

4. Al-Lamee R, Ielasi A, Latib A, et al. A. Incidence, predictors, management, immediate and long-term outcomes following grade III coronary perforation. JACC Cardiovasc Interv 2011;4:87-95.
5. Oda H, Oda M, Makiyama Y, et al. Guidewire-induced coronary artery perforation treated with transcatheter delivery of subcutaneous tissue. Catheter Cardiovasc Interv, 2005;66:369-374.
6. George S, Cotton J, Wrigley B. Guidewire-induced coronary perforation successfully treated with subcutaneous fat embolisation: A simple technique available to all. Catheter Cardiovasc Interv, 2015;86:1186-8.

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tăng huyết áp nằm viện tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tháp Mười

Huỳnh Ngọc Diệp*, Huỳnh Kim Phượng**

Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tháp Mười*, Bệnh viện Chợ Rẫy **

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Tăng huyết áp THA mang tính thời sự và là vấn đề sức khỏe toàn cầu. Tìm hiểu những yếu tố liên quan đến lý do nhập viện của bệnh nhân THA, đề ra các giải pháp can thiệp với mục tiêu: (1) Nghiên cứu lý do nhập viện. (2) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. (3) Đánh giá mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với lý do nhập viện của bệnh nhân.

Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu, mô tả cắt ngang.

Kết quả: (1) THA mới phát hiện 17,13%, (do khám sức khỏe 30,23%, do khám bệnh khác 53,49%, do biến cố tim mạch 16,28%). THA đang quản lý điều trị 82,87%, do biến cố tim mạch 30,05% (Đột quy: 13,46%, hội chứng mạch vành cấp (HCMV cấp): 9,62%, suy tim

cấp 6,97%), do triệu chứng của THA 56,73%, (chóng mặt 37,26%, nhức đầu 33,65%). (2) THA độ II (36,91%), THA độ III (34,64%). Các yếu tố nguy cơ (YTNC) tim mạch: Rối loạn lipid máu (72,31%); tuổi ở nam > 55, ở nữ > 65 (71,51%); ít vận động thể lực (40,04%); đái tháo đường (ĐTĐ) (38,84%); hút thuốc lá (25,5%); thừa cân (BMI ≥ 23) (24,9%); uống rượu (19,92%). Biến cố tim mạch 27,69%, (Đột quy 12,55%, HCMV cấp 9,36%, suy tim cấp 5,78%). Tổn thương cơ quan đích: Suy thận mạn (40,64%), tổn thương võng mạc (35,46%), dây thất trái (32,67%), bệnh mạch vành mạn (17,13%). Không tuân trị (76,2%). Sử dụng thuốc lợi tiểu (65,34%), ức chế men chuyển (UCMC) (61,13%), ức chế can-xi (UC can-xi) (34,46%). Đơn trị liệu (14,34%), phối hợp ≥ 3 loại thuốc (52,99%). Đạt HA mục tiêu

(67,53%).(3). Không tuân trị có huyết áp tâm thu (HATT) lúc vào viện ≥ 140 mmHg và huyết áp tâm trương (HA TTr) ≥ 90 mmHg cao hơn so với tuân trị, ($p < 0,05$). Không tuân trị có biến cố tim mạch cao hơn so với tuân trị (16,8% so với 83,2%), ($p < 0,05$). THA kèm rối loạn lipid máu, ĐTĐ, thừa cân (BMI > 23), ít hoạt động thể lực có biến cố tim mạch và tổn thương cơ quan đích (CQĐ) cao hơn, ($p < 0,05$).

Kết luận: THA mới phát hiện 17,13%, đa số phát hiện do khám bệnh khác. THA đang quản lý điều trị 82,87%, đa số nhập viện vì triệu chứng của THA. THA độ II, THA độ III chiếm đa số. Tổn thương CQĐ: Thường gặp suy thận mạn. Thuốc lợi tiểu, UCMC, UC can-xi thường được sử dụng. Phối hợp ≥ 3 loại thuốc chiếm tỷ lệ cao. Đạt HA mục tiêu (67,53%). Không tuân trị (76,2%). Không tuân trị có liên quan với chỉ số HA và biến cố tim mạch lúc nhập viện, ($p < 0,05$). Các YTNC tim mạch như rối loạn lipid máu, ĐTĐ, ít hoạt động thể lực, thừa cân (BMI > 23) có liên quan với biến cố tim mạch và tổn thương CQĐ, ($p < 0,05$)

