

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH TĂNG HUYẾT ÁP KHÓ KIỂM SOÁT VÀ TĂNG HUYẾT ÁP KHÁNG TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Trần Kim Sơn¹, Nguyễn Quan Đức Minh¹

TÓM TẮT

Đặc vấn đề: Hiện nay, mặc dù đã có nhiều nỗ lực đáng kể trong việc cải thiện công tác chẩn đoán và điều trị nhằm kiểm soát tăng huyết áp, song tỷ lệ bệnh nhân chưa đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp vẫn còn ở mức cao. Tăng huyết áp khó kiểm soát và tăng huyết áp kháng trị có liên quan đến nguy cơ cao mắc các biến chứng tim mạch. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá tỷ lệ mắc và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp khó kiểm soát và kháng trị. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp khó kiểm soát và tăng huyết áp kháng trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 247 bệnh nhân tăng huyết áp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 247 bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cho thấy tuổi trung bình $62,3 \pm 12,7$, đa số là nữ (60,7%) và có tỷ lệ cao bệnh đồng mắc như đái tháo đường (41,3%) và rối loạn lipid máu (60,7%). Tỷ lệ tăng huyết áp khó kiểm soát là 55%, trong khi tăng huyết áp kháng trị chiếm 9,3% tổng số mẫu và 16,9% trong nhóm khó kiểm soát. Trong nhóm khó kiểm soát, đa số bệnh nhân sử dụng 2–3 thuốc hạ áp nhưng vẫn chưa đạt mục tiêu, và khoảng 20% chỉ điều trị đơn trị liệu. Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tăng huyết áp khó kiểm soát/kháng trị với các bệnh đồng mắc ($p > 0,05$). **Kết luận:** Tỷ lệ tăng huyết áp khó kiểm soát tại bệnh viện tuyến cuối còn cao, trong khi tăng huyết áp kháng trị chiếm tỷ lệ thấp hơn nhưng vẫn là nhóm nguy cơ cao. Việc chưa tối ưu hóa phác đồ điều trị và kiểm soát đồng thời các yếu tố nguy cơ tim mạch có thể góp phần làm giảm hiệu quả kiểm soát huyết áp. Cần tăng cường chiến lược điều trị đa thuốc, cải thiện tuân thủ, và thực hiện các nghiên cứu quy mô lớn hơn để xác định rõ các yếu tố nguy cơ liên quan. **Từ khóa:** Tăng huyết áp khó kiểm soát, tăng huyết áp kháng trị.

SUMMARY

PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF UNCONTROLLED AND RESISTANT HYPERTENSION AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: Despite significant efforts to improve the diagnosis and management of hypertension, the proportion of patients who fail to achieve target blood pressure control remains high.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Kim Sơn

Email: tkson@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025

Uncontrolled hypertension and resistant hypertension are associated with an increased risk of cardiovascular complications. This study aimed to evaluate the prevalence and some associated factors of uncontrolled and resistant hypertension. **Objective:** To determine the prevalence and identify factors associated with uncontrolled and resistant hypertension at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on hypertensive patients attending the outpatient clinic of Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** Among 247 hypertensive patients, the mean age was 62.3 ± 12.7 years, the majority were female (60.7%), and a high prevalence of comorbidities was observed, including diabetes mellitus (41.3%) and dyslipidemia (60.7%). The prevalence of uncontrolled hypertension was 55%, while resistant hypertension accounted for 9.3% of the total population and 16.9% among the uncontrolled group. In the uncontrolled group, most patients were treated with 2–3 antihypertensive agents but still failed to achieve the target, and approximately 20% were on monotherapy. No statistically significant association was found between uncontrolled/resistant hypertension and comorbid conditions ($p > 0.05$). **Conclusion:** The prevalence of uncontrolled hypertension at this tertiary hospital remains high, while resistant hypertension accounts for a smaller proportion but still represents a high-risk group. Suboptimal antihypertensive regimens and inadequate management of concomitant cardiovascular risk factors may contribute to poor blood pressure control. Optimizing multidrug therapy, improving treatment adherence, and conducting larger multicenter studies are necessary to clarify the associated risk factors in the Vietnamese population.

