

và đạt giá trị cao nhất.

Chiều dài CTC đo bằng siêu âm ≤ 25 mm có độ nhạy là 83,3% và độ đặc hiệu là 88,6%. Độ chính xác là 88% có giá trị tiên đoán sinh non.

So với "nghiên cứu giá trị tiên đoán đẻ non bằng độ dài tử cung đo bằng siêu âm năm 2013" của Trương Quốc Việt và cộng sự thì độ đặc hiệu, độ nhạy của nghiên cứu này thấp hơn (88,6%; 94,4%), (83,3%; 84,7%), nhưng có độ đặc hiệu, độ chính xác cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Đình Vũ, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang nghiên cứu trên 143 thai phụ có tuổi thai từ 26 – 35 tuần 6 ngày được chẩn đoán dọa sinh non, sử dụng siêu âm đường âm đạo đo chiều dài CTC năm 2011 lần lượt là 61,9%; 85%.

Một số tác giả chỉ tập trung vào những thời điểm nhất định, từ đó tiên đoán sinh non cho những tuổi thai tiếp theo, các nghiên cứu tiến hành cắt ngang tại một thời điểm nhất định. Cách chọn này tùy theo mục đích của nghiên cứu tìm hằng số sinh lý hay tiên đoán sinh non. Với mục tiêu đặt ra là tiên lượng hiện tượng sinh non nên các tác giả tập trung quan sát độ dài CTC ba tháng giữa và những tuần đầu ba tháng cuối. Trong các tài liệu tham khảo chưa thấy nghiên cứu nào tiên lượng sinh non dựa vào độ dài CTC ba tháng đầu, thấp nhất là tuổi thai 14 tuần và cao nhất là 35 tuần 6 ngày.

Do vậy nghiên cứu tiên lượng sinh non bằng siêu âm đường âm đạo khảo sát hình thái CTC tại tuổi thai 16 – 34 tuần nguy cơ cao sinh non được tiến hành. Tỷ lệ sinh non trong nghiên cứu này là 12%

được so sánh với tỷ lệ sinh non với các nghiên cứu khác:

Tác giả	Tỷ lệ (%)
Cook	10,06
Goldberg	10,09
Niên giám Y tế Việt Nam 2002	10,22
Nguyễn Công Nghĩa	11,8
Tongsong	12,5
Tô Thanh Hương	14,34

So với các nghiên cứu nước ngoài và trong nước. Tỷ lệ sinh non của nghiên cứu này tỷ lệ cao hơn vì đối tượng của nghiên cứu là 50 thai phụ nằm trong nhóm nguy cơ cao dọa đẻ non.

KẾT LUẬN

Chiều dài CTC đo bằng siêu âm đường âm đạo ≤ 25 mm có giá trị tiên đoán ĐN với độ nhạy là 83,3% và độ đặc hiệu là 88,6%, độ chính xác là 88%.

Tốc độ co ngắn của CTC dạng chữ V là lớn nhất từ tuần thai 30-34 CTC co ngắn mạnh, rõ rệt, tốc độ co ngắn trung bình là $2,16 \pm 0,64$ mm / 2 tuần.

Tỷ lệ sinh non của nghiên cứu này là 12%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alec Welsh K. N.** (2002), "Cervical screening for preterm delivery", Current Opinion in Obstetrics and Gynecology.

2. **Dương Thị Cường et al.** (1987), "Sân khoa", Nxb Y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, pp. tr. 3-50, 102-120.

3. **GC D. R.** (2006), "Safety and efficacy of new drugs in preterm labour. Expert Review of Obstetrics and Gynecology, in press".

KHẢO SÁT ẢNH HƯỞNG CỦA TĂNG HUYẾT ÁP KHÁNG TRỊ LÊN KHỐI LƯỢNG CƠ THẤT TRÁI Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ

