

SỞ Y TẾ HÀ GIANG  
**BỆNH VIỆN ĐA KHOA VỊ XUYÊN**

**ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**TÊN ĐỀ TÀI**

*“Khảo sát tình hình sử dụng thuốc huyết áp trong điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa huyện Vị Xuyên”*

**Chủ nhiệm đề tài: Bs Đinh Thị Phương**

Chức vụ: Trưởng khoa

Đơn vị công tác: Bệnh viện Đa khoa Vị Xuyên

**Thành viên tham gia:**

1. Bs Đinh Thị Phương Thảo

Đơn vị công tác: Bệnh viện Đa khoa Vị Xuyên

2. CN Nguyễn Thị Hợp

Đơn vị công tác: Bệnh viện Đa khoa Vị Xuyên

**Người hướng dẫn: Bs CKII Lục Nguyễn Hữu**

Chức vụ: Phó Giám đốc BVĐK huyện Vị Xuyên

*Vị Xuyên, năm 2023*

## MỤC LỤC

<b>DANH MỤC HÌNH</b> .....	0
<b>DANH MỤC BẢNG</b> .....	0
<b>DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT</b> .....	0
<b>ĐẶT VẤN ĐỀ</b> .....	1
<b>CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU</b> .....	3
1.1. Đặc điểm dịch tễ học.....	3
1.2. Định nghĩa, nguyên nhân và biểu hiện lâm sàng của THA.....	3
1.2.1. Định nghĩa THA.....	3
1.2.2. Nguyên nhân THA.....	4
1.2.3. Biểu hiện lâm sàng của bệnh tăng huyết áp:.....	4
1.3. Các yếu tố nguy cơ tim mạch và tổn thương cơ quan đích.....	4
1.3.1. Các yếu tố nguy cơ tim mạch.....	4
1.3.2. Biến chứng THA hay tổn thương cơ quan đích do THA.....	5
1.4. Chẩn đoán và phân độ THA.....	6
1.4.1. Chẩn đoán THA.....	6
1.4.2. Phân độ THA.....	6
1.5. Điều trị.....	7
1.6. Một số nhóm thuốc thường được sử dụng để điều trị THA hiện nay.....	8
1.6.1. Nhóm thuốc lợi tiểu.....	8
1.6.2. Nhóm thuốc chẹn $\beta$ .....	8
1.6.3. Nhóm thuốc chẹn kênh canxi.....	9
1.6.4. Nhóm thuốc ức chế men chuyển (UCMC).....	9
1.6.5. Nhóm thuốc đối kháng thụ thể AT1 của angiotensin II (UCTT).....	9
1.7. Tổng quan chung về Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên.....	12
<b>CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU</b> .....	14
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	14
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	14
2.3. Nội dung nghiên cứu.....	14
2.3.1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng của BN.....	14

2.3.2. Phân tích tình hình kê đơn thuốc điều trị THA ngoại trú .....	14
2.3.3. Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc .....	15
2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu và xử lý số liệu nghiên cứu.....	15
<b>CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU</b> .....	16
<b>3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân</b> .....	16
3.2. Phân tích tình hình sử dụng thuốc.....	19
<b>CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN</b> .....	23
4.1. Đặc điểm lâm sàng của BN .....	23
4.2. Phân tích tình sử dụng thuốc .....	24
4.3. Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc .....	25
<b>CHƯƠNG 5: KẾT LUẬN</b> .....	266
5.1. Khảo sát tình hình kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp tại Khoa khám bệnh - Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên.....	27
5.2. Đánh giá hiệu quả phác đồ đơn trị liệu và đa trị liệu trong kiểm soát huyết áp mục tiêu tại khoa khám bệnh - Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên .....	26
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b> .....	27

## DANH MỤC HÌNH

Hình 1: Tam giác vàng trong quản lý bệnh tăng huyết áp .....	3
Hình 2: THA tiềm ẩn nhiều mối nguy hiểm với người bệnh.....	5
Hình 3: THA có thể gây ra các biến chứng mạch máu não nguy hiểm.....	6
Hình 4: Sơ đồ Chiến lược điều trị tăng huyết áp .....	8
Hình 5: Sơ đồ phối hợp thuốc hạ huyết áp.....	11

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1. Phân độ THA theo Hội Tim mạch Việt Nam (năm 2018) .....	6
Bảng 2. Phân tầng nguy cơ tim mạch.....	7
Bảng 3. Danh mục một số thuốc dạng đơn và viên dạng phối hợp đang có tại Khoa dược Bệnh viện đa khoa Vj Xuyên .....	9
Bảng 4. Phân bố BN theo tuổi và giới tính .....	16
Bảng 5. Đặc điểm phân bố BN theo dân tộc .....	16
Bảng 6. Đặc điểm phân bố BN theo trình độ học vấn .....	17
Bảng 7. Đặc điểm phân bố BN theo nghề nghiệp.....	17
Bảng 8. Phân bố về tiền sử tăng huyết áp .....	17
Bảng 9 . Phân độ tăng huyết áp (Theo Hội Tim mạch Việt Nam).....	18
Bảng 10. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ.....	18
Bảng 11. Tỷ lệ tổn thương cơ quan đích.....	18
Bảng 12. Danh mục các nhóm thuốc hạ áp và tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc trong điều trị THA. ....	19
Bảng 13 . Các liệu pháp điều trị THA.....	20
Bảng 14. Đánh giá chỉ định sử dụng thuốc hợp lý trong mẫu .....	21
Bảng 15. Đánh giá hiệu quả kiểm soát HA đạt HAMT. ....	21
Bảng 16. Phân bố theo đánh giá tình trạng BN qua nhận xét các triệu chứng, diễn biến bệnh trong hồ sơ bệnh án lưu tại khoa khám bệnh.....	22
Bảng 17. Đánh giá phác đồ đơn trị liệu và đa trị liệu trong việc kiểm soát huyết áp mục tiêu.....	22

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

STT	Chữ viết tắt	Nội dung chữ viết tắt
1	THA	Tăng huyết áp
2	HATT	Huyết áp tâm thu
3	HATTr	Huyết áp tâm trương
4	BĐMV	Bệnh động mạch vành
5	YTNCTM	Yếu tố nguy cơ tim mạch
6	BTM	Bệnh tim mạch
7	NMCT	Nhồi máu cơ tim
8	ỨCMC	Ức chế men chuyể
9	ỨCTT	Ức chế thực thể AT1
10	CBCNVC	Cán bộ công nhân viên chức
11	LT	Lợi tiểu
12	TBMMN	Tai biến mạch máu não
13	ĐTĐ	Đái tháo đường
14	HAMT	Huyết áp mục tiêu
15	BN	Bệnh nhân
16	PK	Phòng khám
17	$\beta$	Beta

