

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BIẾN CHỨNG SUY TIM Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2024-2025

Nguyễn Thị Thanh Huyền¹, Nguyễn Ngọc Diệp¹, Đặng Thị Duyên¹,
Trần Thị Thu Hà¹, Phạm Thị Thảo¹, Tạ Thị Yến Vi¹,
Nguyễn Duy Cường^{2*}, Vũ Thanh Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến biến chứng suy tim ở bệnh nhân tăng huyết áp (THA) nguyên phát tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2024-2025.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang được tiến hành trên 360 người bệnh THA nguyên phát đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 08/2024 đến tháng 03/2025.

Kết quả: Người bệnh THA nguyên phát béo phì có biến chứng suy tim cao gấp 3,75 lần so với người bệnh có thể trạng nhẹ cân. Thời gian phát hiện THA từ 5 năm trở lên làm tỷ lệ suy tim tăng gấp 17,303 lần so với thời gian phát hiện < 5 năm. Người bệnh có thói quen uống rượu bia có biến chứng suy tim cao hơn 1,818 lần so với người bệnh không uống rượu bia. Không tuân thủ chế độ dùng thuốc có nguy cơ suy tim cao hơn 4,376 lần so với nhóm tuân thủ. Kiểm soát huyết áp không đạt mục tiêu là một trong những yếu tố gây suy tim ở người bệnh THA, OR = 3,457; 95% CI: 2,149-5,56.

Kết luận: Các yếu tố nguy cơ gây suy tim ở người bệnh THA là: thể trạng béo phì, thời gian phát hiện THA từ 5 năm trở lên, thói quen uống rượu bia, không tuân thủ chế độ dùng thuốc và kiểm soát huyết áp không đạt mục tiêu.

Từ khóa: Tăng huyết áp nguyên phát, suy tim, yếu tố liên quan.

SOME FACTORS ASSOCIATED WITH HEART FAILURE COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTENSION AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2024-2025

ABSTRACT

Objective: To identify factors associated with heart failure complications in patients with primary

1. Sinh viên K50H, trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

* Tác giả liên hệ: Nguyễn Duy Cường

Email: cuongnd@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5/5/2025

Ngày phản biện: 17/9/2025

Ngày duyệt bài: 19/9/2025

hypertension at Thai Binh Medical University Hospital in 2024-2025.

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted on 360 patients diagnosed with primary hypertension who visited or received treatment at Thai Binh Medical University Hospital from August 2024 to March 2025.

Results: Obese patients with primary hypertension had a 3.75-fold higher risk of heart failure compared to underweight individuals. A duration of hypertension of 5 years or more increased the risk of heart failure by 17.303 times compared to those with a duration of less than 5 years. Patients who consumed alcohol had a 1.818-fold higher risk of heart failure than those who did not. Non-adherence to medication regimens increased the risk of heart failure by 4.376 times compared to the adherent group. Uncontrolled blood pressure was also identified as a risk factor for heart failure in hypertensive patients, with an OR = 3.457; 95% CI: 2.149-5.56.

Conclusion: In our study, the factors associated with heart failure in patients with primary hypertension included obesity, a duration of hypertension of 5 years or more, alcohol consumption, poor medication adherence, and uncontrolled blood pressure.

Keywords: Primary hypertension, heart failure, associated factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh lý mạn tính, trong đó áp lực máu tác động lên thành mạch đo được ở động mạch cao hơn mức bình thường. Tỷ lệ THA trên thế giới ngày càng tăng cao, đây cũng là vấn đề được quan tâm trong y học cũng như trong đời sống xã hội hiện nay. Bệnh tim do THA là một thách thức lớn đối với sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới với tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng trong những thập kỷ qua [1]. THA kéo dài không được kiểm soát có nguy cơ dẫn tới các bệnh: tai biến mạch máu não, bệnh mạch vành, suy tim, rung nhĩ, suy thận, suy giảm trí nhớ... THA là một trong