Keywords: Uncontrolled hypertension, resistant hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ hàng đầu làm gia tăng rõ rệt các biến cố tim, mạch máu và thận bao gồm bệnh tim thiếu máu cục bộ, tai biến mạch máu não, suy tim, bệnh thận mạn và tử vong do mọi nguyên nhân. Tỷ lệ mắc THA ở người trưởng thành toàn cầu ước tính khoảng 30–35%. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, điều trị và quản lý, tỷ lệ bệnh nhân không đạt được mục tiêu kiểm soát huyết áp vẫn còn cao, đặc biệt tại các nước châu Á. Các nghiên cứu tại Trung Quốc và Nhật Bản cho thấy hơn 60% bệnh nhân đang điều trị vẫn có huyết áp không kiểm soát, trong khi con số này ở Hoa Kỳ và Vương quốc Anh thấp hơn đáng kể (khoảng 30–40%). Tại Việt Nam, một phân tích gần đây cho thấy khoảng 21% người trưởng thành Việt

Nam mắc THA, nhưng tỷ lệ kiểm soát huyết áp còn thấp. Nguyên nhân thường gặp là không dung nạp thuốc hạ áp và kém tuân thủ điều trị. Trong nhóm này, một tỷ lệ đáng kể thuộc về tăng huyết áp kháng trị – được định nghĩa là tình trạng huyết áp $\geq 140/90$ mmHg mặc dù đã sử dụng phác đồ tối ưu gồm ít nhất ba thuốc hạ áp khác nhóm (trong đó có lợi tiểu thiazide hoặc tương tự) kết hợp thay đổi lối sống, và đã loại trừ các nguyên nhân thứ phát. THA kháng trị chiếm khoảng 5–10% quần thể bệnh nhân THA, song tỷ lệ thực tế có thể dao động tùy thuộc bối cảnh lâm sàng, phương pháp đo huyết áp, mức độ tuân thủ điều trị và định nghĩa kiểm soát huyết áp của từng nghiên cứu [5], [6].

Bệnh nhân THA kháng trị thường có nhiều yếu tố nguy cơ và bệnh đồng mắc như bệnh thận mạn, đái tháo đường type 2, béo phì, hội chứng ngưng thở khi ngủ, chế độ ăn nhiều muối, tuổi cao, và lối sống ít vận động. Cơ chế bệnh sinh phức tạp liên quan đến hoạt hóa thần kinh giao cảm, tăng aldosterone, endothelin-1 và vasopressin, dẫn đến tăng sức cản ngoại vi, giữ muối nước, quá tải thể tích và tăng độ cứng động mạch, gây tổn thương tim – thận. Do đó, nhóm bệnh nhân này có nguy cơ cao xuất hiện tổn thương cơ quan đích như phì đại thất trái, bệnh tim mạch xơ vữa, rung nhĩ, suy tim, đột quỵ, bệnh thận giai đoạn cuối và tử vong tim mạch sớm, với nguy cơ biến cố tim mạch trong 10 năm có thể vượt quá 20% ngay từ thời điểm chẩn đoán [2].

Dữ liệu về đặc điểm dịch tễ, tỷ lệ, cũng như các yếu tố nguy cơ liên quan đến THA khó kiểm soát và THA kháng trị tại Việt Nam còn hạn chế, xuất phát từ thực tế này, nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát tỷ lệ THA khó kiểm soát và THA kháng trị ở bệnh nhân đang được quản lý tại bệnh viện, đồng thời phân tích các yếu tố liên quan, góp phần cung cấp bằng chứng khoa học cho chiến lược quản lý THA hiệu quả hơn trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định tăng huyết áp theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2024 (huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg).