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo WHO tăng huyết áp (THA) là một trong tám nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật và tử vong trên toàn cầu, ước tính trên toàn thế giới có khoảng 1,56 tỷ người dự kiến sẽ bị tăng huyết áp vào năm 2025. THA là một trong những yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch, đây là một thách thức đối với ngành y tế với tỷ lệ mắc ngày càng tăng. Việc kiểm soát huyết áp và dùng thuốc đều đặn là một yếu tố quan trọng góp phần giảm thiểu các biến chứng tổn thương các cơ quan đích như: Não, mắt, tim, thận, các biến chứng có thể gặp như: Nhồi máu cơ tim (NMCT), tai biến mạch máu não (TBMMN), phình tách thành động mạch chủ, suy tim, suy thận... và có thể dẫn đến tử vong. THA nguy hiểm bởi vì các biến chứng của nó không chỉ gây chết người mà còn để lại di chứng nặng nề, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và là gánh nặng cho gia đình họ và cho cả xã hội.

Hiện nay có nhiều nhóm thuốc được sử dụng trong điều trị THA như: nhóm thuốc lợi tiểu, nhóm thuốc chẹn alpha, nhóm thuốc chẹn  $\beta$  giao cảm, nhóm thuốc chẹn kênh calci, nhóm thuốc ức chế men chuyển (UCMC), nhóm thuốc ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II (UCTT). Mỗi nhóm thuốc có một số đặc tính khác nhau, có nhiều hàm lượng và dạng bào chế khác nhau phù hợp với từng bệnh nhân (BN). Theo các khuyến cáo gần đây của Hiệp hội Tim mạch Châu Âu, Hội tim mạch học Việt Nam thì việc phối hợp thuốc là cần thiết để đạt được huyết áp mục tiêu (HAMT) và giảm các yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM).

Tại Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên từ trước đến nay chưa có nghiên cứu nào khảo sát đánh giá về tình sử dụng thuốc điều trị THA và phối hợp sử dụng thuốc trong điều trị THA cho BN đang được quản lý, điều trị ngoại trú tại phòng khám mãn tính. Nhằm góp phần nâng cao chất lượng trong điều trị và giám sát dụng không mong muốn do các nhóm thuốc điều trị THA gây ra cho người bệnh, đảm bảo duy trì huyết áp mục tiêu (HAMT) và dự phòng các nguy cơ tim mạch tổng thể đối với bệnh nhân (BN) nên chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "**Khảo**

***sát tình hình sử dụng thuốc huyết áp trong điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa huyện Vị Xuyên***” với các mục tiêu sau:

1. Khảo sát tình hình kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp tại Khoa khám bệnh - Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên.

2. Đánh giá hiệu quả phác đồ đơn trị liệu và đa trị liệu trong kiểm soát huyết áp mục tiêu tại khoa khám bệnh - Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên.



## CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 1.1. Đặc điểm dịch tễ học

Theo hội tim mạch học Việt Nam THA là bệnh lý mạn tính không lây rất phổ biến ở các nước đang phát triển. Ở Việt Nam, theo nhiều nghiên cứu thì tỷ lệ mắc ở người trưởng thành ( $\geq 25$  tuổi) trung bình trong giai đoạn 2000 - 2009, số đo HA trung bình trong quần thể người trưởng thành hàng năm tăng khoảng 1 mmHg huyết áp tâm thu (HATT) và 0,4 mmHg huyết áp tâm trương (HATTr) điều này khiến tỷ lệ hiện mắc trong quần thể tăng gần 1%/năm. Theo ước tính của WHO đến năm 2025 sẽ có khoảng 1,56 tỷ người bị THA hoặc mắc các bệnh lý liên quan đến THA. Mặc dù tỷ lệ biết về THA, được điều trị THA và được kiểm soát THA ngày càng được nâng cao, ước tính có tới 1/3 dân số Việt Nam có THA, trong số người có THA chỉ có 1/3 người bệnh được điều trị và trong số người được điều trị chỉ có khoảng 1/3 số bệnh nhân kiểm soát được HATT bằng thuốc.



Hình 1: Tam giác vàng trong quản lý bệnh tăng huyết áp

### 1.2. Định nghĩa, nguyên nhân và biểu hiện lâm sàng của THA

#### 1.2.1. Định nghĩa THA

- THA là khi HA tâm thu (HATT)  $\geq 140$ mmHg và/ hoặc HA tâm trương (HATTr)  $\geq 90$ mmHg hoặc khi đang được điều trị bằng một thuốc hạ huyết áp.

### 1.2.2. Nguyên nhân THA

Có 2 dạng tăng huyết áp đó là:

\*Tăng huyết áp nguyên phát: tỷ lệ này chiếm tới 90-95%, được định nghĩa là tăng huyết áp nhưng không rõ nguyên nhân bệnh sinh.

\* Tăng huyết áp thứ phát: 5 – 10% còn lại, là tình trạng tăng huyết áp do biến chứng bởi các bệnh lý nền khác gây ra trên người bệnh.

- Các bệnh về thận: Viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mạn, sỏi thận, viêm thận kẽ, hẹp động mạch thận...

- Các bệnh nội tiết: U tủy thượng thận, Cushing, cường Aldosteron, cường giáp, cường tuyến yên...

- Các bệnh hệ tim, mạch: Hở van ĐMC (gây THA tâm thu đơn độc), hẹp eo ĐMC (gây THA chi trên), hẹp, xơ vữa ĐMC bụng ảnh hưởng đến ĐM thận...

- Do dùng một số thuốc: Cam thảo, thuốc tránh thai...

- Các nguyên nhân khác: Nhiễm độc thai nghén, rối loạn thần kinh.

### 1.2.3. Biểu hiện lâm sàng của bệnh tăng huyết áp:

THA đa số không có triệu chứng gì cho tới khi phát hiện ra bệnh. Hay gặp nhất là đau đầu vùng chẩm và 2 bên thái dương, ngoài ra có thể có hồi hộp, mệt, khó thở, mờ mắt, tê đầu chi....một số các triệu chứng khác tùy thuộc vào nguyên nhân hoặc biến chứng của THA

Đo huyết áp là động tác quan trọng nhất có ý nghĩa chẩn đoán xác định, trị số HA được đánh giá theo tiêu chuẩn của Hội tăng huyết áp quốc tế (WHO/ISH) hoặc Hội Tim mạch Việt Nam.