những yếu tố nguy cơ chính và phổ biến nhất dẫn tới suy thất trái. Nhiều bằng chứng đã chứng minh rằng kiểm soát huyết áp đầy đủ có thể làm giảm các biến chứng tim mạch, bao gồm cả sự tiến triển của suy tim [2]. Qua quan sát lâm sàng, chúng tôi thấy việc xác định các yếu tố liên quan đến suy tim ở bệnh nhân THA có ý nghĩa quan trọng trong quản lý và điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu xác định một số yếu tố liên quan đến biến chứng suy tim ở bệnh nhân THA nguyên phát tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2024-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 360 người bệnh THA nguyên phát đến khám và điều trị tại khoa Nội và các phòng khám Nội Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh từ 30 tuổi trở lên
- Được chẩn đoán THA theo Bộ Y tế, được thăm khám toàn diện và loại trừ THA thứ phát.
- Đã và đang điều trị hoặc mới phát hiện lần đầu
- Đồng ý tham gia nghiên cứu
- Hợp tác trong quá trình thăm khám

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh dưới 18 tuổi
- Người đang mắc các bệnh cấp tính
- Người bệnh được chẩn đoán THA thứ phát
- Phụ nữ có thai
- Người mắc bệnh tâm thần, thiếu năng trí tuệ
- Không hợp tác trong quá trình thăm khám
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: khoa Nội và các phòng khám Nội Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 08/2024 đến tháng 03/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức nghiên cứu mô tả

$$n = \frac{1,96^2 p(1-p)}{\Delta^2}$$

Trong đó: p là tỷ lệ người bệnh bị suy tim do THA nguyên phát, p = 37,5% theo tác giả Nguyễn Thị Huyền, Nguyễn Thị Giang thực hiện nghiên cứu năm 2024 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương,

đây là địa điểm khá tương đồng với địa điểm nghiên cứu của chúng tôi, và cùng trong năm 2024 [3].

Δ là khoảng sai lệch chấp nhận được của tỷ lệ bệnh ước lượng so với tỷ lệ thật, chấp nhận sai số 5%, vậy $\Delta = 0,05$. Thay vào công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu tính được là 360 người bệnh THA.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu tích lũy thuận tiện có chủ đích. Tất cả người bệnh tăng huyết áp đến khám tại các phòng khám Nội bệnh viện Đại học Y Thái Bình đều được khám sàng lọc, những người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, không có tiêu chuẩn loại trừ đều được mời tham gia nghiên cứu. Thu thập cho đến khi đủ tổng cỡ mẫu là 360 người bệnh.

Phương pháp thu thập dữ liệu: Theo mẫu bệnh án soạn sẵn.

Các chỉ số và tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

Chẩn đoán suy tim: theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn của Bộ Y tế năm 2022, tiêu chuẩn này gồm có 6 triệu chứng điển hình và 10 triệu chứng ít điển hình, 4 triệu chứng đặc hiệu và 16 triệu chứng kém đặc hiệu, chẩn đoán suy tim khi có triệu chứng cơ năng và/hoặc triệu chứng thực thể của suy tim kèm theo bằng chứng khách quan của rối loạn chức năng tim [4]. Trong nghiên cứu này, ngoài những người bệnh suy tim điển hình thì những người bệnh nghi ngờ suy tim trên lâm sàng được chúng tôi xác định bằng kết quả đo EF trên siêu âm tim và định lượng nồng độ Pro-BNP huyết thanh.

THA nguyên phát được xác định theo Hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2010 [5], sau khi đo huyết áp đúng quy trình và loại trừ các nguyên nhân gây THA thứ phát được thực hiện thông qua khai thác bệnh sử, hồ sơ bệnh án, kết quả cận lâm sàng và ý kiến chẩn đoán của bác sĩ điều trị.

Mức độ THA: chọn giá trị huyết áp cao nhất trong tiền sử hoặc hiện tại của người bệnh để phân độ theo JNC 7 [5].

Tình trạng kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu là khi huyết áp đo trong ngày của người bệnh luôn dưới 130/80 mmHg, chưa đạt mục tiêu khi chỉ số này còn từ 130/80 mmHg trở lên [5].

Giới tính, tuổi, thời gian phát hiện THA, các thói quen sinh hoạt (hút thuốc lá, uống rượu bia, tập thể dục, chế độ ăn uống) và các bệnh lý (phì đại thất trái, kiểm soát nhịp tim, rối loạn nhịp tim, kiểm soát huyết áp, tăng mỡ máu, đái tháo đường).