LÊ ĐÌNH THANH¹, ĐỖ THANH HÒA²
¹Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất
²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp (THA) là biểu hiện thường gặp và là nguyên nhân chủ yếu gây ra các biến cố tim mạch có thể dẫn đến tử vong hoặc tàn phế ở bệnh nhân STMT nói chung và STMT lọc máu chu kỳ (LMCK) nói riêng. Tăng huyết áp không kiểm soát được ở mức mục tiêu còn gọi là THA kháng trị (THAKT) có nguy cơ gây tử vong cao gấp 4 – 5 lần so với THA không kháng trị (THAKKT). Tăng huyết áp cũng là nguyên nhân chủ yếu gây biến đổi hình thái và chức năng tim. Mục tiêu nghiên cứu: Tìm hiểu mối liên quan giữa HA 24 giờ với khối lượng cơ thất

trái (LVM) và chỉ số khối lượng cơ thất trái (LVMI) ở BN STMT LMCK có THAKT. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 91 BN bệnh nhân STMT LMCK có THA chia làm hai nhóm: 34 BN THAKKT thuộc nhóm chứng và 57 BN THAKT thuộc nhóm nghiên cứu. Các đối tượng được đo HA lưu động 24 giờ (ABPM) và xác định LVM, LVMI qua siêu âm. Kết quả: giá trị các chỉ số HA 24 giờ không có liên quan với LVM và LVMI nhưng LVM, LVMI có liên quan với tỉ lệ quá tải áp lực. Các chỉ số HA tâm thu (TT), tâm trương (TTr), trung bình HA (HATB) 24 giờ, ban ngày, ban đêm, tỉ lệ quá tải áp lực tâm thu (QTALTT), tâm trương tương quan thuận mức độ vừa đến chặt có ý nghĩa thống kê với LVM và LVMI. Kết luận: THAKT gây tăng khối lượng cơ thất trái nhiều hơn so với THAKKT ở BN LMCK.

Từ khóa: Tăng huyết áp kháng trị, HA lưu động 24 giờ (ABPM), lọc máu chu kỳ.

Chịu trách nhiệm: Lê Đình Thanh
Email: ledinhthanhvmc@yahoo.com.vn
Ngày nhận: 04/6/2017
Ngày phân biện: 20/6/2017
Ngày duyệt bài: 30/6/2017
Ngày xuất bản: 20/7/2017

SUMMARY

Background: Hypertension in the chronic renal failure patients (CRFPs) is common manifestation and the main cause of cardiologicl events possibly leading to death or damages of CRFPs and hemodialysis patients. Uncontrol hypertension at target level than hypertension has a risk of death 4-5 higher than hypertension. Hypertension also cause changes in the morphology and functions of heart. The objective of resarch: finde out the relation between 24h-blood pressure and left ventricular failure patients treated by hemodialysis, with resistant hypertension. The object of research: including 91 patients in the chronic renal failure patients treated by hemodialysis divide in two group: 34 patients with control hypertension and 57 patients with resistant hypertension. All are measure blood pressure by 24-hour ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) and define the left ventricular mass (LMV), left ventricular mass index (LVMI). Results showed that: The average blood pressure 24-hours have not seen associaed with blood pressur (BPL). Systolic, diastolic, average blood pressure 24-hour, awake, asleep; rate systolic and diastolic blood pressure load significantly relation with the LVM, LVMI meaningful, system statement. Conclusion: resistant hypertension increased left ventricular mas more than compared the control hypertension in maintenance hemodiaslysis patients.

Keywords: Resistant hypertension, hemodialysis, 24-hour ambulatory blood pressure monitoring.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở BN STMT GĐC, LMCK có nhiều nguyên nhân gây ảnh hưởng làm thay đổi hình thái và chức năng tim, bao gồm ure máu cao, rối loạn điện giải trong đó có tăng kali máu, hạ natri máu và calci, THA, thiếu máu mạn tính và rối loạn huyết động do cầu nối động – tĩnh mạch được tạo ra phục vụ LMCK. Tăng HA ở BN STMT chiếm khoảng 80% và là nguyên nhân chủ yếu gây ra các biến cố tim mạch có thể dẫn đến tử vong hoặc tàn phế ở BN STMT nói chung và STMT LMCK nói riêng.

Tỷ lệ THAKT ở BN LMCK lên tới 35 – 40%, gây nguy cơ tử vong tăng gấp 4 – 5 lần so với THA đơn thuần [2]. THA cũng là nguyên nhân hàng đầu gây ra hiện tượng biến đổi hình thái của tim, thông qua đó đánh giá tiên lượng các biến cố tim mạch có thể xảy ra trên BN STMT nói chung và STMT LMCK có THAKT nói riêng. Mục tiêu nghiên cứu: “*Tìm hiểu mối liên quan giữa HA 24 giờ với khối lượng cơ thất trái và chỉ số khối lượng cơ thất trái ở BN STMT LMCK có THAKT*”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

+ 91 BN STMT LMCK có THA được chia làm 2 nhóm.

