

SỞ Y TẾ HÀ GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN MÈO VẠC



BÁO CÁO
KẾT QUẢ ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC
CẤP CƠ SỞ
ĐỀ TÀI

**KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ
ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI PHÒNG
KHÁM MÃN TÍNH BỆNH VIỆN ĐA KHOA MÈO VẠC**

Chủ đề tài : BSCKI Tạ Văn Khánh
Thành viên: BS Dương Mạnh Quân
Người hướng dẫn: BSCKII Tạ Tiến Mạnh

Mèo Vạc, 2021

Lời cảm ơn

Với sự kính trọng và lòng biết ơn sâu sắc, Tôi xin bày tỏ lời cảm ơn chân thành tới Ban giám đốc, khoa khám bệnh, Khoa xét nghiệm và các khoa phòng của Bệnh viện đa khoa Mèo Vạc đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi hoàn thành đề tài.

Tôi vô cùng cảm ơn bạn bè, đồng nghiệp đã động viên và tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình nghiên cứu cũng như trong cuộc sống.

Xin trân trọng cảm ơn !

Chủ đề tài

Tạ Văn Khánh

MỤC LỤC

MỤC LỤC.....	
DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT.....	
DANH MỤC CÁC BẢNG.....	
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Dịch tể bệnh tăng huyết áp.....	3
1.2. Định nghĩa và phân loại tăng huyết áp.....	4
1.3. Các yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp.....	6
1.4. Biến chứng của tăng huyết áp.....	11
1.5. Điều trị tăng huyết áp.....	13
1.6. Một số nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam về tăng huyết áp.....	17
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	19
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	19
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	19
2.3. Các tiêu chuẩn chẩn đoán.....	22
2.4. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân và quản lý theo dõi.....	23
2.5. Các thuốc sử dụng.....	25
2.6. Xử lý số liệu.....	25
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	26
3.1.Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu.....	26
3.2. Kết quả kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân nghiên cứu.....	33
3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả kiểm soát huyết áp.....	35
Chương 4: BÀN LUẬN.....	40

4.1.Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.....	40
4.2. Kết quả kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân nghiên cứu	44
4.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả kiểm soát huyết áp	45
KẾT LUẬN	50
KHUYẾN NGHỊ	51
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	52
DANH SÁCH BỆNH NHÂN.....	59
MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU.....	65
MỘT SỐ HÌNH ẢNH BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ.....	69

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

WHO	:	World Health Organization(Tổ chức y tế thế giới)
HA	:	Huyết áp
THA	:	Tăng huyết áp
VXĐM	:	Vữa xơ động mạch
TBMMN	:	Tai biến mạch máu não
ÚCMC	:	Ức chế men chuyển
BMI	:	Body Mass Index (Chỉ số khối cơ thể)
HDL-C	:	High Density Lipoprotein – Cholesterol (Cholesterol của lipoprotein có tỷ trọng cao)
LDL-C	:	Low Density Lipoprotein – Cholesterol (Cholesterol của lipoprotein có tỷ trọng thấp)
BN	:	Bệnh nhân
ĐTĐ	:	Đái tháo đường
HCCH	:	Hội chứng chuyển hoá
CT	:	Cholesterol
TG	:	Triglycerid
BVĐK	:	Bệnh viện đa khoa
RL	:	Rối loạn

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1 Phân loại THA theo JNC – VII (2003).....	4
Bảng 2.1 Chỉ số nhân trắc theo tiêu chuẩn áp dụng cho người châu Á Thái bình dương.....	20
Bảng 2.2 Phân loại tăng huyết áp tại Việt Nam hiện nay	21
Bảng 2.3 Giá trị bình thường của một số chỉ số hoá sinh máu.....	21
Bảng 3.1 Phân bố nhóm tuổi ở đối tượng nghiên cứu.....	26
Bảng 3.2 Phân bố giới ở nhóm nghiên cứu	27
Bảng 3.3 Phân bố nghề nghiệp ở nhóm nghiên cứu.....	27
Bảng 3.4 Phân bố theo yếu tố nguy cơ ở nhóm nghiên cứu.....	28
Bảng 3.5 Phân bố thời gian phát hiện bệnh của nhóm nghiên cứu.....	28
Bảng 3.6 Tỷ lệ mắc các bệnh phối hợp.....	29
Bảng 3.7 Tỷ lệ chấp hành điều trị theo giới	30
Bảng 3.8 Phân bố số lượng nhóm thuốc sử dụng	31
Bảng 3.9 Phân loại giai đoạn THA	31
Bảng 3.10 Đặc điểm triệu chứng lâm sàng ở nhóm nghiên cứu	32
Bảng 3.11 Một số đặc điểm cận lâm sàng chính	32
Bảng 3.12 Kết quả kiểm soát HA ở nhóm nghiên cứu	33
Bảng 3.13 So sánh giá trị HA trung bình trước và sau điều trị.....	33
Bảng 3.14 Kết quả kiểm soát HA theo giới	34
Bảng 3.15 Kiểm soát HA theo nhóm tuổi	34
Bảng 3.16 Kết quả kiểm soát HA theo thời gian phát hiện bệnh	35
Bảng 3.17 Kết quả kiểm soát HA với nghề nghiệp	36

Bảng 3.18 Kết quả kiểm soát HA ở bệnh nhân ĐTĐ.....	37
Bảng 3.19. Kết quả kiểm soát HA bệnh nhân có RLCK lipid.....	37
Bảng 3.20. Kết quả kiểm soát HA ở bệnh nhân hút thuốc lá.....	38
Bảng 3.21. Kết kiểm soát HA ở bệnh nhân có uống rượu bia.....	39
Bảng 3.22. Kết quả kiểm soát HA ở các nhóm sử dụng thuốc HA...	39

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một bệnh thường gặp ở nhiều nước trên thế giới. Tỷ lệ tăng huyết áp ở Châu Âu và Bắc Mỹ đều khá cao chiếm từ 15% - 20% [1]. Theo số liệu thống kê của tổ chức Y tế thế giới (WHO) tăng huyết áp chiếm khoảng 20% dân số ở các nước phát triển cũng như các nước đang phát triển [52].

Ở nước ta, theo sự phát triển của nền kinh tế, mức sống của nhân dân được nâng cao, bệnh lý tim mạch nói chung cũng như tăng huyết áp nói riêng ngày một tăng. Theo điều tra Đặng Văn Chung năm 1960, tỷ lệ tăng huyết áp Việt Nam là 2 – 3%, nhưng đến năm 1992 tỷ lệ tăng huyết áp đã tăng lên đến 11,7% [2], cho đến năm 1999 theo điều tra của Viện Tim Mạch (Việt Nam) thì tỷ lệ tăng huyết áp đã là 16,05% [3].

Tăng huyết áp là yếu tố hàng đầu gây tai biến và tử vong về tim mạch. Theo thống kê về nguyên nhân tử vong do bệnh lý tim mạch ở nước ta năm 1994 thì nguyên nhân tăng huyết áp chiếm vị trí hàng đầu trong các bệnh viện [4].

Tăng huyết áp thường dẫn đến những biến chứng nặng nề gây tàn phế thậm chí có thể gây tử vong: tai biến mạch máu não, bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim, suy tim, suy thận... kiểm soát tốt huyết áp cho phép làm giảm tỷ lệ đột quỵ 35 – 40%, nhồi máu cơ tim 20 – 25%, suy tim > 50%... Vì vậy, điều trị tăng huyết áp là một yêu cầu cấp thiết để hạn chế và ngăn ngừa các biến chứng trên.

Điều trị tăng huyết áp đã có nhiều tiến bộ do hiểu biết nhiều hơn về bệnh sinh, phát hiện nhiều thuốc mới, tăng huyết áp là một bệnh phổ biến, dễ chẩn đoán nhưng đáng tiếc là tỷ lệ điều trị đạt HA mục tiêu còn thấp. Ngay cả ở Hoa Kỳ theo thống kê cho thấy khả năng nhận biết có điều trị và điều trị không kiểm soát không được cải thiện trong nhiều thập kỷ, thậm chí giai đoạn 1991 – 1994 còn thấp hơn giai đoạn 1988 – 1991 [53,54,55,56]. Ở Việt Nam theo tác giả

Trần Đỗ Trinh và Phạm Gia Khải, tỷ lệ điều trị đúng cách chỉ có 4% (1991) và 19,1% (1999) [5][6].

Hiện nay các phương thức điều trị bệnh tăng huyết áp đa dạng như từ Y tế cơ sở, phòng khám tư nhân, đơn thuốc truyền tay và các dược sĩ, bệnh nhân tự điều trị. Mặt khác, sự hiểu biết của người bệnh tăng huyết áp còn chưa cao trong khi đó bệnh tăng huyết áp hầu hết không có triệu chứng cơ năng, số người biết mình bị tăng huyết áp cũng quá thấp và đa số chưa có hiểu biết nhiều về bệnh nên dẫn tới việc không điều trị hoặc điều trị không đầy đủ [7][8][9]. Do đó tỷ lệ biến chứng của bệnh, tỷ lệ tái nhập viện ngày càng gia tăng, dẫn đến chi phí tốn kém cho gia đình và xã hội.

Chúng ta cũng biết chi phí rất cao khi điều trị các biến chứng của tăng huyết áp mà hiệu quả lại không được như mong muốn.

Làm thế nào để quản lý và điều trị cho bệnh nhân tăng huyết áp có hiệu quả và ít biến chứng, việc điều trị dù là nội trú hay ngoại trú đều phải có được một sự theo dõi, hướng dẫn và kiểm soát chặt chẽ thì mới thu được kết quả cụ thể.

Tại phòng khám quản lý bệnh mãn tính bệnh viện đa khoa Mèo Vạc số lượng bệnh nhân THA ngày càng tăng nhưng chưa có nghiên cứu cụ thể nào về tình hình cũng như kết quả điều trị THA. Trước thực trạng trên chúng tôi tiến hành đề tài: “ **Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ngoại trú bệnh nhân Tăng huyết áp tại phòng khám mãn tính bệnh viện đa khoa Mèo Vạc** ”, Với mục tiêu sau:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại phòng khám mãn tính bệnh viện đa khoa Mèo Vạc.

2. Nhận xét kết quả, theo dõi và điều trị bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại phòng khám mãn tính bệnh viện đa khoa Mèo Vạc.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1.DỊCH TỄ BỆNH THA

1.1.1.Về tỷ lệ THA

1.1.1.1.Trên thế giới

Tăng huyết áp là một bệnh rất thường gặp ở nhiều nước trên thế giới. Ở châu Âu và Bắc Mỹ, tỷ lệ THA đều khá cao, chiếm từ 15 – 20%[1]. Tại Mỹ (2002) có 28,6% người trưởng thành bị bệnh; Canada (1995) 22%; Tây Ban Nha (1996) là 30%; tại Pháp tỷ lệ THA lên tới 41% (1994); Trung Quốc (2002) là 27%; Mexico (1998) là 19,4%; Venezuela (1997) là 36,9%; Cu Ba (1998) là 44%, Hungaria (1996) là 26,2%, Albania (2003) 31,9%, Philippines (2000) 23%, Malaysia (2004) 32,9% [20] [11] [57] [58] [59] [60] [51].

Các nghiên cứu từ trước đến nay cũng đã làm sáng tỏ sự nguy hiểm của THA đối với hệ thống tim mạch. THA là yếu tố độc lập của nguy cơ tim mạch, 30% bệnh nhân THA sẽ bị ít nhất một biến chứng VXĐM, nguy cơ bệnh mạch vành tăng gấp 3 lần ở bệnh nhân THA, nguy cơ TBMMN tăng gấp 7 lần, nguy cơ bệnh động mạch chi dưới tăng gấp 2,5 lần[38]. Và khi huyết áp tâm thu giảm 5 mmHg, tỷ lệ tử vong do TBMMN giảm 14%, do bệnh mạch vành giảm 9% [37].

1.1.1.2. Ở Việt Nam

Năm 1960, theo điều tra của Đặng Văn Chung, tỷ lệ THA tại Việt Nam là 2-3%. Năm 1975, theo điều tra của Bộ Y tế, tỷ lệ THA là 2,4%. Năm 1980, nghiên cứu của Phạm Khuê và cộng sự cho biết tỷ lệ THA ở người trên 60 tuổi là 9,2% [1]. Năm 1984, theo điều tra của Viện Tim Mạch Bệnh Viện Bạch Mai, tỷ lệ THA là 4,5% [10]. Năm 1992, theo điều tra của Trần Đỗ Trinh và cộng sự, tỷ lệ THA tại Việt Nam là 11,7% [2]. Năm 1999, theo điều tra của Phạm Gia Khải và cộng sự, tỷ lệ THA chiếm 16,1%; độ tuổi càng cao, tỷ lệ THA càng

tăng, đặc biệt từ lứa tuổi 55 trở lên đối với nam và 65 tuổi trở lên đối với nữ, có khoảng một nửa số người cao tuổi bị THA[20]. Năm 2002, theo điều tra của Phạm Thị Kim Lan, tỷ lệ THA ở người > 25 tuổi tại nội thành Hà Nội là 23,2% [11].

1.2. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI THA

1.2.1. Định nghĩa THA

Theo định nghĩa của tổ chức y tế thế giới và hội THA quốc tế năm 1999, gọi là tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

1.2.2. Phân loại tăng huyết áp

❖ Theo tiêu chuẩn chẩn đoán THA theo JNC – VII (2003)

Bảng 1.1. Phân loại THA theo JNC – VII (2003)

Phân loại	HATT(mmHg)		HATTr (mmHg)
Bình thường	< 120	và	< 80
Tiền THA	120 - 139	Và/ hoặc	80 - 89
THA độ 1	140 - 159	Và/ hoặc	90 - 99
THA độ 2	≥ 160	Và/ hoặc	≥ 100

❖ Trong phân loại THA theo mức độ, việc đánh giá độ nặng của THA không phải chỉ nhìn vào các con số huyết áp, người ta còn xem xét các biến chứng tổn thương cơ quan đích để chia các giai đoạn. Theo WHO 1999, THA được chia các giai đoạn sau:

Giai đoạn I: Có THA nhưng không có dấu hiệu khách quan về tổn thương thực thể (tim, mắt bình thường).

Giai đoạn II: Có ít nhất một biến chứng trong số:

+ Phì đại thất trái phát hiện bằng lâm sàng, trên điện tim, X quang, siêu âm tim.

+ Co thất, hẹp toàn thể hay khu trú động mạch võng mạc, dấu hiệu Gunn(+).

+ Protein niệu và/hoặc creatinin máu tăng nhẹ 1 – 2 mg/dl (hay 106-170 mmol/l).

+ Có dấu hiệu mảng xơ vữa được chẩn đoán bằng siêu âm, X quang (ở động mạch chủ, động mạch cảnh, động mạch chậu hoặc động mạch đùi).

Giai đoạn III: Triệu chứng cơ năng và thực thể sau các tổn thương trên do bệnh THA.

+ Tim: Suy tim trái, đau thất ngực, nhồi máu cơ tim.

+ Não: Chảy máu não, tiểu não, thân não, bệnh não do THA.

+ Đáy mắt: Chảy máu võng mạc, xuất huyết, có thể phù gai thị.

Một số biểu hiện thường thấy ở giai đoạn III nhưng không đặc hiệu do bệnh THA:

+ Tim: Con đau thất ngực, nhồi máu cơ tim.

+ Não: Nhồi máu não

+ Mạch máu: Phồng tách động mạch, tắc mạch.

+ Thận: Suy thận, creatinin máu tăng cao > 2mg/dl (hay > 180 mmol/l)

❖ Phân loại theo nguyên nhân THA:

+ THA thứ phát còn gọi là THA triệu chứng nếu tìm thấy nguyên nhân.

+ THA nguyên phát còn gọi là THA bệnh nếu không tìm thấy nguyên nhân.

1.3. CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH THA

1.3.1. Tuổi

Tăng huyết áp là một vấn đề sức khỏe cộng đồng và y tế quan trọng đang ngày tăng lên. Tỷ lệ tăng huyết áp tăng lên cùng với tuổi. Có đến hơn một nửa số người ở độ tuổi 60 - 69 và ba phần tư số người 70 tuổi trở lên bị tăng huyết áp [41]. Tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp tăng lên ban đầu là do huyết áp tâm thu tăng[42]. Nhưng ngược lại nguy cơ tuyệt đối ngắn hạn của tăng huyết áp lại do tỷ lệ mới mắc, nguy cơ dài hạn được tổng hợp tốt nhất bằng tham số nguy cơ trong toàn bộ cuộc đời (lifetime risk), là khả năng phát triển tăng huyết áp trong những năm sống còn lại (có thể là được hiệu chỉnh hoặc không được hiệu chỉnh theo các nguyên nhân chết). Các nhà nghiên cứu của “Công Trình Nghiên cứu tim Framingham” gần đây đã đưa ra nguy cơ trong toàn bộ cuộc đời tăng huyết áp là gần 90% cho nam và nữ, những người chưa bị tăng huyết áp ở tuổi 55 hoặc 65 và sống tới 80 - 85. Kể cả sau khi đã hiệu chỉnh cho các nguyên nhân tử vong, nguy cơ tăng huyết áp trong toàn bộ cuộc đời còn lại vẫn là 86 – 90% với nữ và 81 – 83% với nam. Huyết áp tăng đáng kể tới mức cao theo tuổi cũng đã được chứng minh theo số liệu cho thấy tỷ lệ tiến triển thành tăng huyết áp trong 4 năm là 50% cho nhóm người ở tuổi 65 trở lên và có huyết áp ở mức 130 – 139/89mmHg và là 26% ở những người có huyết áp trong khoảng 120-129/80-84 mmHg[41].

1.3.2. Giới

Chỉ có một số ít nghiên cứu tìm thấy sự khác biệt về tỷ lệ tăng huyết áp theo giới. Theo nghiên cứu này, trong nhóm người trưởng thành, nam bị tăng huyết áp hơn nữ [12]. Nhưng nhóm trẻ (tuổi từ 18-59) dường như nhận thức tốt hơn và được điều trị tăng huyết áp nhiều hơn.