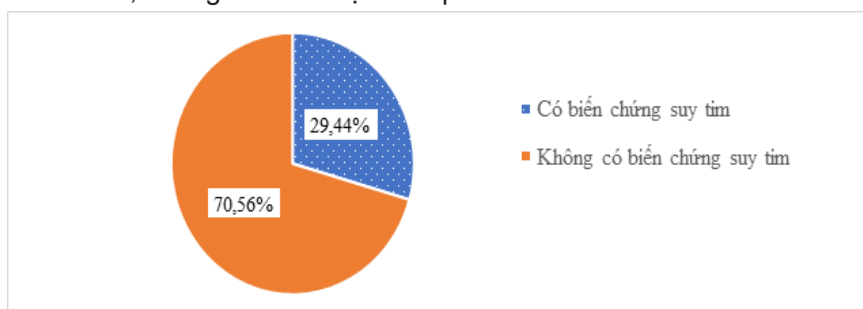
Thời gian phát hiện bệnh: là thời gian từ lúc người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp đến hiện tại. Chúng tôi chia thành 2 mức: dưới 5 năm và từ 5 năm trở lên.

Tuân thủ dùng thuốc là khi người bệnh sử dụng thuốc đúng liều, đúng thời gian, đúng chỉ định của bác sĩ, không tự ý ngừng, tăng hoặc giảm liều thuốc. Không tuân thủ là khi người bệnh tự ý ngừng, tăng, giảm liều dùng mà không có sự đồng ý của bác sĩ. Sự tuân thủ được đánh giá theo thang điểm MARS-5 (Medication Adherence Report Scale). Người bệnh tuân thủ khi điểm MARS-5 từ 23 điểm trở lên, dưới 23 điểm là người bệnh không tuân thủ [6].

Chỉ số khối cơ thể (BMI): đơn vị là kg/m^2 . Đánh giá tình trạng béo phì theo tiêu chuẩn của WHO dành cho người Châu Á năm 2023 [7].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua phân tích số liệu trên 360 người bệnh THA nguyên phát đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2024 – 2025, chúng tôi thu được kết quả như sau:



Biểu đồ 1. Tỷ lệ người bệnh suy tim do tăng huyết áp (n=360)

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 106 người bệnh có biến chứng suy tim chiếm 29,44%; và 254 người bệnh không có biến chứng suy tim chiếm 70,56%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=360)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	156	43,3
	Nữ	204	56,7
Nhóm tuổi (năm)	30 – < 65	101	28,1
	65 – 75	146	40,6
	> 75	113	31,4
	$\bar{X} \pm SD$	$69,42 \pm 10,69$	
BMI	Nhẹ cân	38	10,6
	Bình thường	235	65,2
	Thừa cân	65	18,1
	Béo phì	22	6,1

Đặc điểm			Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiền sử tăng huyết áp	Mức độ	Độ I	179	49,7
		Độ II	181	50,3
		HA tâm thu trung bình (mmHg)	158,51 ± 33,59	
		HA tâm trương trung bình (mmHg)	86,75 ± 12,751	
	Thời gian	Dưới 5 năm	212	58,9
		Từ 5 năm trở lên	148	41,1
		$\bar{X} \pm SD$	5,41 ± 4,192	
Điều trị	Dùng thuốc	Thuốc ức chế men chuyển	137	38,1
		Chẹn thụ thể Angiotensin	9	2,5
		Chẹn beta	5	1,4
		Chẹn kênh Canxi	166	46,1
		Nhóm thuốc hỗn hợp	38	10,6
	Không dùng thuốc		5	1,4

Trong 360 đối tượng nghiên cứu, nữ giới chiếm 56,7%; gấp 1,3 lần nam giới (43,3%). Nhóm tuổi 65 – 75 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất (40,6%) với tuổi trung bình $69,42 \pm 10,69$. Phần lớn người bệnh có thể trạng bình thường (65,2%). Tỷ lệ người bệnh THA độ I và độ II lần lượt là 49,7% và 50,3%. Thời gian phát hiện bệnh trung bình là $5,41 \pm 4,19$ năm, trong đó 58,9% phát hiện bệnh dưới 5 năm. Nhóm thuốc hạ áp được sử dụng phổ biến nhất là chẹn kênh Canxi (46,1%) và thuốc ức chế men chuyển (38,1%).