Cần kết hợp khám tổng thể để giúp phát hiện các YTNC kèm theo

## 1.3. Các yếu tố nguy cơ tim mạch và tổn thương cơ quan đích

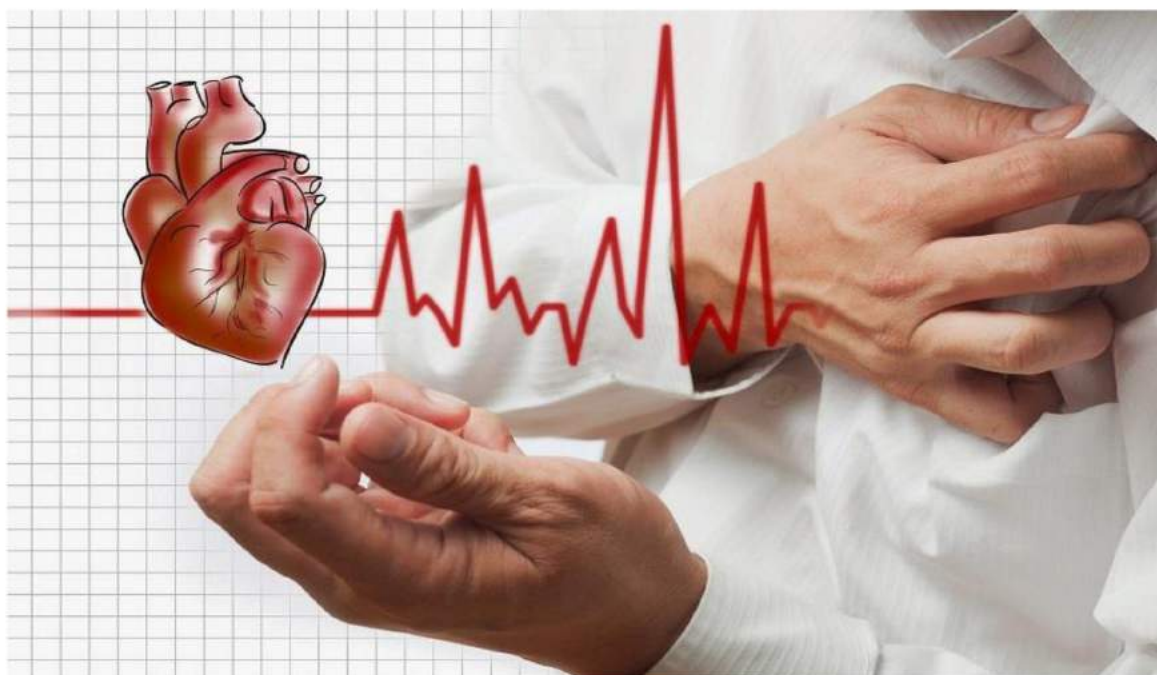
### 1.3.1. Các yếu tố nguy cơ tim mạch

- Tăng huyết áp	- Ít hoạt động thể lực
- Rối loạn Lipid máu	- Chế độ ăn không phù hợp: quá nhiều

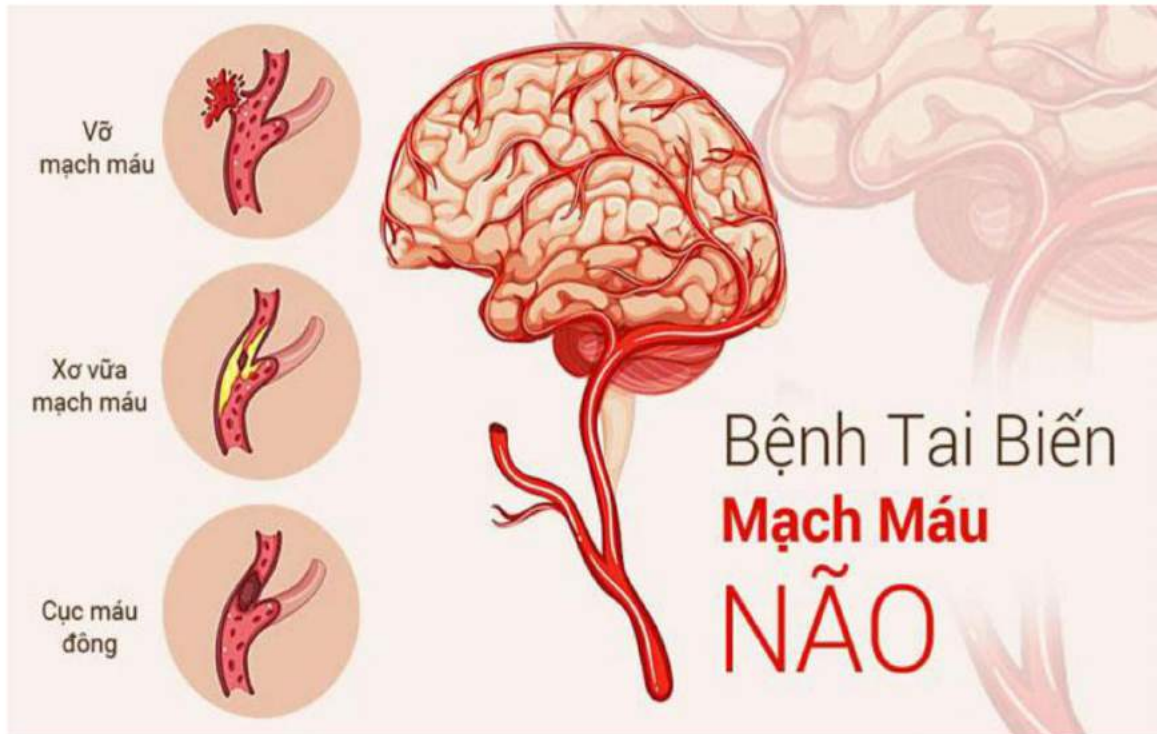
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đái tháo đường</li> <li>- Có microalbumin niệu hoặc mức lọc cầu thận ước tính &lt; 60 ml/ph</li> <li>- Tuổi <math>\geq 55</math></li> <li>- Giới nam, hoặc nữ đã mãn kinh</li> <li>- Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm (nam trước 55, nữ trước 65 tuổi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>muối, ít rau quả, nhiều chất béo</li> <li>- Thừa cân/béo phì, béo bụng</li> <li>- Hút thuốc lá, thuốc lào</li> <li>- Stress và căng thẳng tâm lý</li> <li>- Không nạp với điều trị kéo dài</li> <li>- Uống rượu, bia</li> </ul>
--	--

### 1.3.2. Biến chứng THA hay tổn thương cơ quan đích do THA

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đột quỵ não (thiếu máu não, xuất huyết não, chảy máu khoang dưới nhện), thiếu máu não thoáng qua</li> <li>- Sa sút trí tuệ</li> <li>- Phì đại thất trái (trên điện tâm đồ hay siêu âm tim), suy tim, phù phổi cấp</li> <li>- Nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bệnh mạch máu ngoại vi, phình lóc tách thành động mạch chủ</li> <li>- Xuất huyết hoặc xuất tiết võng mạc, phù gai thị</li> <li>- Protein niệu, tăng creatinin huyết thanh, suy thận mạn</li> </ul>
---	---



Hình 2: THA tiềm ẩn nhiều mối nguy hiểm với người bệnh



*Hình 3: THA có thể gây ra các biến chứng mạch máu não nguy hiểm*

#### **1.4. Chẩn đoán và phân độ THA**

##### **1.4.1. Chẩn đoán THA**

Chẩn đoán THA rất đơn giản chỉ cần dựa vào kết quả huyết áp đo được khi trị số HA  $\geq 140/90$  mmHg (được đo theo quy trình đo HA chuẩn).

