

BỆNH VIỆN BẠCH MAI

VIỆN TIM MẠCH QG.VIỆT NAM

KHOA KHÁM BỆNH

TỔNG KẾT 10 NĂM

TRIỂN KHAI MÔ HÌNH QUẢN LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ

CÓ KIỂM SOÁT BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI VÀ 22 BỆNH VIỆN KHÁC

NGHIÊN CỨU ĐƯỢC THỰC HIỆN TẠI:

Bệnh viện Bạch Mai

Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Bắc Giang

Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Lạng Sơn

Bệnh viện Đa Khoa khu vực Phú Thọ

Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Hà Giang

Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Yên Bái

Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Điện Biên

Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Hà Nam

Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Nam Định

Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Hoà Bình

Bệnh viện Lão Khoa Quốc Gia

Bệnh viện Thanh Nhàn

Bảo hiểm y tế Hà Nội và các Tỉnh

Hà Nội, 2012

NHÓM NGHIÊN CỨU

TS. Đồng Văn Thành, TS. Viên Văn Đoàn, TS.BSCC. Nguyễn Quốc Anh, PGS.TS. Đỗ Doãn Lợi, Ths.BS Nguyễn Minh Thảo, TS. Vũ Thị Ngọc Liên, TS. Lê Thị Thuý Hải, Ths.Bùi Thị Miên, Ths.Nguyễn Thị Hồng Vân.

- BSCKII. Ong Thế Viên, Ths.BS. Từ Quốc Hiệu, BS. Nguyễn Thị Hoa

- BSCK II. Đoàn Thế Mỹ, BS. Nguyễn Đức Hùng. BS. Lưu Văn Nguyên Phú, BS. Lâm Văn Sáng; BS. Trương Thị Phương Lan, BS. Nguyễn Tấn Phong, BS. Lê Văn Thanh; BS. Nguyễn Thị Hường; Ths.Hoàng Duy Hoà

Ths.BS. Nguyễn Trung Anh, Ths. BS. Phạm Tuyết Trinh



ĐẠI BIỂU

**HỘI NGHỊ TỔNG KẾT 10 NĂM TRIỂN KHAI MÔ HÌNH QUẢN LÝ,
THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ CÓ KIỂM SOÁT BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP**



(2002 - 2012)

BỆNH VIỆN BẠCH MAI



Hà Nội, 03/03/2012

ĐẶT VẤN ĐỀ

1. THA – sức khỏe cộng đồng. Theo TCYTTG 2000 - 26,5 %; ước tính 29,2 % - 2025 khoảng 1,56 tỷ người.

2. Việt nam: 1976 – 1,9%; 2002 - 23,2%, 25,1%-2008 và TPHCM 20,5%-2004.

3. Khoảng 19.1 % được điều trị - ở thành phố (HAMT khoảng 2,2 %). Trên 80 % bn THA chưa được điều trị.

Hoa Kỳ (2004) - 28,7 %, tỷ lệ điều trị 65,1 %, HAMT 36,8%,

Trung Quốc 27,2 %, HAMT 8.1 %.

TÌNH HÌNH BỆNH THA TẠI VIỆT NAM

■ Điều tra dịch tễ cho thấy THA gia tăng nhanh tại cộng đồng

- 1960 : 1% dân số trưởng thành ở miền Bắc.
- 1976 : 1,9% dân số trưởng thành ở miền Bắc.
- 1992 : 11,7% dân số trưởng thành cả nước.
- 1999 : 16,1% tại nội & ngoại thành Hà nội.
- 2002 : 16,3% \geq 25 tuổi ở các tỉnh miền Bắc.
- 2008 : 25,1% \geq 25 tuổi trong cả nước

- Với dân số hiện nay khoảng 87 triệu người, Việt nam ước tính có khoảng 7,3 triệu người bị THA.

- Nếu không có các biện pháp dự phòng và quản lý hữu hiệu thì đến năm 2025 sẽ có khoảng 11,0 triệu người Việt nam bị THA.



ĐẶT VẤN ĐỀ

4. Nguyên nhân: *Lý do chính là*

- Trình độ dân trí, nhận thức
- Do thói quen người dân: chỉ khám khi khó chịu, bị TB của bệnh
- Thiếu thông tin về bệnh, giáo dục sức khỏe
- Điều kiện kinh tế
- Thủ tục hành chính...=> không tuân thủ ĐT (không ĐT hoặc ĐT từng đợt)

5. Tỷ lệ BC, tàn phế, tử vong và nhập viện ĐT ngày càng tăng, chi phí tốn kém cho việc ĐT cho gia đình và xã hội.

6. Các nước phát triển coi trọng việc quản lý, theo dõi và điều trị bệnh THA tại cộng đồng + giáo dục sức khỏe thường xuyên.

Mỹ - quản lý được 65,1 % -2004.

ĐẶT VẤN ĐỀ

MỤC TIÊU:

phát hiện sớm để quản lý, hướng dẫn bệnh nhân tăng huyết áp tự theo dõi, và điều trị theo hướng dẫn của Bộ y tế nhằm giảm tối đa các biến cố tim mạch.

Tổng quan

TỔNG QUAN

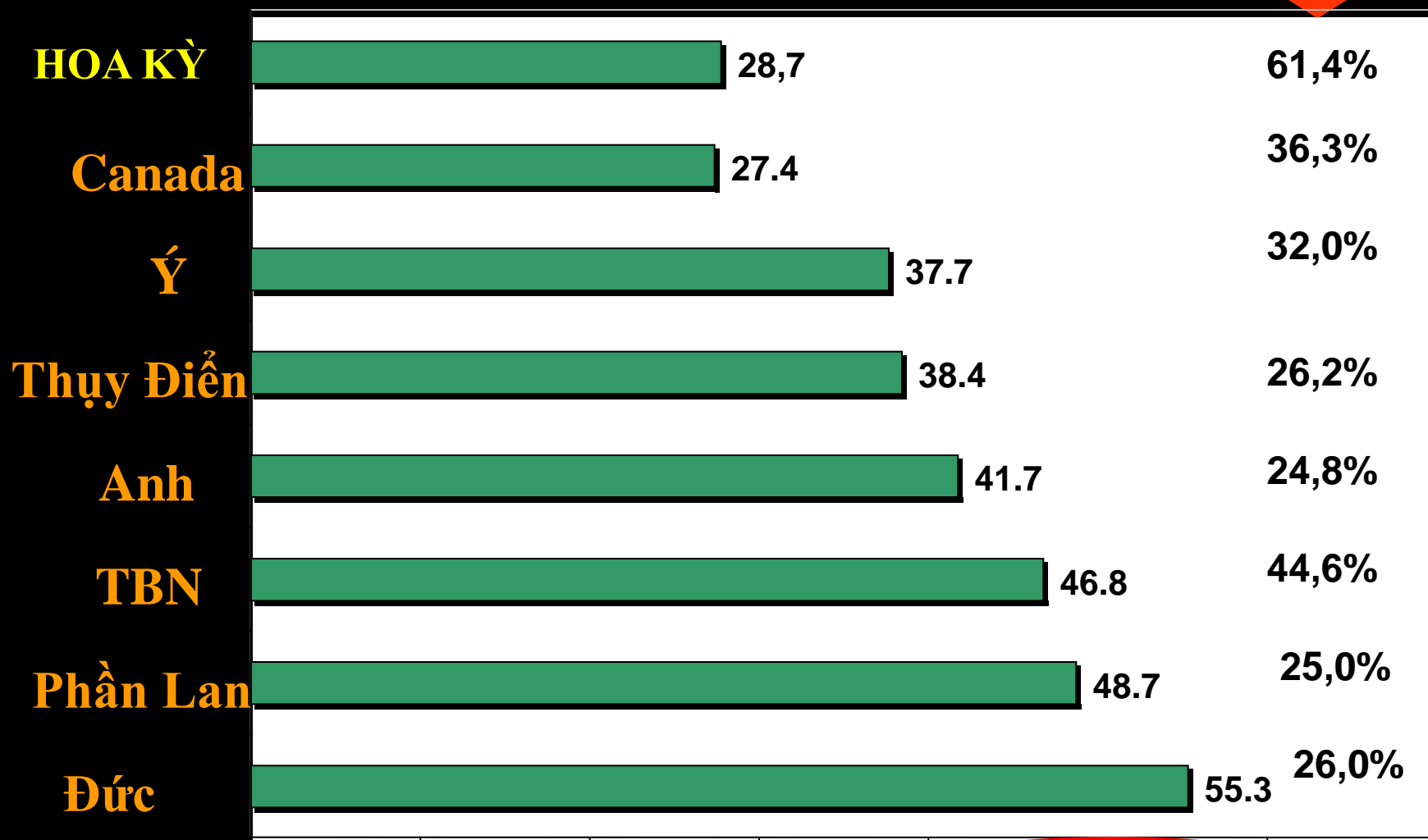
- 1. Tình hình quản lý, điều trị THA trên thế giới.**
- 2. Tình hình quản lý, điều trị bệnh THA ở VN**
- 3. Chẩn đoán, phân loại bệnh THA**
- 4. Yếu tố nguy cơ của bệnh THA**
- 5. Điều trị bệnh THA, YTNC và các bệnh đi kèm**

TÌNH HÌNH QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ THA TRÊN THẾ GIỚI