Bảng 2. Mối liên quan giữa tuổi và giới với suy tim do tăng huyết áp (n=360)

Thông số		THA không suy tim (254 NB)	THA có suy tim (106 NB)	OR (95% CI)	p
Tuổi	< 65	76	25	1	
	65 - 75	102	44	1,311 (0,739-2,328)	0,354
	> 75	76	37	1,48 (0,813-2,694)	0,199
Giới	Nam	104	52	1,389 (0,881-2,19)	0,158
	Nữ	150	54	1	

Không thấy mối liên quan giữa tuổi và giới với tình trạng suy tim ở người bệnh THA nguyên phát.

Bảng 3. Mối liên quan giữa thể trạng (BMI) với suy tim do tăng huyết áp (n=360)

Thể trạng	THA không suy tim (254 NB)		THA có suy tim (106 NB)		OR (95% CI)	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Nhẹ cân	30	78,9	8	21,1	1	0,029
Bình thường	173	73,6	62	26,4	1,344 (0,585-3,089)	0,486

Thể trạng	THA không suy tim (254 NB)		THA có suy tim (106 NB)		OR (95% CI)	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Thừa cân	40	61,5	25	38,5	2,344 (0,928-5,918)	0,71
Béo phì	11	50	11	50	3,75 (1,196-11,762)	0,023

Tỷ lệ người bệnh THA béo phì có biến chứng suy tim cao gấp 3,75 lần so với người bệnh có thể trạng nhẹ cân với OR=3,75, 95%CI:1,196-11,762.

Bảng 4. Mối liên quan giữa thời gian phát hiện tăng huyết áp với biến chứng suy tim (n=360)

Thời gian	THA không suy tim (254 NB)		THA có suy tim (106 NB)		OR (95% CI)	p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Dưới 5 năm	195	92	17	8	1	
Từ 5 năm trở lên	59	39,9	89	60,1	17,303 (9,544-31,369)	<0,001

Người bệnh THA phát hiện từ 5 năm trở lên có nguy cơ suy tim cao gấp 17,303 lần người bệnh có thời gian phát hiện < 5 năm, với 95%CI:9,544-31,369.

Bảng 5. Mối liên quan giữa thói quen sinh hoạt và tuân thủ điều trị với suy tim do tăng huyết áp (n=360)

Thói quen sinh hoạt		THA không suy tim (254 NB)		THA có suy tim (106 NB)		OR (95% CI)	p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Hút thuốc lá	Có	40	63,5	23	36,5	1,483 (0,837-2,627)	0,177
	Không	214	72,1	83	27,9	1	
Uống rượu bia	Có	56	60,9	36	39,1	1,818 (1,103-2,997)	0,019
	Không	198	73,9	70	26,1	1	
Tập thể dục	Có	149	69,3	66	30,7	1,163 (0,730-1,852)	0,525
	Không	105	72,4	40	27,6	1	
Tuân thủ chế độ ăn uống	Có	120	72,3	46	27,7	1	
	Không	134	69,1	60	30,9	1,168 (0,740-1,843)	0,505
Tuân thủ chế độ dùng thuốc	Có	222	77,4	65	22,6	1	
	Không	32	43,8	41	56,2	4,376 (2,554-7,499)	<0,001

Người bệnh THA nguyên phát có thói quen uống rượu bia có biến chứng suy tim cao hơn 1,818 lần so với người bệnh THA không uống rượu bia (95% CI: 1,103–2,997). Bên cạnh đó, người bệnh THA không tuân thủ chế độ dùng thuốc có nguy cơ suy tim cao hơn 4,376 lần so với nhóm tuân thủ chế độ dùng thuốc (95% CI: 2,554–7,499). Không tìm thấy mối liên quan giữa hút thuốc lá, tập thể dục và tuân thủ chế độ ăn uống với biến chứng suy tim ở người bệnh THA.