Phụ nữ ở tuổi 60 trở lên có mức độ nhận thức và được điều trị tăng huyết áp giống như nhóm nam. Tuy nhiên, trong các phụ nữ được điều trị ở độ tuổi 60 trở lên, việc kiểm soát huyết áp ít hơn nam ở cùng độ tuổi.

1.3.3. Cân nặng

Những người có cân nặng quá cân hoặc bị béo phì sẽ có nhiều khả năng bị tiền tăng huyết áp hoặc tăng huyết áp. Quá cân tức là cơ thể bị nặng thêm do cơ, xương, mỡ và nước. Còn béo phì là cơ thể có nhiều mỡ.

Nhiều tài liệu đã công bố về mối liên quan chặt chẽ giữa huyết áp động mạch và cân nặng cơ thể. Với người cân nặng cao, nếu giảm bớt cân nặng, huyết áp động mạch cũng giảm bớt [43,13].

Nghiên cứu của Rose [44] cho thấy béo phì và hàm lượng cholesterol cao đều có mối liên quan thuận với tăng huyết áp ($p < 0,05$). Những người có BMI trên 30 có nguy cơ bị tăng huyết áp cao gấp 4 lần so với người có BMI < 25 , còn người có BMI từ 25 đến dưới 30 có nguy cơ tăng huyết áp cao gấp 2 lần. Điều trị các ca tăng huyết áp ở người béo phì cho thấy tỷ lệ kiểm soát được huyết áp khó hơn những người có cân nặng bình thường.

Stamler (1978), Dyer và Elliot (1989) chứng minh có mối quan chặt chẽ giữa béo phì và THA, giảm cân sẽ giảm huyết áp. Các nghiên cứu cho thấy THA có tỷ lệ cao ở nhóm người có chỉ số BMI (Body Mass Index) $> 25 \text{ kg/m}^2$ ở Châu Âu, $> 23 \text{ kg/m}^2$ ở Hồng Kông và $> 22,6 \text{ kg/m}^2$ ở người Việt Nam [45,46,14].

Kết quả nghiên cứu của Đào Thu Giang cho thấy BMI và béo bụng có liên quan thuận khá chặt chẽ với THA nguyên phát. Yếu tố nguy cơ THA nguyên phát ở những bệnh nhân thừa cân và béo phì cao hơn rõ rệt so với những người thừa cân [14]. Nghiên cứu của Trần Đình Toàn (1999) [15] cũng công bố về các chỉ tiêu về cân nặng và BMI của nhóm người tăng huyết áp cao hơn nhóm người bình thường có ý nghĩa thống kê.

1.3.4. Ăn nhiều muối (ăn mặn)

Người ta đo tính nhu cầu muối ăn của cơ thể hàng ngày vào khoảng 4g NaCl tương đương với 1,6g natri. Nhưng nhiều người có thói quen dùng nhiều muối có khi tới 10g muối/ngày hoặc hơn [16]. Tại Mỹ, lượng natri ăn vào trung

bình của người dân là khoảng 4100 mg/ngày (nam) và 2750mg/ngày (nữ), 75% trong đó có nguồn gốc từ thực phẩm chế biến sẵn, có ít hơn 25% người dân Mỹ tiêu thụ ≥ 5 suất ăn hoa quả và rau/ngày. [49].

Những người dùng ít muối ($< 3\text{g NaCl/ngày}$) thường có trị số huyết áp trung bình thấp và ít có xu hướng tăng theo tuổi, khi người đó đi đến những vùng ăn muối nhiều (có thể $7 - 8 \text{ NaCl/ngày}$) thì huyết áp động mạch cũng tăng dần song song (tuy nhiên còn nhiều yếu tố khác như thay đổi lối sống, thay đổi chế độ ăn uống...tốc độ đồng thời) [13].

Có rất nhiều bằng chứng dịch tễ và thực nghiệm cho thấy hấp thu muối quá mức gây THA, đồng thời nhiều bằng chứng lâm sàng cho thấy hạn chế muối ăn tối đa sẽ ngăn ngừa THA. Mức ăn kiêng được khuyến cáo chung là $\leq 2,4 \text{ g natri}$ (hay 6g muối ăn natri)/ngày. Thử nghiệm TONE (The Trial of Nonpharmacologic Intervention in the Elderly) đã khẳng định nếu giảm bớt muối ăn khoảng 40 mg/ngày , ít hơn ăn mức ăn bước đầu thì giảm một nửa nguy cơ THA. [47,16].

Nhiều công trình nghiên cứu gần đây cũng đã có xu hướng cho rằng, huyết áp động mạch không phải chỉ được quyết định bởi lượng natri mà còn bởi tỷ lệ natri và kali hoặc natri và canxi, natri và magne (Meneely, Prior). Do đó, Hiệp hội chống THA Mỹ khuyến cáo không nên ăn vượt quá 6 g muối/ngày và điều nay có thể thực hiện nếu muối được giảm trong thức ăn được chuẩn bị theo cách công nghiệp thực phẩm, nhờ vào việc sử dụng muối kali, magne và lysine[13,17].

1.3.5. Uống nhiều rượu

Nghiện rượu ảnh hưởng xấu đến chức năng hoạt động thần kinh cao cấp, gây tăng huyết áp tâm thu và tâm trương đặc biệt ở người già, với tỷ lệ THA ở người nghiện rượu gấp $3 - 4$ lần người bình thường [16,18]. Ngoài ra, uống rượu còn làm tim đập nhanh, mạnh dẫn đến THA. Theo Nguyễn Thị Kim, uống nhiều rượu có nguy cơ THA gấp $2 - 3$ lần bình thường. Gọi là uống quá nhiều

rượu khi uống > 3 xuất/ngày, mỗi xuất bằng khoảng 5 ounce rượu vang (1 ounce = 29,6 ml), hay một lon bia, những người nhạy cảm thì uống một ít đã THA. Như vậy rượu là một trong những yếu tố nguy cơ THA. [16].

Các thực nghiệm cho thấy với khối lượng lớn, ethanol có tác dụng co mạch trực tiếp rõ rệt. Giảm tiêu thụ rượu tới dưới 3 lần uống/ngày (30ml rượu cất) làm giảm huyết áp ở bệnh nhân có điều trị. Còn nếu giảm uống rượu từ 450 ml còn 60/tuần dẫn đến làm giảm huyết áp từ 5 – 3 mmHg với huyết áp tâm thu và tâm trương và có hiệu quả cao hơn so với chế độ ăn kiêng muối [17,19].

Điều tra dịch tễ học bệnh nhân THA ở Việt Nam trong 4 năm (1989 - 1992), Trần Đỗ Trinh thấy ở người THA, tỷ lệ uống rượu cao hơn những người bình thường ($p < 0,01$) [2]. Nghiên cứu của Phạm Gia Khải về dịch tễ học THA tại Hà Nội năm 1999 cũng cho thấy uống rượu có mối liên quan chặt chẽ với THA ở cả 2 giới (RR 1,9 ; 95%CI 1,66 – 2,17) [20].

1.3.6. Ít hoạt động thể lực

Nghiên cứu thử nghiệm trong các bệnh nhân tăng huyết áp cao tuổi bằng bài thể dục aerobic mức nhẹ trong 9 tháng [48]. Huyết áp khi nghỉ ngơi, huyết áp trung bình và huyết áp tâm trương giảm có ý nghĩa sau ba tháng luyện tập. Khi kết thúc can thiệp, huyết áp của họ tiếp tục ổn định ở mức thấp hơn đáng kể so với thời điểm trước can thiệp, trong khi đó ở nhóm chứng, huyết áp không hề thay đổi.

Hiện nay ở nhiều nước trên thế giới, đời sống kinh tế cao, điều kiện vật chất đầy đủ làm cho con người dễ sa vào lối sống ít vận động thể lực. Thêm vào đó, một chế độ ăn uống không hợp lý (quá nhiều calo, nhiều mỡ động vật, nhiều chất ngọt ...), nhiều tác nhân tâm thần bất lợi, nhất là lối sống luôn luôn xáo động, căng thẳng ở các thành phố cũng đã phối hợp tạo nên những điều kiện cho bệnh tim mạch phát triển, trong đó THA chiếm một tỷ lệ không nhỏ. Theo tính toán của hội tim Michigan, nếu ở người luyện tập tốt, mức độ nguy hại là 1 thì ở người không luyện tập, mức độ nguy hại là 8 [13,43]. Nhiều nghiên cứu còn cho

thấy, tăng hoạt động thể lực có thể dẫn đến giảm huyết áp từ 6 - 7 mmHg đối với huyết áp tâm trương [17].

1.3.7. Hút thuốc

Thuốc lá là một trong những yếu tố có thể tác động xấu đến nội mạc gây ra những rối loạn chức năng nội mạc và ảnh hưởng không tốt đến chức năng điều hòa vận mạch cũng như một số chức năng khác của nội mạc mạch máu làm tăng khả năng bị THA [16]. Hút thuốc lá mặc dù không phải là một nguyên nhân THA nhưng là một yếu tố đe dọa quan trọng của bệnh, nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở người THA có hút thuốc lá cao hơn 50 - 60% so với những người THA không hút thuốc lá [21,22,23].

Nicotin trong thuốc lá có tác dụng chủ yếu làm co mạch ngoại biên, làm tăng nồng độ serotonin, catecholamine ở não và tuyến thượng thận, các chất này huy động acid béo trong các dự trữ mỡ và làm tăng cholesterol. Hút thuốc lá làm nhịp tim nhanh, huyết áp tăng lên, lưu lượng tim và công của tim cũng tăng lên, động mạch bị co lại. Thực nghiệm của Maslova (1958) trên súc vật thấy nicotin trong thuốc lá gây THA [24]. Trên công nhân viên nhà máy thuốc lá, nơi chịu đựng bụi và khói thuốc lá nhiều thấy tỷ lệ bệnh THA cao hơn rõ rệt. và nhiều tác giả đều cho là ở người đã THA thì hút thuốc lá chỉ có hại, con số huyết áp tăng lên rõ rệt [24]. Nghiên cứu của Trần Đỗ Trinh về dịch tễ học bệnh THA ở Việt Nam (1989 - 1992) cho thấy ở nhóm người có THA, tỷ lệ hút nhiều (> 8 điếu/ngày) cao hơn ở những người bình thường ($p < 0,05$)[2].

Các thống kê dịch tễ học còn cho thấy ở nam giới hút một bao thuốc/ngày thì tỷ lệ tử vong tăng 70% và nguy cơ bị bệnh động mạch vành tăng gấp 3 - 5 lần so với những người không hút. Nghiên cứu khác cũng cho thấy những yếu tố nguy cơ bệnh xơ vữa động mạch (tăng cholesterol, giảm dung nạp glucose hoặc hút thuốc lá) làm tăng đáng kể tỷ lệ tử vong ở người THA bất kể giới hay tuổi nào[16].

1.3.8. Các yếu tố nguy cơ khác

Tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp cũng là một yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp. Những người có bố mẹ hoặc anh, chị em bị tăng huyết áp thì có nhiều khả năng mắc tình trạng này hơn những người khác[12,21].

Bị căng thẳng trong một thời gian dài cũng có thể làm cho chúng ta có nguy cơ bị tăng huyết áp [12,22].

Yếu tố tâm lý xã hội cũng đã được bàn cãi nhiều, còn tồn tại nhiều vấn đề phải tiếp tục nghiên cứu. Tâm lý gây ra phản ứng rất nhạy co thắt hoặc giãn rộng các động mạch nhỏ, đặc biệt ở người già do các trung ương thần kinh của phản ứng xúc cảm trùng với trung tâm thần kinh điều chỉnh hoạt động tim và động mạch[18]. Chưa có một chứng minh nào là những cơn THA ngắn do kích thích tâm lý nặng, có thể để lại bệnh THA thường xuyên sau này. Ngược lại, ở một môi trường luôn luôn có những yếu tố bất lợi về tâm lý xã hội kéo dài có thể gây THA thường xuyên. Những công trình nghiên cứu trên các người dân chuyển từ vùng có trình độ văn hóa thấp đến vùng có trình độ văn hóa cao có thể chứng minh cho nhận xét trên [13].

Những người ở trong tình trạng tiền tăng huyết áp, tức là huyết áp ở khoảng 120 – 139/80 – 89 mmHg, cũng có nguy cơ bị tăng huyết áp cao hơn những người không bị tiền tăng huyết áp[49].

1.4. BIẾN CHỨNG CỦA THA

1.4.1. Biến chứng tại động mạch

- Giai đoạn đầu: Chỉ có tăng trương lực đơn thuần, áp lực lòng mạch tăng.
- Giai đoạn sau: Có tổn thương, thể phổ biến là xơ các tiểu động mạch làm hẹp lòng hoặc tắc nghẽn gây tăng thêm sức cản ngoại vi. Ở giai đoạn này, dễ cú thò m cò mắg xơ vữa động mạch lớn và vừa. Sự phối hợp giữa hai bệnh THA và xơ vữa động mạch thúc đẩy sự phát triển của nhau và càng làm nặng thêm tình trạng bệnh.

1.4.2. Biến chứng tại động mạch võng mạc mắt

Khám đáy mắt có thể thấy được tình trạng động mạch. Theo Keith, Wegener và Baker có 4 độ:

- Độ 1: các động mạch hẹp lũng, đông cứng.
- Độ 2: động mạch cứng bất chéo tĩnh mạch, dấu hiệu Gunn (+)
- Độ 3: xuất tiết và chảy máu võng mạc.
- Độ 4: Phù gai thị.

1.4.3. Biến chứng tại tim

THA gây tăng áp lực bên trong thất trái dẫn đến cứng đờ và phì đại cơ tim, làm tăng nhanh tiến triển của xơ vữa động mạch vành. Việc kết hợp tăng yêu cầu và giảm cung cấp oxy cơ tim gây ra thiếu máu cơ tim dẫn đến tỷ lệ cao nhồi máu cơ tim, đột quy, loạn nhịp và suy tim. Những biến chứng tại tim do THA là:

- Mất bình thường chức năng thất trái.
- Phì đại thất trái.
- Bệnh lý mạch vành, nhồi máu cơ tim.
- Suy tim xung huyết của THA.

1.4.4. Biến chứng não

Bao gồm các biểu hiện thiếu máu não thoáng qua (Transient Ischaemic Attacks), bệnh não do THA, đột quy gồm nhồi máu não và xuất huyết não, màng não gây ra tỷ lệ tử vong rất cao và di chứng về sau rất nặng nề. THA không được điều trị có 33% bị đột quy và khoảng 42% bị biến chứng não. Điều trị THA đem lại hiệu quả rõ, giảm tỷ lệ đột quy. Theo Collin giảm huyết áp tâm trương 5 đến 6 mmHg thì tỷ lệ đột quy giảm khoảng 40%.

1.4.5. Biến chứng thận

Các tổn thương ban đầu là những tổn thương chức năng diễn ra trong một thời gian rất dài, hồi phục được nếu được điều trị, chỉ đến giai đoạn quá phát triển của xơ, bệnh mới xuất hiện các tổn thương thực thể của các mạch thận (Nephro – angiosclerose) và xơ teo dần hai thận.

Trong bệnh THA, cung lượng thận giảm nhưng độ lọc cầu thận vẫn giữ được làm cho phân số lọc tăng, cơ chế bù trừ này giúp cho thận giữ được chức năng nhưng về lâu dài lại hình thành các tổn thương từng đoạn của cầu thận. Trên lâm sàng, trong một thời gian dài, bệnh nhân không thấy có triệu chứng về thận hoặc chỉ có những triệu chứng kín đáo cho đến khi có những tổn thương thực thể, suy thận mới xuất hiện nhưng cũng không có dấu hiệu rầm rộ và thường kéo dài.

1.5. ĐIỀU TRỊ BỆNH THA

Nguyên tắc điều trị:

- Thay đổi lối sống.
- Loại trừ yếu tố nguy cơ (yếu tố có thể thay đổi được)
- Dùng thuốc đơn độc hoặc kết hợp thuốc.

1.5.1. Phương pháp điều chỉnh lối sống: (Theo JNC VII – 2003)

Điều chỉnh lối sống có thể dự phòng THA và hạ HA có hiệu quả, đồng thời giảm được các yếu tố nguy cơ tim mạch khác với tổn kém tối thiểu và nguy cơ ít nhất. Sau điều chỉnh lối sống mà không hạ được HA đầy đủ thì cũng giúp cho giảm số lần, liều dùng của thuốc chống THA cần thiết cho bệnh nhân. Gần 80% tỷ lệ THA ở nước công nghiệp chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố này. Điều trị bằng thuốc đơn thuần mà không quan tâm đến thay đổi lối sống chỉ làm giảm được 13 – 24% nguy cơ tử vong do tim mạch [62,61,63].

- **Bỏ thuốc lá để giảm nguy cơ tim mạch.**

Hút thuốc là yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch và không nên sử dụng thuốc lá dưới bất kỳ hình thức nào. HA gia tăng đáng kể theo từng liều thuốc. Người hút thuốc sẽ không được bảo vệ đầy đủ khỏi nguy cơ tim mạch dù dùng thuốc THA. Lợi ích cho tim mạch có thể đạt được ngay trong năm đầu tiên ngưng thuốc lá. Người hút thuốc lá cần được nhắc nhở nhiều lần và dứt khoát về việc ngừng hút thuốc. Lượng ít nicotine trong chế phẩm chống nghiện thuốc lá sẽ không kém THA, do đó chế phẩm này có thể sử dụng với những lời khuyên thích hợp. Cần có những hoạt động thể lực để tránh hoặc giảm tối đa việc lên cân sau khi ngừng hút thuốc.

