ý nghĩa thống kê với CKD, làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh gấp nhiều lần. Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ khác: tuổi, giới, béo phì, rối loạn lipid máu, tăng acid uric chưa tìm được mối liên quan có ý nghĩa thống kê trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gaddy A, Elrggal M, Madariaga H, et al.** Diabetic Kidney Disease. Disease-a-month : DM. 2025;71(4):101848.
2. **Levin A, Ahmed S B, et al Carrero J J.** Executive summary of the KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: known knowns and known unknowns. Kidney international. 2024;105(4):684-701.
3. **Nguyễn Cao Thắng, Đặng Bảo Trâm, Phạm Quốc Toản.** Nghiên cứu nguy cơ tiến triển bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối và mối liên quan với mức độ kiểm soát glucose máu, HbA1c ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Tạp chí Y học Quân sự. 2024;371:27-31.
4. **Suh SH, Oh TR, Choi HS, et al.** Serum triglycerides level is independently associated with renal outcomes in patients with non-dialysis chronic kidney disease: Results from KNOW-CKD study. Frontiers in nutrition. 2022;9:1037618.
5. **Wu Nianwei, Xia Jing, Chen Sen, et al.** Serum uric acid and risk of incident chronic kidney disease: a national cohort study and updated meta-analysis. Nutrition & Metabolism. 2021;18(1):94.
6. **Trịnh Quốc Khởi, Dương Phúc Lam, Phạm Thị Nhã Trúc.** Tỷ lệ đái tháo đường týp 2 có biến chứng thận và thực trạng phòng, chống biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Đa Khoa Cái Nước năm 2022-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;531(1B).
7. **Alidrisi DA, Alidrisi HA, Reman KA, et al.** Prevalence of and Factors Associated With Incidental Chronic Kidney Disease in Patients Newly Diagnosed With Type 2 Diabetes Mellitus. Cureus. 2025;17(2).
8. **Calvo-HJ, Martín-HB, Morales G, et al.** Chronic kidney disease prevalence and cardiovascular risk in a cohort of patients with type 2 diabetes followed for 10 years in Badajoz (Spain). An observational study. Primary Care Diabetes. 2021;15(2):391-396.

TƯƠNG QUAN GIỮA HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH TRUNG TÂM VỚI HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH NGOẠI BIÊN Ở BỆNH NHÂN TÁCH THÀNH ĐỘNG MẠCH CHỦ STANFORD B ĐƯỢC CAN THIỆP NỘI MẠCH

Phạm Trần Linh[1,2,3], Nguyễn Duy Tuấn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Huyết áp động mạch ngoại biên (HAĐMNB) thường được đo ở động mạch cánh tay không phản ánh chính xác huyết áp động mạch trung tâm (HAĐMTT) ở trong động mạch chủ. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm tìm hiểu mối tương quan giữa HAĐMNB và HAĐMTT ở người bệnh tách thành động mạch chủ Stanford B được can thiệp nội mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang được thực hiện ở người bệnh được chẩn đoán tách thành động mạch chủ Stanford B có can thiệp nội mạch. HAĐMTT được đo bằng phương pháp không xâm lấn bằng thiết bị theo nguyên lý dao động kế và phương pháp xâm lấn trong khi can thiệp nội mạch. **Kết quả:** Có tổng cộng 31 người bệnh được tuyển chọn vào nghiên cứu, tuổi trung bình 63,6 ± 10,9, nam giới chiếm 74,2%. Tỉ lệ người bệnh được chẩn đoán tăng huyết áp là 83,9%. Có sự khác biệt giữa HATT ngoại biên cao hơn so với HATT trung tâm không xâm lấn (128,4 ± 11,8 mmHg và 117,4 ± 11,3 mmHg, p < 0,0001) với trung bình sự khác biệt HATT giữa 2 phương pháp là 11,0 ± 7,0 mmHg. HATT và HATTr có tương quan chặt giữa ngoại biên và trung tâm không xâm lấn với r lần lượt là 0,818 và 0,891. HATT ngoại biên cao hơn HATT trung tâm xâm lấn với trung bình sự khác biệt là 5,9 ± 15,7 mmHg (p=0,04), HATTr không xâm lấn có xu hướng thấp hơn xâm lấn tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,63). HATT và HATTr ngoại biên có tương quan với HATT và HATTr trung tâm xâm lấn với r lần lượt là 0,397 và 0,774. **Kết luận:** Ở nhóm người bệnh tách thành động mạch chủ Stanford B, số đo HATT ngoại biên cao hơn HATT trung tâm không xâm lấn và xâm lấn, đối với HATTr đo được ở ngoại biên và trung tâm không có sự khác biệt ý nghĩa. Các giá trị HATT và HATTr ngoại biên có mối tương quan chặt với trung tâm, ngoại trừ tương quan giữa HATT ngoại biên với HATT trung tâm không xâm lấn là mức độ vừa. ***Từ khóa:*** huyết áp, huyết áp động mạch trung tâm, tăng huyết áp, tách thành động mạch chủ