Bảng 6. Mối liên quan của một số bệnh lý với suy tim do tăng huyết áp (n=360)

Bệnh lý		THA không suy tim (254 NB)		THA có suy tim (106 NB)		OR (95% CI)	p
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
Phì đại thất trái	Có	3	50	3	50	2,437 (0,484-12,273)	0,280
	Không	251	70,9	103	19,1	1	
Kiểm soát nhịp tim	Đạt mục tiêu	24	64,9	13	35,1	1	
	Không đạt mục tiêu	230	71,2	93	28,8	1,340 (0,654 – 2,743)	0,424
Rối loạn nhịp	Có	10	83,33	2	16,67	1	
	Không	244	70,11	104	29,89	0,47 (0,10 – 2,18)	0,521
Kiểm soát huyết áp	Đạt mục tiêu	165	81,7	37	18,3	1	
	Không đạt mục tiêu	89	56,3	69	43,7	3,457 (2,149- 5,561)	<0,001
Tăng mỡ máu	Có	147	69,3	65	30,7	1,154 (0,726-1,834)	0,545
	Không	107	72,3	41	27,7	1	
Đái tháo đường	Có	107	70,9	44	29,1	0,975 (0,616-1,544)	0,914
	Không	147	70,3	62	29,7	1	

Kiểm soát huyết áp không đạt mục tiêu là yếu tố nguy cơ độc lập gây suy tim ở người bệnh THA, OR = 3,457; 95% CI: 2,149-5,561. Không tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng phì đại thất trái, kiểm soát nhịp tim, rối loạn nhịp tim, tăng mỡ máu và đái tháo đường với suy tim ở người bệnh THA.

Bảng 7. Phân tích đa biến suy tim do tăng huyết áp và các yếu tố liên quan (n=360)

Các yếu tố	Suy tim do tăng huyết áp			
	OR thô (KTC 95%)	p	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	p
Nhóm tuổi (năm)				
30 - < 65	1		1	0,902
65 - 75	1,311 (0,739-2,328)	0,354	1,055 (0,462-2,406)	0,9
> 75	1,48 (0,813-2,694)	0,199	1,207 (0,501-2,905)	0,675
Giới tính				
Nữ	1		1	
Nam	1,389 (0,881-2,19)	0,158	1,056 (0,46-2,422)	0,898
Thể trạng				
Nhẹ cân	1	0,029	1	0,095
Bình thường	1,344 (0,585-3,089)	0,486	1,909 (0,629-5,795)	0,254

Các yếu tố	Suy tim do tăng huyết áp			
	OR thô (KTC 95%)	p	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	p
Thừa cân	2,344 (0,928-5,918)	0,71	3,074 (0,876-10,789)	0,08
Béo phì	3,75 (1,196-11,762)	0,023	5,518 (1,251-24,346)	0,024
Thời gian phát hiện tăng huyết áp				
Dưới 5 năm	1		1	
Từ 5 năm trở lên	17,303 (9,544-31,369)	<0,001	24,59 (11,581-52,212)	<0,001
Hút thuốc lá				
Có	1,483 (0,837-2,627)	0,177	1,965 (0,721-5,358)	0,187
Không	1		1	
Uống rượu bia				
Có	1,818 (1,103-2,997)	0,019	0,838 (0,307-2,29)	0,731
Không	1		1	
Tuân thủ chế độ dùng thuốc				
Có	1		1	
Không	4,376 (2,554-7,499)	<0,001	7,693 (3,517-16,83)	<0,001
Kiểm soát huyết áp				
Đạt mục tiêu	1		1	
Không đạt mục tiêu	3,457 (2,149-5,561)	<0,001	5,133 (2,656-9,922)	<0,001