- Giảm cân
- Hạn chế rượu
- Tăng cường hoạt động thể lực
- Hạn chế ăn muối: Giảm hoặc ngừng thói quen ăn mặn
- Cung cấp đủ lượng potassium ăn vào.
- Cung cấp đủ lượng canxi ăn vào.
- Lượng magnesium ăn vào.
- Những yếu tố ăn kiêng khác.

Kiêng mỡ: Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ độc lập chính của bệnh động mạch vành. Do đó, chế độ ăn kiêng mỡ và nếu cần điều trị bằng thuốc giảm lipid máu giữ vai trò quan trọng ở bệnh nhân THA.

Cà phê: Có thể làm THA cấp tính, khả năng dung nạp đối với cà phê nhanh và không có liên quan trực tiếp giữa cà phê và THA đã được chứng minh hầu hết trong các điều tra dịch tễ.

Những các yếu tố khác: Mặc dù nghiên cứu dịch tễ gần đây cho thấy tương quan nghịch giữa chế độ ăn đạm và HA nhưng chưa có chứng minh nào chắc chắn. Hơn nữa những thử nghiệm có kiểm soát về tỷ lệ khác nhau của carbohydrate, tôi hoặc hành trong chế độ ăn không có hiệu quả chắc chắn trên HA.

1.5.2. Phương pháp điều trị THA bằng thuốc

- Sau khi điều chỉnh lối sống không kết quả cần cân nhắc trước khi điều trị bằng thuốc: Mức độ THA, có hay không có tổn thương cơ quan đích, có hay không có biểu hiện lâm sàng bệnh tim và những yếu tố liên quan khác [61;38;37;39;63;40].

- Các loại thuốc điều trị THA:

+ Thuốc lợi tiểu:

Thuốc lợi tiểu là thuốc đầu tiên được lựa chọn cho điều trị HA vì làm giảm bệnh suất và tử suất. Nên phối hợp liều nhỏ lợi tiểu với các thuốc hạ HA khác (Kaplan NM, Gifford RW 1996, Matersson BJ, Reda DJ, Preston RA và cs, 1995). Một số thuốc lợi tiểu mới như Mefruside, Piretanide, Xipamide đang được nghiên cứu vì khả năng thải trừ kali ít (Fillastre và cs. 1996).

Thuốc lợi tiểu có các dạng: Thuốc lợi tiểu nhóm thiazide/tương tự thiazide, thuốc lợi tiểu giữ kali, thuốc lợi tiểu quai.

+ Thuốc chặn β :

Chẹn giao cảm β thường được chọn là thuốc thứ hai sau lợi tiểu trong điều trị THA, thuốc còn có tác dụng với thiếu máu cục bộ cơ tim, chống loạn nhịp tim và giảm đột tử sau NMCT (Wilkstrand & cs.1992, Messerli & cs 1997). Nghiên cứu của các tác giả Anh quốc mới đây (ASCOT) không xem chặn β là thuốc được chọn lựa đầu tiên nhưng các nghiên cứu khác vẫn tiếp tục duy trì việc sử dụng chặn β , trừ những hoạt tính giao cảm nội tại mạnh, đều làm giảm cung lượng tim bằng cách giảm co bóp và giảm nhịp tim. Giống như thuốc lợi tiểu, ban đầu thuốc chặn β gây đáp ứng huyết động học ngược lại làm hoạt hóa phản xạ co mạch nên HA chậm hạ. Tác dụng lâu dài lên HA sẽ có sau vài ngày nhờ hồi phục được kháng lực ngoại vi trở lại như trước khi dùng thuốc. Tác dụng ức chế sự phóng thích một phần renin cũng góp phần giảm HA.

+ Thuốc chẹn kênh canxi: Là nhóm thuốc thường dùng trong đau thắt ngực và THA. Nhóm dihydropyridine tác dụng chẹn chọn lọc hơn trên kênh canxi L ở cơ trơn máu, do đó gây giãn mạch làm giảm sức cản mạch máu và HA. Nhóm non-dihydropyridine (diltiazem và verapamil) với liều điều trị sẽ chẹn kênh canxi ở tế bào cơ tim, do vậy làm cung lượng tim. Verapamil chống loạn nhịp tim thông qua ức chế dẫn truyền nút nhĩ thất.

+ Thuốc ức chế men chuyển (ƯCMC): Cơ chế hoạt động của thuốc là gắn ion kẽm (Zn) của men chuyển vào các gốc ƯCMC. Những thuốc này ức chế men angiotensin-converting không cho angiotensin I chuyển thành angiotensin II, kết quả là angiotensin II giảm, dẫn đến giãn mạch và hạ HA.

+ Thuốc ức chế thụ thể angiotensin: Những thuốc này chẹn thụ thể angiotensin II typ 1 (AT1), dẫn đến giãn mạch và hạ HA. Losartan là thuốc ức chế chọn lọc trên AT1 (thụ thể angiotensin II) được sử dụng rộng rãi tại Mỹ từ 1995. Các thuốc khác trong nhóm này là Valsartan, Irbesartan. Tác dụng hạ HA tương tự thuốc ức chế men chuyển. Tỷ số đạt đỉnh phụ thuộc vào liều lượng thuốc (50-150mg) dao động từ 52% đến 74%.

+ Thuốc chẹn thụ thể α : Thuốc chẹn thụ thể α như prazosin tác dụng ngắn, chẹn hoạt hoá thụ thể giao cảm α -1 ở mạch máu, gây giãn mạch nhưng cũng gây ra hạ HA tư thế nhiều. Những thuốc tác dụng dài hơn như doxazosin và terazosin cũng gây tác dụng phụ này.

+ Các thuốc liệt giao cảm và các thuốc ức chế thần kinh trung ương.

+ Nhóm tác động trên đồng vận giao cảm α trung ương.

+ Ức chế adrenergic ngoại biên.

+ Các thuốc giãn mạch khác.

- Phối hợp thuốc hạ HA:

+ Việc lựa chọn thuốc khi điều trị phối hợp cũng cần được cân nhắc kỹ lưỡng. Thường phối hợp các thuốc khác nhóm với nhau.

+ Theo nhiều nghiên cứu thì lợi tiểu liều thấp phối hợp với tất cả các nhóm thuốc khác đều tăng hiệu quả hạ HA (Frishman & cs 1994, Andren & cs 1983).

+ Phối hợp đối kháng Canxi với thuốc UCMC cũng thường được dùng như Lotrel, Teczem, Tarka... Theo khuyến cáo của JNC VI (1997) liều thấp UCMC và đối kháng và giảm Canxi (trừ nhóm Dihydropyridine) vừa làm hạ HA và giảm protein hiệu quả hơn là dùng đơn độc từng thứ một (Epstein và Bakris 1996), nếu phối hợp UCMC với dihydropyridine có thể làm giảm tác dụng phụ là phù mắt cá chân (Gradman & cs 1997).

+ Tác dụng lợi tiểu cũng được tăng thêm khi dùng Metolazone với một thuốc lợi tiểu quai trong cao HA có suy thận, hoặc ở bệnh thận do tiểu đường việc phối hợp UCMC và đối kháng Canxi có tác dụng tốt hơn dùng đơn trị liệu.

+ Khi phải dùng phối hợp thuốc thứ 3 và thứ 4 cũng phải dựa trên nguyên tắc chọn các thuốc có cơ chế tác động khác nhau.

1.6. MỘT SỐ NGHIÊN CỨU TRÊN THẾ GIỚI VÀ VIỆT NAM VỀ QUẢN LÝ BỆNH THA

1.6.1. Trên thế giới

Nghiên cứu của tác giả Glover MJ so sánh sự khác nhau về chủng tộc liên quan đến kết quả dự phòng, điều trị và quản lý THA tại Mỹ năm 1999 – 2002.

Gu D và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu dự phòng, điều trị và quản lý THA tại Trung quốc năm 2002.

Nghiên cứu của Lim T O, Morad Z, dự phòng, điều trị và quản lý THA trên người trưởng thành tại Malaysia năm 1996.

1.6.2. Tại Việt Nam

Ông Thế Viên 2005, nghiên cứu hiệu quả quản lý và điều ngoại trú bệnh nhân THA tại khoa khám bệnh – Bệnh viện Bạch Mai. Tỷ lệ bệnh nhân được quản lý tốt 80,0%, chưa quản lý tốt 20,0%. Kết quả tuân thủ điều trị của bệnh

nhân THA là 80,0% bệnh nhân tuân thủ điều trị và 20,0% bệnh nhân chưa tuân thủ điều trị. Trong số 80,0% bệnh nhân tuân thủ điều trị thì tỷ lệ HA được kiểm soát là 95,5%, chỉ có 4,5% trường hợp HA vẫn chưa được kiểm soát tốt.

Nhóm tác giả bệnh viện Bạch Mai (2008) nghiên cứu mô hình quản lý theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh nhân THA theo phân tầng nguy cơ tim mạch kết quả đạt được tương đối khả quan. Tỷ lệ bệnh nhân được quản lý 73,7%, chưa quản lý được 26,6%.

Dương Văn Thắm 2011, nghiên cứu các yếu tố nguy cơ của THA và các yếu tố liên quan đến hiệu quả kiểm soát HA. Nhóm được theo dõi quản lý tại bệnh viện. Tỷ lệ kiểm soát HA tốt là 56,3%, Tỷ lệ kiểm soát HA chưa tốt 43,8%. Điều ghi nhận nguy cơ như uống rượu, hút thuốc lá, béo phì, tăng glucose máu, rối loạn lipid máu trên BN THA đều có mức kiểm soát HA kém hơn BN THA không có nguy cơ này.

Nghiên cứu của tác giả Đồng Văn Thành (2010) Nhóm BN được quản lý theo dõi, tỷ lệ kiểm soát HA tốt 81,2%, Tỷ lệ kiểm soát HA chưa tốt 18,8%.

Nghiên cứu của tác giả Viên Văn Đoan năm 2004, Bước đầu nghiên cứu mô hình quản lý, theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh THA. Kết quả tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA là 78,5% bệnh nhân tuân thủ điều trị và 22,5 % bệnh nhân chưa tuân thủ điều trị.

Năm 1999, Trần Đỗ Trinh khảo sát 1716 người bị THA thì 67,5% không biết bệnh, 15% người biết bệnh nhưng không điều trị, 13,5% điều trị nhưng thất thường và không đúng cách, chỉ có 4% điều trị đúng cách.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

❖ **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:**

- Gồm 155 bệnh nhân THA được quản lý và điều trị ngoại trú tại phòng khám mãn tính BVĐK Mèo Vạc.
- Chẩn đoán THA: Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán THA Hội tim mạch Việt Nam.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- THA thứ phát.
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- BN đến khám và làm sổ mãn tính từ tháng 6 năm 2020 (BN đủ thời gian theo dõi và tái khám).

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- **Địa điểm:** Phòng khám mãn tính BVĐK Mèo Vạc.
- **Thời gian:** Từ 01/01/2020 đến 31/12/2020.

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

Dựa theo thông tin trên bệnh án mãn tính năm 2020 để thu thập số liệu theo phiếu điều tra.

❖ **Khám lâm sàng:**

Đo các chỉ số nhân trắc: Bệnh nhân được đo chiều cao, cân nặng.

- Đo chiều cao: Dùng thước đo có gắn với cân kết quả được tính bằng m và sai số không quá 0,5 cm.

- Đo cân nặng: Dùng cân bàn, cân nặng đặt ở vị trí ổn định và bằng phẳng, chỉnh cân về vị trí số 0 trước khi tiến hành cân. Kết quả tính bằng kg và sai số không quá 100g.

Chỉ số khối cơ thể - Body Mass Index (BMI)

BMI được tính theo công thức

BMI=cân nặng(kg)/(chiều cao(m))² Đơn vị tính (kg/m²)

Đánh giá chỉ số khối cơ thể theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới đề nghị cho khu vực châu Á – Thái Bình Dương tháng 2/2002.

Bảng 2.1. Chỉ số nhân trắc theo tiêu chuẩn áp dụng cho người châu Á-Thái bình dương[50].

Thể trạng	BMI (kg/m²)
Thiếu cân	< 18,5
Bình thường	18,5 – 22,9
Thừa cân	≥ 23,0
Có nguy cơ	23,0 – 24,9
Béo phì độ 1	25,0 – 29,9
Béo phì độ 2	≥ 30

Đo HA (mmHg): Dùng Bộ HA tại bệnh viện ĐK Mèo Vạc đo HA theo phương pháp của Korostkof

BN được ngồi nghỉ từ 5 - 15 phút trong phòng thoáng mát, yên tĩnh.

Đo 2 lần cách nhau 5 phút rồi lấy giá trị trung bình.

Tiêu chuẩn chẩn đoán BN THA khi BN có tiền sử THA đã được chẩn đoán và hiện đang điều trị thuốc hạ huyết áp hoặc bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán THA Hội tim mạch Việt Nam: Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/ hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

Bảng 2.2. Phân loại tăng huyết áp tại Việt Nam hiện nay

Phân độ tăng huyết áp	Huyết áp (mmHg)	
	Tâm thu	Tâm trương
HA tối ưu	< 120	< 80
HA bình thường	120 - 129	80 - 84
HA bình thường cao	130 - 139	85 - 89
THA độ 1 (nhẹ)	140 - 159	90 - 99
THA độ 2 (trung bình)	160 - 179	100 - 109
THA độ 3 (nặng)	≥ 18	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	< 90

Nếu HATT và HATTr ở hai phân độ khác nhau tính theo trị số HA lớn hơn.

❖ **Xét nghiệm cận lâm sàng:**

Các XN sinh hoá máu được làm tại khoa xét nghiệm BVĐK Mèo Vạc:

Bảng 2.3. Giá trị bình thường của một số chỉ số hoá sinh máu.

Chỉ số hoá sinh	Đơn vị	Giá trị bình thường
Glucose máu	mmol/l	3,9 – 6,4
Cholesterol	mmol/l	3,9 – 5,2
Triglycerid	mmol/l	0,46 – 1,88
HDL-C	mmol/l	$\geq 0,9$
LDL-C	mmol/l	< 3,4
Ure	mmol/l	2,5 – 7,5
ASAT	U/L-37 C	≤ 37
ALAT	U/L 37 C	≤ 40

+ Điện tâm đồ: Tìm dấu hiệu dày thất trái, thiếu năng vành, nhồi máu cơ tim, loạn nhịp tim.

- Dày thất trái: Các chỉ số Sokolow – Lyon: $RV_5 + SV_2 \geq 35 \text{ mm}$.

Du Shane: Q ở V5 hay V6 sâu hơn 4 mm.

- Thiếu năng vành: ST chênh xuống từ 1 mm đi ngang hoặc đi dốc xuống ở các chuyển đạo ngoại biên và các chuyển đạo trước tim, nhất là ở V5, V6.

- Nhồi máu cơ tim: Có ST vòm Pardee, sóng Q hoại tử, QT dài ra.

- Loạn nhịp tim:

Ngoại tâm thu trên thất: $PP' < PP$, hình dạng $P \neq P'$, $Q'R'S'$ giống QRS, $RR < RR'R < 2RR$.

Ngoại tâm thu thất: $RR' < RR$, $Q'R'S' \neq QRS$ (giãn rộng, trái đậm, có móc), $S'T'$ trái chiều với $Q'R'S'$, $RR'R = 2RR$.

Rung nhĩ: Xuất hiện sóng “f”, nhịp thất không đều, hình thái QRS cái rộng cái hẹp.

2.3. CÁC TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

- Chẩn đoán THA theo khuyến cáo của Hội tim mạch Quốc Gia Việt Nam 2006 – 2010 và WHO – 2003.

- Hình thức và nội dung tư vấn theo hướng dẫn của Hội tim mạch Quốc Gia Việt Nam 2006 – 2010 và WHO - 2003.

- Chẩn đoán bệnh động mạch vành theo hướng dẫn của Hội tim mạch Quốc Gia Việt Nam 2006 – 2010 và WHO – 2003.

- Chẩn đoán đột quỵ não dựa vào lâm sàng và kết quả chụp CT, MRI tuyến trên.

- Chẩn đoán HCCH theo tiêu chuẩn của IDF 2006.

- Chẩn đoán thừa cân, béo phì áp dụng tiêu chuẩn dành cho người châu Á.

- Chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn WHO 1998 và khuyến cáo của Hội tim mạch Quốc Gia Việt Nam 2006 – 2010: Glucose máu đói $> 7 \text{ mmol/l}$ (126mg/dl).

- Chẩn đoán rối loạn lipid máu theo Hội vữa xơ động mạch Châu Âu (ESA) và khuyến cáo của Hội tim mạch Quốc Gia Việt Nam 2006 – 2010: CT > 5 mmol/l và TG > 2,29 mmol/l.

2.4. TIÊU CHUẨN LỰA CHỌN BN VÀ QUẢN LÝ THEO DÕI

2.4.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.

- Bệnh nhân mới được phát hiện tăng huyết áp, tiêu chuẩn chẩn đoán theo hướng Hội tim mạch Việt Nam: Dựa vào trị số trung bình của 2 lần đo chính xác HA tư thế ngồi trong từng lần của 2 lần khám bác sỹ.

+ Tăng huyết áp giai đoạn 1: HA tâm thu 140 – 159 mmHg và hoặc HA tâm trương 90 – 99 mmHg.

+ Tăng huyết áp giai đoạn 2: HA tâm thu 160 – 179 mmHg và hoặc HA tâm trương 100 -109 mmHg.

+ Tăng huyết áp giai đoạn 3: HA tâm thu ≥ 180 mmHg và hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg.

❖ Mục tiêu điều trị:

- Kiểm soát tốt huyết áp và các yếu tố nguy cơ.
- Dự phóng, phát hiện sớm và điều chỉnh các biến chứng.

Mục tiêu cụ thể: Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương được < 140/90 mmHg. Bệnh nhân có bệnh ĐTĐ hoặc bệnh thận kèm theo, mức HA cần đạt là < 130/80 mmHg.

