho Kim, Kyung Do Han, Chul Hwan Bang, et.al. High waist circumference rather than high body mass index may be a predictive risk factor for the longer disease duration of chronic spontaneous urticaria, *Scientific Reports*. 2021. 11(1). 1-4, <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81484-1>.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG XƯƠNG THÁI DƯƠNG TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021-2023

Võ Văn Năm<sup>1\*</sup>, Phạm Thanh Thế<sup>1</sup>, Hồ Lê Hoài Nhân<sup>2</sup>

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ

\*Email: bsvovannam@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/5/2023

Ngày phản biện: 19/9/2023

Ngày duyệt đăng: 30/9/2023

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chấn thương xương thái dương là vấn đề thường gặp trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, các tổn thương trong xương thái dương dễ bị bỏ sót do thường kèm tổn thương nội sọ. Hiện nay, chụp cắt lớp vi tính là phương tiện rất tốt để đánh giá các tổn thương trong xương thái dương. Tuy nhiên, có nhiều hệ thống phân loại đường vỡ. Hệ thống phân loại cổ điển chia thành vỡ dọc, vỡ ngang, vỡ hỗn hợp. Hệ thống phân loại dựa theo mê đạo xương chia thành vỡ tổn thương mê đạo xương và vỡ không tổn thương mê đạo xương. Mỗi hệ thống phân loại giúp tiên lượng các triệu chứng lâm sàng khác nhau. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mối liên quan giữa các hệ thống phân loại đường vỡ với triệu chứng của bệnh nhân chấn thương xương thái dương tại thành phố Cần Thơ năm 2021-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 65 trường hợp chấn thương xương thái dương được điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng: nghe kém 78,4%, liệt mặt 32,3%. Hình ảnh CLVT: tổn thương xương con 27,7%. Hệ thống phân loại cổ điển có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tổn thương xương con ( $p < 0,05$ ). Trong khi đó, phân loại đường vỡ dựa theo mê đạo xương cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nghe kém, liệt mặt ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Chấn thương xương thái dương có biểu hiện lâm sàng và hệ thống phân loại đường vỡ đa dạng. Chụp cắt lớp vi tính có vai trò rất quan trọng để đánh giá các tổn thương trong xương thái dương. Hệ thống phân loại cổ điển giúp tiên lượng tổn thương xương con. Hệ thống phân loại dựa theo mê đạo xương giúp tiên lượng tốt các triệu chứng lâm sàng nghe kém, liệt mặt.

**Từ khóa:** Chấn thương xương thái dương, cắt lớp vi tính, liệt mặt.