Kết quả phân tích đa biến cho thấy: thời gian phát hiện THA từ 5 năm trở lên, thể trạng béo phì, không tuân thủ chế độ dùng thuốc, kiểm soát huyết áp không đạt mục tiêu là các yếu tố nguy cơ độc lập gây biến chứng suy tim ở người bệnh THA.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 360 người bệnh THA thấy độ tuổi từ 30 đến dưới 65 tuổi có tỷ lệ suy tim thấp nhất (24,8%), từ trên 75 tuổi có tỷ lệ cao nhất (32,7%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trương Duy Đăng năm 2023 trên 100 người bệnh THA nguyên phát có biến chứng suy tim trong độ tuổi từ 75 tuổi trở lên là 31% [8]. Điều này cho thấy tuổi cao là một trong những yếu tố làm tăng tỷ lệ mắc suy tim, có thể do liên quan đến thoái hóa cấu trúc tim, xơ hóa mạch máu và rối loạn chức năng tâm trương. Tuy nhiên, độ tuổi từ 65 đến 75

tuổi (OR = 1,311; p = 0,354) và từ trên 75 tuổi (OR = 1,48; p = 0,199) không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05; cho thấy mặc dù tỷ lệ suy tim có xu hướng tăng theo tuổi, nhưng chưa đủ để khẳng định tuổi là yếu tố liên quan trong nghiên cứu này. Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn hoặc do chưa kiểm soát hết nhiều yếu tố khác. Như vậy, dù chưa có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi nhưng tuổi vẫn được xem là yếu tố cần quan tâm khi đánh giá nguy cơ biến chứng suy tim ở người bệnh THA nguyên phát.

Bên cạnh yếu tố tuổi, chúng tôi cũng khảo sát sự khác biệt theo giới trong tỷ lệ suy tim. Nghiên cứu trên 360 người bệnh THA theo tiêu chuẩn JNC 7 cho thấy tỷ lệ suy tim ở nam (33,3%) cao hơn nữ (26,5%), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,158$; $OR = 0,72$). Kết quả tương đồng với nghiên cứu tại Đại học Y Dược Cần Thơ về yếu tố liên quan đến suy tim ở 100 người bệnh THA cho thấy tỷ lệ suy tim phân suất tống máu bảo tồn là 47% trong đó nam chiếm tỷ lệ 57%, nữ chiếm 43% và giới tính không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p = 0,16$; $OR = 0,56$) [9]. Điều này cho thấy biến chứng suy tim do THA theo giới không rõ ràng, chứng tỏ không có sự khác biệt về giới tính trong đánh giá suy tim do THA. Nếu THA được kiểm soát ở cả 2 giới, nguy cơ suy tim sẽ tương đương, vì hiệu quả điều trị không phụ thuộc vào giới tính.

Về thể trạng, tỷ lệ suy tim tăng theo chỉ số BMI, đặc biệt ở nhóm béo phì (50%), với nguy cơ cao gấp 2,79 lần so với nhóm bình thường ($p = 0,023$). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lệ Thủy về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh THA có rối loạn tâm trương thất trái cho thấy tỷ lệ thừa cân cao hơn (53,1%) [10]. Khi cân nặng ở người THA tăng lên thì nguy cơ suy tim cũng tăng theo, nguyên nhân là sự gia tăng quá mức các chất béo trong cơ thể làm mở rộng tâm nhĩ, tâm thất và xơ vữa động mạch, từ đó góp phần trực tiếp gây ra bệnh tim mạch. Cả béo phì và THA đều thúc đẩy quá tải áp suất và thể tích thất trái, cuối cùng dẫn đến suy tim.

Thời gian phát hiện THA cũng liên quan chặt chẽ đến suy tim, với tỷ lệ suy tim ở nhóm THA ≥ 5 năm (60,1%) cao hơn nhiều so với nhóm < 5 năm (8%), nguy cơ tăng gấp 17,303 lần ($p < 0,001$). Nghiên cứu cho thấy biến chứng suy tim ở người bệnh THA tăng theo thời gian phát hiện THA, thời gian càng dài thì tỷ lệ biến chứng càng cao. Điều này cũng đã được khẳng định trong nghiên cứu của Franz H. Messerli trên 5143 đối tượng không bị suy tim trong vòng 20,1 năm (trung bình là 14,1 năm) có 392 trường hợp suy tim mới, THA có trước suy tim ở 91% trường hợp (357/392) và THA gây suy tim là biến phụ thuộc vào thời gian [11].