2.4.2. Quản lý theo dõi và điều trị

- Bệnh nhân được phát sỏ mãn tính theo dõi bệnh.
- Hồ sơ bệnh án điều trị ngoại trú: BN được khám và làm bệnh án lưu theo 1 mẫu thống nhất (theo mẫu bệnh viện). Các kết quả xét nghiệm mỗi lần khám được lưu cùng hồ sơ bệnh án.

- Hẹn tái khám: Viết vào sổ mãn tính của bệnh nhân.
- **Nội dung khám và điều trị - xét nghiệm theo dõi định kỳ**
(theo hướng dẫn của JNC VII - 2003)

❖ **Lần khám đầu tiên:**

Khám toàn diện và trao đổi với bệnh nhân về cách thức theo dõi, điều trị bệnh.

Đánh giá bệnh nhân: có 3 mục tiêu

- Đánh giá lối sống và nhận biết các yếu tố nguy cơ tim mạch hoặc các biểu hiện bất thường hiện có có thể ảnh hưởng đến tiên lượng và lựa chọn điều trị.

- Phát hiện các nguyên nhân THA đã được xác định.

- Đánh giá có hay không tổn thương cơ quan đích và bệnh tim bệnh: phì đại thất trái, bệnh tim thiếu máu cục bộ, suy tim, đột quỵ, cơn thiếu máu não cục bộ thoáng qua, sa sút trí tuệ, bệnh thận mãn tính, bệnh động mạch ngoại biên, bệnh võng mạc.

Khám lâm sàng: Khai thác tiền sử, bệnh sử

Đo huyết áp đúng qui cách, khám mạch toàn thân

Chiều cao, cân nặng, BMI, vòng eo/vòng hông

Khám chân xác định phù và bắt mạch.

Xét nghiệm và thăm dò chức năng

Điện tim, siêu âm ổ bụng.

Xquang tim phổi thẳng.

Đường huyết, ure, creatinin, Bộ mỡ, Men gan.

Tổng phân tích nước tiểu.

❖ **Các lần khám tiếp theo mỗi 01 tháng**

Huyết áp; Cân nặng

Bộ mỡ, men gan nếu có rối loạn

❖ **Lần khám kết thúc mỗi quý 03 tháng**

Huyết áp; Cân nặng

Đánh giá lại các biến cố tim mạch và tổn thương cơ quan đích, Bộ mỡ, men gan

2.5. CÁC THUỐC SỬ DỤNG

- Nhóm chặn kênh Canxi: Stodovas 5 Cap.
- Nhóm chặn kênh Canxi kết hợp lợi tiểu: Troysar AM.
- Nhóm ức chế men chuyển angiotensin kết hợp lợi tiểu: Ebitac 12,5mg.
- Nhóm ức chế thụ thể AT1 kết hợp lợi tiểu: Tolucombi 40/12,5mg.

2.6. XỬ LÝ SỐ LIỆU

Sử dụng phần mềm và SPSS 16.0.

Sử dụng các thuật toán thống kê trong y sinh để xử lý và phân tích số liệu.

So sánh phân tích các tỷ lệ khảo sát tương quan

Tính tỷ lệ %, tính giá trị trung bình

So sánh các tỷ lệ (test), tính tỷ lệ xuất chệnh (OR).

$P > 0,05$: Khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở mức 95%

$P < 0,05$: Khác biệt có ý nghĩa thống kê ở mức 95%

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 155 bệnh nhân điều trị Ngoại trú tại phòng khám mãn tính khoa Khám Bệnh - BVĐK Mèo Vạc từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/12/2020 chúng tôi thu được kết quả sau:

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA BỆNH NHÂN TRONG NHÓM NGHIÊN CỨU

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Bảng 3.1. Phân bố nhóm tuổi ở đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 40	9	5,8
40 - 59	88	56,8
60 - 75	45	29
> 75	13	8,4
MIN	28	
MAX	82	
Tổng cộng	155	100

Nhận xét: khi phân chia thành các nhóm tuổi tôi nhận thấy nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm từ 40 đến 59 và từ 60 đến 75, 2 nhóm tuổi này chiếm tới 85,8% quần thể nghiên cứu. Nhóm tuổi dưới 40 tuổi chiếm số lượng ít nhất (9 bệnh nhân, tương ứng với 5,8%). Tuổi nhỏ mắc THA trong nhóm nghiên cứu là 28 tuổi , tuổi lớn nhất trong nhóm nghiên cứu là 82 tuổi.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Bảng 3.2. Phân bố giới ở nhóm nghiên cứu

Giới	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	65	41,9
Nữ	90	58,1
Tổng cộng	155	100

Nhận xét: Trong tổng số 155 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có tới 90 bệnh nhân là nữ (chiếm 58,1%) và chỉ có 65 bệnh nhân là nam giới (chiếm 41,9%).

3.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp hiện tại

Bảng 3.3. Phân bố nghề nghiệp ở nhóm nghiên cứu

Nghề nghiệp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cán bộ hưu	25	16,1
Cán bộ viên chức	25	16,1
Nông dân	98	63,3
Tự do	7	4,5
Tổng	155	100

Nhận xét: Khi xét đến yếu tố nghề nghiệp hiện tại của bệnh nhân, nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất 63,3%, ít nhất là làm nghề tự do 4,5 %.

3.1.4. Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ

Bảng 3.4. Phân bố theo yếu tố nguy cơ ở nhóm nghiên cứu

Nhóm nguy cơ	Số lượng (n=155)	Tỷ lệ (%)
Thừa cân và Béo phì ($BMI \geq 23$)	72	46,4
Tiền sử gia đình THA	58	37,4
Rối loạn lipid máu	118	76,1
Uống rượu, bia	91	58,7
Hút thuốc lá	46	29,7
Đái tháo đường	28	18,1

Nhận xét: Rất nhiều yếu tố nguy cơ được đề cập đến trong nghiên cứu này có liên quan đến bệnh lý THA, trong đó RL chuyển hóa lipid chiếm tỷ lệ cao nhất (76,1%), tiếp theo đó là uống rượu, bia là (58,7%), tiếp đến thừa cân béo phì ($BMI \geq 23$) chiếm tỷ lệ (46,4%), tiếp theo đó là tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp và hút thuốc lá (37,4% và 29,7%). Yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ thấp nhất là đái tháo đường (chiếm 18,1%).

3.1.5. Phân bố bệnh nhân dựa vào thời gian phát hiện bệnh

Bảng 3.5. Phân bố thời gian phát hiện bệnh của nhóm nghiên cứu

Thời gian (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 1	6	3,9
2 - 5	98	63,2
6 - 10	42	27,1
> 10	9	5,8
Tổng cộng	155	100

Nhận xét: Có nhiều mốc thời gian khác nhau được bệnh nhân cung cấp, tuy nhiên, khi phân thành các nhóm thời gian, tôi nhận thấy nhóm thời gian từ 2 đến 5 năm và từ 6 đến 10 chiếm tỷ lệ lớn nhất (63,2% và 27,1%) thấp nhất là dưới 1 năm với 6 trường hợp (chiếm 3,9%).

3.1.6. Các bệnh phối hợp

Bảng 3.6. Tỷ lệ mắc các bệnh phối hợp

Bệnh phối hợp	Số lượng (n = 155)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn chuyển hóa Lipid	118	76,1
Đái tháo đường	28	18,1
Bệnh tim	23	14,8
Gút	10	6,5
Bệnh thận	11	7,1
Các bệnh khác	12	7,7

Nhận xét: Trong nghiên cứu này khảo sát những bệnh lý kèm theo với tăng huyết áp. Trong số đó, rối loạn chuyển hóa Lipid là bệnh lý thường gặp nhất trên bệnh nhân tăng huyết áp (với 118 trường hợp được ghi nhận, chiếm 76,1%), thấp nhất là bệnh Gút chỉ ghi nhận được 10 trường hợp (chiếm 6,5%)

3.1.7. Phân bố bệnh nhân theo mức độ chấp hành điều trị và thay đổi lối sống

Bảng 3.7. Tỷ lệ chấp hành điều trị theo giới

Chế độ		Giới		p
		Nam (n=65)	Nữ (n=90)	
Chế độ ăn	Tốt	22	37	0.358
		33,8%	41,1%	
	Chưa tốt	43	53	
		66,2%	59,1%	
Chế độ tập luyện	Tốt	36	36	0.058
		55,4%	40,0%	
	Chưa tốt	29	54	
		44,6%	60,0%	
Chế độ dùng thuốc	Tốt	34	57	0,169
		52,3%	63,3%	
	Chưa tốt	31	33	
		47,7%	37,7%	

Nhận xét: Trong quá trình điều trị bệnh tăng huyết áp, một yêu cầu quan trọng nữa là bệnh nhân phải thay đổi lối sống, thói quen ăn uống cũng như tuân thủ việc sử dụng thuốc theo hướng dẫn của bác sĩ, trong nghiên cứu này, số bệnh nhân không tuân thủ thay đổi lối sống, chế độ ăn, chế độ dùng thuốc còn chiếm tỷ lệ cao. không có sự khác biệt giữa nhóm nam và nữ với $p > 0,05$.

3.1.8. Phân bố bệnh nhân dựa theo phương pháp sử dụng thuốc

Bảng 3.8. Phân bố số lượng nhóm thuốc sử dụng

Thuốc kiểm soát HA	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Một loại thuốc	8	5,2
Hai loại thuốc	147	94,8
Ba loại thuốc	0	0
Tổng cộng	155	100,0

Nhận xét: Hiện nay trên thuốc huyết áp trong các bệnh viện đều có dạng kết hợp nên khi dùng thuốc bác sỹ thường dùng các loại thuốc kết hợp 2 trong 1. Trong nghiên cứu này, tôi thấy đa số bệnh nhân được sử dụng kết hợp 2 loại thuốc chuyên trị tăng huyết áp (147 trường hợp - chiếm 94,8%), tiếp theo là sử dụng đơn độc 1 loại thuốc (8 trường hợp - chiếm 5,2%), không có trường hợp nào chỉ định 3 loại thuốc.

3.1.9. Tỷ lệ giai đoạn THA ở nhóm nghiên cứu

Bảng 3.9. Phân loại giai đoạn THA

Độ THA	Số lượng	Tỷ lệ%
THA độ I	52	33,5
THA độ II	76	49,1
THA độ III	27	17,4
Tổng	155	100

Nhận xét: Trong 155 bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có tiền sử tăng huyết áp ở các giai đoạn khác nhau, trong đó có 52 bệnh nhân (33,5%) có tiền sử tăng huyết áp giai đoạn 1 và 76 bệnh nhân (49,1%) có tiền sử tăng huyết áp giai đoạn 2, có 27 bệnh nhân (17,4%) có tiền sử THA giai đoạn 3.

3.1.10. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.10. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng ở nhóm nghiên cứu

Tỷ lệ Triệu chứng	n	%
Đau đầu	78	50,3
Tê đầu ngón tay chân, giảm trí nhớ	11	7,1
Chóng mặt, mặt nóng bừng	52	33,5
Mất ngủ	15	9,7
Không có triệu chứng	24	15,5

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau đầu và chóng mặt với tỷ lệ tương ứng là 50,3% và 33,5%, bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng là 15.5%.

Bảng 3.11. Một số đặc điểm cận lâm sàng chính

$\bar{X} \pm S D$	Tăng	Bình thường
Đường huyết lúc đói	17	137
Cholesterol toàn phần	95	60
Triglycerid	56	99
LDL-C	40	115
HDL-C	7 ($\leq 0,9$)	148 ($\geq 0,9$)
Điện tim	Số BN	Tỷ lệ %
Bình thường	113	72,9
Dày thất trái	42	27,1

Nhận xét: Trong 155 bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi thấy có 95 bệnh nhân tăng cholesterol toàn phần (61,3%) có 56 bệnh nhân tăng triglycerid (31,2%), điện tim có 27,1% bệnh nhân có dày thất trái.

3.2. KẾT QUẢ KIỂM SOÁT HA Ở BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

3.2.1. Kết quả điều trị tăng huyết áp

Bảng 3.12. Kết quả kiểm soát HA ở nhóm nghiên cứu

Kết quả kiểm soát HA	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt < 140/90 mmHg	127	82
Chưa tốt \geq 140/90 mmHg	28	18
Tổng cộng	155	100

Nhận xét: Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được khám, điều trị và tư vấn tại BVĐK Mèo Vạc có tới 127 bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt (82%), chỉ có 28 bệnh nhân có kết quả chưa tốt (chiếm 18%)

3.2.2. Sự thay đổi HA trước và sau điều trị

Bảng 3.13. So sánh giá trị HA trung bình trước và sau điều trị

HA(mmHg)	Trước điều trị	Sau điều trị	p
HA tâm thu	163,34 \pm 13,122	128,68 \pm 9,872	< 0,05
HA tâm trương	94,342 \pm 7,761	81,2432 \pm 6,978	< 0,05

Nhận xét: Sau quá trình điều trị tại BVĐK Mèo Vạc, con số huyết áp trước và sau điều trị thay đổi rõ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3. Kết quả kiểm soát HA ở bệnh nhân nghiên cứu theo giới

Bảng 3.14. Kết quả kiểm soát HA theo giới

Giới		Kiểm soát HA		Tổng	p
		Tốt	Chưa tốt		
Nam	n	48	17	65	0,026
	%	73,8%	26,2%	100%	
Nữ	n	79	11	90	
	%	87,8%	12,2%	100%	
Tổng	n	127	28	155	
	%	81,9%	18,1%	100%	

Nhận xét: Trong mối liên quan giữa kết quả kiểm soát huyết áp và giới tính, cho thấy nam giới có khả năng kiểm soát huyết áp không tốt bằng nữ giới, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.4. Kết quả kiểm soát HA theo nhóm tuổi

Bảng 3.15. Kiểm soát HA theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi		Mức độ kiểm soát HA		Tổng	p
		Tốt	Chưa tốt		
≤ 60 tuổi	n	81	20	101	0,442
	%	80,2%	19,8%	100%	
Trên 60 tuổi	n	46	8	54	
	%	85,2%	14,8%	100%	
Tổng	n	127	28	155	
	%	81,9%	18,1%	100%	

Nhận xét: Trong mối liên quan giữa kết quả kiểm soát huyết áp và nhóm tuổi, cho thấy nhóm nhỏ hơn và bằng 60 tuổi có khả năng kiểm soát huyết áp kém hơn so với nhóm hơn 60 tuổi, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP

3.3.1. Mối liên quan giữa kết quả kiểm soát HA với thời gian phát hiện bệnh

Bảng 3.16. Kết quả kiểm soát HA theo thời gian phát hiện bệnh

Thời gian phát hiện bệnh		Mức độ kiểm soát HA		Tổng	p
		Tốt	Chưa tốt		
≤ 5 năm	n	83	21	104	0,325
	%	79,8%	20,2%	100%	
Trên 5 năm	n	44	7	51	
	%	86,3%	13,7%	100%	
Tổng	n	127	28	155	
	%	81,9%	18,1%	100%	

Nhận xét: Trong mối liên quan giữa kết quả kiểm soát huyết áp và thời gian phát hiện bệnh, cho thấy nhóm thời gian nhỏ hơn và bằng 5 năm có khả năng kiểm soát huyết áp kém hơn nhóm trên 5 năm, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.2. Mối liên quan giữa kết quả kiểm soát HA với nghề nghiệp

Bảng 3.17. Kết quả kiểm soát HA với nghề nghiệp

Nghề nghiệp		Mức độ kiểm soát HA		Tổng	p
		Tốt	Chưa tốt		
Cán bộ, viên chức	n	19	6	25	0,984
	%	76%	24%	100%	
Cán bộ hưu	n	23	2	25	
	%	92%	8%	100%	
Nông dân	n	79	19	98	
	%	80,6%	19,4%	100%	
Tự do	n	6	1	7	
	%	85,7%	14,3%	100%	
Tổng	n	127	28	155	
	%	81,9%	18,1%	100%	

Nhận xét: Trong mối liên quan giữa kết quả kiểm soát huyết áp và nghề nghiệp hiện tại của đối tượng nghiên cứu, cho thấy không có sự khác biệt trong mức độ kiểm soát huyết áp và nghề nghiệp của bệnh nhân ($p > 0,05$)

3.3.3. Mối liên quan giữa đường máu với kiểm soát HA

Bảng 3.18. Kết quả kiểm soát HA ở bệnh nhân ĐTĐ

Bệnh đái tháo đường		Mức độ kiểm soát HA		Tổng	p
		Tốt	Chưa tốt		
Có	n	24	4	28	0,395
	%	85,7%	14,3%	100%	
Không	n	103	24	127	
	%	81,1%	18,9%	100%	
Tổng	n	127	28	155	
	%	81,9%	18,1%	100%	

Nhận xét: Trong mối liên quan giữa kết quả kiểm soát huyết áp và đặc điểm mắc bệnh tiểu đường của bệnh nhân, cho thấy không có sự khác biệt giữa mức độ kiểm soát HA và bệnh ĐTĐ của bệnh nhân với $p > 0,05$.

3.3.4. Mối liên quan giữa RLCH lipid với kiểm soát HA

Bảng 3.19. Kết quả kiểm soát HA bệnh nhân có RLCK lipid

Rối loạn chuyển hóa lipid		Mức độ kiểm soát HA		Tổng	p
		Tốt	Chưa tốt		
Có	n	95	23	118	0,410
	%	80,5%	19,5%	100%	
Không	n	32	5	37	
	%	86,5%	13,5%	100%	
Tổng	n	127	28	155	
	%	81,9%	18,1%	100%	

Nhận xét: Tương tự như đối với bệnh đái tháo đường, trong mối liên quan giữa kết quả kiểm soát huyết áp và đặc điểm mắc bệnh rối loạn chuyển hóa Lipid của bệnh nhân, cho thấy không có sự khác biệt giữa mức kiểm soát HA và RL lipid máu với $p > 0,05$.