##### **1.4.2. Phân độ THA**

Trong những năm gần đây việc phân độ THA có nhiều thay đổi. Tại Việt Nam, xuất phát từ cách phân độ THA của Tổ chức y tế thế giới và Hội tăng huyết áp quốc tế (WHO/ISH), Hội Tim mạch Việt Nam đã đưa ra cách phân độ như sau:

*Bảng 1. Phân độ THA theo Hội Tim mạch Việt Nam (năm 2018)*

Phân độ tăng huyết áp	Huyết áp (mmHg)		
	Tâm thu		Tâm trương
HA tối ưu	<120	và	<80
HA bình thường	120-129	và/hoặc	80-84

Phân độ tăng huyết áp	Huyết áp (mmHg)		
	Tâm thu		Tâm trương
HA bình thường cao	130-139	và/hoặc	85-89
THA độ I (nhẹ)	140-159	và/hoặc	90-99
THA độ II (trung bình)	160-179	và/hoặc	100-109
THA độ III (nặng)	≥ 180	và/hoặc	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140		< 90

Nếu HA không cùng mức để phân loại thì chọn mức HATT hay HATTr có trị số HA lớn hơn; THA tâm thu đơn độc được xếp loại theo mức HATT.

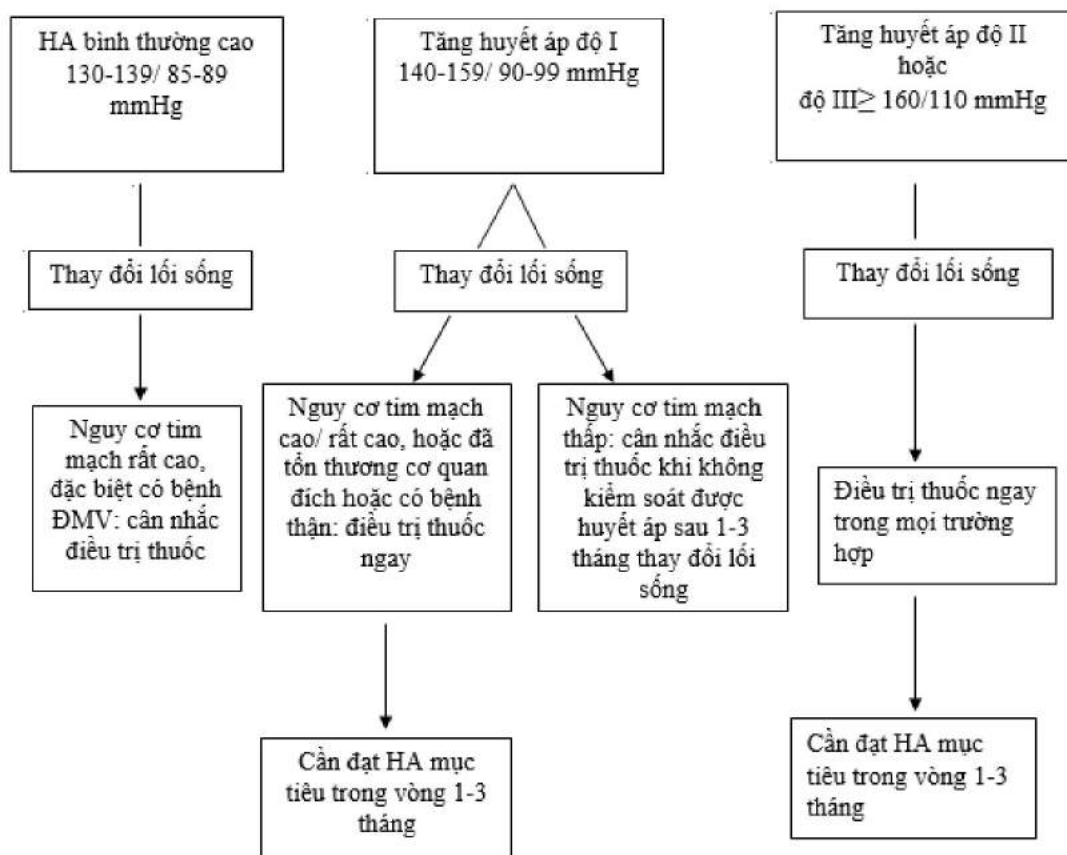
**Bảng 2. Phân tầng nguy cơ tim mạch.**

Các YTNC, tổn thương cơ quan đích hoặc bệnh lý	HA bình thường cao HATT 130-139, HATTr 85 - 89 mmHg	Độ 1 HATT 140-159, HATTr 90-99 mmHg	Độ 2 HATT ≥ 160, HATTr ≥ 100 mmHg
Không có YTNC	Thấp	Thấp	Trung bình - Cao
Có 1-2 YTNC	Thấp	Trung bình	Cao
Có ≥ 3 YTNC	Thấp - Trung bình	Trung bình - Cao	Cao
Tổn thương cơ quan đích, BTM giai đoạn 3 hoặc ĐTD, bệnh tim mạch	Cao	Cao	Cao

### 1.5. Điều trị

THA là bệnh lý mạn tính cần được điều trị bằng thuốc hạ áp và theo dõi suốt đời để ngăn ngừa các biến chứng nguy hiểm xảy ra. Mục tiêu điều trị là luôn duy trì mức huyết áp ổn định < 140/90 mmHg hoặc thấp hơn trong giới hạn cho phép nếu bệnh nhân đáp ứng thuốc tốt.

\* Chiến lược điều trị tăng huyết áp theo khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam năm 2020:



*Hình 4: Sơ đồ Chiến lược điều trị tăng huyết áp*

## 1.6. Một số nhóm thuốc thường được sử dụng để điều trị THA hiện nay

### 1.6.1. Nhóm thuốc lợi tiểu

Gồm có hydrochlorothiazid, indapamid, furosemid, spironolacton, amilorid, triamteren... Cơ chế của thuốc là làm giảm sự ứ nước trong cơ thể, tức làm giảm sức cản của mạch ngoại vi làm hạ HA. Dùng đơn độc khi bị THA nhẹ, dùng phối hợp với thuốc khác khi bệnh THA nặng thêm.