Đất nước	Tỷ lệ mắc	Quản lý, ĐT	HMAT	Chưa ĐT
HOA KỲ (2004)	28,7 %	65,1 %	36,8 %	34,9 %
Anh	41,7 %	24,8 %	8 %	75,2 %
Đức	55,3 %	26,0 %	7 – 9 %	74,0 %

Tỷ lệ (%) những bệnh nhân THA được điều trị tại một số nước

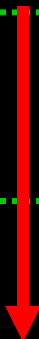
% điều trị



K Wolf-Maier et al., JAMA 2003, 289:2363-69

> 50 % chưa ĐT

TÌNH HÌNH QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ THA Ở NƯỚC TA

Tác giả	Tỷ lệ	Điều trị	HMAT	Chưa ĐT
Đặng Văn Chung (1960)	2,0 %			
Phạm Khuê - 1982	1,95 %			
Trần Đỗ Trinh (2001)	16,3 %	≈ 19,1 %		80,9 %
Phạm Gia Khải 2002 (Hà Nội)	23,2 %		≈ 2 %	76,8 %
Đặng Vạn Phước 2004- TPHCM	20,5 %	12,3 %		87,7%

Chẩn đoán, phân loại bệnh THA

Phân độ <i>(Hội TMQGVN 2006-2010)</i>	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)
HA tối ưu	< 120	< 80
HA bình thường	< 130	< 85
HA bình thường cao	130-139	85-89
Độ 1: tăng HA (nhẹ)	140 – 159	90 – 99
Độ 2: tăng HA (vừa)	160 – 179	100 – 109
Độ 3: tăng HA (nặng)	≥ 180	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	< 90

CHẨN ĐOÁN BỆNH THA

CHẨN ĐOÁN: *theo hướng dẫn Hội Tim mạch QGVN*

- **Thăm khám lâm sàng.**
- **Phương pháp đo HA tại cơ sở y tế:**

(1). Tư thế đo HA:

Bệnh nhân ngồi tĩnh trên ghế có tựa lưng trong 5 phút, tay kê ở mức ngang tim. Đo 2 lần, cách nhau 2 phút nếu có THA phải kiểm tra lại sau 2 tuần

(2). Chuẩn bị bệnh nhân:

Không uống cà phê 1 giờ, không hút thuốc 15 phút trước khi đo

Không sử dụng thuốc cường giao cảm, phòng ấm, yên lặng

(3). Trang bị: Máy đo huyết áp LPK2 - Nhật bản, có kiểm định 3 – 6 tháng 1/lần

(4). Phương pháp tiến hành:

XÉT NGHIỆM

CÁC XÉT NGHIỆM CƠ BẢN (Hội TMOGVN):

- ❖ **Xét nghiệm cơ bản: Đánh giá các yếu tố nguy cơ và tổn thương cơ quan đích.**
- ❖ **Xét nghiệm đặc biệt:**
 - ✓ SA tim, các ĐM ngoại vi: cảnh, đùi
 - ✓ Soi đáy mắt
 - ✓ CPR
 - ✓ Renin, Aldosterone, Corticosteroid, Catecholamin, CT bông, MRI não, ĐM chủ...

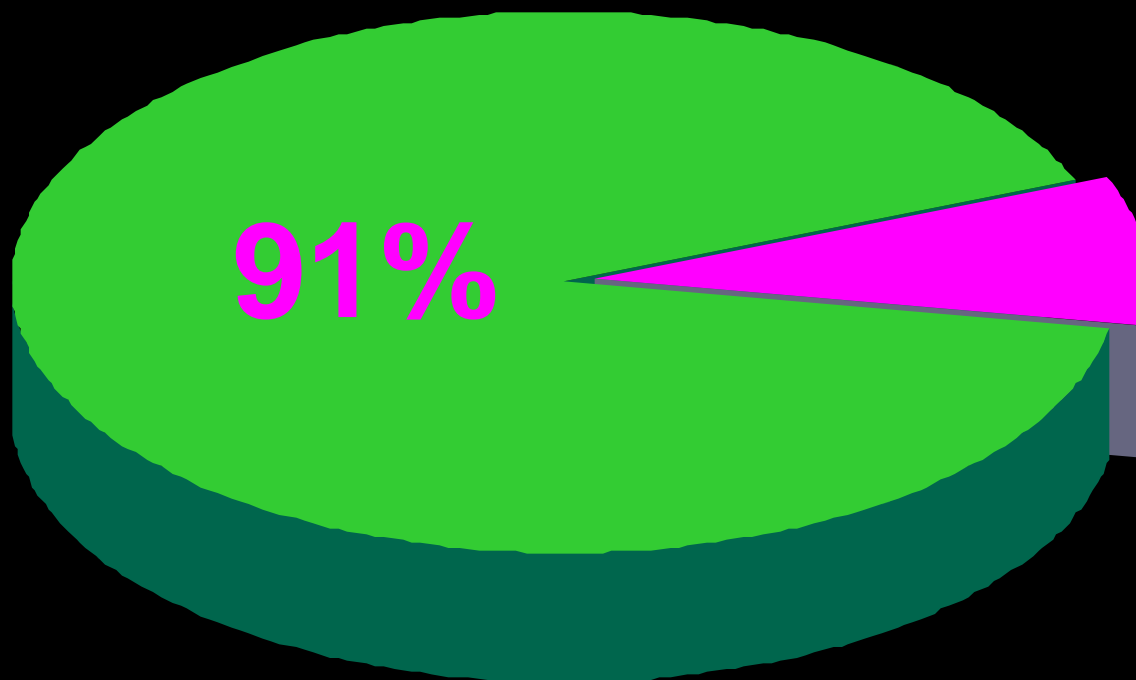
TỒN THƯƠNG CƠ QUAN ĐÍCH

TỒN THƯƠNG CƠ QUAN ĐÍCH: (Hội TMOGVN)

- **Tim:** phì đại thất trái, bệnh MV (SA – điện tim)
- **Não:** chụp CT, MRI
- **Thận:** protein niệu - suy thận (tăng creatinin)
- **ĐM:** SA thấy dày vách ĐM, mảng VXĐM, soi đáy mắt

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH TOÀN THỂ TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

91% BN tăng HA có ít nhất 1 YTNC



↑ Risk factors = ↑ Global CV risk

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH THA

CÁC YTNC KHÔNG THỂ THAY ĐỔI:

- ✓ Tuổi: cao.
- ✓ Giới tính: Nam > Nữ
- ✓ Yếu tố di truyền

CÁC YTNC CÓ THỂ THAY ĐỔI:

- HCCH
- Béo phì (BMI > 23)
- ĐTĐ
- Rối loạn Lipid máu
- Hút thuốc
- Ít vận động.
- Nhiều rượu, bia

ĐẠT HUYẾT ÁP MỤC TIÊU < 140/90 mmHg



ĐIỀU TRỊ

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ:

- **HAMT < 140/90 mmHg**
- **ĐTĐ: HA < 130/80 mmHg**
- **Bệnh thận: HA < 130/80 mmHg (PR > 1g - 125/75)**
- **Giảm tối đa tổng nguy cơ dài hạn của bệnh suất và tử suất tim mạch**

ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

1. **Ngừng hút thuốc lá**
2. **Hạn chế rượu, bia: < 30 ml ethanol/ngày
(< 720 ml bia, 300 ml rượu vang và 60 ml whisky)**
3. **Giảm cân**
4. **Tập thể dục: đều, ít nhất 30-45 phút mỗi ngày và
hết các ngày trong tuần.**
5. **Giảm mặn, tăng cường ăn rau, quả, giảm chất béo
toàn phần và chất béo bão hòa**

ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

ĐIỀU CHỈNH	KHUYẾN CÁO JNC VII	LÀM GIẢM HA
- Giảm cân	Duy trì trọng lượng cơ thể bình thường: (BMI 18.5 - 24.9).	5 -10 mmHg/10 kg cân nặng được giảm
- Tuân thủ ăn kiêng để giảm HA	Ăn nhiều trái cây, rau và các thực phẩm ít chất béo, giảm mỡ bão hòa, mỡ toàn phần.	8 - 14 mmHg
- Giảm muối ăn	Giảm Na ⁺ trong khẩu phần ăn < 100 mEq/l (2.4g Na ⁺ hay 6g NaCl)	2 - 8 mmHg

ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

ĐIỀU CHỈNH	KHUYẾN CÁO JNC VII	LÀM GIẢM HA
- Hoạt động thể lực	Hoạt động thể lực đều: Đi bộ nhanh (ít nhất 30 ph mỗi ngày, hầu hết các ngày trong tuần)	4 -9 mmHg
- Hạn chế số lượng rượu tiêu thụ hàng ngày	Uống rượu không quá 2 ly nhỏ mỗi ngày tương đương 30 ml ethanol 720 ml bia, 300 ml rượu hay 90 ml Whisky cho nam giới. Với nữ giới & người nhẹ cân: liều lượng rượu cần giảm chỉ còn một nửa.	2 - 4 mmHg

ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC

1. Các nhóm thuốc điều trị

2. Khuynh hướng điều trị hiện nay

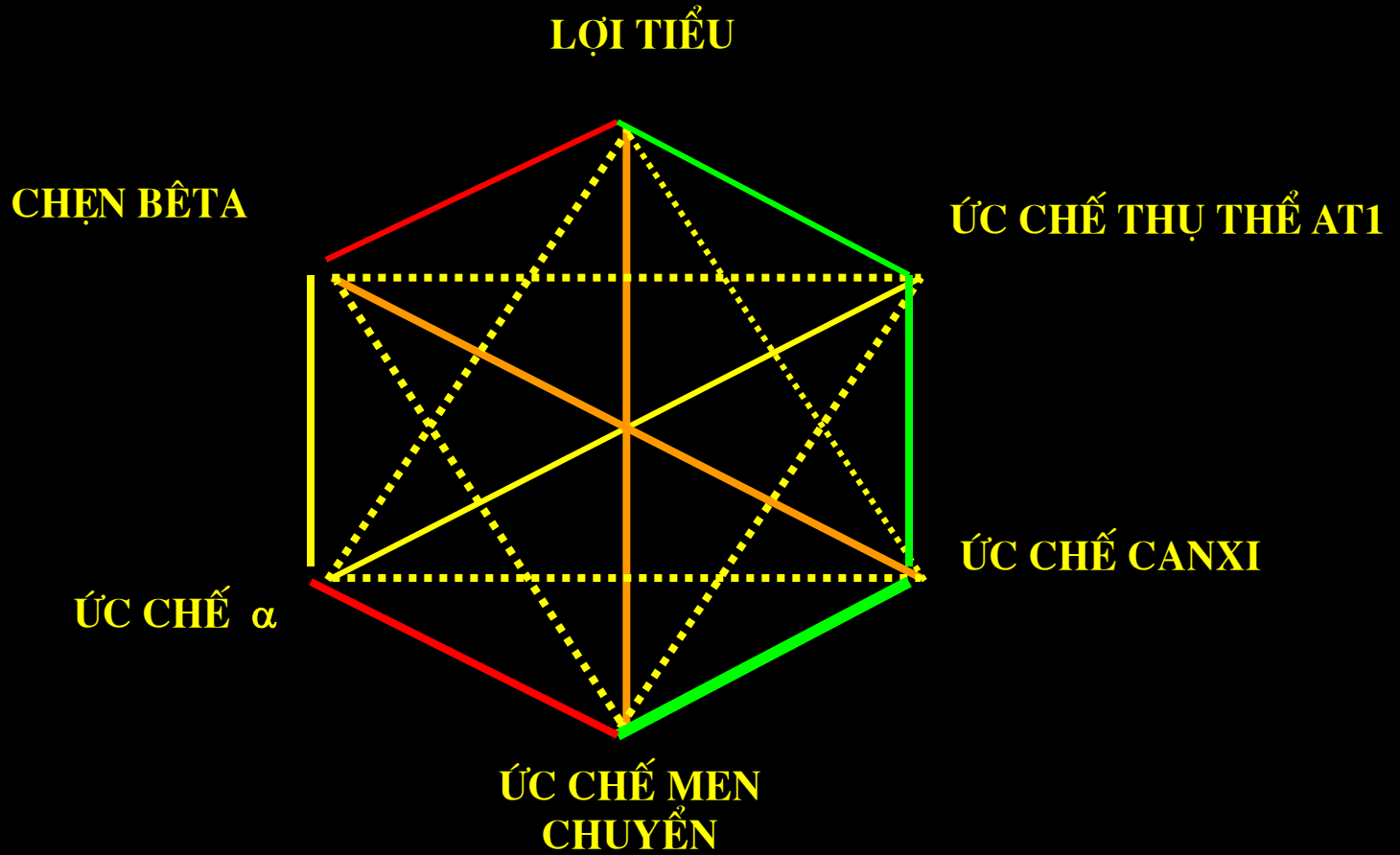
ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC

CÁC NHÓM THUỐC ĐIỀU TRỊ

- ❖ Lợi tiểu: hypothiazide, indapamide
- ❖ Thuốc chẹn beta giao cảm: atenolol, metoprolol
- ❖ Thuốc chẹn cả alpha và beta giao cảm: carvedilol
- ❖ Thuốc chẹn kênh calci: felodipine 5 mg, nifedipine chậm 20 mg, amlodipine, nicardipine
- ❖ Các thuốc tác động lên hệ R-A-A: UCMC và UCTT Angiotensin
- ❖ Thuốc tác động lên hệ giao cảm trung ương: metyl dopa (Dopegyt 250 mg).

ĐIỀU TRỊ

Phối hợp thuốc trong ĐT



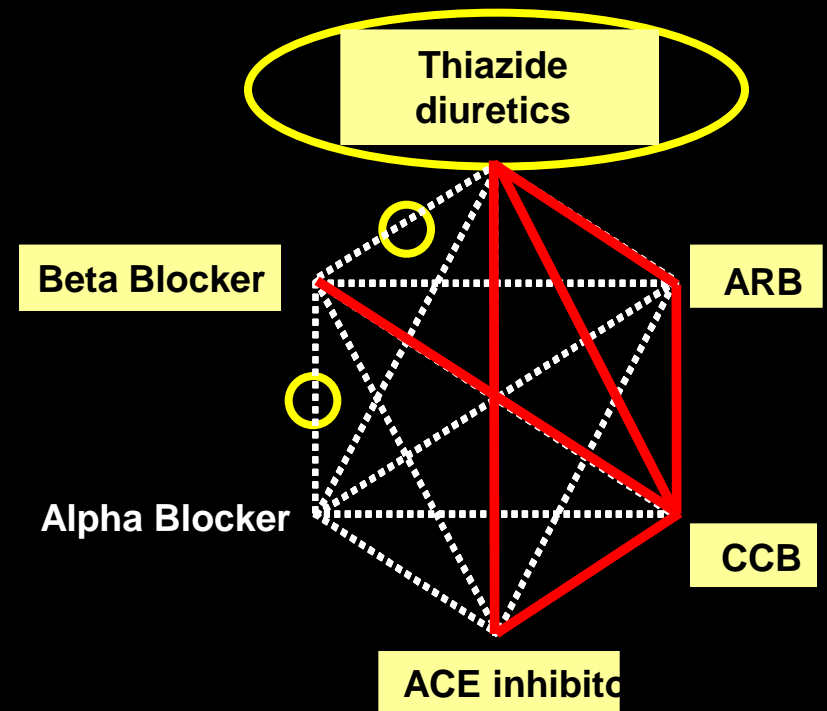
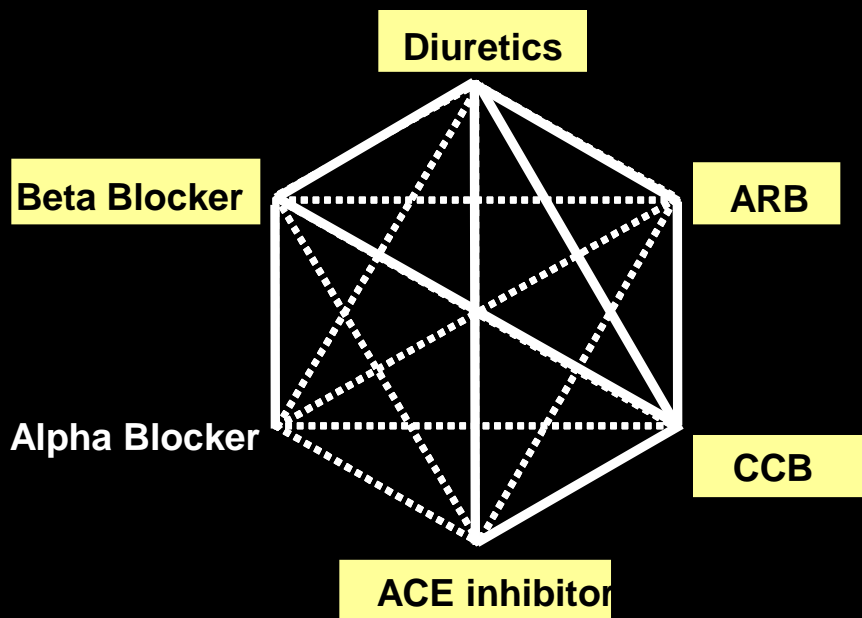
Khuyến cáo của Hội TMOGVN

Xu hướng thay đổi phối hợp thuốc trong điều trị THA

2003 ESH-ESC



2009 ESH-ESC




Lợi tiểu không được phối hợp ngay từ đầu

○ changes

XU HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

Xu hướng kết hợp điều trị thuốc THA

Recommendations of the Joint National Committee (JNC)

JNC I	JNC II	JNC III	JNC IV	JNC V	JNC VI	JNC VII	
1977	1980	1984	1988	1993	1997	2003	
Diuretics high dosages	Diuretics High dosages	Diuretics lower dosages or beta- blocking agents	Diuretics or β -Blocker or ACE-Inhibitors Or Ca-Antag.	Diuretics or β -Blocker or ACE-Inhibitors or Ca-Antag.. or α -Blocker or (α/β -Blocker) Titration of one substance recommended	More individualized therapy recommended Titration of one (Mono)- substance Low dose Combination therapy as an option	Focus on systolic Hypertension <u>HOT- Trial</u> : 70% of pts required Combination therapy Focus on Combination therapy	
<div data-bbox="175 1233 455 1305" style="background-color: blue; color: white; padding: 5px; display: inline-block;">Monotherapy</div>							<div data-bbox="1296 1210 1733 1361" style="background-color: blue; color: white; padding: 10px; display: inline-block;">Combination therapy</div>

ĐỐI TƯỢNG THAM GIA

- Bệnh nhân THA, theo tiêu chuẩn của Hội TMQGVN - 2010
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN

- 1. Phương tiện quản lý**
- 2. Phương pháp điều trị**
- 3. Đánh giá kết quả quản lý và điều trị**

PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN

1. PHƯƠNG TIỆN QUẢN LÝ:

Hồ sơ quản lý (theo hướng dẫn của HTMQGVN):

- **Bệnh án:** thủ tục hành chính, tiền sử, bệnh sử, YTNC, xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị, theo dõi, diễn biến của bệnh.
- **Sổ theo dõi tại nhà:** do bệnh nhân quản lý, có nhận xét của BS mỗi lần khám bệnh và những diễn biến của bệnh do người bệnh tự ghi chép lại.
- **Sổ hẹn khám bệnh:** theo dõi việc tái khám của bệnh nhân.
- **Giấy cam kết:** khám đúng hẹn, không bỏ điều trị ...

PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN

PHƯƠNG TIỆN QUẢN LÝ:

- **Đội ngũ nhân viên**
- **Máy đo huyết áp:**
 - Ở viện - máy đo HA thủy ngân
 - Ở nhà - máy đo HA điện tử OMRON
- **Nguồn thuốc cung ứng cho điều trị:**
 - BHYT và không BHYT
- **Các xét nghiệm thực hiện trong nghiên cứu:**

PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN

2. CÁCH THỨC QUẢN LÝ

■ Nguy cơ nhóm A và B:

- ✓ HbA1c cần đạt $< 140/90$ mmHg
- ✓ BN được tái khám sau 2 - 4 tuần khởi đầu điều trị, khi đạt HbA1c: tái khám 1 – 3 tháng
- ✓ Điều trị và kiểm soát các YTNK đi kèm

■ Nguy cơ nhóm C:

- ✓ HbA1c cần đạt $< 130/80$ mmHg. Nếu có suy thận với protein niệu $> 1g/24h$: $< 125/75$ mmHg
- ✓ BN tái khám sau 1-2 tuần khởi đầu điều trị, nếu có biến chứng: NMCT, TBMN, đau TNKỐĐ... nhập viện điều trị, khi ổn định: được tái khám sau 1-2 tháng
- ✓ Điều trị các YTNK đi kèm
- ✓ Điều trị các biến cố và TTCỐĐ đi kèm

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

CÁCH THỨC QUẢN LÝ

➤ Theo dõi diễn biến của bệnh, trị số HA:

Qua các lần khám bệnh, các xét nghiệm, trị số HA để hướng dẫn và điều chỉnh thuốc cho phù hợp...

➤ Theo dõi việc tuân thủ điều trị:

Khám đúng hẹn ? (=> nhắc nhở: gọi điện hoặc thư mời)

➤ Thực hiện đúng y lệnh:

Kiểm tra vỉ hoặc vỏ thuốc có chữ ký của nhân viên ở lần khám trước, kiểm tra việc tự theo dõi ở nhà (chỉ số HA, triệu chứng cơ năng ...)

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

CÁCH THỨC QUẢN LÝ:

❖ Theo dõi việc thay đổi nếp sống:

- ✓ Luyện tập, bỏ hút thuốc, bỏ uống nhiều rượu, bia ...
- ✓ BN tự đo và theo dõi HA tại nhà (máy OMRON) và ghi diễn biến của bệnh, chỉ số HA vào sổ theo dõi. Nếu cần liên hệ với nhân viên y tế qua số điện thoại 0903226929 hoặc tái khám ngay

=> Đánh giá hiệu quả điều trị, tác dụng phụ của thuốc, biến chứng của bệnh để điều chỉnh thuốc, thời gian tái khám cho phù hợp hoặc điều trị nội trú thông qua kết quả thăm khám, thông số xét nghiệm, thông tin - việc tự theo dõi của bệnh nhân

PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN

PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ:

- Theo hướng dẫn của Hội TMQG Việt Nam -2010
- Tư vấn trực tiếp:
 - Qua các lần khám bệnh tại Bệnh viện.
 - Thông qua buổi SHCLB điều trị bệnh THA (*mỗi quý/1 buổi*)
- Tư vấn gián tiếp:
 - Tài liệu hướng dẫn về nhận biết, cách phòng, theo dõi và điều trị bệnh THA, các YTNC tim mạch của Hội TMQG Việt Nam
 - Hướng dẫn BN cách tự đo và theo dõi HA tại nhà.

PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

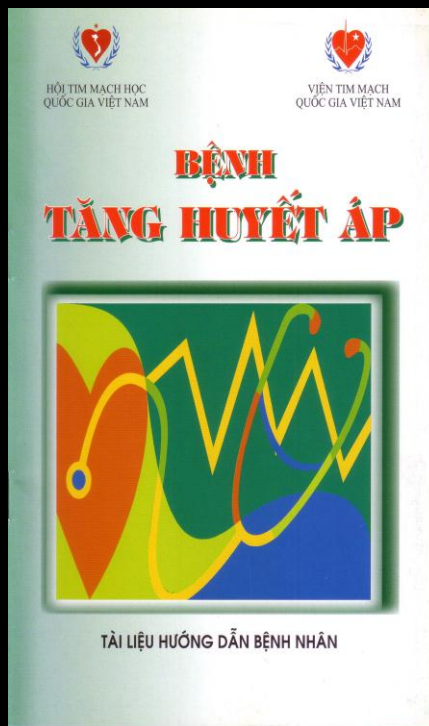


PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN GIÁO DỤC SỨC KHỎE



PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Tư vấn gián tiếp: Tài liệu tư vấn cho bệnh nhân



BỆNH VIỆN BẠCH MAI

VIỆN TIM MẠCH QUỐC GIA VIỆT NAM

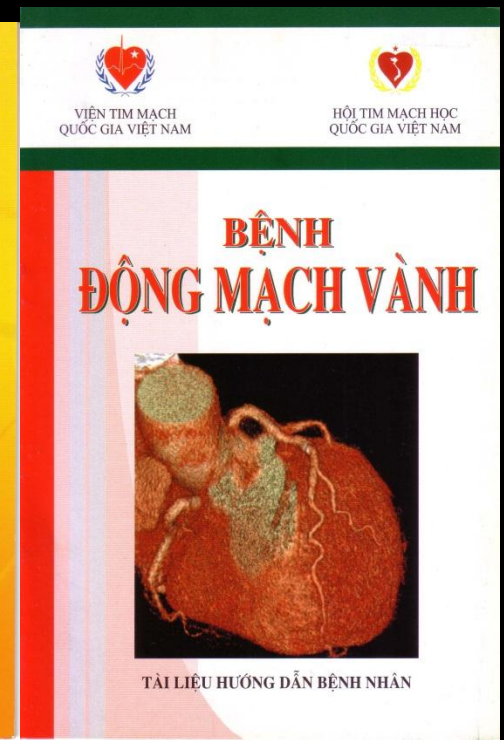
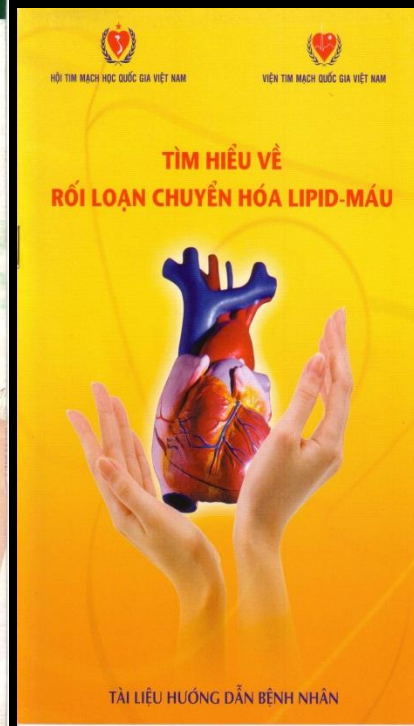
KHOA KHÁM BỆNH

TÀI LIỆU HƯỚNG DẪN DÀNH CHO BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

PHÂN LOẠI TĂNG HUYẾT ÁP THEO JNC VI - 1997

KHÁI NIỆM	HA TÂM THỤ (mmHg)		HA TÂM TRƯỞNG (mmHg)
HA TỐI LƯỢNG	< 120	VÀ	< 80
HA BÌNH THƯỜNG	< 130	VÀ	< 85
BÌNH THƯỜNG CAO	130 - 139	HOẶC	85 - 89
TĂNG HUYẾT ÁP			
GIAI ĐOẠN I	140 - 159	VÀ/HOẶC	90 - 99
GIAI ĐOẠN II	160 - 179	VÀ/HOẶC	100 - 109
GIAI ĐOẠN III	≥ 180	VÀ/HOẶC	≥ 110

- Website: Tanghuyetlap.com
- Email: info@Tanghuyetlap.com



THUỐC ĐIỀU TRỊ

Thuốc điều trị:

- *Nhóm lợi tiểu:* hypothiazide 25 mg, Furosemide 40 mg
- *Nhóm chặn kênh Canxi:* **felodipine 5 mg** (Plendil 5 mg, Plendil.plus), nifedipine T 20 mg, amlodipine 5 mg...
- *Nhóm chặn thụ thể beta:* **atenolol 50 mg, metoprolol CR/XL** (Betaloc.zok 25 – 50 mg)...
- *Nhóm ức chế men chuyển angiotensin:* enalapril 5mg, lisinopril 5mg , perindopril 4mg, imidapril 5mg
- *Nhóm ức chế thụ thể AT1:* telmisartan 40 mg, irbesartan 150 mg, losartan 50 mg, valsartan 80 - 160 mg

PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN

Đánh giá kết quả quản lý

- **Kết quả quản lý tốt:**
 - ✓ **B.nhân tái khám đúng hẹn**
 - ✓ **Không cần các biện pháp nhắc nhở (gọi điện hoặc gửi thư)**
- **Kết quả quản lý chưa tốt:**
 - ✓ **BN khám không đúng hẹn, có biện pháp nhắc nhở (gọi điện hoặc gửi thư)**
- **Kết quả quản lý thất bại:**

Bệnh nhân không tái khám, không liên hệ được với bệnh nhân, bệnh nhân bỏ điều trị.

PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN

Đánh giá kết quả điều trị:

■ Kết quả điều trị tốt:

- ✓ Đạt HAMT $\leq 140/90$ mmHg (nhóm A và B)
 $\leq 130/80$ mmHg (nhóm C hoặc kèm ĐTĐ)
- ✓ Giảm được tỷ lệ biến cố tim mạch

■ Kết quả điều trị chưa tốt:

- ✓ Không đạt HAMT

KẾT QUẢ & BÀN LUẬN



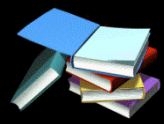


TỔNG SỐ ĐỐI TƯỢNG QUẢN LÝ

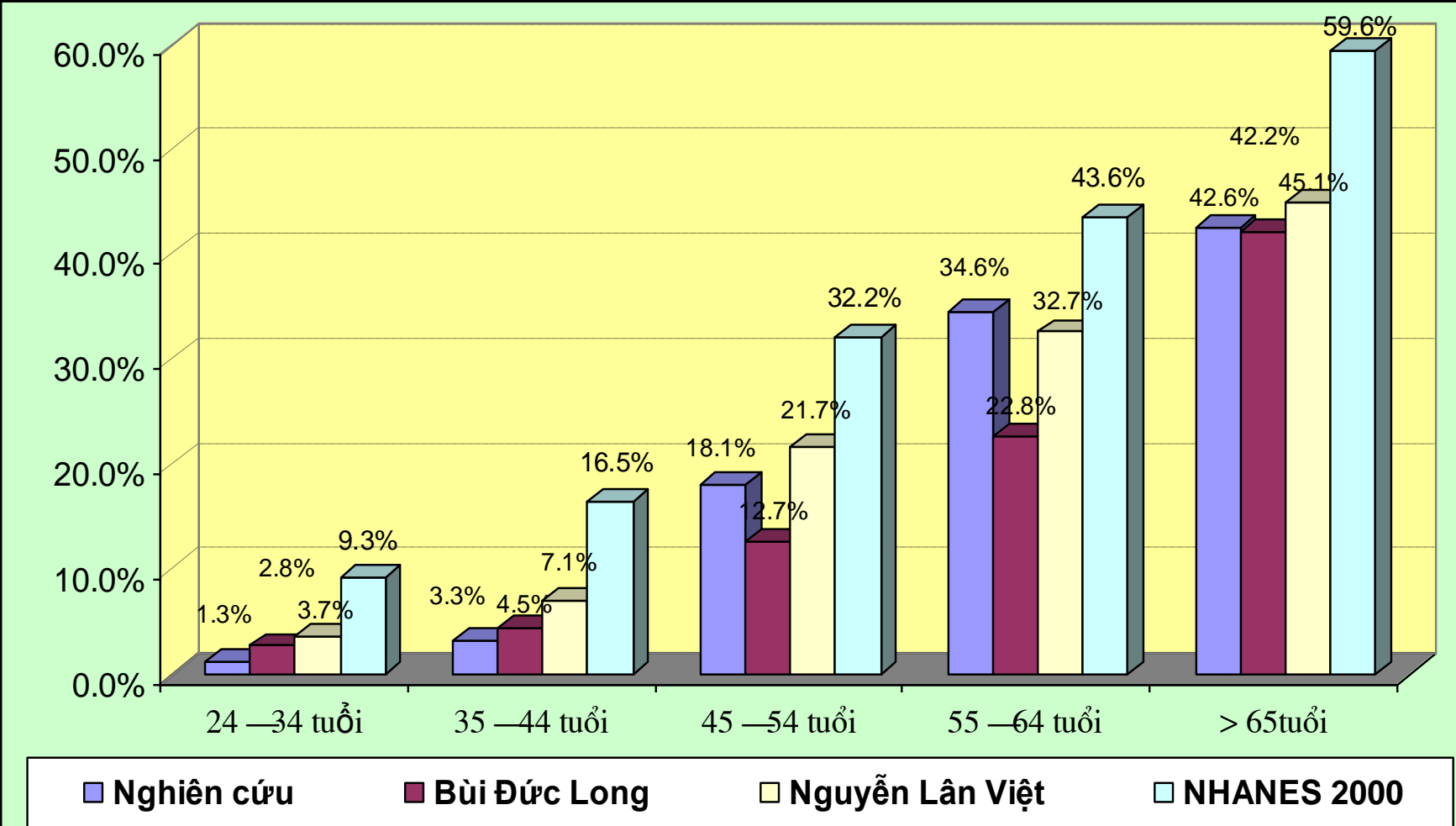
Bệnh viện	Cỡ mẫu
Bệnh viện Bạch Mai	5350
Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Bắc Giang	1542
10 Bệnh viện tuyến Huyện Tỉnh Bắc Giang	20.525
Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Hà Giang	16.412
Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Nam Định	3025
Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội	1.900
Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Hà Nam	1487
Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Điện Biên	1260
Bệnh viện Lão Khoa Quốc Gia	1245
Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ	750
Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Lạng Sơn	571
Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Yên Bái	313
Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Hoà Bình	120
Tổng số bệnh nhân quản lý tại BM và 22 bệnh viện Huyện	54.500

TUỔI

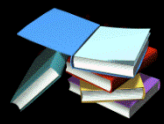
Thông số	Nam	Nữ	Tổng số
n	22.073	32.427	54.500
tỷ lệ %	40,5	59,5	100
Tuổi trung bình	60,7 ± 35,3		
Tuổi cao nhất	94		
Tuổi thấp nhất	25		