Từ khóa: Tăng huyết áp (THA), Huyết áp tâm thu (HATT), Huyết áp tâm trương (HST-Tr).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh THA là bệnh phổ biến, tăng rất nhanh, tử vong hàng đầu, trở thành đại dịch, mang tính thời sự và là vấn đề sức khỏe toàn cầu. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

1. Nghiên cứu lý do nhập viện của bệnh nhân THA nằm viện tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tháp Mười.

2. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân.

3. Đánh giá mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với lý do nhập viện của bệnh nhân.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 502 bệnh nhân THA điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tháp Mười.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân THA nhập viện

- Tiêu chuẩn loại ra: Những bệnh nhân THA kèm theo các bệnh nhiễm trùng cấp tính, hoặc kèm theo các bệnh lý ngoại khoa

Phương pháp nghiên cứu

Tiền cứu, mô tả cắt ngang

KẾT QUẢ

Đặc điểm lý do vào viện

Bảng 1. Đặc điểm lý do vào viện

Lý do vào viện	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tăng HA mới phát hiện	86	17.13
Đang quản lý điều trị	416	82.87
Tổng cộng	502	100

Đặc điểm lý do vào viện nhóm THA mới phát hiện

Bảng 2. Đặc điểm lý do vào viện nhóm THA mới phát hiện

Lý do vào viện	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe	26	30.23
Phát hiện do khám bệnh khác	46	53.49
Biến cố tim mạch	14	16.28
Đột quy	7	
HC mạch vành cấp	7	
Tổng cộng	86	100

Đặc điểm lý do vào viện nhóm THA đang quản lý điều trị

Bảng 3. Đặc điểm lý do vào viện nhóm THA đang quản lý điều trị

Lý do vào viện	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có biến cố tim mạch	125	30.05
-Đột quy	56	13,46t
-HC mạch vành cấp	40	9,62
-Suy tim cấp	29	6,97
Không biến cố tim mạch		
-Có triệu chứng cơ năng do THA	291	69.95
-Tác dụng phụ thuốc hạ áp	236	56,73
	55	13,22
Tổng cộng	416	100

Đặc điểm triệu chứng cơ năng do THA

Bảng 4. Đặc điểm triệu chứng cơ năng do THA

Lý do vào viện	Số lượng (n = 416)	Tỷ lệ (%)
Chóng mặt	155	37,26
Nhức đầu	140	33,65

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm chỉ số HA lúc vào viện

Bảng 5. Đặc điểm chỉ số HA lúc vào viện

Tăng huyết áp	THA mới phát hiện n = 86		THA đang quản lý điều trị n = 399		Cộng n = 485	
	SL	%	SL	%	SL	%
Độ I	27	31.40	111	27.82	138	28,45
Độ II	37	43.02	142	35.59	179	36,91
Độ III	22	25.58	146	36.59	168	34,64

Bảng 9. Phân tầng nguy cơ THA

Những YTNC, TTCQĐ, bệnh cảnh lâm sàng	HA bình thường n = 15(%)	HA bình thường cao n = 2(%)	THA độ I n = 138(%)	THA độ II n = 179(%)	THA độ III n = 168(%)
- Không YTNC	0	0	8(5,8)	2(1,12)	4(2,38)
- 1 đến 2 YTNC	1(6,67)	1(50)	58(42,03)	76(42,46)	66(39,28)
- ≥ 3 YTNC hoặc TTCQĐ, ĐTĐ	15(100)	2(100)	122(88,41)	174 (97,21)	164(97,62)
- Biến cố, BTM, bệnh thận mạn	12(80)	2(100)	87(63,04)	102(56,98)	114(67,86)

Đặc điểm yếu tố nguy cơ tim mạch

Bảng 6. Đặc điểm yếu tố nguy cơ tim mạch

Đặc điểm	Số lượng n = 502	Tỷ lệ %
Tuổi Nam ≥55, Nữ ≥65	359	71.51
Rối loạn lipid máu	363	72.31
Đái tháo đường	195	38.84
Ít hoạt động thể lực	201	40.04
Thừa cân (BMI ≥23)	125	24.90
Hút thuốc lá	128	25.50
Uống rượu	100	19.92