[1]*Bệnh viện Bạch Mai*
[2]*Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội*
[3]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trần Linh
Email: ptlinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025
Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025
Ngày duyệt bài: 6.10.2025

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN CENTRAL AND PERIPHERAL ARTERIAL PRESSURES IN PATIENTS WITH STANFORD TYPE B AORTIC DISSECTION UNDERGOING ENDOVASCULAR REPAIR (TEVAR)

Objectives: Peripheral blood pressure (pAP)

measured in the brachial artery does not accurately reflect central arterial pressure (cBP) in the aorta. We seek to investigate the correlation between pAP and cBP in patients with Stanford type B aortic dissection undergoing endovascular intervention. **Subjects and methods:** This is a cross-sectional study conducted in patients diagnosed with Stanford B aortic dissection undergoing endovascular intervention. The non-invasive cAP was measured by an oscillometric device and the invasive cAP was measured during endovascular intervention. **Results:** A total of 31 patients were recruited into the study, with an average age of 63.6 ± 10.9 years, and 74.2% were male. The proportion of patients diagnosed with hypertension was 83.9%. There was a difference between pBP and non-invasive cBP (128.4 ± 11.8 mmHg and 117.4 ± 11.3 mmHg, p < 0.0001) with an average difference of 11.0 ± 7.0 mmHg between the two methods. SBP and DBP were closely correlated between peripheral and non-invasive central with r of 0.818 and 0.891, respectively. pBP was higher than invasive cBP with an average difference of 5.9 ± 15.7 mmHg (p = 0.04), non-invasive DBP tended to be lower than invasive but not statistically significant (p = 0.63). Peripheral SBP and DBP were correlated with invasive central SBP and DBP with r of 0.397 and 0.774, respectively. **Conclusions:** In the patients with Stanford type B aortic dissection, pBP measurements were higher than non-invasive and invasive cBP, and there was no significant difference between peripheral and central DBP. Peripheral SBP and DBP values were closely correlated with central, except for the correlation between peripheral BP and non-invasive central BP, which was moderate.

Keywords: blood pressure, central blood pressure, hypertension, aortic dissection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thực hành lâm sàng, việc theo dõi huyết áp của bệnh nhân được thực hiện bằng cách đo huyết áp động mạch ngoại biên (HAĐMNB) mà thông thường được đo ở động mạch cánh tay. Tuy nhiên, áp lực thực sự mà những cơ quan đích như não, tim, động mạch chủ thật sự phải đối diện chính là huyết áp động mạch chủ trung tâm hay huyết áp động mạch trung tâm (HAĐMTT) chứ không phải là HAĐMNB. Các bằng chứng khoa học mới nhất cho thấy rằng HAĐMNB và HAĐMTT có thể khác biệt, đặc biệt ở những người có yếu tố nguy cơ tim mạch. Sự khác biệt này dẫn tới sự khác biệt về hiệu quả điều trị kiểm soát huyết áp. Bên cạnh đó HAĐMTT cũng được cân nhắc là một yếu tố tiên lượng ở những bệnh nhân có phình hoặc tách động mạch chủ mặc dù HAĐMNB đã được kiểm soát [1]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu mối tương quan giữa HAĐMNB và HAĐMTT ở bệnh nhân tách thành động mạch chủ Stanford B được can thiệp nội mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu cắt ngang, được thực hiện tại Viện Tim mạch Việt Nam, bệnh viện Bạch Mai, trên những bệnh nhân được chẩn đoán tách thành động mạch chủ Stanford B được can thiệp nội mạch. Tiêu chuẩn loại trừ gồm bệnh nhân có các rối loạn nhịp không phải nhịp xoang; bệnh nhân trong tình trạng sốc, huyết động không ổn định; bệnh nhân có tình trạng bệnh lý nội khoa nặng như suy thận nặng, nhiễm khuẩn nặng, suy gan nặng, tai biến mạch não hoặc xuất huyết tiêu hoá nặng, ung thư giai đoạn cuối với tiên lượng sống dưới 1 năm.