2. Phương pháp nghiên cứu

+ Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, cắt ngang, so sánh giữa hai nhóm.

+ Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 11.5, EPI-INFO 6.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. So sánh một số giá trị trung bình giữa 2 nhóm

Đặc điểm	Đối tượng	Nhóm NC (n=57)	Nhóm chứng (n=34)	p
Tuổi (năm)		42,47 ± 16,58	39,21 ± 9,51	
Thời gian lọc máu (năm)		3,5 ± 2,2	3,9 ± 2,5	> 0,05
Huyết sắc tố (g/l)		84,9 ± 21,5	87,3 ± 15,7	

Giá trị trung bình tuổi, thời gian lọc máu, nồng độ huyết sắc tố tương đương nhau giữa hai nhóm.

Bảng 2. So sánh giá trị trung bình một số chỉ số siêu âm tim giữa hai nhóm:

Chỉ số siêu âm	Đối tượng	Nhóm NC (n=57)	Nhóm chứng (n=34)	p
ĐK thất trái (mm)	Dd	58,6 ± 5,2	49,8 ± 3,8	<
	Ds	41,5 ± 4,6	35,6 ± 5,8	0,05
Vách liên thất (mm)	IVSd	12,9 ± 1,5	10,3 ± 1,6	<
	IVSs	15,8 ± 2,2	11,9 ± 1,7	0,05
Thành sau thất trái (mm)	LWd	13,6 ± 1,9	10,5 ± 1,6	<
	LWs	16,2 ± 2,0	11,7 ± 1,7	0,05
	LVM (g)	415,8 ± 96,0	257,9 ± 57	<
LVMI (g/m ²)	Nam	265,8 ± 54,2	167,2 ± 37,5	<
	Nữ	266,2 ± 56,3	169,3 ± 36,7	0,01
		259,9 ± 21,6	152,1 ± 38,8	<

Giá trị trung bình các chỉ số hình thái thất trái ở nhóm NC đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng. Giá trị trung bình LVM, LVMI của nhóm NC cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng.

Bảng 3. So sánh giá trị HA 24 giờ ở BN THAKT dựa theo LVM (n=57)

Chỉ số HA (mmHg)	LVM	Bình thường (n=5)	Tăng (n=52)	p
HATT	24h	135,8 ± 1,2	150,9 ± 14,0	
	Ngày	133,5 ± 1,7	151,6 ± 14,8	
	Đêm	128,9 ± 9,5	149,7 ± 14,9	
HATTr	24h	80,6 ± 6,7	94,8 ± 9,6	>
	Ngày	85,9 ± 9,2	99,8 ± 10,0	0,05
	Đêm	76,1 ± 9,0	92,1 ± 10,3	
HATB	24h	98,9 ± 4,0	113,4 ± 10,5	
	Ngày	101,7 ± 6,7	117,1 ± 11,1	
	Đêm	93,7 ± 9,2	111,3 ± 11,1	
QTALTT (%)	24h	60,1 ± 1,4	89,2 ± 15,6	
	Ngày	41,9 ± 1,9	83,5 ± 10,5	
	Đêm	50,4 ± 1,9	94,0 ± 14,6	<
QTALTTTr (%)	24h	45,8 ± 4,5	89,6 ± 15,0	0,05
	Ngày	34,9 ± 4,9	82,2 ± 15,6	
	đêm	75,0 ± 4,3	95,9 ± 10,2	

Giá trị các chỉ số HA 24 giờ, ngày, đêm không khác biệt nhau có ý nghĩa thống kê giữa những BN THAKT có LVM bình thường hoặc tăng.

Giá trị trung bình tỷ lệ QALTT, TTr 24 giờ, ngày, đêm ở BN THAKT có tăng LVM cao hơn có ý nghĩa so với BN có LVM bình thường (p<0,05).