### 1.6.2. Nhóm thuốc chẹn $\beta$

Gồm có propranolol, pindolol, nadolol, timolol, metoprolol, atenolol... Cơ chế của thuốc là ức chế thụ thể  $\beta$  giao cảm ở tim, mạch ngoại vi, do đó làm chậm nhịp tim và hạ HA. Thuốc dùng cho BN có kèm đau thắt ngực hoặc đau

nửa đầu. Chống chỉ định đối với người có kèm hen suyễn, suy tim, nhịp tim chậm.

### **1.6.3. Nhóm thuốc chặn kênh canxi**

Gồm có nifedipin, nicardipin, amlodipin, felidipin, isradipin, verapamil, diltiazem... Cơ chế của thuốc là chặn dòng ion canxi không cho đi vào tế bào cơ trơn của các mạch máu gây giãn mạch và từ đó làm hạ HA. Dùng tốt cho bệnh nhân có kèm đau thắt ngực, hiệu quả đối với bệnh nhân cao tuổi, không ảnh hưởng đến chuyển hóa đường, mỡ trong cơ thể.

### **1.6.4. Nhóm thuốc ức chế men chuyển (UCMC)**

Gồm có captopril, enalapril, benazepril, lisinopril..., cơ chế của thuốc là ức chế một enzyme là men chuyển angiotensin (angiotensin converting enzyme, viết tắt ACE). Chính nhờ men chuyển angiotensin xúc tác mà chất sinh học angiotensin I biến thành angiotensin II, chất này gây co mạch làm THA. Nếu men chuyển ACE bị thuốc ức không hoạt động sẽ không sinh ra angiotensin II, sẽ có hiện tượng giãn mạch và hạ HA. Là thuốc được chọn khi người bị kèm hen suyễn (chống chỉ định với chẹn $\beta$ ), đái tháo đường (lợi tiểu, chẹn  $\beta$ ). Tác dụng phụ: làm tăng kali huyết và gây ho khan.

### **1.6.5. Nhóm thuốc đối kháng thụ thể AT1 của angiotensin II (UCTT)**

Gồm: Losartan, irbesartan, candesartan, valsartan. Nhóm thuốc mới này có tác dụng hạ HA, đưa HA về trị số bình thường tương đương với các thuốc nhóm đối kháng calci, chẹn  $\beta$ , ức chế men chuyển. Đặc biệt, tác dụng hạ HA của chúng tốt hơn nếu phối hợp với thuốc lợi tiểu thiazid. Lợi điểm của thuốc nhóm này là do không trực tiếp ức chế men chuyển nên gần như không gây ho khan như nhóm ức chế men chuyển hay không gây phù như thuốc đối kháng canxi. Tác dụng phụ có thể gặp là gây chóng mặt, hoặc rất hiếm là gây tiêu chảy. Chống chỉ định của thuốc là không dùng cho phụ nữ có thai hoặc người bị dị ứng với thuốc.

**Bảng 3. Danh mục một số thuốc dạng đơn và viên dạng phối hợp đang có tại Khoa dược Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên**

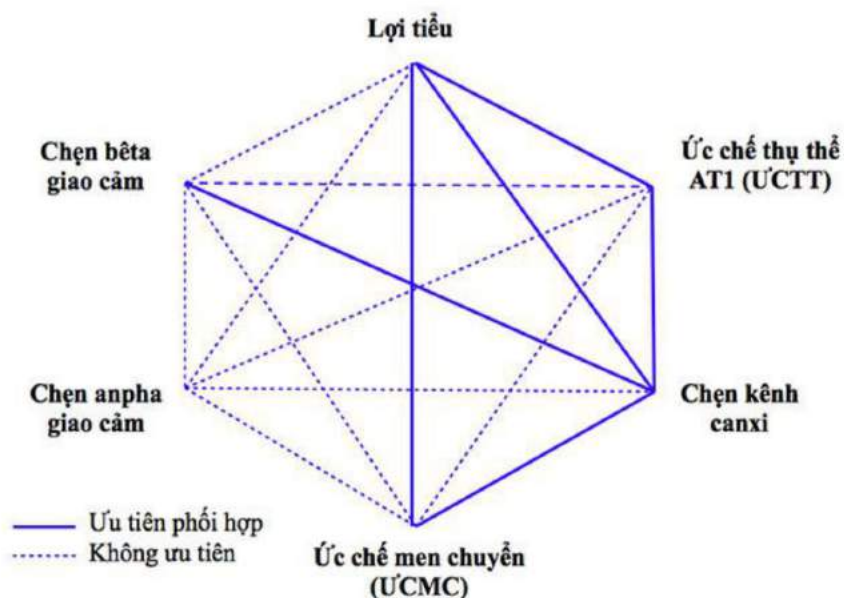
	<b>Phối hợp</b>
--	-----------------

<b>Phối hợp</b>	<b>Liều thấp</b>	<b>Liều trung bình</b>	<b>Liều cao</b>
<b>Thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACE) và thuốc lợi tiểu thiazide</b>			
Bisoprolol + hydrochlorothiazide	Bisoplus HCT 5mg/12,5mg	-	-
Enalapril-hydrochlorothiazide	-	Enaboston (10/25mg)	Enalapril HCTZ(20mg/12,5mg)
Lisinopril-hydrochlorothiazide	-	Doritril – H (20mg/12,5mg)	-
<b>Thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACE) và thuốc chẹn kênh canxi dihydropyridine</b>			
Perindopril-amlodipine	Viacoram (3,5mg/2,5mg)	Amlessa (4mg/5mg) Coveram(5mg/5mg) Viacoram (7mg/5mg)	Amlessa (8mg/5mg)
<b>Thuốc chẹn thụ thể Angiotensin II (ARB) và thuốc lợi tiểu thiazide</b>			
Candesartan-hydrochlorothiazide	Acantan HTZ 8mg/12,5mg	-	-
Irbesartan-hydrochlorothiazide	Irzinex Plus (150mg/12.5mg)	-	Midanefo (300mg/25mg)
Losartan-hydrochlorothiazide	Lorista HCT (50mg/12,5mg)	-	Lorista HD (100mg/25mg)
Telmisartan-hydrochlorothiazide	Actelsar HCT, Mibetel HCT (40mg/12,5mg)	Pretension (80mg/12,5mg)	Tolucombi (80mg/25mg)
Valsartan-hydrochlorothiazide	Co-Diovan, Ocedio, SaviValsartan Plus(80/12,5mg)	-	-
<b>Thuốc chẹn thụ thể Angiotensin II (ARB) và thuốc chẹn kênh canxi</b>			