Đặc điểm biến cố tim mạch và tổn thương CQĐ

Đặc điểm biến cố tim mạch

Bảng 7. Đặc điểm biến cố tim mạch

Biến cố tim mạch	Số lượng n = 502	Tỷ lệ %
-Đột quy	63	12.55
-HC mạch vành cấp	47	9.36
-Suy tim cấp	29	5.78
Tổng cộng	139	27.69

Tổn thương cơ quan đích

Bảng 8. Tổn thương cơ quan đích

Cơ quan đích	Số Lượng n = 502	%
Suy thận mạn	204	40.64
Tổn thương võng mạc	178	35.46
Dây thất T	164	32.67
Bệnh mạch vành mạn	86	17.13

Phân tầng nguy cơ THA

Đặc điểm điều trị

Các nhóm thuốc đang dùng

Bảng 10. Các nhóm thuốc đang dùng

Đặc điểm	n = 502	Tỷ lệ (%)
Lợi tiểu	328	65,34
Ức chế men chuyển	327	65,13
Dãn mạch	292	58,17
Ức chế can-xi	173	34,46
Ức chế bê-ta	140	27,88
Ức chế thụ thể	75	14,94

Số loại thuốc đang dùng

Bảng 11. Số loại thuốc đang dùng

Đặc điểm	n = 502	Tỷ lệ (%)
1 loại	72	14,34
2 loại	164	32,67
≥3 loại	266	52,99

Đặc điểm tuân thủ điều trị

Bảng 12. Đặc điểm tuân thủ điều trị

Đặc điểm	Số lượng n = 416	Tỷ lệ%
Tuân thủ điều trị	99	23.80
Không tuân thủ điều trị	317	76.20

Đặc điểm không tuân thủ điều trị

Bảng 13. Đặc điểm không tuân thủ điều trị

Đặc điểm	Số lượng n = 317	Tỷ lệ %
Không tái khám và dùng thuốc không đúng	250	78.86
Không điều chỉnh lối sống	235	74.13

Đặc điểm không tuân thủ điều trị theo nơi cư ngụ

Bảng 14. Đặc điểm không tuân thủ điều trị theo nơi cư ngụ

Nơi cư ngụ	Tuân thủ điều trị		P
	Có n = 99(%)	Không n = 317(%)	
-Thị trấn và các xã lân cận	55 (55,56)	135 (42,59)	0,024
-Các xã vùng sâu	44 (44,44)	182 (57,41)	

Kết quả điều trị

Bảng 15. Đặc điểm kết quả điều trị

Kết quả	n = 502	Tỷ lệ (%)
Đạt HA mục tiêu	339	67,53
Không đạt HA mục tiêu	163	32,47

Liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng với lý do nhập viện

Liên quan giữa tuân thủ điều trị với chỉ số huyết áp lúc vào viện

Bảng 16. Liên quan giữa tuân thủ điều trị với chỉ số huyết áp tâm thu (HATT) lúc vào viện

TTĐT \ HATT	HATT < 140		HATT ≥ 140		P
	SL	%	SL	%	
Tuân thủ	10	58.82	89	22.31	0.001
Không tuân thủ	7	41.18	310	77.69	

Bảng 17. Liên quan giữa tuân thủ điều trị với chỉ số huyết áp tâm trương (HATTr) lúc vào viện

TTĐT \ HATTr	HATTr < 90		HATTr ≥ 90		P
	SL	%	SL	%	
Tuân thủ	50	35.46	49	17.82	0.0001
Không tuân thủ	91	64.54	226	82.18	

Liên quan giữa tuân thủ điều trị với biến cố tim mạch (BCTM)

Bảng 18. Liên quan giữa tuân thủ điều trị với biến cố tim mạch

TTĐT \ BCTM	Có BCTM n = 125		Không n = 291		P
	SL	%	SL	%	
Tuân thủ	21	16.80	78	26.80	0,028
Không tuân thủ	104	83.20	213	73.20	