Đo HAĐMNB và HAĐMTT. Bệnh nhân được đo HAĐMNB ở động mạch cánh tay bằng máy đo huyết áp điện tử Omron HEM 8712 với nguyên lý dao động kế (tư thế nằm ngửa, đo 3 lần, cách nhau 2 phút, lấy kết quả trung bình để phân tích). HAĐMTT được đo bằng phương pháp không xâm lấn và xâm lấn. HAĐMTT không xâm lấn được đo bằng hệ thống phân tích sóng mạch Agedio B900 và ứng dụng Agedio K520 trên máy tính bảng iPad qua kết nối bluetooth, quy trình đo và ghi nhận kết quả tương tự như khi đo HAĐMNB ở động mạch cánh tay. HAĐMTT xâm lấn được đo khi bệnh nhân làm can thiệp nội mạch, giá trị này được đo tại đoạn động mạch chủ lên qua ống thông pigtail cỡ 5Fr. Để nghiên cứu mối tương quan, bệnh nhân được đo HAĐMNB và HAĐMTT không xâm lấn trước khi làm can thiệp nội mạch, đo HAĐMNB và HAĐMTT xâm lấn trong khi làm can thiệp nội mạch. Huyết áp động mạch trung bình (HAĐMTB) được tính bằng 1/3 huyết áp tâm thu (HATT) + 2/3 huyết áp tâm trương (HATTr). Huyết áp hiệu số (HAHS) được tính bằng HATT – HATTr.

Xử lý số liệu. Khảo sát biến phân bố chuẩn bằng phép kiểm định Shapiro-Wilk. Biến định lượng có phân bố chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. Biến số định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm. Nghiên cứu sử dụng cả thống kê mô tả và phân tích, tương quan Pearson. Số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0, p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

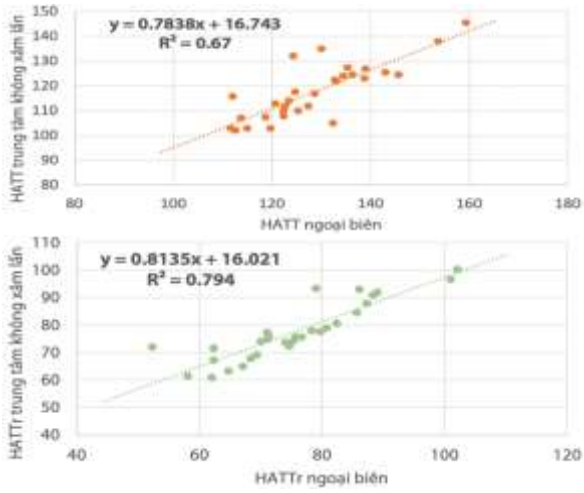
Nghiên cứu của chúng tôi gồm có 31 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn của nghiên cứu. Các đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1. Có 83,9% đối tượng tham gia nghiên cứu có tăng huyết áp, và 16,1% bệnh nhân có tiền sử bệnh lý động mạch chủ trước đây. Tại thời điểm nhập viện HATT và HATTr lần lượt là 149,0 mmHg và 85,9 mmHg.