Bệnh nhân ≥ 18 tuổi

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tình trạng cấp cứu (nhồi máu cơ tim cấp, sốc nhiễm

trùng, đột quỵ), bệnh tự miễn, đang sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, bệnh lý ác tính.

2.2. Thiết kế và phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: 247 mẫu

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, tiền sử bệnh đái tháo đường, bệnh mạch vành, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn.

- Tỷ lệ tăng huyết áp khó kiểm soát: Bệnh nhân chưa kiểm soát tốt huyết áp mục tiêu theo khuyến cáo VNHA 2022 HATT ≥ 140 mmHg và HATT ≥ 90 mmHg và đã loại trừ các nguyên nhân gây tăng huyết áp thứ phát [1].

- Tỷ lệ tăng huyết áp kháng trị: tình trạng huyết áp vẫn $\geq 140/90$ mmHg mặc dù bệnh nhân đã được điều trị tối ưu với ít nhất ba loại thuốc hạ áp khác nhau, trong đó bắt buộc có một thuốc lợi tiểu thiazide hoặc thiazide-like (UCMC/CTT, chẹn kênh canxi, lợi tiểu thiazide/thiazide-like) trong thời gian ít nhất 3 tháng trước đó [1].

- Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp kháng trị: tuổi, giới tính, tiền sử bệnh đái tháo đường, bệnh mạch vành, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn.

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu. Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu và thu thập được bệnh nhân, qua xử lý và phân tích số liệu chúng tôi thu được kết quả như sau

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		$\bar{X} \pm SD$ hoặc n (%)
Tuổi		62,28 $\pm$ 12,71
Huyết áp tâm thu		136,06 $\pm$ 27,9
Huyết áp tâm trương		79,77 $\pm$ 12,91
Giới tính	Nam	97 (39,27)
	Nữ	150 (60,73)
Bệnh mạch vành		40 (16,19)
Đái tháo đường		102 (41,3)
Rối loạn lipid máu		150 (60,73)
Bệnh thận mạn		12 (4,9)
Nhồi máu não		14 (5,7)

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 62,28 $\pm$ 12,71 tuổi, đa số là nữ (60,73%). HATT 136,06 $\pm$ 27,9 mmHg và HATT ≥ 90 mmHg. Các bệnh đồng mắc thường

gặp gồm đái tháo đường (41,3%) và rối loạn lipid máu (60,73%).

Bảng 2. Tỷ lệ tăng huyết áp khó kiểm soát và tăng huyết áp kháng trị

	n (%)
THA khó kiểm soát	136 (55)
THA kháng trị	23 (9,3)
THA kháng trị/THA khó kiểm soát	23/136 (16,9)

Nhận xét: Tỷ lệ tăng huyết áp khó kiểm soát chiếm 55% trong quần thể nghiên cứu, trong đó tăng huyết áp kháng trị chiếm 9,3%. Đáng chú ý, tỷ lệ THA kháng trị trong nhóm THA khó kiểm soát là 16,9%.

Bảng 3. Số lượng thuốc điều trị tăng huyết áp đã sử dụng ở nhóm THA khó kiểm soát

	n (%)
1 thuốc	27 (19,85)
2 thuốc	38 (27,94)
3 thuốc	52 (38,24)
4 thuốc	19 (13,97)

Nhận xét: Trong nhóm tăng huyết áp khó kiểm soát, đa số bệnh nhân đã sử dụng từ 2–3 thuốc hạ áp (27,94% và 38,24% tương ứng). Tỷ lệ bệnh nhân phải dùng 4 thuốc là 13,97%, trong khi vẫn còn 19,85% bệnh nhân chỉ dùng đơn trị liệu. Điều này cho thấy một phần bệnh nhân chưa được tối ưu hóa điều trị đa thuốc theo khuyến cáo.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp khó kiểm soát