Phối hợp	Phối hợp		
	Liều thấp	Liều trung bình	Liều cao
<b>dihydropyridine</b>			
Amlodipine + valsartan	Exforge, Hyvalor (10mg/160mg)	-	-
Amlodipine + telmisartan	Twynsta (5mg/40mg)	Twynsta (5mg/80mg)	•
<b>Thuốc chặn thụ thể Angiotensin II (ARB), thuốc chặn kênh canxi và thuốc lợi tiểu</b>			
Amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide	Exforge HCT 5mg/160mg/12,5mg	-	Exforge HCT 10mg/160mg/12,5mg

### Phối hợp thuốc điều trị Tăng Huyết áp



Hình 5: Sơ đồ phối hợp thuốc hạ huyết áp

### **1.7. Tổng quanchung về Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên**

Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên, tỉnh Hà Giang là bệnh viện hạng II do Sở Y tế Hà Giang trực tiếp quản lý với chức năng nhiệm vụ khám chữa bệnh và phục hồi chức năng, phòng chống các dịch bệnh và tiếp tục từng bước đào tạo cán bộ phát triển nâng cao chuyên môn, triển khai các kỹ thuật mới với nhiều hình thức để không ngừng nâng cao chất lượng khám chữa bệnh cho nhân dân trong huyện và khu vực lân cận.

- Trụ sở chính: Tổ 10 thị trấn Vị Xuyên, huyện Vị Xuyên, tỉnh Hà Giang

Quy mô giường bệnh: 160 giường theo kế hoạch (tại bệnh viện huyện là 150 giường và tại PKĐKKV Bạch Ngọc là 10 giường*Chuyển về TTYT từ 01/08/2023*), giường bệnh thực kê là 275 giường.

- Tổ chức bộ máy Bệnh viện gồm: Có 4 phòng chức năng, 12 khoa lâm sàng, 04 khoa cận lâm sàng, 01 phòng khám ĐKKV Bạch Ngọc(*Chuyển về TTYT từ 01/08/2023*).

+ Ban Giám đốc gồm: 1 Giám đốc và 1 Phó Giám đốc.

+ Gồm 04 phòng chức năng: Phòng Kế hoạch - tổng hợp; Phòng Tổ chức - Hành chính; Phòng Kế toán -Tài chính; Phòng Điều dưỡng.

+ Gồm 12 khoa lâm sàng: Khoa khám bệnh, Khoa Nội, Khoa Nhi, Khoa Y dược Cổ truyền-Phục hồi chức năng, Khoa Truyền Nhiễm, Khoa Ngoại Tổng hợp, Khoa Sản, Khoa Lão học,Khoa Tai Mũi Họng - Răng Hàm Mặt, Khoa phẫu thuật- Gây mê, Khoa hồi sức cấp cứu.

+ Gồm 04 khoa Cận lâm sàng: Chẩn đoán Hình ảnh, khoa Xét nghiệm,Khoa Dinh dưỡng, Khoa Kiểm soát Nhiễm khuẩn, Khoa Dược VTYT.

+ Gồm 01 Phòng khám đa khoa khu vực(*Chuyển về TTYT từ 01/08/2023*).

- Số lượng cán bộ viên chức thời điểm hiện tại: 149 người, trong đó: Biên chế chính thức là 149 người, nhân viên hợp đồng theo ND 68 là 01 người hộ lý.

Khoa Khám bệnh có 9 phòng khám (PK): Phòng cấp phát số; PK số 101(PK Nhi); PK số 102 (PK nội soi TMH); PK số 103 (PK Ngoại);PK 104(PK

Mắt); PK số 106 (PK răng – hàm – mặt); PK số 109 (PK nội 2- khám các bệnh mãn tính); PK số 111 (PK nội 1- khám các bệnh mãn tính), PK 110 (PK sản phụ khoa)

Với số lượng bệnh nhân đến khám trung bình mỗi ngày có 200-250 lượt bệnh nhân khám có tham gia BHYT. Trong đó số khám và kê đơn ngoại trú trung bình khoảng 150 bệnh nhân; số BN mãn tính chiếm khoảng 2/3 trong số này. Trong đó BN chủ yếu là người dân tộc thiểu số đời sống và trình độ dân trí chưa cao, còn một số là hộ nghèo, nên sự hiểu biết về thuốc và việc tuân thủ điều trị hợp lý, hiệu quả luôn là vấn đề cấp thiết.

Vì vậy chúng tôi hi vọng đề tài này sẽ giúp ích một phần nhỏ nhằm nâng cao nhận thức cho người bệnh về việc tuân thủ trong điều trị bệnh sẽ đem lại hiệu quả tốt, kiểm soát và duy trì huyết áp mục tiêu, giảm thiểu nguy cơ tim mạch tổng thể, giảm thiểu các biến chứng gần và xa của bệnh THA, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người dân.

## **CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Tất cả hồ sơ bệnh án điều trị ngoại trú và đơn thuốc được chẩn đoán THA được lập sổ điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh Bệnh viện đa khoa huyện Vị Xuyên từ 01/01/2023 đến 31/03/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân trên 18 tuổi có sổ quản lý bệnh mạn tính tại khoa Khám bệnh.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN bỏ trị hoặc thời gian điều trị bị gián đoạn, BN chuyển hồ sơ về trạm y tế xã quản lý, bệnh án không đủ thông tin cần thu thập.

Dựa vào các tiêu chuẩn trên chúng tôi chọn được 340 bệnh nhân vào mẫu nghiên cứu.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp mô tả hồi cứu, cắt ngang.

- Thu thập thông tin từ bệnh án điều trị ngoại trú lưu kèm đơn thuốc lưu tại Khoa khám bệnh- Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên.

- Cách lấy mẫu: Lấy tất cả bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

### **2.3. Nội dung nghiên cứu**

#### **2.3.1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng của BN**

- Họ tên, năm sinh, giới tính, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, chỉ số BMI, mắc các bệnh kèm theo dựa vào các thông tin trong bệnh án

- Mức độ THA: Dựa vào chỉ số HA được xác định ghi trong bệnh án để phân loại mức độ THA theo tiêu chuẩn của WHO/ISH

- Các yếu tố nguy cơ: Được xác định khi BN mắc phải một trong các YTNC như: Đái tháo đường; RLCH Lipid; béo phì; hút thuốc; tiền sử gia đình có người bị THA, tuổi cao (nam >55 tuổi; nữ >65 tuổi)

- Tổn thương cơ quan đích: Được xác định khi BN bị một trong các tổn thương trên các cơ quan đích như: Tim, thận, mắt, não.