Bảng 1. Các đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu (n=31)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi, năm	63,6±10,9(38-81)
Nam giới, n (%)	23 (74,2%)
Chiều cao, cm	164,7 ± 6,4
Cân nặng, kg	60,9 ± 10,2
BMI, kg/m^2	22,39 ± 2,96
Tăng huyết áp, n (%)	25 (80,6%)
Rối loạn mỡ máu, n (%)	15 (48,4%)
Đái tháo đường, n (%)	1 (3,2%)
Hút thuốc lá, n (%)	11 (35,5%)
Tiền sử bệnh mạch chủ, n (%)	5 (16,1%)
HATT lúc vào viện, mmHg	149,0 ± 17,0
HATTr lúc vào viện, mmHg	85,9 ± 6,7

Bảng 2. Tương quan giữa các giá trị HAĐMNB và HAĐMTT không xâm lấn

	HAĐMNB (1)	HAĐMTT không xâm lấn (2)	Khác biệt giữa 2 phương pháp	p (1) với (2)	Tương quan giữa 2 phương pháp
HATT (mmHg)	128,4 ± 11,8	117,4 ± 11,3	11,0 ± 7,0	<0,0001	r=0,818; p<0,0001
HATTr (mmHg)	75,5 ± 11,4	77,4 ± 10,4	-1,9 ± 5,2	0,46	r=0,891; p<0,0001
HATB (mmHg)	110,8 ± 8,2	104,1 ± 7,7	6,7 ± 5,2	<0,0001	r=0,787; p<0,0001
HAHS (mmHg)	52,9 ± 17,6	40,0 ± 16,8	12,9 ± 8,0	<0,0001	r=0,893; p<0,0001

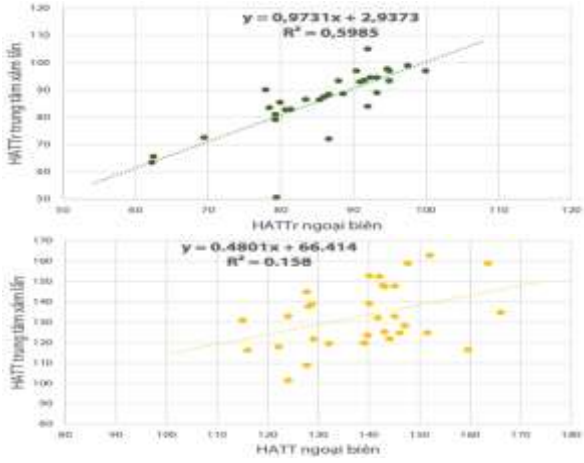


Hình 1. Phương trình hồi quy tuyến tính đơn biến ước tính HATT trung tâm không xâm lấn từ HATT ngoại biên

Các giá trị HATT, HATB và HAHS ngoại biên cao hơn có ý nghĩa so với huyết áp trung tâm không xâm lấn, còn đối với HATTr không có sự khác biệt giữa 2 phương pháp. Có mối tương quan chặt giữa các giá trị huyết áp ngoại biên và huyết áp trung tâm không xâm lấn với p < 0,0001 (Bảng 2). Phân tích mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến ta thu được các phương trình thích hợp ước tính HAMTT không xâm lấn từ HAĐMNB (Hình 1), HATT trung tâm không xâm lấn = 0,7838*(HATT ngoại biên) + 16,743 với R^2 = 0,67 và HATTr trung tâm không xâm lấn = 0,8135*(HATTr ngoại biên) + 16,021.

Bảng 3. Tương quan giữa các giá trị HAĐMNB và HAĐMTT xâm lấn

	HAĐMNB (1)	HAĐMTT xâm lấn (2)	Khác biệt giữa 2 phương pháp	p (1) với (2)	Tương quan giữa 2 phương pháp
HATT (mmHg)	139,1 ± 12,8	133,2 ± 15,5	5,9 ± 15,7	0,04	r=0,397; p=0,027
HATTr (mmHg)	85,6 ± 9,3	86,2 ± 11,7	-0,6 ± 7,4	0,63	r=0,774; p<0,0001
HATB (mmHg)	121,3 ± 9,7	117,6 ± 10,9	3,7 ± 10,2	0,05	r=0,514; p=0,003
HAHS (mmHg)	53,5 ± 13,9	46,9 ± 19,8	6,5 ± 18,8	0,06	r=0,424; p=0,18



Hình 2. Phương trình hồi quy tuyến tính đơn biến ước tính HATT trung tâm xâm lấn từ HATT ngoại biên