Liên quan giữa các yếu tố nguy cơ tim mạch với các biến cố tim mạch và tổn thương cơ quan đích

Bảng 19. Liên quan giữa các yếu tố nguy cơ tim mạch với các biến cố tim mạch

Yếu tố nguy cơ	Biến cố tim mạch				p
	Có n = 139		Không n = 363		
	n	%	n	%	
Tuổi Nam ≥ 55, Nữ ≥ 65	107	76.98	252	69.42	0.093
Rối loạn lipid máu	113	81.29	250	68.87	0.005
Đái tháo đường	76	54.68	119	32.78	0.00001
Ít hoạt động thể lực	100	71.94	101	27.82	0.00001
Thừa cân (BMI ≥ 23)	58	41.73	67	18.46	0.00001
Hút thuốc lá	53	38.13	75	20.66	0.00001
Uống rượu	50	35.97	50	13.77	0.00001
Tuổi Nam ≥ 55, Nữ ≥ 65	298	74.50	61	59.80	0.003
Rối loạn lipid máu	299	74.75	64	62.75	0.016
Đái tháo đường	164	41.00	31	30.39	0.050
Ít hoạt động thể lực	169	42.25	32	31.37	0.045
Thừa cân (BMI ≥ 23)	111	27.75	14	13.73	0.003
Hút thuốc lá	104	26.00	24	23.53	0.609
Uống rượu	81	20.25	19	18.63	0.714

BÀN LUẬN

Nghiên cứu lý do nhập viện

THA mới phát hiện (17,13%), thấp hơn Châu Minh Đức, Đồng Tháp (2013) (25,14%)^[3], Đôn Thị Thanh Thủy, Cấp cứu Trưng Vương (2013) (20,98%)^[9] có lẽ do Tháp Mười đã triển khai Chương trình quốc gia phòng chống THA, đã tiến hành tầm soát THA trong cộng đồng nên tỷ lệ THA mới phát hiện thấp hơn các nghiên cứu khác.

THA đang quản lý điều trị (82,87%), nhập viện vì biến cố tim mạch (30,05%), thấp hơn Tô Thị Mai Hoa, Bắc Ninh (2012)^[5], có phải chăng do hiệu quả của Chương trình quốc gia phòng chống THA. Triệu chứng cơ năng của THA thường gặp là chóng mặt và nhức đầu, phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Hoàng, Long An (2010)^[6], Nguyễn Minh Tâm ở Tiền Giang^[8].

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tăng huyết áp độ II, độ III chiếm đa số, phù hợp với các nghiên cứu của Đôn Thị Thanh Thủy, Cấp cứu Trưng Vương (2013)^[9], Tô Thị Mai Hoa Bắc Ninh (2012)^[9] THA độ II,III chiếm đa số.

Tần suất các YTNC tim mạch như tuổi nam ≥ 55, nữ ≥ 65; hút thuốc lá; uống rượu; ĐTĐ; ít hoạt động thể lực; rối loạn lipid máu; thừa cân béo phì...phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước như Châu Minh Đức, Đồng Tháp (2013)^[3], Viên Văn Đoàn (2014)^[2], Nguyễn Văn Hoàng, Long An (2010)^[6], Dwivedi S và CS^[14].

Tần suất các biến cố tim mạch như đột quỵ (12,55%) thấp David O. Wiebers (22,2%); HCMV cấp (9,36%), thấp hơn Tô Thị Mai Hoa (17,98%)^[5]; Suy tim cấp (5,78%) tương đương với nghiên cứu của Tô Thị Mai Hoa (4,4%)^[5],

có phải chăng là do hiệu quả của Chương trình quốc gia phòng chống THA.

Suy thận mạn chiếm tỷ lệ cao nhất trong các tổn thương CQĐ (40.64%), phù hợp với Trần Minh Giao (2006)^[4], Bệnh viện Nhân dân Gia Định (49,2%).

Đa số bệnh nhân THA nhập viện với nguy cơ cao và rất cao. Điều này có ý nghĩa trong thực hành, giúp đánh giá hiệu quả công tác quản lý, điều trị và tiên lượng bệnh.