#### **2.3.2. Phân tích tình hình kê đơn thuốc điều trị THA ngoại trú**

- Danh mục các nhóm thuốc điều trị THA được sử dụng tại viện

- Các liệu pháp điều trị (Đơn trị liệu 01 thuốc hạ áp) hoặc đa trị liệu (2 loại thuốc HA trở lên)

- Tỷ lệ BN được chỉ định phối hợp giữa các nhóm thuốc hợp lý.

+ Chỉ định thuốc hợp lý: Khi có phối hợp thuốc hạ áp đúng, nhịp đưa thuốc đúng, dùng thuốc theo chỉ định bắt buộc, tuân thủ chống chỉ định, không có tương tác thuốc bất lợi.

+ Chỉ định chưa hợp lý: Không đạt một trong các chỉ tiêu của điều trị hợp lý.

- Đánh giá hiệu quả các phác đồ trong việc kiểm soát HA mục tiêu.

- Dựa trên kết quả thu được đưa ra một số nhận xét, đánh giá, đề xuất nhằm đưa ra liệu pháp sử dụng thuốc điều trị THA cho BN hợp lý, an toàn và hiệu quả.

### **2.3.3. Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc**

- Đánh giá qua kiểm soát HA dựa trên chỉ số HA đo được khi BN đến khám định kỳ (chỉ số HA được lưu tại bệnh án).

- Hiệu quả điều trị tốt là khi chỉ số HA đo được duy trì ở mức độ < độ I

- Hiệu quả điều trị trung bình là khi HA dao động và/hoặc chỉ số HA đo được khi đến khám ở mức độ < độ II

- Hiệu quả điều trị không tốt là khi HA dao động và/hoặc HA đo được khi đến khám ở mức độ III

### **2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu và xử lý số liệu nghiên cứu**

- Thu thập số liệu từ bệnh án và đơn thuốc bệnh nhân THA lưu tại phòng khám mãn tính Khoa khám bệnh, Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên. Thu thập và đánh giá thông tin theo phiếu khảo sát.

- Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được mã hóa và nhập vào máy tính bằng phần mềm Microsoft excel 2010.

### CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thu thập số liệu từ 340 hồ sơ bệnh nhân ngoại trú tại phòng khám mãn tính trong quý I năm 2023 được chẩn đoán THA kèm theo mắc một số các YTNC, qua phân tích chúng tôi thu được số liệu cụ thể như sau.

#### 3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

**Bảng 4. Phân bố BN theo tuổi và giới tính**

Nhóm tuổi	Giới tính				Tổng	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ nữ/nam
	Nam	Tỷ lệ %	Nữ	Tỷ lệ %			
<50	4	1,18	12	3,53	16	4,71	3,00
50-59	12	3,53	39	11,47	51	15,00	3,25
60 - 69	41	12,06	73	21,47	114	33,53	1,78
70- 79	38	11,18	74	21,76	112	32,94	1,95
≥ 80	10	2,94	37	10,88	47	13,82	3,7
Tổng	105	30,88	235	69,12	340	100	13,68
Tuổi thấp nhất	38		34		34		
Tuổi cao nhất	94		100		100		
Tuổi TB (năm)	67,89 ± 14,73		68,11 ± 14,68		68,04 ± 14,70		

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của toàn mẫu là  $68,04 \pm 14,70$  năm, số bệnh nhân trong độ tuổi từ 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất là 33,53%; lứa tuổi chiếm ít nhất là <50 tuổi chiếm tỷ lệ 4,71%; số BN nữ chiếm tỷ lệ 69,1% cao hơn tỷ lệ BN nam.

**Bảng 5. Đặc điểm phân bố BN theo dân tộc**

Dân tộc	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Tày	69	20,29
Giáy	3	0,88
Dao	37	10,88
Mông	5	1,47
Nùng	17	5,00
Hoa	2	0,59

<b>Dân tộc</b>	<b>Số lượng BN</b>	<b>Tỷ lệ(%)</b>
Kinh	207	60,88
<b>Tổng</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 60,88%; chiếm tỷ lệ ít nhất là dân tộc Giáy 0,88%.

**Bảng 6. Đặc điểm phân bố BN theo trình độ học vấn**

<b>Trình độ</b>	<b>Số lượng BN</b>	<b>Tỷ lệ(%)</b>
Trung học phổ thông	145	42,65
Trung học cơ sở	89	26,18
Tiểu học	65	19,12
Không biết chữ	41	12,06
<b>Tổng</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ BN có trình độ trung học phổ thông chiếm nhiều nhất là 42,65%; Tỷ lệ BN không biết chữ ít nhất là 12,06%

**Bảng 7. Đặc điểm phân bố BN theo nghề nghiệp**

<b>Nghề nghiệp</b>	<b>Số lượng BN</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
CBCNVC	10	3
Hưu trí	147	43
Nông dân	152	45
Buôn bán	31	9
<b>Tổng</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ BN là nông dân chiếm nhiều nhất với 45% và thấp nhất là tỷ lệ CBCNVC chiếm 3%.

**Bảng 8. Phân bố về tiền sử tăng huyết áp**

<b>Bệnh nhân</b>	<b>Số lượng</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
Có tiền sử THA	95	27,94
Không có tiền sử THA	136	40
Không rõ tiền sử THA	109	32,06
<b>Tổng</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Bệnh nhân không có tiền sử THA chiếm tỷ lệ cao nhất là 40%; tỷ lệ có tiền sử THA thấp nhất là 27,94%.

**Bảng 9. Phân độ tăng huyết áp (Theo Hội Tim mạch Việt Nam)**

Trị số HA đo được tại phòng khám	Số BN	Tỷ lệ (%)
HA tối ưu (<120/80mmHg)	74	21,8
HA bình thường(120 - 129 và/hoặc 80 - 84)	102	30
HA bình thường cao(130 - 139 và/hoặc 85 - 89)	92	27,1
THA độ I (140 - 159 và/hoặc 90 - 99)	48	14,1
THA độ II (160 - 179 và/hoặc 100 - 109)	16	4,7
THA độ III ( $\geq 180$ và/hoặc $\geq 110$ )	6	1,7
THA TT đơn độc (HATT $\geq 140$ và HATTr < 90)	2	0,6
<b>Tổng</b>	340	100

**Nhận xét:** Số bệnh nhân thuộc nhóm HA bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 30%; nhóm BN Tăng HATT đơn độc chiếm tỷ lệ thấp nhất 0,6%. Trong 340 BN thì tỷ lệ BN có trị số HA đạt < 140/90 mmHg chiếm tỷ lệ 79%.