Từ các kết quả đo HAĐMNB và HAĐMTT xâm lấn, HATT ngoại biên cao hơn có ý nghĩa so với huyết áp trung tâm xâm lấn. Không có sự khác biệt giữa các giá trị HATTr, HATB và HAHS khi đo bằng 2 phương pháp. Có mối tương quan chặt giữa số đo HATTr ngoại biên và HATTr xâm lấn, đối với giá trị HATT có tương quan mức độ vừa giữa 2 phương pháp (Bảng 3). Phân tích mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến thu được phương trình thích hợp ước tính HATTr xâm lấn từ HATTr ngoại biên, y = 0,9731*x + 2,9373 với R^2 = 0,5985, với mô hình tuyến tính của HATT cho

kết quả không phù hợp với R^2 = 0,158 (Hình 2).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn đối tượng nghiên cứu là nam giới (chiếm 74,2%) và tăng huyết áp yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp nhất (83,9%). Nghiên cứu của tác giả Delsart và cộng sự cũng cho kết quả tương tự [2]. Bên cạnh đó, một nghiên cứu trên hơn 8086 bệnh nhân tách thành động mạch chủ ghi nhận tỉ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân tách thành động mạch chủ Stanford B có xu hướng tăng nhanh trong giai đoạn từ 1950 tới 1970 sau đó tương đối ổn định tới tỉ lệ tổng thể là 78,7% [3]. Huyết áp là một mục tiêu điều trị quan trọng trong quản lý người bệnh có tách thành động mạch chủ, với tỉ lệ tăng huyết áp cao như vậy chúng ta càng cần phải chú ý hơn trong việc phát hiện sớm và quản lý tăng huyết áp ổn để giảm nguy cơ xuất hiện các tổn thương cơ quan đích và tiến triển bệnh lý động mạch chủ.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt giữa HATT ngoại biên cao hơn so với HATT trung tâm không xâm lấn (128,4 ± 11,8 mmHg và 117,4 ± 11,3 mmHg, p < 0,0001) với trung bình sự khác biệt HATT giữa 2 phương pháp là 11,0 ± 7,0 mmHg. Kết quả này nhất quán với một số nghiên cứu khác cũng ghi nhận HATT ngoại biên cao hơn số đo HATT trung tâm không xâm lấn mặc dù sử dụng các thiết bị đo HAĐMTT không xâm lấn khác nhau [4]. Sự khác biệt này một phần do khó ước tính được sự khuếch đại huyết áp giữa ĐM cánh tay và ĐM quay, ngoài ra còn các yếu tố khác ảnh hưởng như phương pháp phân tích và hiệu chỉnh của từng loại thiết bị. Đối với HATTr, giá trị đo ngoại biên và trung tâm không xâm lấn lần lượt là 75,5 ± 11,4 mmHg và 77,4 ± 10,4, sự khác biệt giữa 2 phương pháp không có ý nghĩa thống kê (p=0,46). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Tuấn và cộng sự sử dụng thiết bị Centron cBP301 cũng ghi nhận HATT ngoại biên cao hơn so với HATT trung tâm không xâm lấn và không có sự khác biệt về giá trị HATTr ngoại biên và trung tâm [5].

Giá trị HATT và HATTr trung tâm không xâm lấn có mối tương quan chặt với HATT và HATTr ngoại biên, hệ số tương quan r lần lượt là 0,818 và 0,891 (p<0,0001). Mối tương quan chặt cũng được thấy ở HATB và HAHS giữa 2 phương pháp đo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả với tác giả Izzo. [6]. Sử dụng mô hình hồi quy tuyến tính đơn biến chúng tôi thu được các phương trình thích hợp ước tính HATT và HATTr trung tâm không xâm lấn từ số đo HA ngoại biên với giá trị R^2 hiệu chỉnh lần lượt là 0,888 và 0,773.