		THA kiểm soát n (%)	THA khó kiểm soát n (%)	p
Bệnh mạch vành	Có	20(50)	20(50)	0,597
	Không	91(43,96)	116(56,04)	
Đái tháo đường	Có	49(48,04)	53(51,96)	0,489
	Không	62(42,76)	83(57,24)	
Rối loạn lipid máu	Có	71(47,33)	79(52,67)	0,418
	Không	40(41,24)	57(58,76)	
Bệnh thận mạn	Có	5(41,67)	7(58,33)	0,99
	Không	106(45,11)	129(54,89)	
Nhồi máu não	Có	9(64,29)	5(35,71)	0,222
	Không	102(43,78)	131(56,22)	
Giới tính	Nam	48(49,48)	49(50,52)	0,25
	Nữ	63(42)	87(58)	

Nhận xét: Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tăng huyết áp khó kiểm soát và các yếu tố như bệnh mạch vành, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn, tiền sử nhồi máu não hay giới tính ($p > 0,05$).

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp kháng trị

		THA kiểm soát	THA kháng trị	p
Bệnh mạch vành	Có	20 (83,3)	4 (16,7)	0,99
	Không	91 (82,7)	19 (17,3)	
Đái tháo đường	Có	49 (87,5)	7 (12,5)	0,327
	Không	62 (79,5)	16 (20,5)	
Rối loạn lipid máu	Có	71 (78,9)	19 (21,1)	0,093
	Không	40 (90,9)	4 (9,1)	
Bệnh thận mạn	Có	5 (100)	0 (0)	0,587
	Không	106 (82,2)	23 (17,8)	
Nhồi máu não	Có	9 (100)	0 (0)	0,357
	Không	102 (81,6)	23 (18,4)	
Giới tính	Nam	48	12	0,43
	Nữ	63	11	

Nhận xét: Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tăng huyết áp kháng trị và các yếu tố bệnh mạch vành, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn, tiền sử nhồi máu não hay giới tính ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân tăng huyết áp là $62,3 \pm 12,7$ tuổi, đa số là nữ (60,7%), đồng thời có tỷ lệ cao các bệnh đồng mắc như đái tháo đường (41,3%) và rối loạn lipid máu (60,7%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước và khu vực. Nguyễn Hoàng Thành và cộng sự (2020) ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân THA tại Hà Nội là $63,5 \pm 11,8$ tuổi, với tỷ lệ nữ chiếm ưu thế [6]. Tương tự, Chia và cộng sự nghiên cứu tại Malaysia báo cáo tuổi trung bình 66,8 tuổi và 64,4% bệnh nhân là nữ [3]. Sự chiếm ưu thế của nhóm tuổi cao và nữ giới phản ánh đặc điểm dịch tễ học của THA tại các nước châu Á, nơi tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở người cao tuổi và phụ nữ thường thấp hơn so với nam giới trẻ tuổi. Các bệnh đồng mắc như đái tháo đường và rối loạn lipid máu xuất hiện với tần suất cao, phù hợp với các dữ liệu quốc tế cho thấy hội chứng chuyển hóa thường đi kèm THA, làm gia tăng nguy cơ tim mạch. Theo Nguyễn Hoàng Thành và cộng sự (2020), bệnh nhân THA kèm rối loạn chuyển hóa có nguy cơ cao không đạt mục tiêu huyết áp và tiến triển sang THA kháng trị [6]. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của quản lý toàn diện các yếu tố nguy cơ tim mạch thay vì chỉ tập trung kiểm soát huyết áp.

Kết quả cho thấy tỷ lệ THA khó kiểm soát là 55%, trong đó THA kháng trị chiếm 9,3% tổng số mẫu và 16,9% trong nhóm THA khó kiểm soát. Tỷ lệ này nằm trong khoảng báo cáo của y văn và một số nghiên cứu quốc tế. Cụ thể, nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thành và cộng sự (2020) tại một bệnh viện Hà Nội ghi nhận