Các nhóm thuốc THA thường sử dụng: Ức chế men chuyển (65,13%), ức chế Canxi (34,46%), phù hợp với kết quả của Đôn Thị Thanh Thủy^[9] và Trần Minh Giao^[4]. Lợi tiểu (65,34%) cao hơn các nghiên cứu của Đôn Thị Thanh Thủy^[9] và Trần Minh Giao^[4] vì chúng tôi áp dụng phác đồ hướng dẫn của Bộ y tế (2010) và các khuyến cáo mới, thuốc lợi tiểu vẫn là thuốc được chọn lựa đầu tiên.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, đơn trị liệu chiếm tỷ lệ thấp, sử dụng từ 3 loại thuốc trở lên tỷ lệ cao (52,99%) vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa số có phân tầng nguy cơ cao và rất cao.

Tỷ lệ không tuân trị (76.20%), phù hợp với nghiên cứu của Bùi Thị Mai Tranh TP. Hồ Chí Minh (2012) tỷ lệ này là 75%^[10]. Do đó vấn đề tư vấn, tuyên truyền giáo dục sức khỏe về bệnh THA cần được quan tâm.

Tỷ lệ không tái khám và dùng thuốc không đúng (78,86%), không điều chỉnh lối sống (74,13%), phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Nành ở Cần Thơ (2011)^[7] và Bùi Thị Mai Tranh TP. Hồ Chí Minh^[10]

Tỷ lệ bệnh nhân không tuân thủ điều trị ở các xã vùng sâu (57,41%) cao hơn vùng trung tâm thị trấn (42,59%), với ($p < 0,05$). Điều này có ý nghĩa trong tư vấn cần quan tâm những đối

tượng bệnh nhân vùng sâu vùng xa.

Kết quả đạt HA mục tiêu (67,53%), phù hợp với Đôn Thị Thanh Thủy (2013)^[9], Nguyễn Văn Đoan (2014)^[2].

Đánh giá mối liên quan

Bệnh nhân không tuân trị có chỉ số HATT và HATT_r lúc nhập viện cao hơn so với bệnh nhân tuân trị, ($p < 0,05$). Bệnh nhân không tuân trị có biến cố tim mạch lúc nhập viện cao hơn so với bệnh nhân tuân trị, ($p < 0,05$). Do đó công tác tư vấn giáo dục sức khỏe về THA có vai trò quan trọng. Tỷ lệ các biến cố tim mạch gia tăng ở bệnh THA có kèm các yếu tố nguy cơ tim mạch như rối loạn lipid máu, đái tháo đường, ít vận động thể lực, thừa cân, hút thuốc lá, ($p < 0,05$). Tỷ lệ tổn thương cơ quan đích gia tăng ở bệnh nhân THA có kèm các yếu tố nguy cơ tim mạch như tuổi nam ≥ 55 , nữ ≥ 65 ; rối loạn lipid máu; đái tháo đường; ít hoạt động thể lực, ($p < 0,05$). Do đó trong điều trị THA, ngoài vấn đề kiểm soát HA mục tiêu còn phải chú ý điều chỉnh các yếu tố nguy cơ tim mạch.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu lý do nhập viện

THA mới phát hiện (17,13%), (đa số phát hiện do khám bệnh khác, hoặc do khám sức khỏe định kỳ hay biến cố tim mạch). THA đang quản lý điều trị (82,87%), (đa số nhập viện vì triệu chứng cơ năng do THA và biến cố tim mạch).

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bệnh nhân nhập viện vì THA độ II và THA độ III chiếm đa số. Các yếu tố YTNM tim mạch: Rối loạn lipid máu; tuổi nam ≥ 55 , nữ ≥ 65 ; ĐTĐ; ít hoạt động thể lực chiếm tỷ lệ cao. Các biến cố tim mạch thường gặp là đột quỵ, HCMV cấp, suy tim cấp. Tổn thương cơ quan đích

thường gặp là suy thận mạn, tổn thương võng mạc, dây thất trái, bệnh mạch vành mạn. Đa số bệnh nhân THA nhập viện có phân tầng nguy cơ cao và rất cao. Bệnh nhân không tuân trị chiếm tỷ lệ cao (76,20%). Bệnh nhân vùng sâu, vùng xa tuân trị kém hơn bệnh nhân vùng trung tâm thị trấn. Trong điều trị THA, thuốc lợi tiểu, UCMC, ức chế canxi là các nhóm thuốc thường được sử dụng nhiều nhất. Tỷ lệ phối hợp từ 3 loại thuốc điều trị THA trở lên chiếm tỷ lệ cao. Kết quả đạt HA mục tiêu (67,53%).