3.3.5. Mối liên quan giữa hút thuốc lá với kiểm soát HA

Bảng 3.20. Kết quả kiểm soát HA ở bệnh nhân hút thuốc lá

Hút thuốc lá		Mức độ kiểm soát HA		Tổng	p
		Tốt	Chưa tốt		
Có	n	34	12	46	0,092
	%	73,9%	26,1%	100%	
Không	n	93	16	109	
	%	85,3%	14,7%	100%	
Tổng	n	127	28	155	
	%	81,9%	18,1%	100%	

Nhận xét: Những bệnh nhân có sử dụng thuốc lá, mức độ kiểm soát huyết áp kém hơn so với những người không hút thuốc lá, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.6. Mối liên quan giữa uống rượu, bia với kiểm soát HA

Bảng 3.21. Kết kiểm soát HA ở bệnh nhân có uống rượu bia

Uống rượu bia		Mức độ kiểm soát HA		Tổng	p
		Tốt	Chưa tốt		
Có	n	68	15	83	0,998
	%	81,9%	18,1%	100%	
Không	n	59	13	27	
	%	81,9%	18,1%	100%	
Tổng	n	127	28	155	
	%	81,9%	18,1%	100%	

Nhận xét: Trong mối liên quan giữa kết quả kiểm soát huyết áp và uống rượu bia, cho thấy không có sự khác biệt giữa mức kiểm soát HA và bệnh nhân uống rượu bia với $p > 0,05$.

3.3.7. Mối liên quan giữa số nhóm thuốc sử dụng với kiểm soát HA

Bảng 3.22. Kết quả kiểm soát HA ở các nhóm sử dụng thuốc HA

Số thuốc sử dụng		Mức độ kiểm soát HA		Tổng	p
		Tốt	Chưa tốt		
1 loại thuốc	n	6	2	8	0,601
	%	75%	25%	100%	
2 loại thuốc	n	121	26	147	
	%	82,3%	17,7%	100%	
3 loại thuốc	n	0	0	0	
	%	0%	0%	0%	
Tổng	n	127	28	155	
	%	81,9%	18,1%	100%	

Nhận xét: Trong mối liên quan giữa kết quả kiểm soát huyết áp và số lượng thuốc đang dùng để kiểm soát huyết áp của bệnh nhân nghiên cứu, cho thấy không có sự khác biệt trong mức độ kiểm soát huyết áp và số lượng thuốc của bệnh nhân ($p > 0,05$).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 155 BN THA được điều trị ngoại trú tại phòng khám Mẫn tính – BVĐK Mèo Vạc.

4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ HA cao nhất ở nhóm tuổi : Nhóm 40 → 59 tuổi là 56,8%.

Nhóm 60 → 75 tuổi là 29%

Nhóm 75 trở lên 8,4%

Tuổi cao là một yếu tố nguy cơ liên quan chặt chẽ với THA điều này có thể giải thích do thay đổi về giải phẫu và chức năng hệ thống tim mạch khi tuổi càng cao, làm cho sức căng động mạch ngoại biên tăng lên gây tăng huyết áp.

Tuy nhiên ở Huyện Nghèo như Mèo Vạc thì tuổi thọ của người dân còn thấp, đường xa xôi lên người dân lớn tuổi thường ít đi quản lý huyết áp ở BV huyện mà chủ yếu lấy thuốc ở trạm y tế xã do không đi lại được, lên tuổi hay gặp nhất là từ 40 đến 59 tuổi. Ở nhóm tuổi > 75 tuổi trở lên có 13 BN chiếm 8,4% chủ yếu là các BN THA ở Thị trấn Mèo Vạc.

4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

- Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng tỷ lệ tăng huyết áp dường như cao hơn ở nam giới so với nữ giới trước tuổi 55, nhưng sau đó lại cao hơn ở nữ giới [13] [64].

Nguyên nhân có thể do sự mất tác dụng bảo vệ mạch máu quá nội tiết tố nữ ở phụ nữ sau mãn kinh trong khi thành mạch của nữ giới trong độ tuổi này luôn xơ cứng hơn nam giới cùng tuổi [13] [65].

Kết quả của chúng tôi phù hợp với các kết luận từ các nghiên cứu của các tác giả trên, trong tổng số 155 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có tới 90 bệnh nhân nữ (chiếm tỷ lệ 58,1%) và chỉ có 65 bệnh nhân là nam giới (chiếm tỷ lệ 41,9%).

4.1.3. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

- Kết quả bảng 3.3 cho thấy mối liên quan giữa nghề nghiệp của người cao tuổi với tình trạng tăng huyết áp cho thấy người nông dân có tỷ lệ THA cao nhất chiếm 63,3%, có thể do BN nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nông dân do sống ở huyện Mèo Vạc đa phần là nông dân lao động.

4.1.4. Phân bố bệnh nhân theo yếu tố nguy cơ

Bảng 3.4. Cho thấy đối tượng THA có uống rượu bia chiếm tỷ lệ 58,7%

Hút thuốc là 29,7%

RL mỡ máu 76,1%

Thừa cân và béo phì 46,4%

Tiền sử gia đình 37,4%

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng trên đối tượng có các yếu tố này thì dễ có nguy cơ bị THA. Và khi trên đối tượng THA có các yếu tố nguy cơ này thì nguy cơ biến chứng của bệnh tăng huyết áp ngày càng gia tăng.

- Kết quả của chúng tôi trên bệnh nhân THA có uống rượu bia là cao nhất chiếm tỷ lệ 58,7% do đặc điểm của vùng cao lên người dân có tỷ lệ uống rượu cao.

- Thói quen uống rượu là một nguy cơ tim mạch góp phần làm tăng bệnh tăng huyết áp, đồng thời cũng là một nguy cơ dễ làm xuất hiện các biến cố tim mạch. Ở bệnh nhân THA vẫn còn thường xuyên uống rượu thường kiểm soát huyết áp sẽ không tốt, do bệnh nhân tự bỏ thuốc trong những ngày uống rượu

hoặc không an toàn khi sử dụng thuốc HA, đây chính là nguyên nhân dẫn đến bệnh THA thất bại.

- Nguyên nhân THA do hút thuốc lá chưa được khẳng định rõ ràng qua các nghiên cứu. Tuy nhiên có thể thấy hút thuốc lá đóng vai trò như một yếu tố đe dọa quan trọng của bệnh vì nguy cơ bệnh mạch vành ở người THA có hút thuốc lá cao hơn 50 → 60% so với người THA không hút thuốc lá [24].

4.1.5. Phân bố bệnh nhân theo thời gian phát hiện bệnh.

Ngày nay với công tác chăm sóc sức khỏe ngày càng được chú trọng, đời sống kinh tế ngày càng cải thiện tuổi thọ của con người càng cao ý thức nhân dân trong chăm sóc sức khỏe bản thân và sự phát hiện bệnh tăng huyết áp ngày càng được dịch chuyển và thời gian bắt đầu phát hiện bệnh khi bệnh nhân ở giai đoạn bệnh mới mắc sớm chính vì vậy mà trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp bệnh nhân tăng huyết áp có thời gian mắc bệnh 2 → 5 năm chiếm tỷ lệ lớn (63,2%)

Có mối liên quan giữa nhóm tuổi và thời gian phát hiện bệnh vì tỷ lệ THA tăng dần theo độ tuổi; tuổi càng cao thì tỷ lệ THA càng cao và nó đồng nghĩa với thời gian mắc bệnh càng lâu ở những người cao tuổi.

4.1.6. Tỷ lệ các bệnh phối hợp

Bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân THA có rối loạn chuyển hóa lipid có tỷ lệ cao nhất (76,1%) và đái tháo đường (18,1) là chủ yếu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Nguyễn Thị Dung (1998) có kết quả tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ trên bệnh nhân THA là 14,46% và tỷ lệ rối loạn mỡ máu của chúng tôi cũng cao hơn của tác giả là 75,7% [31].

Kết quả của chúng tôi cũng cao hơn kết quả của tác giả Nguyễn Thị Tuyết Lan (2000) thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân rối loạn mỡ máu là 70,63% [29].

4.1.7. Phân bố bệnh nhân theo mức độ chấp hành điều trị và thay đổi lối sống

Bảng 3.7 Ghi nhận 41,3% bệnh nhân thời gian nghiên cứu không tuân thủ chế độ sử dụng thuốc, các bệnh nhân thực hiện chế độ ăn uống và chế độ luyện tập không hợp lý còn chiếm tỷ lệ cao (61,9% và 53,5%) vì do điều kiện đường xa nhiều bệnh nhân không đi lấy thuốc đúng ngày hoặc không có ai đưa đi lấy thuốc lên nhiều bệnh nhân bỏ thuốc 1 thời gian, trình độ văn hóa thấp làm bệnh nhân không hiểu cách tập luyện cũng như chế độ ăn hợp lý đối với bệnh THA.

4.1.8. Phân bố bệnh nhân dựa theo phương pháp sử dụng thuốc

- Việc sử dụng thuốc là phụ thuộc vào đáp ứng của người bệnh và kinh nghiệm điều trị của bác sỹ, mà bệnh nhân được sử dụng các loại thuốc khác nhau (đơn độc hay kết hợp) trong điều trị tăng huyết áp.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN được sử dụng đơn độc 1 loại thuốc là 8/155 chiếm tỷ lệ 5,2%, có 94,89% là sử dụng kết hợp 2 loại thuốc, không có trường hợp nào dùng 3 loại thuốc kết hợp. tỷ lệ sử dụng kết hợp 2 loại thuốc cao là do hiện tại thuốc trên thị trường đa phần có các thành phần thuốc kết hợp 2 trong 1 để bác sỹ dễ dùng thuốc, rất ít thuốc đơn độc.

4.1.9. Tỷ lệ giai đoạn THA ở nhóm nghiên cứu

Trong 155 bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có tiền sử tăng huyết áp ở các giai đoạn khác nhau, trong đó có 52 bệnh nhân (33,5%) có tiền sử tăng huyết áp giai đoạn 1 và 76 bệnh nhân (49,1%) có tiền sử tăng huyết áp giai đoạn 2, có 27 bệnh nhân (17,4%) có tiền sử THA giai đoạn 3. Chủ yếu các bệnh nhân có tiền sử THA ở giai đoạn 2 vì khi HA > 160/100 mmhg bệnh nhân đã có các triệu chứng đau đầu, chóng mặt.

4.1.10. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Tình trạng tăng huyết áp có thể làm tăng áp lực của dòng máu tác dụng lên thành mạch, khiến thành mạch bị giãn dần và tạo ra những tổn thương, lâu ngày hình thành mảng xơ vữa. Khi mảng xơ vữa động mạch này bị rách, vỡ ra,

ngay lập tức tiểu cầu, sợi fibrin và các thành phần của máu sẽ kết dính lại, hình thành cục máu đông, gây hẹp, tắc động mạch. Vỡ hay tắc động mạch đều làm ngưng trệ việc cung cấp máu, gây tình trạng thiếu máu lên não. Lúc này, não phản ứng lại với tình trạng thiếu oxy nên gây ra các triệu chứng đau đầu, hoa mắt, chóng mặt và mất ngủ; Nặng hơn có thể là tai biến mạch máu não với biểu hiện như: Méo miệng, liệt nửa người, hôn mê, thậm chí tử vong.

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau đầu và chóng mặt với tỷ lệ tương ứng là 50,3% và 33,5%, đa phần các bệnh nhân bị THA đến khám thường có triệu chứng đau đầu hoặc chóng mặt mức độ khác nhau bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng là 15,5%. Về Cận lâm sàng trong 155 bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi thấy có 95 bệnh nhân tăng cholesterol toàn phần (61,3%) có 56 bệnh nhân tăng triglycerid (31,2%), điện tim có 27,1% bệnh nhân có dày thất trái.

4.2. KẾT QUẢ KIỂM SOÁT HA Ở BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

4.2.1. Kết quả điều trị THA

Bảng 3.11.

Trong tổng số 155 bệnh nhân THA tham gia nghiên cứu được khám, điều trị và tư vấn tại bệnh viện huyện Mèo Vạc tỷ lệ đạt kết quả kiểm soát rất cao 82% điều này có thể giải thích rằng công tác điều trị, quản lý người bệnh THA trong ngoại trú tốt. Khi so sánh với kết quả của tác giả Dương Văn Thám (2011) nhóm được theo dõi quản lý tại bệnh viện.

Tỷ lệ kiểm soát HA tốt ở nghiên cứu của tác giả là 56,3%

Tỷ lệ kiểm soát HA chưa tốt 43,8%

Có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả này luôn phải đi công tác do đó việc theo dõi, quản lý bị gián đoạn sự tuân thủ chế độ điều trị và tái khám chưa tốt.

- Nghiên cứu của tác giả Đồng Văn Thành (2010)

Nhóm BN được quản lý theo dõi, tỷ lệ kiểm soát HA tốt cho thấy kết quả tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi (81,2%)

4.2.2. Kết quả kiểm soát HA ở bệnh nhân nghiên cứu theo giới và theo nhóm tuổi.

Nhiều nghiên cứu trước đây cho rằng, tỷ lệ kiểm soát huyết áp tốt ở nữ hơn nam giới do phụ nữ với tính cách cẩn thận hơn, uống thuốc đầy đủ, không bị quản thúc và kiên trì hơn nam giới một lý do nữa là do nam giới thường hay có những thói quen xấu như hút thuốc lá, uống rượu bia nhiều do đó hay quên thuốc => kiểm soát huyết áp kém hơn, thường tái khám kém hơn do tâm lý ngại khám.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kiểm soát của nữ tốt hơn nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Tương tự như vậy với nhóm tuổi, nhận thấy nhóm tuổi ≤ 60 tuổi với nhóm > 50 tuổi cũng không thấy có sự khác biệt $p > 0,05$.

4.3. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP

4.3.1. Mối liên quan giữa kết quả kiểm soát HA và thời gian phát hiện bệnh.

Bảng 3.16. Cho thấy trên những bệnh nhân có tiền sử THA ≤ 5 năm kết quả kiểm soát huyết áp tốt hơn so với nhóm BN có tiền sử THA > 5 năm, có thể do trên những bệnh nhân THA lâu năm bệnh nhân đã được quản lý, theo dõi và được tư vấn suốt trong một thời gian dài do đó sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân này sẽ tốt hơn, tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa giữa thời gian phát hiện bệnh với hiệu quả kiểm soát huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả của chúng tôi khác với các quan điểm cho rằng thời gian mắc bệnh càng lâu, thì các yếu tố nguy cơ tim mạch càng nhiều do đó việc kiểm soát huyết áp sẽ kém hơn.

4.3.2. Mối liên quan giữa đường máu với kiểm soát HA.

Trong số bệnh nhân nghiên cứu tỷ lệ ĐTĐ là 28 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 18,05%

Đái tháo đường và tăng huyết áp là 2 bệnh lý thường hay phối hợp với nhau làm nặng thêm tình trạng người bệnh và mục tiêu kiểm soát HA ở bệnh nhân THA có ĐTĐ yêu cầu HATT < 130 mmHg so với HATT < 140mmHg với người tăng huyết áp không có tiểu đường, và thường trên bệnh nhân THA có ĐTĐ thường kèm theo các rối loạn chuyển hóa khác, do đó việc kiểm soát HA ở những bệnh nhân này có khó khăn hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy mức độ kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân THA ở BN ĐTĐ và không bị ĐTĐ không có sự khác biệt với $P > 0,05$, kết quả của chúng tôi thấy trái ngược với kết quả của nghiên cứu khác, có thể là do bệnh nhân bị ĐTĐ đa phần là cán bộ viên chức hoặc cán bộ về hưu có kiến thức và khả năng tuân thủ điều trị cao hơn các bệnh nhân khác.

4.3.3. Mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với kiểm soát HA

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân THA có tỷ lệ rối loạn lipid máu rất cao nhất 118 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 76,1%.

Nghiên cứu của Dương Văn Thắm (2011) cho thấy trên bệnh nhân có nồng độ cholesterol > 5,2 mmol/l điều trị HA đạt mục tiêu là 53,1% và khác biệt rõ rệt với nhóm bệnh nhân có nồng độ cholesterol < 5,2 mmol/l đạt hiệu quả 84,0% ($p < 0,05$).

Tương tự như vậy với BN THA có tăng Triglycerid, HDL-C thấp, LDL-C huyết thanh cao, kiểm soát HA đều kém hơn so với THA không có rối loạn các thành phần mỡ máu này. Sự kết hợp giữa rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA sẽ càng làm cho sự tiến triển của bệnh phức tạp hơn và thúc đẩy biến

chứng tổn thương cơ quan đích và khó khăn hơn cho việc kiểm soát huyết áp, vì trên những bệnh nhân THA có rối loạn chuyển hóa thường hay đi kèm với ĐTĐ, Rối loạn lipid máu.

Khi thừa cân béo phì chủ yếu là tăng khối lượng mỡ, mô mỡ cần oxy và dinh dưỡng trong máu để duy trì các quá trình trao đổi chất và chức năng. Khi nhu cầu tăng lên thì lưu lượng máu trong động mạch cũng tăng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có bệnh nhân THA có mắc rối loạn lipid máu với nhóm bệnh nhân không mắc bệnh này kèm theo không có sự khác biệt ($p > 0,05$)

4.3.4. Mối liên quan giữa hút thuốc lá với kiểm soát huyết áp

Bảng 3.20.

Tất cả các bằng chứng nghiên cứu đều cho thấy hút thuốc lá làm tăng tỷ lệ mới mắc THA và tử vong do các bệnh tim mạch.

Tất cả các bệnh nhân hút thuốc lá đều phải được tư vấn và khuyến khích để ngừng thuốc lá vĩnh viễn, hút thuốc lá từ lâu đã được biết đến với những bằng chứng nghiên cứu đều cho thấy, hút thuốc lá có hại cho sức khỏe và là một yếu tố nguy cơ làm tăng thêm tình trạng bệnh ở bệnh nhân THA [28]. Nguy cơ nhồi máu cơ tim giảm xuống ngay trong những ngày bỏ thuốc lá theo tác giả Dương Văn Thâm: phân tích tình trạng có hay không hút thuốc lá với thời gian để hút thuốc lá và số điều thuốc lá được hút mỗi ngày, lại thấy có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm kiểm soát tốt HA và không kiểm soát được huyết áp (76,6% so với 71,7%) đã cho thấy nguy cơ bệnh mạch vành tăng lên khi bệnh nhân hút thuốc lá [35] [37].