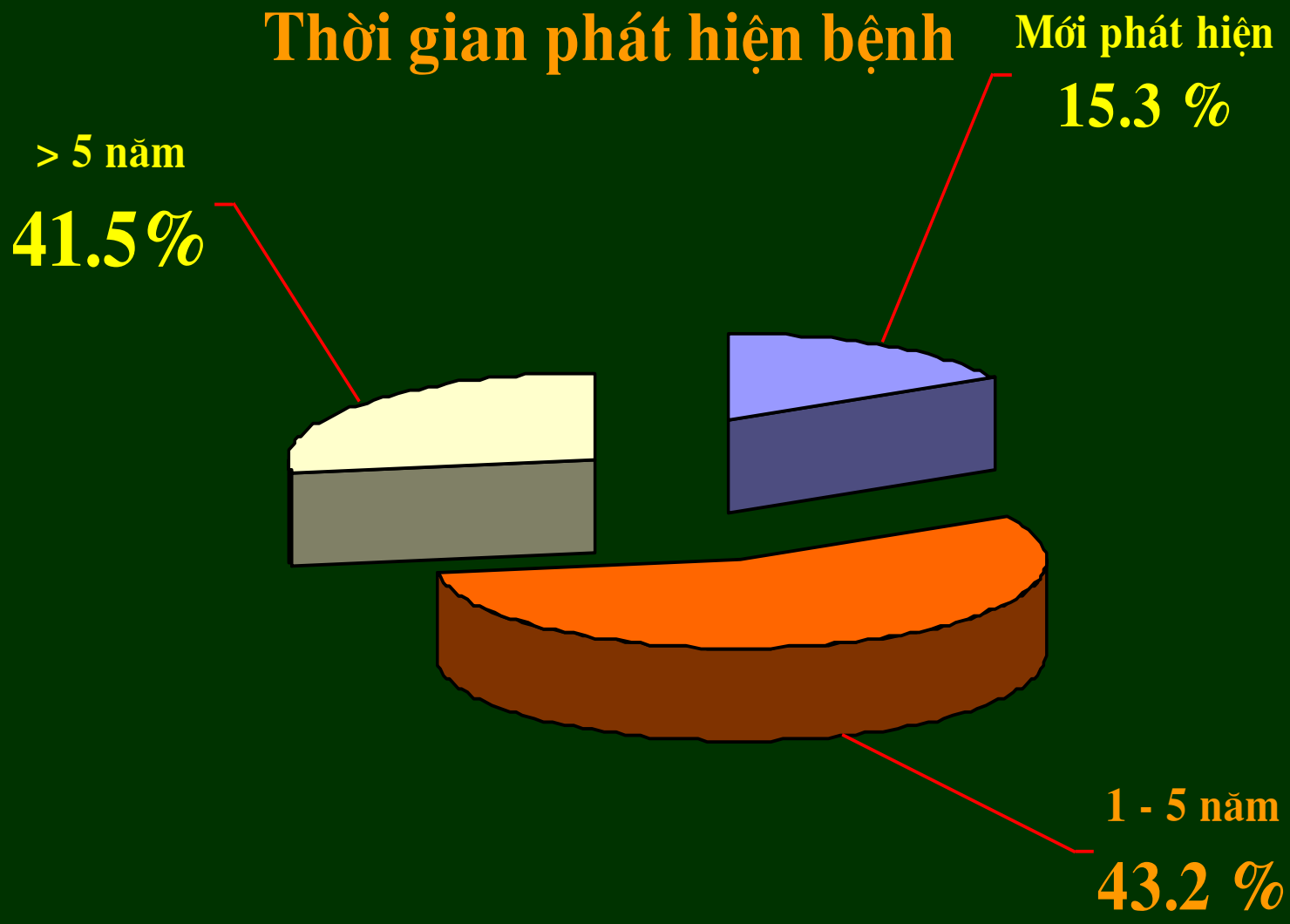
TUỔI

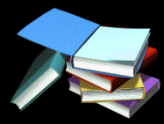


So sánh với một số nghiên cứu khác về phân bố lớp tuổi TIA



THỜI GIAN PHÁT HIỆN BỆNH





PHÂN ĐỘ THA

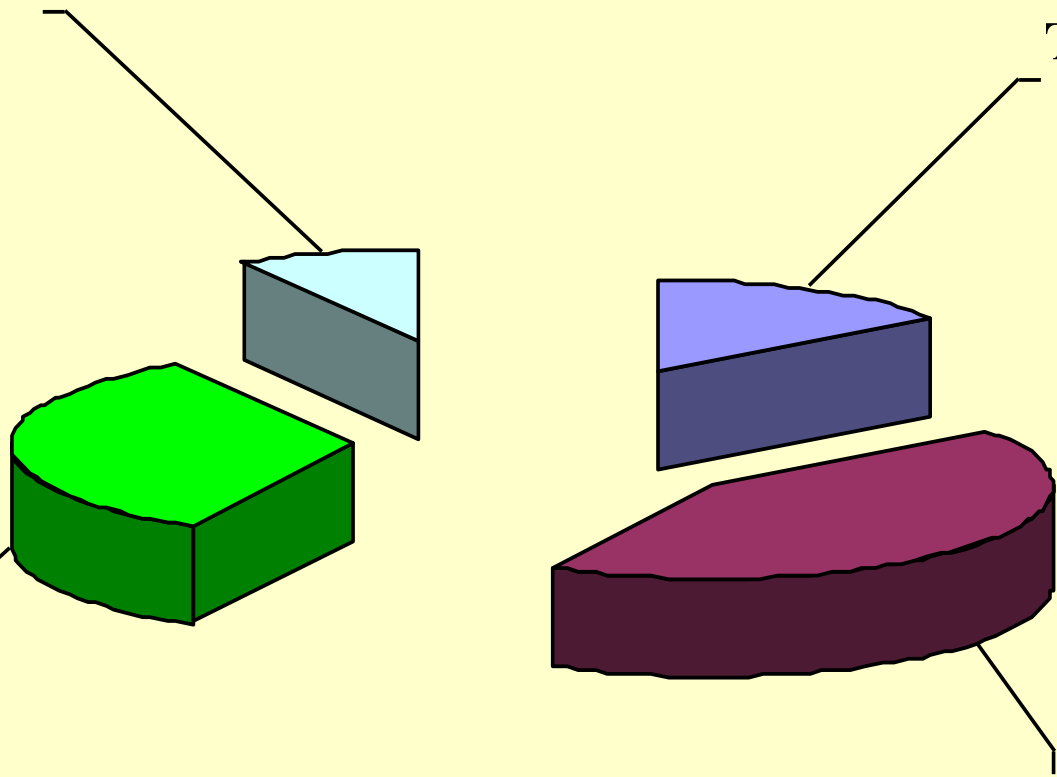
Đối tượng quản lý

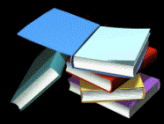
THA tâm thu
đơn độc
8.6%

THA Độ I
14.7%

THA Độ III
33.5%

THA Độ II
43.2%





YẾU TỐ NGUY CƠ & TTCQĐ

Yếu tố nguy cơ	n= 54.500	Tỷ lệ %
Rối loạn chuyển hoá lipid	15.914	29,2
Suy vành (đã và chưa can thiệp)	5.341	9,8
ĐT Đ	6.110	11,2
Thừa cân, béo phì (BMI > 23)	4.300	7,9
Tăng acid uric, gut	3.100	5,7
TBMN	2.780	5,1
Tổn thương thận (protein niệu; tăng creatinin máu)	4.196	7,7
Uống rượu, bia	10.682	19,6
Hút thuốc lá hoặc thuốc lào	12.807	23,5

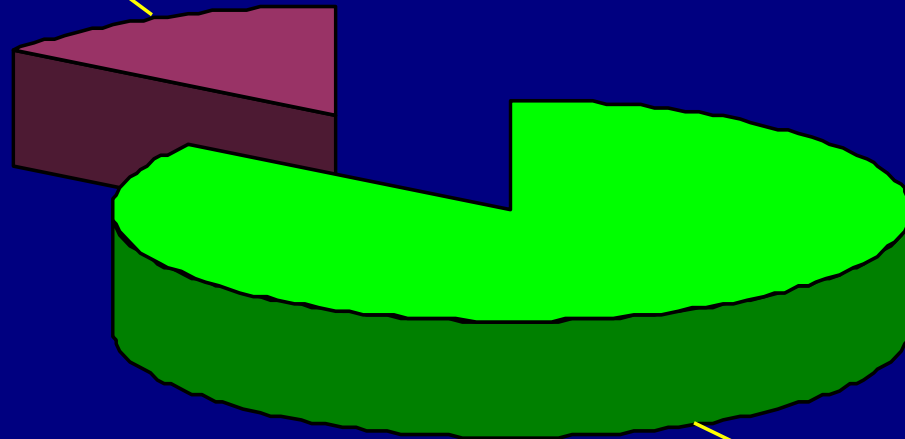
SO SÁNH YẾU TỐ NGUY CƠ & TTCQĐ

BC và YTNC	BM (%)	BG (%)	HG (%)	LK (%)	YB (%)	ĐB (%)	HN (%)	ND (%)	TN (%)
TBMN	11,4	8,6	31,5	0,9	0,25	2,5	2,2	1,6	12,1
SV	23,6		4,6	19,6	4,6	11,0	0,5	8,4	16,4
ST				3,0	3,7	5,0	0,7	6,3	2,3
Thận	22,6	19,2	2,6	24,1	17,4	2,1	0,3	2,2	14,9
ĐTD	16,4	3,7	1,3	45,7	2,0	1,7	5,9	1,0	9,7
RLLP	72,1	29,9	10,4	51,6	25,5	11,2	12,5	41,5	42,1
TC,BP	14,9			2,5	19,1	21,0	17,9	10,7	10,6
Hút thuốc	9,3	26,0	25,5	19,5	16,6	14,6	17,2	17,9	17,1
Uống rượu	12,1	12,3	17,7	2,4	27,4	17,3	10,9	6,7	21,3
n	5.350	22.067	16.412	1.245	313	1.260	1.487	3.025	1.900

KẾT QUẢ QUẢN LÝ TỐT

Cao nhất là 20,3 %, thấp nhất là 2,0 %

QUẢN LÝ
CHƯA TỐT,
14.90%



QUẢN LÝ
TỐT, 85.10%

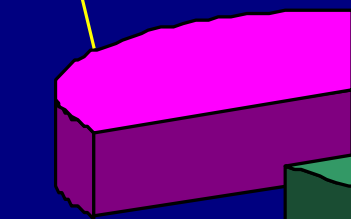
Cao nhất là 100 %, thấp nhất là 79,7 %

NGUYÊN NHÂN QUẢN LÝ CHƯA TỐT

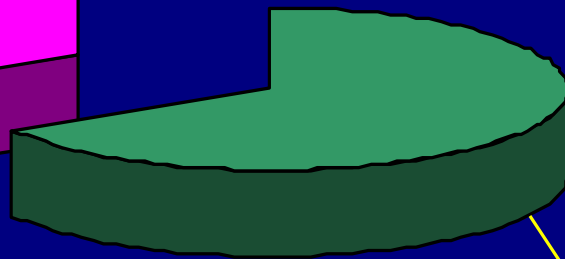
Nguyên nhân	n=8.120	Tỷ lệ %
Chưa nhận thức được	(4.831/8.120)	59,5
Điều trị nơi khác	(1.390/8.120)	17,1
Điều kiện khó khăn	(1.112/8.120)	13,7
Lý do khách quan khác	(787/8.120)	9,7
Cả nghiên cứu	8.120	100 %