Khảo sát mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng với lý do nhập viện

- Bệnh nhân không tuân trị có chỉ số HA tâm thu, HA tâm trương và biến cố tim mạch lúc nhập viện cao hơn so với bệnh nhân tuân trị, ($p < 0,05$).

- Bệnh nhân THA kèm các YTNC tim mạch như rối loạn lipid máu, ĐTĐ, ít hoạt động thể lực, thừa cân ($BMI > 23$) có các biến cố tim mạch và tổn thương CQĐ cao hơn so với nhóm không kèm các YTNC, ($p < 0,05$).

KIẾN NGHỊ

- Cần tăng cường công tác tầm soát, quản lý, điều trị THA trong cộng đồng.

- Cần có giải pháp thích hợp để nâng cao chất lượng điều trị cũng như cần có chương trình giáo dục sức khỏe cộng đồng nhằm duy trì lâu dài huyết áp mục tiêu, ngăn ngừa biến chứng.

- Nhân viên y tế cần đầu tư nhiều hơn trong tư vấn giúp đỡ người bệnh đặc biệt là những bệnh nhân vùng sâu, vùng xa để họ có thái độ đúng và thay đổi được hành vi có hại cho sức khỏe.

- Trong điều trị, ngoài việc kiểm soát HA mục tiêu còn phải kết hợp kiểm soát các YTNC tim mạch cho người bệnh.

- Chương trình quốc gia phòng chống THA cần duy trì, nhân rộng và nâng cao chất lượng, mang lại hiệu quả thiết thực trong công tác phòng chống THA huyện Tháp Mười.

ABSTRACT

Survey on laboratory and clinical characteristics of hypertension of patients at Thap Muoi Regional General hospital.

Background: Hypertension is a current global health problem. The objectives of this survey is to examine factors related to patients' hospitalization, including (1) reasons of hospitalization, (2) laboratory and clinical characteristics, (3) relationships between these characteristics and hospitalization and to recommend the interventions.

Methodology: Prospective, cross-sectional study.

Results: (1) Newly-detected hypertension 17,5% (via medical screening 30,23%, via detection of other diseases 53,49%, via cardiovascular complications 16,28%). Treated hypertension 82,87%: by cardiovascular complications 30,05% (stroke: 13,46%, acute myocardial infarction: 9,62%, acute heart failure: 6,97%), by manifestations of hypertension (dizziness: 37,26%, headache: 33,5%). (2) Grade II hypertension (36,91%), Grade III hypertension (34,64%).

Other cardiovascular risk factors: dyslipidemias (72,31%); male >55 years of age, female >65 years of age (71,51%); lack of physical activities (40,04%); diabetes (38,84%); tobacco smoking (25,5%); overweight (BMI \geq 23) (24,9%); alcohol abuse & alcoholism (19,92%). Cardiovascular complications 27,69% (Stroke 12,55%; acute myocardial infarction (9,36%); acute heart failure (5,78%).

Damages of target organ: chronic renal failure (40,64%), damages of retina (35,46%), left-ventricular hypertrophy (32,67%), chronic coronary diseases (17,13%), poor adherence (76,2%), diuretics using (65,34%), ACE inhibitors (61,13%), calcium inhibitors (34,46%), stand-alone treatment (14,34%), combo treatment with more than three medications (52,99%), target blood pressure achievement (67,53%). (3) Poor adherence with systolic pressure \geq 140 mmHg and diastolic pressure \geq 90 mmHg at hospitalization higher than good adherence ($p < 0,05$), poor adherence associated with higher cardiovascular complications than good adherence (16,8% versus 83,2%) ($p < 0,05$). Hypertension with dyslipidemias, diabetes, overweight, lack of physical activities is associated with higher cardiovascular complications and damages of target organs ($p < 0,05$).