Bảng 4. So sánh giá trị HA 24 giờ ở BN THAKT dựa theo LVMI (n=57)

Chỉ số	LVMI	Bình thường (n=56)	Tăng (n=51)	p
HATT (mmHg)	24h	136,7 ± 1,8	151,2 ± 14,1	> 0,05
	Ngày	136,3 ± 2,1	151,8 ± 14,9	
	Đêm	130,1 ± 5,0	150,1 ± 14,8	
HATTr (mmHg)	24h	81,7 ± 5,1	94,9 ± 9,6	
	Ngày	86,9 ± 6,7	100,0 ± 10,0	
	Đêm	77,4 ± 6,8	92,3 ± 10,3	
HATB (mmHg)	24h	94,9 ± 6,8	113,7 ± 10,5	< 0,05
	Ngày	103,4 ± 5,5	117,3 ± 11,1	
	Đêm	99,9 ± 3,3	111,5 ± 11,0	
QTALTT (%)	24h	63,4 ± 9,2	89,6 ± 15,5	
	Ngày	52,9 ± 9,2	83,7 ± 9,5	
	Đêm	59,3 ± 4,7	94,8 ± 14,8	
QTALTTTr (%)	24h	52,2 ± 2,3	90,0 ± 14,8	
	Ngày	46,2 ± 2,7	82,8 ± 20,4	
	Đêm	79,2 ± 5,0	96,0 ± 10,3	

Giá trị trung bình tỷ lệ QTALTT, TTr 24 giờ, ngày, đêm ở BN THAKT có tăng LVMI cao hơn có ý nghĩa so với BN có LVMI bình thường ($p < 0,05$).

Bảng 5. Tương quan giữa các giá trị HA 24h với số LVM

Chỉ số HA (mmHg)	r	p	Phương trình tương quan	
HATT	0,64	< 0,001	HATT 24h = 118,6+0,08*LVM	
HA 24h	HATTr	0,54	< 0,001	HATTr 24h = 75,3+0,05*LVM
	HATB	0,62	< 0,001	HATB 24h = 85,45+0,07*LVM
HA ngày	HATT	0,56	< 0,001	HATT ngày = 101,5+0,1*LVM
	HATTr	0,54	< 0,001	HATTr ngày = 66,3+0,5*LVM
	HATB	0,59	< 0,001	HATB ngày = 89,8+0,09*LVM
HA đêm	HATT	0,58	< 0,001	HATT đêm = 95,7+0,1*LVM
	HATTr	0,55	< 0,001	HATTr đêm = 56,8+0,08*LVM
	HATB	0,64	< 0,001	HATB đêm = 75,87+0,1*LVM

Các chỉ số HA 24h, ban ngày, ban đêm có mối tương quan thuận mức độ vừa đến chặt và có ý nghĩa thống kê với khối lượng cơ thất trái.

Bảng 6. Tương quan giữa % quá tải áp lực với LVM

Tỷ lệ quá tải áp lực (%)	r	p	Phương trình tương quan	
Quá tải áp lực tâm thu	24h	0,49	< 0,001	QTTT 24h = 6,1+0,2*LVM
	Ngày	0,46	< 0,001	QTTT ngày = 21,4+0,2*LVM
	Đêm	0,44	< 0,001	QTTT đêm = 19,5+0,2*LVM
Quá tải áp lực tâm trương	24h	0,54	< 0,001	QTTTr 24h = 0,06+0,2*LVM
	Ngày	0,49	< 0,001	QTTTr ngày = 18,6+0,2*LVM
	Đêm	0,38	< 0,001	QTTTr đêm = 37,7+0,2*LVM

Tỷ lệ phần trăm QTALTT và TTr có mối tương quan mức độ vừa đến chặt với khối lượng cơ thất trái ở BN có THAKT.

BÀN LUẬN

1. Mối liên quan giữa các chỉ số HA với LVM và LVMI ở BN STMT LMCK có THAKT

Kết quả siêu âm tim ở BN LMCK cho thấy ở cả 2 nhóm chứng và nghiên cứu đều có biến đổi các chỉ số hình thái tim, cụ thể là tăng đường kính thất trái và thành sau thất trái ở cả 2 thì TT và TTr, dày vách liên thất và thành sau thất trái ở cả 2 thì co và giãn tim. Đặc biệt tăng khối lượng cơ thất trái và chỉ số khối lượng cơ thất trái một cách đáng kể so với chỉ số bình thường. Đây cũng là biểu chứng tim mạch xuất hiện sớm, đặc trưng ở BN THA. Tăng sức cản ngoại vi làm cho tim tăng co bóp. Để tăng sức co bóp thì các thành tim phải dày lên. Đây cũng là một trong những cơ chế tự điều chỉnh của cơ thể ở BN THA trước khi xuất hiện suy tim trên lâm sàng. Kết quả quan sát của chúng tôi cũng tương tự như của một số tác giả khác.