khoảng 40,5% bệnh nhân THA điều trị không đạt mục tiêu huyết áp. Điều này nhất quán với dữ liệu thế giới cho thấy chỉ 60% bệnh nhân THA điều trị đạt được mục tiêu kiểm soát huyết áp mỗi năm [4], [6]. Ngược lại, tỷ lệ THA kháng trị tương đối nhỏ. Các báo cáo dịch tễ cho biết khoảng 5–15% bệnh nhân THA thỏa mãn định nghĩa kháng trị [7]. Ví dụ, Chia et al. (2014) tại Malaysia tìm được 8,8% THA kháng trị, Naydenov (2024) báo cáo 3,4%, và phân tích tổng hợp lớn cho thấy khoảng 10% là THA kháng trị [3], [5]. Tỷ lệ kháng trị ở nghiên cứu chúng tôi có thể thấp hơn một số báo cáo do tiêu chuẩn chẩn đoán, phương pháp đo huyết áp, đặc điểm dân số và mức độ tuân thủ điều trị. Tại Việt Nam, tỷ lệ kiểm soát huyết áp nhìn chung vẫn thấp do nhiều yếu tố, bao gồm khả năng tiếp cận dịch vụ y tế, chi phí điều trị, và thói quen tuân thủ thuốc.

Trong nhóm THA khó kiểm soát, đa số bệnh nhân chỉ được điều trị với 2–3 thuốc hạ áp, và vẫn còn gần 20% bệnh nhân dùng đơn trị liệu. Điều này cho thấy phác đồ điều trị chưa được tối ưu hóa theo khuyến cáo. Theo lý thuyết, liệu pháp kết hợp ba nhóm thuốc chính (ức chế RAAS, chẹn kênh canxi và lợi tiểu thiazide/thiazide-like) có thể giúp kiểm soát huyết áp ở 90–95% bệnh nhân [5]. Nếu chưa đạt mục tiêu, cần thay thế lợi tiểu thông thường bằng thiazide-like (chlorthalidone, indapamide) hoặc bổ sung kháng aldosterone (spironolactone) như thuốc thứ tư. Nhiều nghiên cứu, bao gồm phân tích của Naydenov (2024), cho thấy dùng thuốc phối hợp dạng viên đơn (single-pill combination) làm tăng khả năng kiểm soát huyết áp thêm 30–40% [5]. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng ở Việt Nam, phác đồ phối hợp tối ưu chưa được áp dụng rộng rãi do nhiều rào cản như chi phí, sẵn có thuốc và thói quen kê đơn. Kết quả này nhấn mạnh cần nâng cao tỷ lệ sử dụng liệu pháp đa thuốc phù hợp để cải thiện kiểm soát huyết áp, đặc biệt ở nhóm khó kiểm soát.

Phân tích cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố bệnh đồng mắc (bệnh mạch vành, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh thận mạn, tiền sử nhồi máu não) hay giới tính với tình trạng THA khó kiểm soát và THA kháng trị ($p > 0,05$). Điều này khác biệt với nhiều nghiên cứu quốc tế, trong đó bệnh thận mạn, đái tháo đường và béo phì thường được xác định là yếu tố nguy cơ chính. Chia et al. (2014) báo cáo bệnh thận mạn làm tăng gần 3 lần nguy cơ THA kháng trị, trong khi Nguyễn Hoàng Thành và cộng sự (2020) cho thấy đái tháo đường và béo phì làm tăng nguy cơ khoảng

1,5–2 lần [3], [6]. Có một số nguyên nhân lý giải cho kết quả này như cỡ mẫu nhỏ và số ca THA kháng trị ít làm giảm khả năng phát hiện mối liên quan có ý nghĩa. Quần thể nghiên cứu tương đối đồng nhất, đa số bệnh nhân đều có nhiều yếu tố nguy cơ, nên khó phân tách tác động riêng lẻ. Chưa thu thập đầy đủ các yếu tố hành vi như tuân thủ điều trị, chế độ ăn muối, lối sống ít vận động – vốn có vai trò quan trọng trong THA kháng trị. Tuy nhiên, vẫn ghi nhận xu hướng tỷ lệ THA khó kiểm soát và kháng trị cao hơn ở nhóm có bệnh đồng mắc, phù hợp với các nghiên cứu trước. Với cỡ mẫu lớn hơn, mối liên quan này có thể trở nên rõ rệt.

V. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này có một số hạn chế như thiết kế mô tả cắt ngang chỉ cho phép xác định mối liên quan mà không chứng minh được quan hệ nhân – quả giữa các yếu tố nguy cơ và tình trạng tăng huyết áp khó kiểm soát hoặc kháng trị. Bên cạnh đó, cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế, đặc biệt số bệnh nhân THA kháng trị chiếm tỷ lệ nhỏ (9,3%) có thể làm giảm khả năng phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa. Ngoài ra, nghiên cứu chưa đánh giá toàn diện các yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát huyết áp, đặc biệt là các yếu tố hành vi như tuân thủ điều trị, chế độ ăn muối, mức độ hoạt động thể lực hay tình trạng kinh tế – xã hội, trong khi đây là những yếu tố đã được chứng minh có vai trò quan trọng trong THA khó kiểm soát và kháng trị. Việc chỉ dựa trên đo huyết áp tại bệnh viện cũng là một hạn chế, vì chưa loại trừ hoàn toàn được các trường hợp tăng huyết áp áo choàng trắng hoặc tăng huyết áp ẩn giấu; nếu có đo huyết áp lưu động (ABPM) hoặc đo huyết áp tại nhà (HBPM) thì độ chính xác sẽ cao hơn. Do đó, để có kết luận chắc chắn và toàn diện hơn, cần thực hiện các nghiên cứu phân tích gộp, đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn, kết hợp theo dõi dọc, đo huyết áp ngoài phòng khám và đánh giá đồng thời các yếu tố lối sống – hành vi.

VI. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đối tượng nghiên cứu chủ yếu là bệnh nhân cao tuổi, với tuổi trung bình $62,3 \pm 12,7$, đa số là nữ (60,7%) và có tỷ lệ cao các bệnh đồng mắc, đặc biệt là đái tháo đường (41,3%) và rối loạn lipid máu (60,7%). Tỷ lệ tăng huyết áp khó kiểm soát còn ở mức cao (55%), trong khi tăng huyết áp kháng trị chiếm 9,3% tổng quần thể và 16,9% trong nhóm khó kiểm soát. Phần lớn bệnh nhân khó kiểm soát chưa được tối ưu hóa phác đồ điều trị theo khuyến cáo, với tỷ lệ sử dụng phối hợp ≥ 3 thuốc

còn hạn chế. Mỗi liên quan giữa các bệnh đồng mắc và đặc điểm nhân khẩu học với tình trạng khó kiểm soát hoặc kháng trị không đạt ý nghĩa thống kê, song vẫn ghi nhận xu hướng tỷ lệ cao hơn ở nhóm có rối loạn chuyển hóa. Kết quả này nhấn mạnh nhu cầu tối ưu hóa điều trị đa thuốc, cải thiện tuân thủ và kiểm soát toàn diện các yếu tố nguy cơ tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tim mạch học Việt Nam** (2022), "Khuyến cáo của Phân hội Tăng huyết áp - Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị Tăng huyết áp".
2. **Phan Đình Phong và Phạm Gia Khải** (2016), "Tăng huyết áp kháng trị: Thực trạng và những tiếp cận điều trị mới", Tạp chí Tim mạch học Việt Nam(74), pg. 5-7.
3. **Chia Y. C. và S. M. Ching** (2014), "Prevalence and predictors of resistant hypertension in a primary care setting: a cross-sectional study", BMC Fam Pract. 15, pg. 131.
4. **Kline G. A.** (2023), "Poorly Controlled Blood Pressure: The Virus and the Elephant", Mayo Clin Proc. 98(5), pg. 644-646.
5. **Naydenov S., E. Manov và N. Runev** (2024), "Prevalence, Clinical Characteristics, and Treatment of Patients with Resistant Hypertension: A Single-Center Study", J Cardiovasc Dev Dis. 11(9).
6. **Nguyen Hoang Thanh và cộng sự** (2020), "Characterizing patients with uncontrolled blood pressure at an urban hospital in Hanoi, Vietnam", International Journal of Hypertension. 2020(1), pg. 5710281.
7. **Park Sungja và cộng sự** (2023), "Resistant hypertension: consensus document from the Korean society of hypertension", Clinical Hypertension. 29(1), pg. 30.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG CỦA BỆNH NHÂN CẤY GHÉP IMPLANT CÓ THIẾT KẾ RĂNG XOẮN NHỎ VÙNG CỔ TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI NĂM 2023 - 2024