TỶ LỆ ĐẠT HAMT

CHƯA ĐẠT
HAMT,
33.2 %

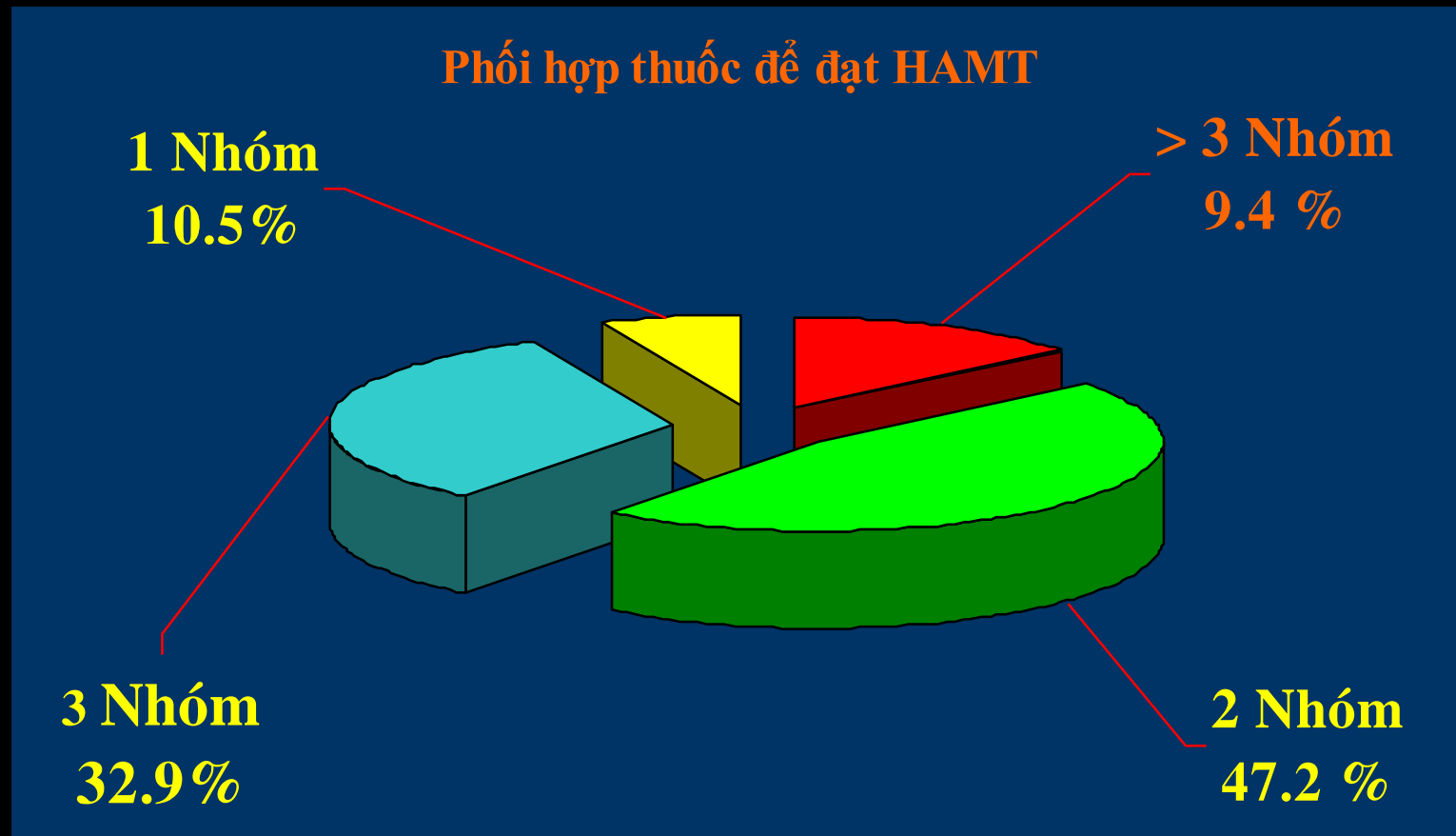


ĐẠT HAMT,
66.8 %



Cao nhất là 92 %, thấp nhất là 38,7 %

PHỐI HỢP THUỐC ĐỂ ĐẠT HAMT



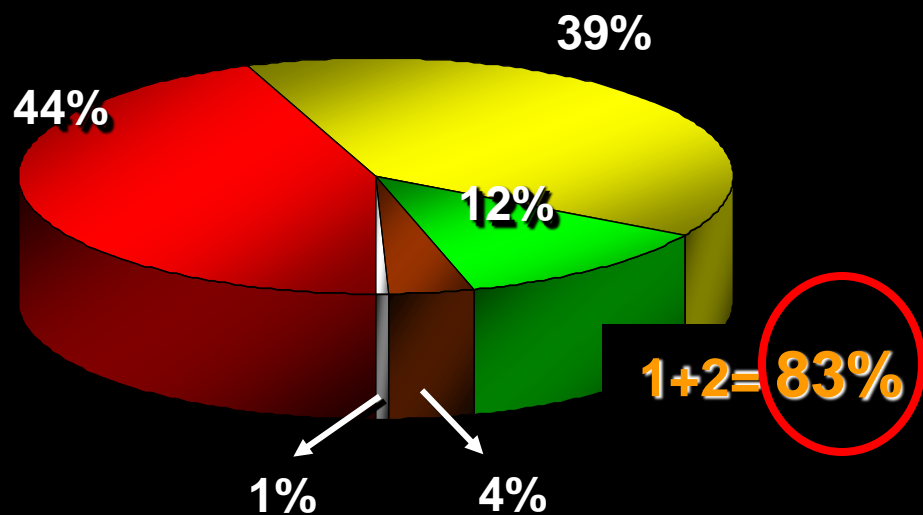
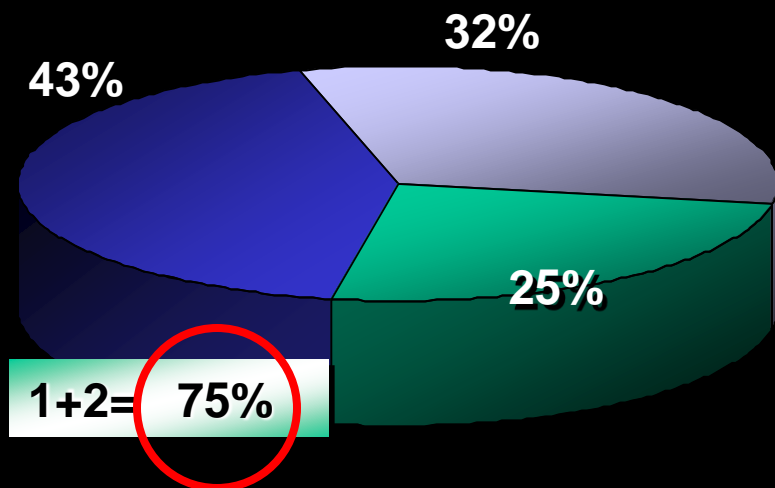
Đề tài cấp Bộ. BVBM năm 2012

Chứng cứ điều trị THA cho BN Châu Á

- **JIKEI ở Nhật # 3000 BN**
- **KYOTO ở Nhật #3000 BN**
- **STONE (Shanghai Trial Of Nifedipine in the Elderly):
1632 BN**
- **Syst-China (Systolic hypertension in China) : 2394 BN**
- **HOT China ở Trung Quốc: 53.040 BN**
- **FEVER ở Trung Quốc : 9.800 BN**

International HOT

HOT CHINA



Felodine 5mg

Felodipine 5mg + Low dose of other agents

Increase dose of Felodipine

1st step Plendil 5mg

2nd step Plendil 5mg+Betaloc 25mg Bid/Low dose of ACEI

3rd step Plendil 10mg+Betaloc 25mg Bid/ Low dose of ACEI

4th step Plendil 10mg+Betaloc 50mg Bid/ Low dose of ACEI

5th step Plendil 10mg+Betaloc 50mg Bid/ Low dose of ACEI + Low dose of other Anti-hypertensive drugs (β-blocker/ACEI)/ Diuretic

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN CHƯA ĐẠT HAMT

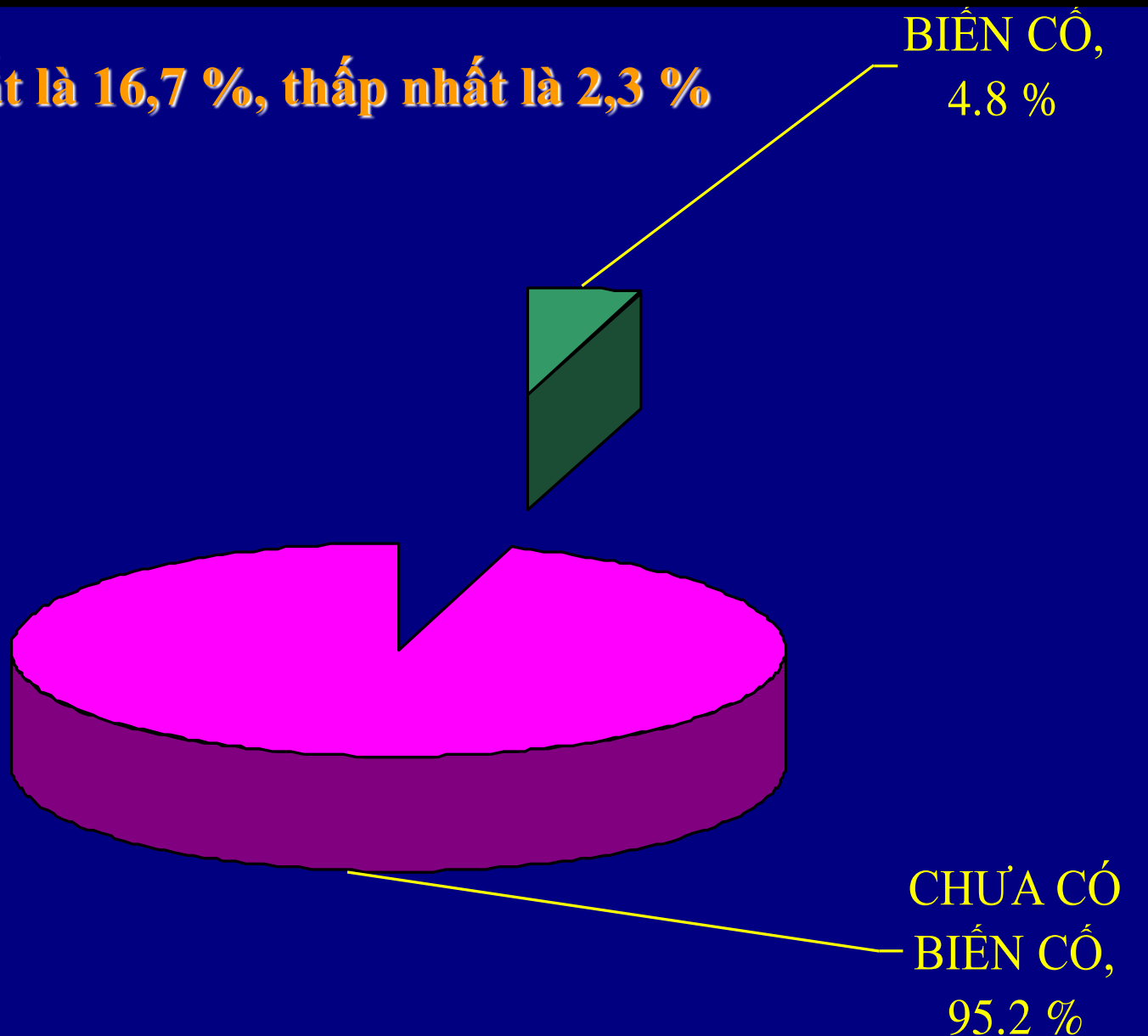
Đặc điểm	n=18.094	Tỷ lệ %
<i>Chưa tuân thủ điều trị</i>	8.120	44,8
Kháng trị	3.184	17,6
ĐTĐ	3.130	17,3
Hội chứng chuyển hoá	2.044	11,3
Biến chứng thận	1.791	9,9
Béo phì, thừa cân	1.646	9,1
Bệnh mạch vành	1.103	6,1
Bệnh phổi hợp khác	1.121	6,2