Nguy cơ tim mạch do hút thuốc lá gây ra sẽ giảm đi một nửa sau khi ngừng hút thuốc lá.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Bệnh nhân THA có hút thuốc lá, mức kiểm soát HA kém hơn so với những người THA không hút thuốc lá, tuy nhiên cũng không thấy sự khác biệt có ý nghĩa $p > 0,05$

Có lẽ hút thuốc lá không thể độc lập ảnh hưởng đến mức kiểm soát HA dẫn đến không kiểm soát được huyết áp còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố nguy cơ khác.

4.3.5. Mối liên quan giữa uống rượu bia và kiểm soát HA

Bảng 3.21

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO) khuyến cáo rượu làm tăng HA và rượu là yếu tố nguy cơ quan trọng với bệnh tim mạch.

Tình trạng uống rượu bia thường làm cho bệnh nhân quên sử dụng thuốc hạ áp cũng như chế độ ăn uống và luyện tập không được tuân thủ tốt, đây có thể là nguyên nhân dẫn đến những bệnh nhân có uống rượu bia mức kiểm soát huyết áp sẽ kém hơn nhưng BN THA mà không có uống rượu bia.

Theo nghiên cứu của Dương Văn Thắm khi nghiên cứu trên toàn bộ đối tượng THA đều có uống rượu, tỷ lệ đạt hiệu quả điều trị hạ huyết áp và kém hiệu quả, không thấy sự khác biệt tuy nhiên ở đây tác giả chỉ định tính tình trạng uống rượu chứ chưa định lượng lượng rượu và chỉ dựa vào với lượng chủ quan.

Trong nghiên cứu của chúng tôi giống nghiên cứu của Dương Văn Thắm nhóm THA có uống rượu và bệnh nhân THA không uống rượu bia thì mức kiểm soát huyết áp là như nhau.

4.3.6. Mối liên quan giữa số nhóm sử dụng thuốc với kiểm soát HA

Bảng 3.22.

Nhiều bằng chứng nghiên cứu cho rằng tỷ lệ phối hợp thuốc làm tăng hiệu quả kiểm soát HA như theo JNC VII một trong những nguyên nhân chính của tình trạng không bảo đảm đạt HA mục tiêu là do không phối hợp thuốc [23]. Do bệnh lý tăng huyết áp có rất nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch và các bệnh lý đi

kèm do đó điều trị bằng một loại thuốc hạ áp mặc dù với liều tối đa chỉ giúp kiểm soát huyết áp trong khoảng 40 → 50% các trường hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy sự khác biệt về mức kiểm soát HA với sử dụng thuốc kết hợp. Có thể do chúng tôi sử dụng quá nhiều thuốc kết hợp 2 loại, ít sử dụng 1 loại đơn độc lên không có sự khác biệt giữa các nhóm dùng thuốc.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 155 bệnh nhân tăng huyết áp điều trị tại bệnh viện đa khoa huyện Mèo Vạc, chúng tôi có một số kết luận sau:

1. Một số yếu tố nguy cơ và tình hình kiểm soát HA ở nhóm nghiên cứu

- Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm từ 40 đến 59 và từ 60 đến 75, 2 nhóm tuổi này chiếm tới 85,8% quần thể nghiên cứu. Có tới 90 bệnh nhân là nữ (chiếm 58,1%) và chỉ có 65 bệnh nhân là nam giới (chiếm 41,9%).

- 46,4% bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu có thừa cân hoặc béo phì, 37,4 % có tiền sử gia đình tăng huyết áp, 76,1% có rối loạn chuyển hóa lipid, 18,1% mắc bệnh đái tháo đường. Thời gian phát hiện bệnh hay gặp ở nhóm thời gian từ 2 đến 5 năm chiếm 63,2%.

- Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau đầu và chóng mặt với tỷ lệ tương ứng là 50,3% và 33,5%.

- 82% bệnh nhân được kiểm soát tốt HA, tỷ lệ nam giới được kiểm soát tốt HA là 78,3%, tương đương với nữ được kiểm soát tốt HA là 87,8%.

- Tỷ lệ kiểm soát HA ở nhóm tuổi ≤ 60 tuổi là 80,2%, Trên 60 tuổi 85,2%, tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê.

- Tỷ lệ bệnh nhân đạt kết quả điều trị thuốc với sử dụng hai loại thuốc hạ áp cao (82,3%).

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến việc kiểm soát tăng huyết áp

Bệnh nhân có mắc kèm theo bệnh đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa Lipid, hút thuốc lá, uống rượu bia đều cho thấy kết quả kiểm soát huyết áp kém hơn, tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê.

KHUYẾN NGHỊ

1. Cần xây dựng mô hình quản lý bệnh nhân tăng huyết áp tại để chẩn đoán sớm và điều trị đúng theo phác đồ do Bộ Y tế quy định nhằm hạn chế các biến chứng bệnh, giảm tỷ lệ tử vong do các bệnh liên quan đến THA và giảm chi phí điều trị cho người bệnh

2. Tích cực giáo dục cho người bệnh THA, người thân và những người xung quanh hiểu biết về bệnh, cách phòng bệnh, phối hợp theo dõi và tuân thủ điều trị để nâng cao hiệu quả điều trị bệnh.

3. Tăng cường tuyên truyền và phối hợp điều trị các yếu tố nguy cơ như đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa Lipid, thừa cân béo phì, giảm và ngừng hút thuốc lá, giảm sử dụng rượu bia...

4. Bệnh viện Mèo Vạc cần tổ chức tập huấn , thường xuyên cập nhật thông tin, những phương thức điều trị mới phương pháp quản lý theo dõi bệnh nhân cho cán bộ làm phong khám mãn tính để công tác điều trị được tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. Tiếng Việt.

1. **Phạm khuê** (1981), tăng huyết áp, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
2. **Trần Đỗ Trinh, Nguyễn Ngọc Tước, Nguyễn Thị Bạch yến và cộng sự** (1992), Điều tra dịch tễ học bệnh tăng huyết áp ở Việt Nam, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học 1991 – 1992 tập 1, Hà Nội, tr.279 – 291.
3. **Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Quốc Hùng, Nguyễn Thị Bạch yến** (1998), Đặc điểm dịch tễ học bệnh tăng huyết áp tại Hà Nội, Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học, Tập chí Tim Mạch Học, (16), tr.258 – 282.
4. **Phạm Gia Khải** (1996), Điều trị bệnh tăng huyết áp – Trong hội thảo điều trị bệnh tăng huyết áp và ứng dụng với Adalat L.A
5. **Phạm Gai Khải, Nguyễn Lâm Việt và Cộng Sự (1999)**, “Đặc điểm dịch tễ bệnh THA tại Hà Nội”, Kỷ yếu toàn văn đề tài nghiên cứu khoa học Đại hội toàn mạng quốc gia Việt Nam lần thứ VIII, Tr.258 – 282.
6. **Trần Đỗ Trinh và cộng sự (1992)**, Điều tra dịch tễ học bệnh THA ở Việt Nam, Đề tài nghiên cứu cấp bộ, Tr. 20.
7. **Đào Duy An và CS** (2005), Nhận thức cơ bản và cách xử trí ở bệnh nhân tăng huyết áp, Hội nghị tim mạch miền trung, Tr. 65 – 72.
8. **Phạm Tử Dương (1998)**, “Tình hình quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp ở một tập thể cán bộ trong 4 năm 1994 – 1998”
9. **Viên Văn Đoan, Đồng Văn Thành** (2004), “Bước đầu nghiên cứu mô hình quản lý, theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh THA”, Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học Đại hội tim mạch quốc gia Việt Nam lần thứ X, tr. 68 – 79.
10. **Trần Đỗ Trinh** (1989), Bệnh tăng huyết áp trong cộng đồng (II), Điều tra dịch tễ học bệnh tăng huyết áp ở Việt Nam, đề tài tăng huyết áp I và II, Khoa Tim Mạch TW Bệnh viện Bạch Mai phát hành, tr. 42 – 47.

11. Phạm Thị Kim Lan (2002), Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ của người tăng huyết áp tại nội thành Hà Nội, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

12. Bùi Đức Long. Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp tại khu vực thị trấn Thanh Hà tỉnh Hải dương. Tạp chí Thông tin y dược. 2005. Số 5. Trang 12 – 14

13. Phạm khuê (1993), Bệnh học tuổi già, Nhà xuất bản Y học.

14. Đào Thu Giang, Nguyễn Kim Thủy (2006), “Tìm hiểu mối liên quan giữa thừa cân,béo phì với tăng huyết áp nguyên phát”, Tạp chí Y học thực hành,(5). Trang 12 – 14

15. Trần Đình Toản. Một số nhận xét về sự liên quan giữa chi số khối cơ thể và bề dày lớp mỡ dưới da của người bình thường và người cao huyết áp. Tạp chí Y học thực hành. Số 3 – 1993. Số 301. Trang 7 – 9

16 .Bùi Thanh Nghị, Phạm Thị Hồng Vân (2004), “ Nghiên cứu yếu tố nguy cơ và mối liên quan với bệnh tăng huyết áp nguyên phát tại bệnh viện đa khoa Bắc Giang”, Tạp chí Y học thực hành, (11), trang 50 – 52.

17. Hoàng Việt Thắng, Huỳnh Văn Minh (1996), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. Nhà xuất bản Y học.

18. Ngu yễn Huy Dung (1977), “ Bệnh tăng huyết áp”, Bệnh tim mạch với người lớn tuổi, Nhà xuất bản Y học, trang 103 – 133.

19.Phạm Gia Khải (2000), “Tăng huyết áp”, Cẩm nang điều trị nội khoa, xuất bản lần thứ 2, Phạm khuê chủ biên, Nhà xuất bản Y học, trang 279 – 291.

20. Phạm Gia Khải, Nguyễn Lâm Việt, Đỗ Quốc Hùng, Nguyễn Thị Bạch Yến (2000), “Đặc điểm dịch tễ học bệnh tăng huyết áp tại Hà Nội”, Tóm tắt các công trình nghiên cứu, Tạp chí Tim mạch học, (21), trang 22 – 24

21. Phạm Hùng Lực, Lê Thế Thự. Các yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở tuổi 15 – 75 trong cộng đồng tại đồng bằng Sông Cửu Long. Tạp chí Y học dự phòng. 2002. Tập XII, số 2 (53). Trang 24 – 28.

- 22. Phan Thị Kim, Nguyễn Thị Lâm, Trần Ngọc Hà, Hoàng Thế Yết.** Điều tra các yếu tố nguy cơ về dinh dưỡng đối với bệnh tăng huyết áp tại 6 địa phương có tỷ lệ tăng huyết áp khác nhau. Tạp chí Y học thực hành. Số 1 – 1993. Số 299. Trang 4 – 7.
- 23. TCYTTG (1992),** Xử trí bệnh tăng huyết áp, Bài dịch của Trần Đỗ Trinh và CS, Nhà xuất bản Y học và Viện Tim Mạch Học Việt Nam, Hà Nội.
- 24. Phạm Khuê (1992),** Tăng huyết áp, Nhà xuất bản Y học.
- 25. Đồng Văn Thành (2011)** nghiên cứu quản lý điều trị tăng huyết áp tại khoa bệnh viện Bạch mai.l luận án tiền sĩ y học.
- 26. Trần Thị Minh Hạnh và cộng sự (2001).**Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng trên 300 người Việt Nam bình thường ở T P. Hồ Chí Minh
- 27. Tô Văn Hải và cộng sự (2002),** điều tra về tăng huyết áp động mạch ở cộng đồng Hà Nội, Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học – Đại Hội Tim mạch quốc gia Việt Nam lần thứ IX , trang 105 – 111.
- 28. Phạm Gia Khải ,Nguyễn Lân Việt và cộng sự (2002),** Dịch tễ học tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ tại vùng đồng bằng tỉnh thái bình năm 2002 , tạp chí Tim mạch Học Việt Nam,2002 ; 32:11 – 18
- 29. Nguyễn Thị Tuyết Lan (2000),** ‘Đặc điểm bệnh THA nguyên phát tại bệnh Viện 198” kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học trang 369 – 373.
- 30. Phạm Khuê (2000),** Đề phòng tai biến mạch máu não ở người cao tuổi, nhà xuất bản y học Hà Nội.
- 31. Nguyễn Thị Dung (2000),** Nhận xét 1160 bệnh nhân THA điều trị tại Bệnh Viện Việt tiếp” kỷ yếu toàn văn các đề tài nghiên cứu khoa học trong 306 – 310.
- 32. Dương Văn Thám (2011) ,** nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và hậu quả điều trị ở các cán bộ quân đội tuổi trung niên bị tăng huyết áp” luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II.
- 33. Nguyễn Thị Hằng (2006),** Tìm hiểu tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp tại cộng đồng” Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Đa khoa.

34. Viên Văn Đoan, Đồng Văn Thành (2004), ‘Bước đầu nghiên cứu mô hình quản lý theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh tăng huyết áp” kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học Đại Hội Tim Mạch quốc gia Việt Nam lần thứ X. trang 68 – 79.

35. Ông Thế Viên (2005), ‘nghiên cứu hiệu quả quản lý và điều trị ngoại trú bệnh nhân THA tại khoa khám bệnh Bệnh Viện Bạch Mai” Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II.

36. Trần Đức Dàng, Nguyễn Đức Hoàng, Dương Vĩnh Linh (2002), "*Nghiên cứu tăng huyết áp ở người béo phì*", Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học - Đại hội Tim mạch quốc gia Việt Nam lần thứ IX, tr.90-93.

B. Tiếng Anh.

37. Guidelines for treatment of hypertension in the Elderly – 2000 Revised Version – Research Group for “Long – Term PROGNOSIS OF Hypertension in the Elderly” – Comprehensive Research projects on Aging and Health, the Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan.

37. Neal B, MacMahon S, Chapman N. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood – pressure- Lowering drugs. *Lancet*. 2000, 356: 1955 – 1964.

38. Nih Publication (1997), The sixth report of The Joint national committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High blood Pressure, New York.

39. MacDonald S, Joffres MR, Stachenko S, Horlick L, Fodor G, (1992) “Multiple cardiovascular disease risk factors in Canadian adults” , *CMAJ*, 146(11) ,pp. 2021- 9.

40.Guidelines Subcommittee of WHO (1999), “ International Society of Hypertension Guideline for the management of hypertension” , *J Hypertens*, 17, pp. 151- 83.

41.Burt VL, Whelton P , Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Pattern of hypertension in the US adult population. Results from the

Third National Health and Nutrition Examination Survey , 1988 – 1991.
Hypertension 1995;25:305 – 13.X

42. Stanley S . Franklin, William Gustin, Nathan D. Wong, Martin G. Larson, Michael A. Weber, William B. Kannel, Daniel Levy. Hemodynamic Patterns of Age-Related Changes in Blood Pressure. The Framingham Heart Study. Circulation. 1997;96:308-315

43. G. B. Ambrosio, T. Strasser, J.E. Dowd, J. Toumilehto, A. Nissinen, A. Froment H Milon, J,M.P Miguel, I. Macias-Castro,N. Dondog, S. Zamboni, C. Dal Palu. Effects of intertension on community awareness and treatment of hypertension: results of a WHO study. Bulletin of the World Health Organization, 66 (1): 107 – 113 (1988)

44. Jose R. Banegas, Fernando Rodriguez-Artalejo, Juan Jose de la Cruz Troca, Pilar Guallar-Castillo n, Juan del Rey Calero. Blood Pressure in Spain. Distribution, Awareness, Control, and Benefits of a Reduction in Average Pressure. Downloaded from hyper.ahajournals.org by on June 1,2007

45. Stamler R, Stamler J, Riedlinzer WF, et al, “Weight and blood pressure:findings in hypertension screening of 1 million Americans”, JAMA 1978;240: 1607 – 10

46. Dyer AR, Elliott P, “ The INTERSALT study: relations of body mass index to blood pressure. INTERSALT Co-operative Research Group”, J Hum Hypertens. 1989 Oct; 3(5): 299-308

47. Elisabete Pinto. Blood pressure and ageing. Postgrad Med J 2007; 83: 109 – 114. DOI: 10. 1136/PGMJ.2006.048371

48. Motoyama M, Sunima Y, Kinoshita F, Kiyonaga A, Tanaka H, Shindo M,Irie T, Urata H, Sasaki J, Arakawa K. Blood pressure Lowering effect of low intensity aerobic training in elderly hypertensive patients. Med Sci Sports Exerc. 1998 Jun;30(6):818 – 23.

49. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 2008.

50. Cruickshank K, Chrtopher B, (2003), “ The epidemiology of diabetes complication and the relationship to blood glucose control”, Textbook of Diabetes, Third Edition (2), pp, 307, 314.

51. Gibby CCR and Aday LA, “Prevalence of and Risk Factors for Hypertension in a Rural Area of the Philippines”, Journal of Community Health 2000; 25: 389 – 399.

52. Thomas strasser (1998), Hypertention: The East European Experiance, American Journat of Hypertentioan. Ltd, 11, pp. 756 – 758.

53. Swales JD. (1993), “Guidelines on guidelines”, J Hypertens, 11, pp. 899 – 903.

54. Sytkowski PA., D Agostino RB., Belanger AJ., Kannel WB. (1996), “Secular trends in long-term sustained hypertension, long-term treatment, and cardiovascular mortality. The Framing Heart Study 1950 to 1990”, Circulation, 93, pp. 697 – 703.

55. Thomson R., McElroy H., Sudlow M. (1998), “Guidelines on anticoagulant treatment in atrial fibrillation in Great Britain: variation in content and implications for treatment”, BMJ, 316, pp. 509 – 13.