**Đàm Văn Việt¹, Nguyễn Thành Lâm²,
Trịnh Hải Anh¹, Trần Thị Mỹ Hạnh³**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang của bệnh nhân cấy ghép implant có thiết kế răng xoắn nhỏ vùng cổ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội năm 2023 - 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh được thực hiện ở 26 bệnh nhân trên 18 tuổi mất răng từng phần với 34 vị trí cấy ghép trụ implant ETK (Pháp) tại Khoa Cấy ghép Implant, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Các đặc điểm lâm sàng, Xquang bao gồm giới tính, tuổi, vị trí răng mất, nguyên nhân và thời gian mất răng; chiều rộng và chiều dài xương có ích; mật độ xương; chiều dày niêm mạc sừng hóa. **Kết quả:** Tổng đối tượng tham gia nghiên cứu là 26 bệnh nhân, trong đó nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (53,8%). Tuổi trung bình là 45,6±9,6 (28 - 66), độ tuổi từ 35 - 50 tuổi (57,1%) chiếm phần lớn. Nghiên cứu trên 34 vị trí mất răng có chỉ định cấy ghép trụ implant ETK có kết quả: Nguyên nhân mất răng chủ yếu do sâu răng/bệnh lý tủy (97,1%), viêm quanh răng chỉ chiếm 2,9%, không có trường hợp nào mất răng do chấn thương hay bẩm sinh. Thời gian mất răng 6-12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (41,2%). Chiều rộng xương có

ích đều >6mm, trong đó 6-9mm chiếm tỉ lệ cao nhất 61,8%. Chiều cao xương có ích 12-14mm chiếm tỷ lệ cao nhất (38,2%), tiếp theo là > 14mm (35,3%). Mật độ xương chủ yếu là xương D2 (61,8%); tiếp theo là xương D3 (38,2%) với hàm trên chủ yếu là D3 (88,9%), hàm dưới chủ yếu là D2 (80%). Chiều dày niêm mạc sừng hóa đa phần ≥ 2mm (94,1%). **Kết luận:** Các đặc điểm về lâm sàng và X-quang vùng mất răng của nhóm đối tượng nghiên cứu thuận lợi cho việc cấy ghép trụ implant ETK có thiết kế răng xoắn nhỏ vùng cổ, thể hiện qua kích thước xương đầy đủ (chiều rộng >6 mm, chiều cao >10 mm) và chất lượng xương tốt (chủ yếu loại D2 và D3), chiều dày niêm mạc sừng hóa ≥ 2mm ở hầu hết các trường hợp. X-quang là công cụ quan trọng trong cấy ghép implant. **Từ khóa:** implant thiết kế răng xoắn nhỏ vùng cổ, đặc điểm lâm sàng, Xquang.

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS RECEIVING DENTAL IMPLANTS WITH MICRO-THREADED NECK DESIGN AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY, HANOI, FROM 2023-2024

Objectives: To describe the clinical and radiographic characteristics of patients who received dental implants with micro-threaded neck design at the National Hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi, between 2023 and 2024. **Subjects and Methods:** This descriptive case series study was conducted on 26 partially edentulous patients (over 18 years of age) at 34 implant sites, using ETK (France) implants at the

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

³Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mỹ Hạnh

Email: tranmyhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025