Khối lượng cơ thất trái và chỉ số khối lượng cơ thất trái ở BN LMCK của một số tác giả [1].

Khi so sánh GTTB khối lượng cơ thất trái và chỉ số khối lượng cơ thất trái ở BN có THAKT và nhóm BN được kiểm soát tốt chỉ số HA nhận thấy: các chỉ số trên ở BN có THAKT đều tăng cao có ý nghĩa so với nhóm BN cũng STMT GĐC LMCK nhưng HA được kiểm soát ở mức tối ưu (<130/80 mmHg). Giá trị trung bình khối lượng cơ thất trái ở nhóm BN STMT GĐC có THAKT là 415,8 ± 96 gram cao hơn so với chỉ số tương ứng mà Covic A và cs năm 2000 đã quan sát thấy ở đối tượng STMT GĐC có THA là 378,8 ± 104 gram. Sự khác biệt trên đây của khối lượng cơ thất trái và chỉ số khối lượng cơ thất trái ở BN STMT GĐC LMCK có và không có THAKT đã phản ánh sự ảnh hưởng của tình trạng HA khó kiểm soát lên biến đổi hình thái tim và chính sự biến đổi đáng kể hình thái tim trên đây lại tác động ngược trở lại với chỉ số HA, tăng các chỉ số huyết động ngoại biên, gây co mạch kéo dài và hậu quả là THA khó điều chỉnh. Sự biến đổi hình thái tim trên đây được xem vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của THAKT (Maillous LU và cộng sự năm 1998) [3].

Khi xem xét mối liên quan của LVM và LVMI ở BN STMT được LMCK có THAKT với chỉ số HA 24 giờ nhận thấy rằng: GTTB HATT, HATTr, HATB ở BN có LVM tăng hoặc không tăng; LVMI tăng hoặc không tăng không khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này cũng có thể được giải thích là: tăng LVM, LVMI là hậu quả chứ không phải nguyên nhân gây THA nói chung và ở BN STMT được LMCK có THAKT nói riêng. Vì đối tượng nghiên cứu đều là BN THAKT với sự chênh lệch chỉ số HA không quá lớn, do đó sự không khác biệt nhau của các chỉ số HA ở phân nhóm có hay không có tăng LVM, LVMI cũng là đặc điểm có tính logic. Trong nghiên cứu của Caglioti A và cộng sự về THAKT và triệu ứng ngược ở BN LMCK cũng nhận thấy: chỉ số HA đo bằng phương pháp thông thường cũng như bằng phương

pháp thông thường cũng như bằng phương pháp ABPM không có liên quan chặt chẽ với HA và LVM, LVMI, đường kính nhĩ trái, thất trái.

Tuy các chỉ số HA 24h không có liên quan có ý nghĩa với LVM, LVMI ở BN STMT LMCK có THAKT nhưng lại có ảnh hưởng lớn đến tỷ lệ QTALTT và TTr cao hơn có ý nghĩa so với những BN có LVM hoặc LVMI không tăng ($p < 0,05$). Có lẽ hiện tượng phì đại thất trái sẽ ảnh hưởng đến biến thiên HA mà hậu quả làm tăng tỷ lệ QTALTT và TTr. Triperi G và cộng sự năm 2005 cũng nhận thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa tỷ lệ QTAL ở BN LCMK với chỉ số khối lượng cơ thất trái [4].