56. US Deparment of Health and Human Services, National Heart, Lung, and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program. Available at: Accessed March 5, 2003.

57. Glover MJ, Greenlund KJ, Ayala C, “Racial/Ethnic Disparities in Prevalence, Treatment, and control of Hypertension –United States, 1999-2002”, MNWWR Jan 14, 2005 ; 54(01): 7 – 9.

58. Shapo L, Pomerleau J, McKee M, “Epidemiology of hypertension and associated cardiovascular risk factors in a country in transition: a population based survey in Tirana City, Albania”, Journal of Epidemiology and Community Health 2003; 57: 734 – 739.

59. Gu D, Reynolds K, Wu X, et al, “prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in China”, Hypertension 2002; 40:920.

60. Lim T O, Morad Z, “Hypertension Study Group. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in the Malaysian Adult Population: Results from the National Health and Morbidity Survey 1996”, Singapore Med J 2004; 45 (1): 20 – 27.

61. Joint National Committee on Prevention Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High blood Pressure. Arch Intern Med. 1997;157:2413 – 2446.

62. JNC (2003), “The seventh Report of The Joint National Committee Prevention, Detection, Evaluation and treatment of high blood pressure”, JAMA, 289 , pp. 2560 – 2572.

63. McAlister FA, Teo KK, Lewanczuk RZ, Wells G, Montague TJ. (1997), “ Contemporary practice patterns in the management of newly diagnosed hypertension” , CMAJ, 157(1), pp. 23 – 30.

64. Psaltopoulou T, Orjanos P, Naska A, Lenas D, Trichopoulos D and Trichopoulou , prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in a general population sample of 26913 adults in the Greek Epic study”, International Journal of Epidemiology 2004, 33(6): 1345 – 1352

65. Elisabete Pinto, ‘AGEING SERIES: Blood pressure and ageing’, Postgraduate Medical Journal 2007 , 83: 109 – 114.

66. Assantachai P, Watanapa W, chiempittayanuwat S, thiphanunt P (1998), Hypertension in the elderly : a Community study” , J med Assoc thai. 1998 Apr ; 81 (4) : 243 – 9.

67. Sarraj – Zadengan S , Boshtam M, Mostafavi S and Rafiei (1999), ‘ prevalence of hypertension and associated risk factors in Isfahan”, Islamic Republic of Iran, Vol 5 , Issue 5 , 1999, page 992 – 1001.

68. Banegas JR, Rodriguez – Artalejo F, et al, “ Distribution , Awareness Control and Benefits of a Reduction in Average Pressure – Blood pressure in Spain” Hypertension. 1998, 32: 998 – 1002

DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH NGHIÊN CỨU

Tên đề Tài: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả theo dõi, điều trị ngoại trú bệnh nhân Tăng huyết áp tại phòng khám mãn tính bệnh viện đa khoa Mèo Vạc.

Địa Điểm nghiên cứu: Phòng khám mãn tính khoa khám bệnh – BVĐK Mèo Vạc

Chủ nhiệm đề tài: BSCKI Tạ Văn Khánh

Chức Vụ: P. Trưởng khoa khám bệnh – BVĐK Mèo Vạc

Thành viên: BS Dương Mạnh Quân

Chức Vụ: Bác sỹ khoa khám bệnh – BVĐK Mèo Vạc

Người hướng dẫn: BSCKII Tạ Tiến Mạnh

Chức vụ: Giám đốc BVĐK Mèo Vạc

STT	Họ và tên	Tuổi	Địa chỉ	Số BA	Ngày làm BA
1	Vàng Mí Gi	41	Khâu Vai	01	2/1/2020
2	Nùng A U	67	Nậm Ban	03	2/1/2020
3	Phàn Cái Qu	50	Sủng Máng	07	2/1/2020
4	Vàng Thị Ng	44	Nậm Ban	08	2/1/2020
5	Phàn Thị Nh	52	Tát Ngà	09	2/1/2020
6	ThàoThị H	44	TT Mèo Vạc	10	2/1/2020
7	Phùng Mấy S	43	Sủng Máng	11	2/1/2020
8	LòThị M	55	TT Mèo Vạc	13	3/1/2020
9	VầyVấn S	47	Sủng Trà	14	20/1/2020
10	VàngThị Nh	54	Nậm Ban	15	3/1/2020
11	Nùng Thị Ch	73	TT MèoVạc	16	3/1/2020
12	Mề Chín Ph	61	Xín Cái	17	3/1/2020
13	Hoàng Văn Nh	47	TT MèoVạc	20	6/1/2020
14	Lý Thanh Ch	41	Nậm Ban	21	15/1/2020
15	TânVấn K	57	Tát Ngà	22	15/1/2020

16	Bùi Thị D	52	TT Mèo Vạc	24	6/1/2020
17	Phùng Văn H	48	Khâu Vai	26	2/1/2020
18	Mua Mí Ch	76	TT Mèo Vạc	27	7/1/2020
19	Hoàng Thị U	70	TT Mèo Vạc	28	7/1/2020
20	Sùng Thị V	60	TT Mèo Vạc	29	7/1/2020
21	Lò Thị M	54	TT Mèo Vạc	30	7/1/2020
22	Lý Á S	60	Nậm Ban	32	7/1/2020
23	Nguyễn Thị H	37	TT Mèo Vạc	33	7/1/2020
24	Lý Thị S	64	TT Mèo Vạc	36	7/1/2020
25	Sùng Mí X	47	TT Mèo Vạc	37	7/1/2020
26	Vàng Thị V	59	Tát Ngà	39	8/1/2020
27	Vừ Mí S	51	TT Mèo Vạc	41	8/1/2020
28	Lò Sĩ P	59	TT Mèo Vạc	42	8/1/2020
29	Vàng Thị X	69	TT Mèo Vạc	44	9/1/2020
30	Phàn Mây Ch	48	Sùng Máng	46	9/1/2020
31	Lù Thị Ch	57	Tát Ngà	47	9/1/2020
32	Nuyễn Minh T	47	Lũng Pù	49	9/1/2020
33	Phàn Thị N	50	Niêm Tông	50	9/1/2020
34	Hoàng Văn H	51	Tát Ngà	62	10/1/2020
35	Lưu Thị S	54	Lũng Phìn- Đồng văn	78	10/1/2020
36	Phàn Thị M	55	Sùng Trà	55	10/1/2020
37	Lý Thị R	71	Tát Ngà	56	10/1/2020
38	Ma Đức M	58	TT Mèo Vạc	58	10/1/2020
39	Vàng Pà C	49	TT Mèo Vạc	59	10/1/2020
40	Phàn Thị H	59	Xín Cái	60	10/1/2020
41	Nhữ Thị U	63	Bình Giang –Hải Dương	61	10/1/2020
42	Hoàng Ngọc O	47	TT Mèo Vạc	62	10/1/2020
43	Lò Mí N	38	TT Mèo Vạc	63	13/1/2020
44	Ma Ly H	49	Xín Cái	64	13/1/2020
45	Vàng A R	50	Nậm Ban	65	13/1/2020
46	Doãn Thị S	65	TT Mèo Vạc	66	13/1/2020

47	Mai Thị T	57	Bắc Quang – Hà Giang	67	13/1/2020
48	Nông Thị S	82	TT Mèo Vạc	68	15/1/2020
49	Vi Đức N	54	TT Mèo Vạc	69	13/1/2020
50	Lò Xuân D	59	Sơn Vĩ	70	4/4/2020
51	Nông Văn K	81	TT Mèo Vạc	71	13/4/2020
52	Hoàng Thị Bích N	43	TT Mèo Vạc	72	13/1/2020
53	Nùng Ý T	51	Tát Ngà	73	13/1/2020
54	Thàng Thị M	63	TT Mèo Vạc	74	13/1/2020
55	Lưu Văn L	70	Thượng Phùng	77	14/1/2020
56	Đinh Thị L	63	TT Mèo Vạc	78	14/1/2020
57	Sùng Quang S	63	TT Mèo Vạc	79	14/1/2020
58	Trần Thị P	61	Sơn Dương – Tuyên Quang	80	14/1/2020
59	Vàng Minh V	49	TT Mèo Vạc	81	14/1/2020
60	Vương Thị Q	68	TT Mèo Vạc	83	14/1/2020
61	Phàn Văn Q	67	Sùng Máng	84	14/1/2020
62	Vũ Đình Q	45	TT Mèo Vạc	85	14/1/2020
63	Dương Thị Ngọc L	56	TT Mèo Vạc	86	14/1/2020
64	Vàng Thị M	81	Pả Vi	87	15/1/2020
65	Ma Thị NH	50	Pải Lũng	88	15/1/2020
66	Phàn Máy Ph	70	Sùng Máng	90	8/1/2020
67	Phàn Xuân Ch	63	Sùng Máng	92	15/1/2020
68	Thàng Thị N	61	TT Mèo Vạc	95	15/1/2020
69	Mua Thị S	57	TT Mèo Vạc	97	16/1/2020
70	Thào Thị M	55	TT Mèo Vạc	98	16/1/2020
71	Mai Thị X	67	TT Mèo Vạc	99	16/1/2020
72	Mua Mí V	45	TT Mèo Vạc	100	16/1/2020
73	Thò Thị M	53	Xín Cái	102	16/1/2020
74	Nông Xuân H	66	Nậm Ban	106	16/1/2020

75	Giàng Thị L	55	TT Mèo Vạc	108	16/1/2020
76	Trương Thị D	60	TT Mèo Vạc	109	16/1/2020
77	Hà Văn D	46	Khâu Vai	110	16/1/2020
78	Phàn Mấy Q	49	Sùng Máng	111	16/1/2020
79	Thào Thị Ch	82	TT Mèo Vạc	114	17/1/2020
80	Phàn Dao O	71	Sùng Máng	115	17/1/2020
81	Chảo Xà G	51	Sùng Máng	116	17/1/2020
82	Nguyễn Thị D	70	TT Mèo Vạc	117	17/1/2020
83	Tôn Thị S	57	TT Mèo Vạc	118	17/1/2020
84	Hoàng Dấu T	61	Nậm Ban	119	17/1/2020
85	Đoàn Xuân H	79	TT Mèo Vạc	120	17/1/2020
86	Giàng Thị M	66	TT Mèo Vạc	121	17/1/2020
87	Vừ Thị C	66	TT Mèo Vạc	122	17/1/2020
88	Lê thanh H	49	Sơn Vĩ	124	17/1/2020
89	Phạm Thị Nh	58	TT Mèo Vạc	125	20/1/2020
90	Hoàng Thị X	40	TT Mèo Vạc	126	20/1/2020
91	Phan Đình V	76	Niêm Sơn	127	20/1/2020
92	Mua Mí V	72	TT Mèo Vạc	128	20/1/2020
93	Lê Thị O	59	TT Mèo Vạc	131	20/1/2020
94	Quán Thị M	66	TT Mèo Vạc	133	20/1/2020
95	Sùng Mí P	50	TT Mèo Vạc	134	20/1/2020
96	Ma Thị X	52	TT Mèo Vạc	135	20/1/2020
97	Phàn Thị T	43	Sùng Máng	136	20/1/2020
98	Hoàng Thị L	55	Nậm Ban	137	20/1/2020
99	Giàng Thị D	67	TT Mèo Vạc	138	20/1/2020
100	Vàng Thị M	50	TT Mèo Vạc	139	20/1/2020
101	Mã A X	57	Tát Ngà	140	20/1/2020
102	Vàng Dũng M	54	TT Mèo Vạc	142	20/1/2020
103	Phàn Quẩy T	46	Sùng Máng	143	20/1/2020
104	Ly Thị M	66	TT Mèo Vạc	144	20/1/2020
105	Phạm Thị D	70	Hoảng Hóa- Thanh Hóa	145	20/1/2020

106	Chấu Sáu M	79	Lũng Phìn - ĐV	148	21/1/2020
107	Vừ Mí S	35	Lũng Pù	149	24/1/2020
108	Ví Thị Nh	45	Xín Cái	151	22//1/2020
109	Lý Thị M	67	Khâu Vai	153	30/1/2020
110	Giàng Thị H	54	Pả Vi	156	3/2/2020
111	Đinh Văn Kh	66	TT Mèo Vạc	157	3/2/2020
112	Già Thị L	66	Khâu Vai	158	3/2/2020
113	Hứa Thị H	66	Khâu Vai	160	5/2/2020
114	Hoàng Thị V	61	Sơn Vĩ	161	5/2/2020
115	Vàng A U	44	Nậm Ban	164	10/2/2020
116	Viêm Hùng H	38	Pải Lũng	165	11/2/2020
117	Lý Ngọc V	59	TT Mèo Vạc	167	13/2/2020
118	Ma Văn Nh	57	TT Mèo Vạc	168	13/2/2020
119	Lương Thị Kh	42	TT Mèo Vạc	169	13/2/2020
120	Lý Thị S	57	Tát Ngà	170	13/2/2020
121	Lý Thị M	46	Chiêm Hóa- Tuyên Quang	172	17/2/2020
122	Vàng Thị T	74	Nậm Ban	173	17/2/2020
123	Tần Thị S	39	Tát Ngà	175	18/2/2020
124	Sùng Mí S	28	Pả Vi	176	20/2/2020
125	Lý Xà N	54	Sùng Máng	177	20/2/2020
126	Lềng Thị X	78	TT Mèo Vạc	178	21/2/2020
127	Nùng Chín H	80	Xín Cái	180	24/2/2020
128	Phạm Thị N	57	TT Mèo Vạc	182	24/2/2020
129	Phàn Thị M	50	Xín Cái	183	24/2/2020
130	Tần Xà Ng	63	Sùng Máng	185	24/2/2020
131	Đỗ Thị H	57	TT Mèo Vạc	186	24/2/2020
132	Hoàng Xuân Kh	78	TT Mèo Vạc	187	28/2/2020
133	Nguyễn Văn Ph	48	Nậm Ban	188	2/3/2020
134	Đoàn Duy Th	53	TT Mèo Vạc	189	2/3/2020
135	Lý Tà Ch	48	Sùng Máng	191	6/3/2020
136	Ma Thị L	73	Chiêm Hóa – Tuyên	192	9/3/2020

			Quang		
137	Ma Văn Kh	57	TT Mèo Vạc	194	17/3/2020
138	Vây Ấ C	52	Nậm Ban	196	23/3/2020
139	Giàng Thị M	58	Giàng Chu Phìn	197	30/1/2020
140	Vàng Mí Ch	42	Lũng Pù	199	30/3/2020
141	Trương Thị L	72	Chiêm Hoa – Tuyên Quang	200	3/4/2020
142	Lý A Ch	48	Nậm Ban	201	9/4/2020
143	Lý Xà S	52	Sủng Máng	202	9/4/2020
144	Giàng Thị M	45	Thượng Phùng	203	10/4/2020
145	Lê Văn S	51	Sơn Dương – Tuyên Quang	205	16/4/2020
146	Hoàng Dĩ S	60	Sơn Vĩ	208	17/4/2020
147	Lý Minh Đ	37	TT Mèo Vạc	213	5/5/2020
148	Mua Mí X	36	TT Mèo Vạc	214	4/5/2020
149	Chu Đình V	62	TT Mèo Vạc	216	5/5/2020
150	Nguyễn Thị L	80	Hàm Yên – Tuyên Quang	218	6/5/2020
151	Dương Thị Kh	59	TT Mèo Vạc	220	8/5/2020
152	Nguyễn Vă Th	59	TT Mèo Vạc	221	12/5/2020
153	Đỗ Trung H	35	TT Mèo Vạc	224	25/5/2020
154	Thò Thị V	57	TT Mèo Vạc	225	29/5/2020
155	Viêm Đức D	42	TT Mèo Vạc	226	29/5/2020

Mèo Vạc, ngày tháng 10 năm 2021

**Xác nhận của BVĐK
Mèo Vạc**

**Phòng kế hoạch tổng
hợp**

Chủ nhiệm đề Tài

Tạ Văn Khánh

MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số bệnh án:.....

Số lưu trữ:.....

I. Hành chính:

Họ và tên bệnh nhân:.....Giới:Nam ☐ Nữ ☐ Tuổi:.....

Địa chỉ:.....

Nghề nghiệp:.....

Ngày bắt đầu làm bệnh án mãn tính:.....