Về thói quen sinh hoạt, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh THA có biến chứng suy tim có sử dụng rượu bia là 39,1%, cao hơn rõ rệt với nhóm không sử dụng rượu bia 26,1%. Việc uống rượu bia làm tăng nguy cơ suy tim gấp 1,818 lần ($p = 0,019$). Các nghiên cứu trước đây

đã chứng minh rằng, uống quá nhiều rượu có liên quan rối loạn chức năng thất trái, bệnh cơ tim giãn và THA.

Bên cạnh đó, tuân thủ chế độ dùng thuốc hạ huyết áp cũng là yếu tố quan trọng trong việc kiểm soát huyết áp. Tại nghiên cứu của chúng tôi, chủ yếu là người bệnh có tuân thủ chế độ dùng thuốc. Trong số người bệnh tuân thủ dùng thuốc, số người bệnh có biến chứng suy tim là 65/287, chiếm 22,6%, thấp hơn rất nhiều so với nhóm không tuân thủ 41/73, chiếm 56,2%. Về chế độ ăn của người bệnh suy tim do THA, tỷ lệ người bệnh suy tim do không tuân thủ chế độ ăn chiếm 30,9% cao hơn so với nhóm tuân thủ chế độ ăn (27,7%). Tuy nhiên sự khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,505$). Với chế độ ăn không lành mạnh như ăn thực phẩm chứa nhiều muối làm THA do gây giữ nước, làm tăng thể tích tuần hoàn và áp lực lên tim. Vì vậy, việc tuân thủ chế độ ăn cũng góp phần kiểm soát huyết áp và giảm nguy cơ suy tim.

Hút thuốc lá được xem là nguy cơ hàng đầu đối với bệnh tim mạch, trong đó có suy tim. Tỷ lệ người bệnh hút thuốc lá nhưng không suy tim là 63,5%, trong khi tỷ lệ có suy tim là 36,5%. So với nhóm không hút thuốc, nguy cơ mắc bệnh suy tim ở nhóm hút thuốc cao hơn 1,483 lần. Nghiên cứu của chúng tôi về mối liên quan giữa hút thuốc lá và suy tim chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,117$). Tuy vậy, mối liên quan giữa hút thuốc lá và suy tim được khẳng định trong nghiên cứu của Fagard năm 2009 trên 3468 người bệnh THA cho thấy hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ quan trọng và độc lập, làm tăng tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân và tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành, suy tim ($p < 0,01$) [12]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu, đặc điểm dân số hoặc thời gian theo dõi khác nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn người bệnh suy tim do tăng huyết áp nguyên phát đều có các bệnh đồng mắc. Trong đó các bệnh hay gặp là đái tháo đường type II, rối loạn lipid máu, rối loạn nhịp tim, ngoài ra liên quan đến việc kiểm soát nhịp tim và kiểm soát huyết áp. Rối loạn lipid máu là một yếu tố nguy cơ đối với các bệnh lí tim mạch, nhưng trong nghiên cứu này chúng tôi chưa tìm thấy được mối liên hệ đáng kể với suy tim do tăng huyết áp nguyên phát ($p = 0,395$), tỷ lệ tăng mỡ máu không có suy tim chiếm 69,3%, và có suy tim chiếm 30,7%. Đái tháo đường là một bệnh nội tiết chuyển hóa đặc trưng bởi sự tăng cường glucose máu mạn. Bệnh tiến triển mạn