2. Mối tương quan giữa các chỉ số HA với LVM, LVMI ở BN STMT LMCK có THAKT

Khi khảo sát mối tương quan giữa các chỉ số HA 24h với LVM ở nhóm BN có THAKT nhận thấy: tất cả các chỉ số HATT, HATTTr, HATB 24h, ban ngày và ban đêm đều có mối tương quan thuận mức độ vừa và khá chặt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điều này chứng tỏ tương ứng với LVM càng tăng thì chỉ số HA càng tăng. Đây là mối quan hệ nhận quả: HA cao kéo dài, khó điều chỉnh sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến tim mạch gây biến đổi hình thái tim, đầu tiên là hiện tượng dày thất trái, gây tăng khối lượng cơ thất trái. Kandarini Y năm 2008 cũng nhận thấy chỉ số HA 24h nhất là chỉ số HATT ở BN LMCK có tương quan với khối lượng cơ thất trái với $r = 0,6$; $p < 0,001$. Cùng với kết quả nghiên cứu trên, tình trạng QTALTT và TTr đều có mối tương quan thuận ở mức độ vừa đến chặt với khối lượng cơ thất trái. Husain M và cộng sự năm 2008 cũng nhận thấy: Khi LVM càng tăng thì tỷ lệ trường hợp BN LMCK với thể nondipper sẽ càng cao, tỷ lệ QTALTT cũng tăng cao.

Tương tự như LVMI, khi khảo sát mối tương quan giữa các chỉ số HA 24h bao gồm HATT, HATTTr, HATB 24h, ban ngày, ban đêm đều nhận thấy: tất cả các chỉ số HA đều tương quan thuận có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) với hệ số lượng quan mức độ vừa và chặt (r dao động trong khoảng 0,44 đến 0,69), đồng thời tỷ lệ QTALTT, TTr cũng có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê với LVMI ($p < 0,01$ đến

0,001) r dao động trong khoảng 0,40 đến 0,56.

Tóm lại cả khối lượng cơ thất trái và chỉ số khối lượng cơ thất trái đều có tương quan thuận với chỉ số HA 24h ở BN STMT GĐC được LMCK có THAKT. Mối tương quan trên đây cũng được nhiều tác giả khảo sát và xác lập với kết quả tương tự.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu mối liên quan giữa LVM, LVMI với các giá trị HA 24h đo bằng phương pháp ABPM ở 57 BN STMT LMCK có THAKT và ở 34 BN nhóm chứng STMT LMCK nhưng được kiểm soát ở mức HA mục tiêu – THAKKT, có kết luận sau:

+ Giá trị các chỉ số huyết áp 24h liên quan không có ý nghĩa với khối lượng cơ thất trái và chỉ số khối lượng cơ thất trái.

+ Tỷ lệ quá tải áp lực có liên quan với LVM và LVMI.

+ Các chỉ số HATT, HATTTr, HATB, HA 24h, ban ngày, ban đêm, tỷ lệ quá tải áp lực tâm thu, tâm trương tương quan thuận mức độ vừa đến chặt với LVM và LVMI có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kutlay S, Dincer I, Duman N et al (2006), "The long term behavior and predictors of left ventricular hypertrophy in hemodialysis patients", *AJKD*, 47(3), pp. 485-92.

2. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease (2000), "Evaluation, classification and stratification", *Kidney disease outcome quality initiative*, *Am J Kidney*, 39, pp. S1-S266.

3. Maillous L.U., Levey A.S. (1998), "Hypertension in patients with chronic renal disease", *Am J Kidney Dis*, 32(3), pp. S120 – S141.

4. Triperi G., Fagugli R.M., Dattolo P. et al (2005), "Prognostic value of 24h ambulatory blood pressure monitoring and of night/and ratio in nondiabetic, cardiovascular events – free haemodialysis patients", *Clin Nephrol*, 52, pp. 46-54.

5. World Health Organization – International society of hypertension guidelines for the management of hypertension (1999), *Guidelines Sub committee*, *J Hypertens*, 17, pp. 151 - 83.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG MỆT MỎI Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BẰNG BỘ CÔNG CỤ FACT-F VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

HÀ THỊ HUYỀN¹, NGÔ MINH ĐẠT¹, NGUYỄN HOÀNG LONG²

¹ Khoa Khoa học sức khỏe, Đại học Thăng Long

² Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 151 bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên và Bệnh viện Ung bướu Nghệ An nhằm khảo sát tình trạng mệt mỏi trên bệnh nhân ung thư bằng bộ công cụ FACT-F. Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng bệnh nhân có mức độ mệt mỏi vừa và nhẹ là tương đương nhau (42,4%); 14,6% bệnh nhân có mệt mỏi ở mức độ nặng và có mối liên quan

Chịu trách nhiệm: Ngô Minh Đạt

Email: minhdatdhtl@gmail.com

Ngày nhận: 06/6/2017

Ngày phản biện: 23/6/2017

Ngày duyệt bài: 04/7/2017

Ngày xuất bản: 20/7/2017