II. Tiền sử bản thân:

2.1. Các yếu tố nguy cơ:

- Hút thuốc lá: Có ☐ (.....điều hoặc.....bao/ngày/năm); Không ☐ Bỏ ☐

- Uống rượu hoặc bia: Có ☐ (.....ml/ngày,uống trong bao lâu)Không ☐ Bỏ ☐

2.2. Tiền sử THA: Có ☐ Không ☐

2.3. Thời gian phát hiện THA: Khoảng.....năm.....

Con số huyết áp cao nhất.....mmHg

2.4. Các bệnh phối hợp:

- | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| • Xơ vữa động mạch: | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| • Đái tháo đường: | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| • Bệnh thận: | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| • Hẹp động mạch chủ: | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| • Rối loạn mỡ máu: | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| • Bệnh van tim, bệnh mạch vành, suy tim, phì đại thất trái và bệnh động mạch ngoại vi: | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| • Bệnh nội tiết; | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| • Bệnh Gut: | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |
| • Các bệnh nội khoa khác | Có <input type="checkbox"/> | Không <input type="checkbox"/> |

2.5. Tiền sử gia đình:

- GD có người bị THA: Có ☐ Không ☐ Ông/ba/bố/mẹ/anh/chị/em/con

- GD có người bị bệnh tim mạch sớm: (nam < 55 tuổi, nữ < 65 tuổi)

Có ☐ Không ☐

- GD có người bị ĐTĐ: Có ☐ Không ☐

III. Bệnh sử:

3.1. Khám lâm sàng:

3.1.1. Triệu chứng cơ năng:

- Đau đầu: Có ☐ Không ☐
- Chóng mặt, mặt nóng bừng: Có ☐ Không ☐
- Tê đầu ngón tay chân, giảm trí nhớ: Có ☐ Không ☐
- Mất ngủ: Có ☐ Không ☐
- Không có triệu chứng: Có ☐ Không ☐

3.1.2. Huyết áp:

HA tâm thu.....mmHg; HA tâm trương.....mmHg

3.1.3. Toàn thân: Cân.....kg; Chiều cao.....cm

3.1.4. Bộ phận:

* Tim: Có tiếng thổi: Có ☐ Không ☐

Nhịp tim.....lần/phút

* Thần kinh:

Liệt nửa người: Có ☐ Không ☐

Gáy cứng: Có ☐ Không ☐

Babinski: Có ☐ Không ☐

* Khám cổ:

Tiếng thổi động mạch cảnh: Có ☐ Không ☐

- Tĩnh mạch cổ nổi: Có ☐ Không ☐
- Tuyến giáp to: Có ☐ Không ☐
- * Khám phát hiện tiếng thổi ở bụng, thận lớn, khối u, động mạch chủ này bất thường: Có ☐ Không ☐
- * Gan to: Có ☐ Không ☐
- * Khám chi phát hiện giảm hay mất mạch ngoại biên: Có ☐ Không ☐
- Phù hai chi dưới: Có ☐ Không ☐

3.2. Các xét nghiệm thăm dò:

- Creatinin.....mmol/l
- Glucose.....mmol/l
- Bilan Lipit: Cholesterol TP.....mmol/l
Triglyceride.....mmol/l
HDL-C.....mmol/l
LDL-C.....mmol/l
- Điện tâm đồ: Trục trái Có ☐ không ☐
Dày thất trái Có ☐ không ☐
- Nước tiểu: Protein Có ☐ Không ☐
Hồng cầu Có ☐ Không ☐
- X quang tim phổi: Chỉ số tim ngực: (%)
Các tổn thương khác: Có ☐ Không ☐

IV. Điều trị THA:

- Có thực hiện chế độ ăn kiêng: Có ☐ Không ☐
- Thay đổi lối sống, không hút thuốc, tập luyện Có ☐ Không ☐
- Tình hình dùng thuốc :
+ Dùng thuốc loại : Chẹn kênh canxi ☐
Ức chế men chuyển ☐
☐

Lợi tiểu

Ức chế thụ thể Angiotensin II ☐

Khác(ghi cụ thể).....

+ Dừng thuốc: 1 thuốc ☐ 2 thuốc ☐ 3 thuốc ☐

+ Dừng thuốc: đều ☐ + Dừng thuốc không đều ☐

+ Bỏ thuốc : Có ☐ Không ☐

+ Dừng thuốc khác với đơn của bác sỹ: Có ☐ Không ☐

- Nguyên nhân không tuân thủ chế độ điều trị:

+ Quên không uống thuốc ☐

+ Cho là đã khỏi bệnh ☐

+ Không tin tưởng vào điều trị ☐

+ Nguyên nhân khác ☐

7. Hiệu quả điều trị: *Mức hạ huyết áp sau điều trị.*

+ *sau 3 tháng điều trị* : Mức hạ HA < 140/85 ☐

Mức hạ HA < 160/90 ☐

Không thay đổi ☐

+ *sau 6 tháng điều trị*: Mức hạ HA < 140/85 ☐

Mức hạ HA < 160/90 ☐

Không thay đổi ☐

Mèo Vạc, ngày.....tháng.....năm 2021

Người thu thập

Tạ Văn Khánh

MỘT SỐ HÌNH ẢNH BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ

Tên BN: Ly Thanh C Tuổi: 41 Giới tính: Nam Dân tộc: Giáy

Địa chỉ: Nậm Ban – Mèo Vạc – Hà Giang Số bệnh án: 91

Ngày làm bệnh án: 15/01/2020 Số năm phát hiện THA: 4 năm

P: 82 kg chiều cao: 175 cm

SỞ Y TẾ HÀ GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN MÈO VẠC

Số B.A. 91
Số lưu trữ:

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ

Khoa: Nội H

Họ và tên: Ly Thanh C Tuổi: 41
Địa chỉ: Nậm Ban – Mèo Vạc – Hà Giang
Số thẻ BHYT: 01.255.22.02052
Phòng: Buồng: Giường:
Chẩn đoán: Tăng huyết áp
Ngày giờ vào viện: 9 giờ 30 Ngày 15/1/2020
Ngày giờ ra viện: 9 giờ 30 Ngày 30/1/2020

HÌNH ẢNH KHÁM CHO BỆNH NHÂN





HA CÁC LẦN KHÁM

- HA khi phát hiện bệnh: 200/110 mmhg
- 15/01/2020: 170/90 mmhg
- 13/03/2020: 155/85 mmhg
- 15/05/2020: 140/85 mmhg
- 14/07/2020: 145/85 mmhg
- 14/09/2020: 135/80 mmhg
- 12/11/2020: 130/80 mmhg
- 30/12/2020: 125/80 mmhg

ĐIỀU TRỊ

Ebitac 12,5 mg x 01 viên/ngày

KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

- Điện tim: Trục trái, ngoại tâm thu thất, tần số 68 ck/p
- XQ tim phổi: Bình thường
- Siêu âm: Không phát hiện bất thường.

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM HUYẾT HỌC

SỞ Y TẾ HÀ GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN MÈO VẠC

TỔNG PHÂN TÍCH TẾ BÀO MÁU NGOẠI VI (BẢNG MÁY ĐẾM TỰ ĐỘNG)

Họ và tên: **LÝ THANH C** Số phiếu: 303957
Đối tượng: BHYT Số thẻ BHYT: DT2020220175377 Tuổi: 41 Giới tính: Nam
Nghề nghiệp: Nông dân Dân tộc: Giáy
Địa chỉ: Nậm Ban, Xã Nậm Ban, Huyện Mèo Vạc, Tỉnh Hà Giang Phòng: Phòng Khám Mãn Tính
Triệu chứng: người bệnh tình, đau đầu ít, không chóng mặt, ngủ kém
Chẩn đoán: 110 - Bệnh Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát)/E75.6 - Rối loạn tích lũy lipid, không đặc hiệu/R51 - Đau đầu

Chỉ số	Kết quả	Chỉ số	Kết quả
RBC: Nam (4,0-5,8x10 ¹²)	4,6	WBC (4,0-10,0 x 10 ⁹ /l)	7,0
Nữ (3,9-5,4x10 ¹²)		LYM% (22-42)	24
HGB: Nam (140-160g/l)	141	MON% (2-8)	9
Nữ (125-145g/l)		GRA% (55-75)	65
HCT: Nam (0,38-0,51/l)	0,42		
Nữ (0,35-0,47l/l)		LYM# (1,09-2,99)	
MCV: (83-92 fl)	91	MON# (0,24-0,79)	
MCH: (27-32 pg)	30	GRA# (1,66-7,48)	
MCHC: (320-356 g/l)	332		
RDW-SD: (35-56%)		PLT (150-400 x10 ⁹ /l)	199
		MPV (6,8-11,0 fl)	
Máu lắng: giờ1 (<15mm)		PCT (0,1-0,5%)	
giờ2 (<20mm)		RDW-CV (11-16%)	

2. Đông máu: Thời gian máu chảy
Thời gian máu đông

phút giây
phút giây

3. Nhóm máu: Hệ ABO:
Hệ Rh:

Người xác nhận kết quả

[Signature]
hư . sh

Ngày 30 Tháng 12 năm 2020
NGƯỜI THỰC HIỆN XÉT NGHIỆM

[Signature]
Hữu Văn Sáng

KẾT QUẢ SINH HOA LẦN 1 VÀO NGÀY 15/01/2020

SỞ Y TẾ HÀ GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN MÈO VẠC

ĐÌNH LƯƠNG URÊ MÁU [MÁU]

Ngày lập: 15/01/2020 10:08 Số phiếu: 235360

Họ và tên: LỖ THANH C
 Đối tượng: BHYT
 Nghề nghiệp: Nông dân
 Địa chỉ: Nậm Ban - Xã Nậm Ban - Huyện Mèo Vạc - Hà Giang
 Khoa: KHOA KHÁM BỆNH
 Triệu chứng: đau đầu ít, không hoa mắt, không chóng mặt, ngủ kém, thể trạng béo
 Chẩn đoán: 110 - Bệnh Tăng huyết áp vỡ cần (nguyên phát)/E75.6 - Rối loạn tích lũy lipid, không xác định/R51 - Đau đầu

Số thẻ BHYT: DT2020220175377
 Giới tính: Nam
 Dân tộc: Giáy
 Điện thoại:

Phòng: Phòng Khám Giường

Tên	Trị số	Kết quả	Tên	Trị số	Kết quả
Xét nghiệm Urê	Bình thường 1,7-8,3 mmol/L	3.2	Xét nghiệm Sắt	Bình thường Nam: 11-27 μ Nữ: 7-26 μ	
Glucose	3,9-6,7 mmol/L	3.9	Maghê	0,8-1,00 mmol/L	
Creatinin	Nam: 62-120 Nữ: 44 - 80 μ	92	AST (GOT)	≤37 U/L -37°C	31
Acid Uric	Nam: 180-420 μ Nữ: 150-360		ALT (GPT)	≤40 U/L -37°C	24
Bilirubin T.P	≤ 17 μmol/L		Amylase	53 - 123 u/L	
Bilirubin T.T	≤ 4,3 μmol/L		CK	Nam: 24-190 U/L Nữ: 24-167 U/L	
Bilirubin G.T	≤ 12,7 μmol/L		CK-MB	≤24 U/L -37°C	
Protein T.P	65-82 g/L		LDH	Nam: 11-50 U/L Nữ: 7-32 U/L	
Albumin	35-50 g/L		GGT	5300-12900 U/L	
Globulin	24-38 g/L		Cholinesterase		
Tỷ lệ A/G	1,3-1,8		Phosphatase		
Fibrinogen	2-4 g/L		Kiểm		
Cholesterol	3,9-5,2 mmol/L	6.4 ↑	Các xét nghiệm		
Triglycerid	< 2,26 mmol/L	2.1	pH động mạch	7,37 - 7,45	
HDL - Cho.	≥ 0,9 mmol/L	2.2	pO ₂ động mạch	Nam: 35-46 mmHg Nữ: 32-43 mmHg	
LDL - Cho.	≤ 3,4 mmol/L	3.6 ↑	HCO ₃ ⁻ chuẩn	21 - 26 mmol/L	
Na ⁺	135 - 145 mmol/L		Kiểm dư	-2 đến +3 mmol/L	
K ⁺	3,5-5 mmol/L		Các xét nghiệm		
Cl ⁻	98-106 mmol/L		Anti HIV		
Calci	2,15-2,6 mmol/L		HBsAg		
Calci ion hóa	1,13-1,32 mmol/L				
Phospho	TE: 1,3-2,2 m NL: 0,9-1,5 m				

Ngày 15 Tháng 01 năm 2020
 KTV XÉT NGHIỆM

Người xác nhận kết quả: *[Signature]*
 Bà Thị Sóng

KẾT QUẢ SINH HOA LẦN 2 VÀO NGÀY 14/07/2020

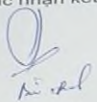
SỞ Y TẾ HÀ GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN MÈO VẠC

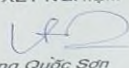
ĐÌNH LƯƠNG URÊ MÁU [MÁU]
Ngày lập: 14/07/2020 09:18 Số phiếu: 265762

Họ và tên: **LÝ THANH C** Đối tượng: BHYT Số thẻ BHYT: 20000195 Tuổi: 41 Giới tính: Nam
Nghề nghiệp: Nông dân Địa chỉ: Năm Ban, Xã Năm Ban, Huyện Mèo Vạc, Tỉnh Hà Giang Dân tộc: Giáy
Khoa: KHOA KHÁM BỆNH Phòng: Phòng Khám Giường
Triệu chứng: đau đầu ít, không chóng mặt, ngủ kém
Chẩn đoán: I10 - Bệnh Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát)/E75.6 - Rối loạn tích lũy lipid, không đặc hiệu/R51 - Đau đầu Điện thoại:

Tên	Trị số	Kết quả	Tên	Trị số	Kết quả
Xét nghiệm Urê	Bình thường 1,7-8,3 mmol/L	6.0	Xét nghiệm Sắt	Bình thường Nam: 11-27 μ Nữ: 7-26 μ	
Glucose	3,9-6,7 mmol/L	3.5	Maghê	0,8-1,00 mmol/L	
Creatinin	Nam: 62-120 Nữ: 44 - 80 μ	110	AST (GOT)	≤37 U/L -37°C	62
Acid Uric	Nam: 180-420 μ Nữ: 150-360		ALT (GPT)	≤40 U/L -37°C	115
Bilirubin T.P	≤ 17 μmol/L		Amylase	53 - 123 u/l	
Bilirubin T.T	≤ 4,3 μmol/L		CK	Nam: 24-190U/ Nữ: 24-167U/L	
Bilirubin G.T	≤ 12,7 μmol/L		CK-MB	≤24 U/L -37°C	
Protein T.P	65-82 g/L		LDH	Nam: 11-50 U/L Nữ: 7-32 U/L	
Albumin	35-50 g/L		GGT	5300-12900 U/L	
Globulin	24-38 g/L		Cholinesterase		
Tỷ lệ A/G	1,3-1,8		Phosphatase		
Fibrinogen	2-4 g/L		Kiểm		
Cholesterol	3,9-5,2 mmol/L	7.0	Các xét nghiệm	7,37 - 7,45	
Triglycerid	< 2,26 mmol/L	5.5	pH động mạch	Nam: 35-46 m Nữ: 32-43 m	
HDL - Cho.	≥ 0,9 mmol/L		pO ₂ động mạch	71 - 104 mmHg	
LDL - Cho.	≤ 3,4 mmol/L		HCO ₃ chuẩn	21-26 mmol/L	
Na ⁺	135 - 145 mmol/L		Kiểm dư	-2 đến +3 mmol/L	
K ⁺	3,5-5 mmol/L		Các xét nghiệm		
Cl ⁻	98-106 mmol/L		Anti HIV		
Calci	2,15-2,6 mmol/L		HBsAg		
Calci ion hóa	1,13-1,32 mmol/L				
Phospho	TE: 1,3-2,2 m NL: 0,9-1,5 m				

Ngày 14 Tháng 07 năm 2020
KTV XÉT NGHIỆM

Người xác nhận kết quả: 


Nông Quốc Sơn

KẾT QUẢ SINH HOA LẦN 3 VÀO NGÀY 30/12/2020

SỞ Y TẾ HÀ GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN MÈO VẠC

ĐÌNH LƯỢNG URÊ MÁU [MÁU]

Ngày làm: 30/12/2020 10:22 Số phiếu: 303985

Họ và tên: LÝ THANH C

20000400 Tuổi: 41

Giới tính: Nam

Đối tượng: BHYT

Số thẻ BHYT: DT2020220175377

Dân tộc: Giáy

Nghề nghiệp: Nông dân

Điện thoại:

Địa chỉ: Nậm Ban, Xã Nậm Ban, Huyện Mèo Vạc, Tỉnh Hà Giang

Khoa: KHOA KHÁM BỆNH

Phòng: Phòng Khám Giường

Triệu chứng: người bệnh tỉnh, đau đầu ít, không chóng mặt, ngủ kém

Chẩn đoán: I10 - Bệnh Tăng huyết áp vô căn (nguyên phát)/E75.6 - Rối loạn tích lũy lipid, không đặc hiệu/R51 - Đau đầu

Tên	Trị số	Kết quả	Tên	Trị số	Kết quả
Xét nghiệm Urê	Bình thường 1,7-8,3 mmol/L	5.8	Xét nghiệm Sắt	Bình thường Nam: 11-27 µ Nữ: 7-26 µm	
Glucose	3,9-6,7 mmol/L	3.8	Maghê	0,8-1,00 mmol/	
Creatinin	Nam: 62-120 Nữ: 44 - 80 µm	105	AST (GOT)	≤37 U/L -37°C	19
Acid Uric	Nam: 180-420 µ Nữ: 150-360		ALT (GPT)	≤40 U/L -37°C	28
Bilirubin T.P	≤ 17 µmol/L		Amylase	53 - 123 u/l	
Bilirubin T.T	≤ 4,3 µmol/L		CK	Nam: 24-190U/ Nữ: 24-167U/L	
Bilirubin G.T	≤ 12,7 µmol/L	76	CK-MB	≤24 U/L -37°C	
Protein T.P	65-82 g/L	45	LDH	Nam: 11-50 U/L Nữ: 7-32 U/L	
Albumin	35-50 g/L		GGT	5300-12900 U/L	
Globulin	24-38 g/L		Cholinesterase		
Tỷ lệ A/G	1,3-1,8		Phosphatase		
Fibrinogen	2-4 g/L	5.4	Kiểm		
Cholesterol	3,9-5,2 mmol/L	2.6	Các xét nghiệm		
Triglycerid	< 2,26 mmol/L		pH động mạch	7,37 - 7,45	
HDL - Cho.	≥ 0,9 mmol/L	1.0	pO ₂ động mạch	Nam: 35-46 m Nữ: 32-43 m	
LDL - Cho.	≤ 3,4 mmol/L	2.1	HCO ₃ chuẩn	71 - 104 mmHg	
Na ⁺	135 - 145 mmol/L		Kiểm dư	21-26 mmol/L	
K ⁺	3,5-5 mmol/L		Các xét nghiệm	-2 đến +3 mmol/	
Cl ⁻	98-106 mmol/L		Anti HIV		
Calci	2,15-2,6 mmol/L		HBsAg		
Calci ion hóa	1,13-1,32 mmol/				
Phospho	TE: 1,3-2,2 m NL: 0,9-1,5 m				

Người xác nhận kết quả

Ngày 30 Tháng 12 năm 2020
NGƯỜI THỰC HIỆN XÉT NGHIỆM

Bản Thị Sóng