SO SÁNH TỶ LỆ ĐẠT HAMT

Tác giả	n	Tỷ lệ đạt HAMT
NHANES (2004)		36,8 %
<u>Ohta Y (2004)</u>	150	57%
<u>Jeong JY, (2007)</u>	482	34.4%
Nguyễn Lâm Việt (2006)	580	87,4%
<i>Nghiên cứu</i>	54.500	66,8 %

BIÊN CỐ PHẢI NHẬP VIỆN

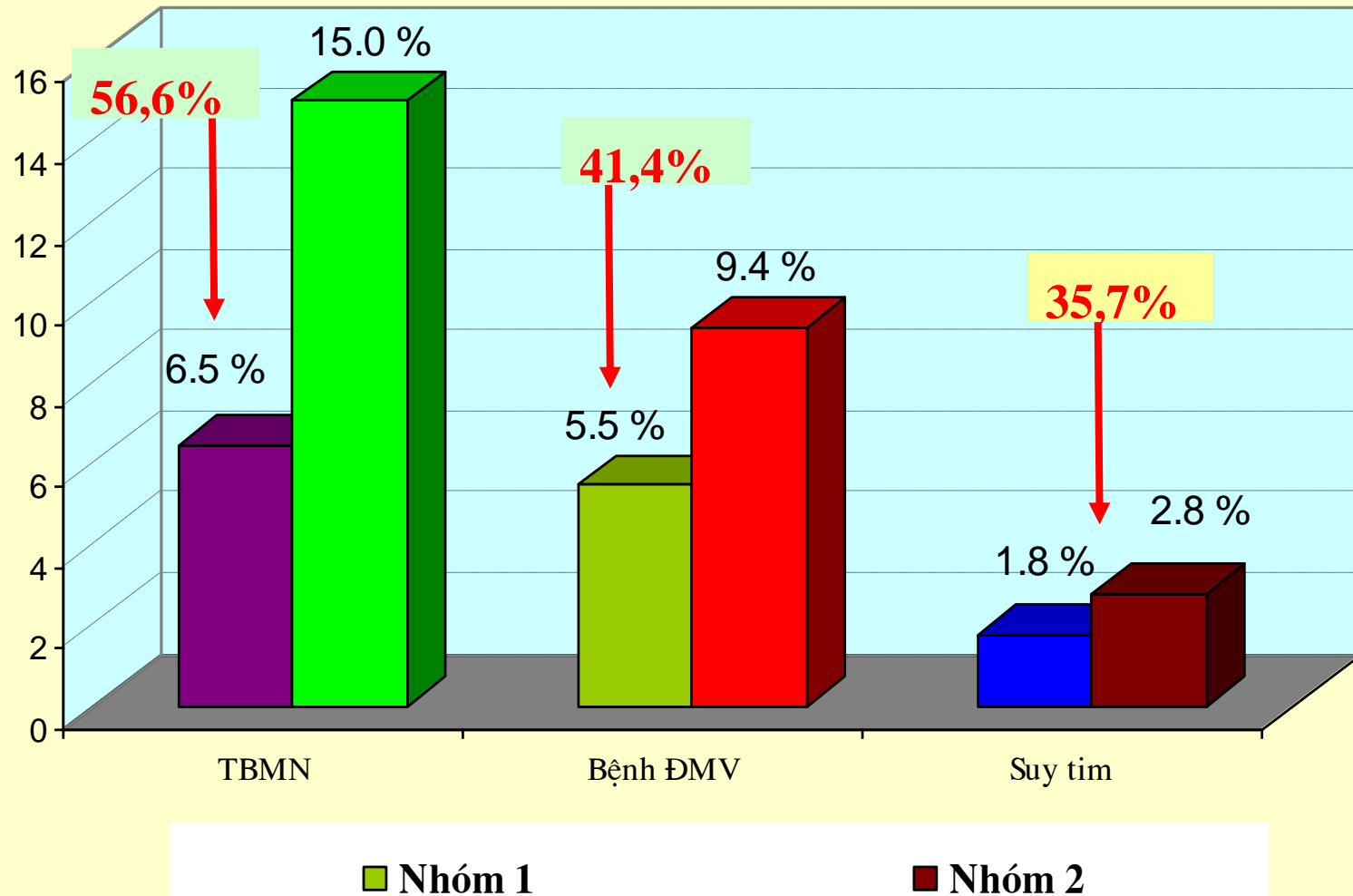
Cao nhất là 16,7 %, thấp nhất là 2,3 %



BIÊN CỐ,
4.8 %

CHƯA CÓ
BIÊN CỐ,
95.2 %

SO SÁNH TỶ LỆ GIẢM BIẾN CỔ SAU NC



Đề tài cấp Bộ. BVBM năm 2012

KẾT LUẬN

- 1. Đa số BN.THA đều có một hoặc nhiều YTNC: RLLP máu 29,2 %, ĐTĐ 11,2 %, thừa cân và béo phì 7,9 %, biến chứng thận 7,7 %, TBMN 5,1 %, bệnh mạch vành 9,8 %, hút thuốc 23,5 % và uống rượu, bia 19,6 %.**
- 2. 85,1 % số BN được quản lý tốt. 14,9 % số BN chưa được quản lý tốt, nguyên nhân chủ yếu là do chưa nhận thức đầy đủ về bệnh.**
- 3. Tỷ lệ đạt HAMT trong nhóm được quản lý tốt là 66,8 %. số bệnh nhân THA chưa đạt HAMT chiếm 33,2 %.**
- 4. Tỷ lệ BN.THA có biến cố phải nhập viện điều trị: TBMN, NMCT, cơn đau thắt ngực cả nghiên cứu là 4,8 %, đơn vị xuất hiện biến chứng cao nhất là 16,7 %, thấp nhất là 2,3 %.**

KIẾN NGHỊ

- Cần có chương trình tuyên truyền giáo dục sức khỏe rộng và đủ để nâng cao sự hiểu biết của người dân về bệnh THA. sớm phát hiện bệnh để điều trị.
- Nên xem xét xây dựng hệ thống quản lý, điều trị bệnh THA có kiểm soát rộng khắp tại các bệnh viện, cơ sở y tế địa phương bao gồm bệnh viện tuyến tỉnh, huyện và đến các trạm xá xã.
- Cần có sự phối hợp, hợp tác chặt chẽ giữa y tế và bảo hiểm y tế.

KIẾN NGHỊ

Tuyến trung ương

- Nghiên cứu.
- Quản lý, điều trị bệnh nhân nhóm C.
- Chỉ đạo tuyến.

Bệnh viện tỉnh, thành phố

- Quản lý, điều trị bệnh nhân nhóm B và nhóm C khi đã ổn định.
- Tư vấn, giáo dục
- Chỉ đạo y tế quận, huyện.

Bệnh viện quận, huyện

- Quản lý, điều trị bệnh nhân nhóm A và nhóm B khi đã ổn định.
- Tư vấn, giáo dục
- Chỉ đạo quản lý y tế xã/phường.

Trạm y tế phường/ xã

- Phát hiện sớm bệnh THA để quản lý, điều trị.
- Quản lý, điều trị bệnh nhân nhóm A.
- Giáo dục SK thường xuyên cho BN và cộng đồng để phát hiện sớm bệnh THA và tăng tỷ lệ BN.THA điều trị đúng.

ĐỀ XUẤT MÔ HÌNH QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP



CẢM ƠN SỰ CHÚ Ý LẮNG NGHE CỦA QUÝ ĐỒNG NGHIỆP !