Conclusions: Newly-detected hypertension 17,5% (the majority via detection of other diseases.) Treated hypertension 82,87% (the majority of hospitalized for hypertension manifestation). Grade II hypertension and grade III hypertension are often used. Damages of target organs: Common chronic renal failure. Diuretics, ACE inhibitors, calcium inhibitors are often used. Combo treatment with more than three medications prevalent. Target blood pressure achievement (67,53%). Poor adherence (76,2%). Poor adherence is associated with blood pressure and cardiovascular complications at hospitalization ($p < 0,05$). Cardiovascular risk factors such as dyslipidemias, diabetes, lack of physical activities, overweight is associated to cardiovascular complications and damages of target organs ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ Y tế (2010), “Tài liệu tập huấn Chương trình quốc gia phòng chống THA”.
2. Viên văn Đoàn (2014), “Mô hình quản lý và chiến lược kiểm soát bệnh tăng huyết áp”, *Đại hội Tim mạch 14*, Hội Tim mạch Việt Nam.
3. Châu Minh Đức (2013), “Nghiên cứu dịch tễ học và tình hình quản lý điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng tỉnh Đồng Tháp”, *Luận văn Chuyên khoa cấp II*, Học viện Quân y
4. Trần Minh Giao (2006), “Khảo sát đặc điểm tăng huyết áp ở người có tuổi tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định”, *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
5. Tô Thị Mai Hoa, Đoàn Thân Hiếu, Nguyễn Thị Mai Phương (2012) “Tình hình quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp tại khoa Nội tim mạch - Lão học Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh”, *Tạp chí Tim mạch học*, số 62, tháng 6 năm 2012, trang 12.
6. Nguyễn Văn Hoàng (2010), “Nghiên cứu bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Long An”, *Luận án Tiến sĩ y học* - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
7. Nguyễn Văn Nành (2011), “Các yếu tố liên quan để tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa huyện Phong Điền TP. Cần Thơ năm 2009 - 2010”, *Luận văn Chuyên khoa cấp II* - Đại

học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

8. Nguyễn Minh Tâm, Nguyễn Thị Trúc (2001), “Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học bệnh tăng huyết áp tại tỉnh Tiền Giang”, *Kỷ yếu báo cáo khoa học Hội nghị Tim mạch Việt - Đức lần thứ 3*, trang 126 -132.

9. Đôn Thị Thanh Thủy (2013), “Nghiên cứu thực trạng điều trị tăng huyết áp nguyên phát tại Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương”, *Luận văn Chuyên khoa II - Học viện Quân y*.

10. Bùi Thị Mai Tranh (2012), “Sự tuân thủ việc dùng thuốc hạ áp trên bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp tại Phòng khám Bệnh viện Quận 7 năm 2011”, *Luận án Chuyên khoa cấp II - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*.

11. Nguyễn Lâm Việt (2014), “Cập nhật các khuyến cáo mới nhất trong điều trị tăng huyết áp theo ESH/ESC 2013 và JNC 8”, *Đại hội Tim mạch 2014*, Hội Tim mạch Việt Nam..

12. VSH/VNHA (2014), “Chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp”, *Đại hội Tim mạch 14*, Hội Tim mạch Việt Nam.

TIẾNG ANH

13. CHEP (2013), Management of Hypertension for people with diabetes, <http://www.hypertension.ca>

14. Dwivedi S, Singh G, et al (2000), “Profile of hypertention in elderly subjects”, *JAPI*, 48, pp. 1047-1049.

15. ESH/ESC (2013), “Guidelines for the management of arterial hypertension”, *Journal of Hypertension* 2007, 25: 1105- 11187.

16. Fuchs et Trials (2011), “Prevention of hypertension in patients with pre-hypertension: protocol for the PREVER- prevention trial”, *Trial Registration: Clinical Trials* NCT00970931.

17. Kaplan N.M et al (2013), “Overview of hypertension in adults”, *Official reprint from UpToDate. www.uptodate.com2013UpToDate*.

18. Paul A.James.MD, Suzanne Oparil MD, et al (2014), “Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC8)” *JAMA*.doi:10.1001/jama.2013.284427.

19. WHO (2011), Age standardized prevalence of raised blood pressure in adults age 25+ years, *global status report on noncommunicable diseases 2010*.