HA động mạch là áp lực của máu trong hệ thống động mạch của cơ thể, do đó phương pháp đo HA xâm lấn được coi là tiêu chuẩn vàng. Tuy nhiên phương pháp này là một thủ thuật xâm lấn nên việc ứng dụng theo dõi huyết áp trên lâm sàng có phần hạn chế. Đo huyết áp bằng các thiết bị không xâm lấn là phương pháp thay thế do tính an toàn và tiện lợi hơn so với phương pháp xâm lấn. Cho tới nay đã có nhiều nghiên cứu về sự khác biệt giữa 2 phương pháp đo HA xâm lấn và không xâm lấn, tuy nhiên kết quả thu được lại có phần không thống nhất. Nghiên cứu của Wiecek và cộng sự so sánh HA xâm lấn đo qua ống thông ở ĐM cánh tay với HA đo bằng băng quấn và sử dụng ống nghe [7]. Kết quả cho thấy HATT cánh tay thấp hơn 13% so với HATT xâm lấn (130 ± 7 mmHg với 149 ± 8 mmHg), còn HATTr tương tự nhau giữa 2 phương pháp. Ngược lại, kết quả của tác giả Wax và cộng sự thực hiện cho số đo HATT và HATTr ở động mạch cánh bằng phương pháp không xâm lấn cao hơn phương pháp xâm lấn [8]. Nghiên cứu của Liu và cộng sự cũng cho thấy HA không xâm lấn có tương quan tốt với HA xâm lấn và thu được phương trình hồi quy để ước tính HA xâm lấn từ HA không xâm lấn (R^2 = 0,6 với HATT và R^2 = 0,82 với HATTr) [9]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy HATT ngoại biên cao hơn HATT trung tâm xâm lấn với trung bình sự khác biệt là 5,9 ± 15,7 mmHg (p=0,04), HATTr ngoại biên có xu hướng thấp hơn trung tâm xâm lấn tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,63). Khác với các nghiên cứu về huyết áp xâm lấn trước đây chỉ thực hiện đo huyết áp xâm lấn tại động mạch ngoại biên như động mạch quay, động mạch cánh tay, nghiên cứu của chúng tôi đã thực hiện đo huyết áp xâm lấn tại động mạch chủ lên.

Như vậy, kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số đo HATT ngoại biên cao hơn so với HATT trung tâm xâm lấn và không xâm lấn, còn đối với HATTr không có khác biệt ý nghĩa giữa huyết áp ngoại biên và trung tâm. Bên cạnh đó, số đo HAĐMTT cũng có mối tương quan chặt với HAĐMNB. Trong quá trình điều trị tăng huyết áp thường sử dụng HAĐMNB để theo dõi, tuy nhiên nghiên cứu tác giả Rooprai và cộng sự cho thấy huyết áp cánh tay hay HAĐMNB không có liên quan độc lập với kích cỡ hoặc tiến triển của phình động mạch chủ bất kể người bệnh có tiền sử tăng huyết áp hay không. Đồng thời nghiên cứu này cũng chỉ ra HAĐMTT có liên quan độc lập tới tốc độ tiến triển của phình động mạch