tính có thể dẫn đến rối loạn và suy yếu chức năng của nhiều cơ quan, đặc biệt là tim mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đồng mắc đái tháo đường ở người bệnh không có suy tim và có suy tim lần lượt là 70,9% và 29,1%. Kết quả này chưa thể hiện rõ mối liên quan giữa đái tháo đường với suy tim. So với nghiên cứu của tác giả Đào Thị Thanh Loan và cộng sự thì tỷ lệ người bệnh suy tim có phân suất tống máu bảo tồn ở người bệnh đái tháo đường type II có tăng huyết áp thấp hơn (29,1% và 44%) [9]. Sự khác biệt trong tỷ lệ này có thể do khác nhau về đối tượng, cỡ mẫu và mục tiêu của từng nghiên cứu. Từ đây cho thấy hầu như ở người bệnh THA có đồng mắc đái tháo đường. Tuy nhiên, mối liên hệ giữa bệnh đái tháo đường type II với biến chứng suy tim chưa rõ ràng. Rất nhiều nghiên cứu lớn đã xác định rằng tăng huyết áp là yếu tố quan trọng trong cơ chế bệnh sinh dẫn tới suy tim. Thật vậy, kiểm soát huyết áp là yếu tố quan trọng gây nên biến chứng suy tim và tiến triển của bệnh. Đây là yếu tố có ảnh hưởng mạnh mẽ đến sự phát triển của suy tim ở người bệnh tăng huyết áp. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ suy tim ở nhóm kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu là 18,3%, và ở nhóm không đạt mục tiêu là 43,7%, chỉ ra rằng nếu người bệnh không kiểm soát huyết áp tốt ($p < 0,001$), nguy cơ phát triển suy tim do tăng huyết áp tăng lên rất nhiều với $OR = 3,457$. Điều này chứng tỏ tầm quan trọng của việc duy trì huyết áp ở mức ổn định và kiểm soát tốt, cần được chú trọng trong việc điều trị người bệnh tăng huyết áp để ngăn ngừa suy tim.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố nguy cơ gây suy tim do tăng huyết áp là thể trạng béo phì, thói quen uống rượu bia, không tuân thủ chế độ dùng thuốc và kiểm soát huyết áp không đạt mục tiêu. Cần kiểm soát tốt các yếu tố này trong phòng ngừa suy tim ở người bệnh THA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dai H., Bragazzi N.L., Younis A. et al. (2021). Worldwide Trends in Prevalence, Mortality, and Disability-Adjusted Life Years for Hypertensive Heart Disease From 1990 to 2017. Pubmed.
2. Gallo G. and Savoia C. (2024). Hypertension and Heart Failure: From Pathophysiology to Treatment. Pubmed.
3. Nguyễn Thị Huyền, Nguyễn Thị Giang, (2024), Mô tả một số biến chứng tim mạch của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị tại Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. Tạp Chí Y học Việt Nam. 536(1).
4. Bộ Y tế, (2022), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn. <<https://kcb.vn/phac-do/quyet-dinh-1857-qd-byt-ngay-05-07-2022-ve-viec-ban-hanh-tai-lieu-chuyen-mon-huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-suy-tim-cap-.html>>, accessed: 30/04/2025.
5. Bộ Y tế, (2010), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. <<https://kcb.vn/phac-do/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-tang-huyet-ap.html>>, accessed: 30/04/2025.
6. Chan, A. H. Y., Horne, R., Hankins, M., Chisari, C. (2020), The Medication Adherence Report Scale: A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence, British Journal of Clinical Pharmacology
7. Lim J.U., Lee J.H. et al, (2017), Comparison of World Health Organization and Asia-Pacific body mass index classifications in COPD patients. Pubmed.
8. Trương Duy Đăng, Trần Thị Bích Ngọc và cộng sự, (2023), Nghiên cứu tình hình và một số yếu tố liên quan đến suy tim phân suất tống máu bảo tồn ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại khoa tim mạch can thiệp - thần kinh Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 72, 116-123.
9. Đoàn Thị Thanh Loan, Lưu Ngọc Trân, Nguyễn Minh Vũ, (2022), Nghiên cứu tình hình suy tim phân suất tống máu bảo tồn ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tăng huyết áp tại Bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ. Tạp chí y dược học Cần Thơ. Số 49.
10. Nguyễn Thị Lệ Thủy, Phạm Quốc Khánh, Nguyễn Thị Hải Yến và cộng sự, (2022), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tăng huyết áp tiên phát có rối loạn chức năng tâm trương thất trái. Tạp chí tim mạch học Việt Nam. (99), 30–38.
11. Franz H., Messerli MD, Rimoldi S.F. MD, Bangalore S. MD, (2017), The transition from hypertension to heart failure: contemporary update. PubMed.
12. Fagard R.R. (2009), Smoking amplifies cardiovascular risk in patients with hypertension and diabetes. PudMed. 32 (Suppl 2), 429 – 431.