chủ trong tương lai ở người bệnh có tăng huyết áp; còn đối với người không có tăng huyết áp, HATT trung tâm cao hơn có liên quan tới cả kích thước và tiến triển của phình động mạch chủ [10]. Một nghiên cứu khác trên nhóm đối tượng bệnh lý động mạch chủ bao gồm cả phình động mạch chủ và tách động mạch chủ cũng cho thấy ở nhóm người bệnh có bệnh lý động mạch chủ tiếp tục tiến triển có HATT động mạch trung tâm đo bằng phương pháp không xâm lấn cao hơn so với nhóm không tiến triển bệnh, mặc dù cả hai nhóm đều được kiểm soát huyết áp tốt khi theo dõi bằng HAĐMNB [1]. Những kết quả này gợi ý vai trò của việc theo dõi HAĐMTT trong quản lý và theo dõi tiến triển bệnh lý động mạch chủ, khi mà các thiết bị đo HAĐMTT không xâm lấn có thể mang lại sự tiện dụng và dễ dàng trong thực hành lâm sàng thường quy, và chúng ta cũng cần có thêm các nghiên cứu về mục tiêu theo dõi điều trị khi ứng dụng các thiết bị đo HAĐMTT không xâm lấn trong quá trình quản lý người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Ở nhóm người bệnh tách thành động mạch chủ Stanford B, số đo HATT ngoại biên cao hơn HATT trung tâm không xâm lấn và xâm lấn, đối với HATTr đo được ở ngoại biên và trung tâm không có sự khác biệt ý nghĩa. Các giá trị HATT và HATTr ngoại biên có mối tương quan chặt với trung tâm, ngoại trừ tương quan giữa HATT ngoại biên với HATT trung tâm không xâm lấn là mức độ vừa. Trong tương lai chúng ta cần có thêm các nghiên cứu về việc sử dụng HAĐMTT không xâm lấn trong quản lý người bệnh có bệnh lý động mạch chủ, cũng như người bệnh tăng huyết áp để có thể áp dụng thường quy hơn trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Moon J., Hak Lee S., Guk Ko Y. và cộng sự.** (2010). Central aortic pressure in aortic aneurysm and aortic dissection: a novel prognostic marker. Acta Cardiol, 65(3), 303–308.
2. **Delsart P., Ledieu G.J., Ramdane N. và cộng sự.** (2017). Impact of the Management of Type B Aortic Dissection on the Long-Term Blood Pressure. Am J Cardiol, 120(3), 484–488.
3. **Chan K.K. và Rabkin S.W.** (2014). Increasing Prevalence of Hypertension Among Patients With Thoracic Aorta Dissection: Trends Over Eight Decades—A Structured Meta-analysis. Am J Hypertens, 27(7), 907–917.
4. **Al-Said J. và Suyao C.** (2018). The Difference between the Central and Peripheral Blood Pressure During Hemodialysis. 3.
5. **Tuấn N.M., Kiên L.T., Hồng N.M. và cộng sự.** (2018). Khảo sát sự khác biệt huyết áp động mạch chủ trung tâm và huyết áp động mạch cánh tay ở người cao tuổi điều trị tại Khoa Nội cán bộ - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. J 108 - Clin Med Phamarcy.
6. **Izzo J.L.** (2014). Brachial vs. Central Systolic Pressure and Pulse Wave Transmission Indicators: A Critical Analysis. Am J Hypertens, 27(12), 1433–1442.
7. **Wiecek E.M., McCartney N., và McKelvie R.S.** (1990). Comparison of direct and indirect measures of systemic arterial pressure during weightlifting in coronary artery disease. Am J Cardiol, 66(15), 1065–1069.
8. **Wax D.B., Lin H.-M., và Leibowitz A.B.** (2011). Invasive and Concomitant Noninvasive Intraoperative Blood Pressure MonitoringObserved Differences in Measurements and Associated Therapeutic Interventions. Anesthesiology, 115(5), 973–978.
9. **Liu B., Qiu P., Chen H. và cộng sự.** (2014). Comparison of simultaneous invasive and non-invasive measurements of blood pressure based upon MIMIC II database. Artery Res, 8(4), 209–213.
10. **Rooprai J., Boodhwani M., Beauchesne L. và cộng sự.** (2022). Central Hypertension in Patients With Thoracic Aortic Aneurysms: Prevalence and Association With Aneurysm Size and Growth. Am J Hypertens, 35(1), 79–86.

THANG ĐIỂM MELD 3.0 TRONG TIÊN LƯỢNG 90 NGÀY BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ

Phạm Nhật Huyền[1], Trần Ngọc Ánh[1]

TÓM TẮT

Tỉ lệ tử vong do xơ gan còn cao nên việc đưa ra tiên lượng sớm với bệnh nhân xơ gan là cần thiết. Thang điểm MELD 3.0 cập nhật và tối ưu hóa mức độ phù hợp của thang điểm MELD và có ý nghĩa nhất định trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan trong 3 tháng (90 ngày). **Mục tiêu:** Ứng dụng thang điểm MELD 3.0 trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan mất bù. So sánh thang điểm MELD 3.0, MELD, MELD-Na trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xơ gan mất bù trong vòng 90 ngày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả tiến cứu trên 100 bệnh nhân xơ gan tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân nghiên cứu 56.9 ± 10.2, bệnh nhân nam 86%, nữ 14 %, tỉ lệ Nữ/Nam ~1/6. Nguyên nhân xơ gan rượu 61%, Viêm gan B 16%, Viêm gan C

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Nhật Huyền
Email: phamnhathuyen98@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025
Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025
Ngày duyệt bài: 6.10.2025