**Bảng 10. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ.**

Yếu tố nguy cơ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá	14	4,1
Béo phì	5	1,61
Đái tháo đường	75	20,05
Rối loạn Lipid máu	102	30
Tiền sử gia đình có người bị THA	6	1,93
Tuổi cao (nam>55; nữ>65 tuổi)	234	68,82

**Nhận xét:** Trong tổng số 340 BN trong mẫu nghiên cứu, đa số các BN đều có từ 2 YTNC trở lên. Tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm cao tuổi THA có kèm theo rối loạn Lipid máu và đái tháo đường chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 30 và 20,05%.

**Bảng 11. Tỷ lệ tổn thương cơ quan đích.**



Tổn thương cơ quan đích	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tim	56	16,4
Thận	70	20,6
Não	53	15,6
Mắt	13	3,8
<b>Tổng</b>	<b>192</b>	<b>56,5</b>

**Nhận xét:** Trong tổng số 340 BN nghiên cứu, có 192 BN có tổn thương cơ quan đích (TTCQĐ) ở thận cao nhất là 20,6%, đứng thứ hai là ở tim là 16,4%, và ở não là 15,6%, ở mắt có tỷ lệ thấp nhất là 3,8%.

### 3.2. Phân tích tình hình sử dụng thuốc.

**Bảng 12.** Danh mục các nhóm thuốc hạ áp và tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc trong điều trị THA.

Nhóm thuốc hạ áp	Tên thuốc	Số Bn	Tỷ lệ (%)
Lợi tiểu	Spirolactone	95	27,94
	Furocemid	0	0
	Indapamid	0	0
	<b>Cộng</b>	<b>95</b>	<b>27,94</b>
Ức chế men chuyển	Imidapril	55	16,2
	Perindopril	22	6,5
	Enalapril	42	12,4
	Lisinopril	98	28,8
	Captopril	17	5,0
	Quinapril	32	9,4
	Benazepril hydroclorid 10mg	61	17,9
	<b>Cộng</b>	<b>327</b>	<b>96,2</b>
Ức chế thụ thể AT1	Losartan (Agimstan-H 80/25; Savi Irbesartan 75)	124	36,47
	Telmisartan	33	9,71
	Candesartan	131	38,53
	<b>Cộng</b>	<b>288</b>	<b>84,71</b>
Chẹn β giao cảm	Bisoprolol	76	22,35
	Metoprolol	28	8,24

Nhóm thuốc hạ áp	Tên thuốc	Số Bn	Tỷ lệ (%)
	Tenocar 100mg	53	15,59
	<b>Cộng</b>	<b>157</b>	<b>46,18</b>
Chẹn kênh calci	Amlodipine	122	35,9
	Nifedipine	133	39,1
	Nicardipine	79	23,24
	<b>Cộng</b>	<b>334</b>	<b>98,24</b>

**Nhận xét:** Chẹn Calci là nhóm được sử dụng nhiều nhất 98,24%. Trong đó Nifedipine là thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất 39,1%; Nhóm UCMC chiếm tỷ lệ cao thứ hai 9,26%, trong đó thuốc Lisinopril được sử dụng nhiều nhất chiếm 28,8%. Chiếm tỷ lệ cao thứ ba là nhóm UCTT 84,71%, trong đó thuốc được sử dụng nhiều nhất là Candesartan 38,53%; Nhóm được sử dụng ít nhất là thuốc lợi tiểu chiếm 27,94%.

**Bảng 13. Các liệu pháp điều trị THA**

Liệu pháp điều trị		Tên thuốc	Số Bn	Tỷ lệ
Đơn trị liệu		<b>Cộng</b>	<b>121</b>	<b>35,59</b>
		Chẹn kênh Calci	45	13,24
		UCMC	31	9,11
		Chẹn $\beta$ giao cảm	11	3,23
		UC thụ thể AT1	34	10
		Thuốc lợi tiểu	0	0
Đa trị liệu	Phối hợp 2 nhóm thuốc	<b>Cộng</b>	<b>170</b>	<b>50,00</b>
		Chẹn kênh Calci + Lợi tiểu	39	11,47
		Chẹn kênh Calci + UCMC	62	18,24
		UCMC + Lợi tiểu	42	12,35
		UCMC + Chẹn $\beta$ giao cảm	2	0,59
		UC thụ thể AT1 + Lợi tiểu	25	7,35
	Phối hợp 3 nhóm thuốc	<b>Cộng</b>	<b>34</b>	<b>10,00</b>
		Chẹn kênh Calci + UCMC + Lợi tiểu	20	5,88
		Chẹn kênh Calci + UCMC + Chẹn $\beta$ giao cảm	8	2,4

Liệu pháp điều trị		Tên thuốc	Số Bn	Tỷ lệ
		Lợi tiểu + UCMC + Chẹn $\beta$ giao cảm	6	1,8
		<b>Cộng</b>	<b>20</b>	<b>4,41</b>
		UC thụ thể AT1 + Lợi tiểu + chẹn calci	15	4,41
<b>Tổng cộng đa trị liệu</b>			<b>219</b>	<b>64,41</b>

**Nhận xét:** Phân tích trên 340 BN số sử dụng phác đồ điều trị đa trị liệu chiếm tỷ lệ cao hơn là 64,41%, còn phác đồ đơn trị liệu chiếm tỷ lệ thấp hơn là 35,59%. Trong đó.

- Phối hợp hai loại thuốc ở nhóm (Chẹn kênh Calci + UCMC) chiếm tỷ lệ cao nhất là 18,24%;Thấp nhất là nhóm phối hợp (UCMC + Chẹn  $\beta$  giao cảm) chiếm tỷ lệ 0,59%.

- Phối hợp ba loại thuốc nhóm (UCTT + Lợi tiểu + chẹn calci) chiếm tỷ lệ nhất là 4,41%; thấp nhất là kiểu phối hợp (Lợi tiểu + UCMC + Chẹn  $\beta$  giao cảm) chiếm tỷ lệ 1,8%.

- Các nhóm thuốc được sử dụng phối hợp trong các phác đồ đơn trị và đa trị chủ yếu là chẹn kênh calci, UCMC và UCTT.

**Bảng 14.Đánh giá chỉ định sử dụng thuốc hợp lý trong mẫu**

Sử dụng thuốc	Số BN	Tỷ lệ %
Hợp lý	312	91,76
Chưa hợp lý	28	8,24
<b>Tổng</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có 312 BN được chỉ định điều trị hợp lý, chiếm tỷ lệ 91,76%, còn 8,24% chỉ định chưa hợp lý

**Bảng 15.Đánh giá hiệu quả kiểm soát HA đạt HAMT.**

HA mục tiêu	Số BN	Tỷ lệ %
Đạt	305	89,71
Không đạt	35	10,29
<b>Tổng</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong 340 BN trong mẫu có 305 BN kiểm soát được HA đạt “Huyết áp mục tiêu” trị số HA đo tại khoa khám bệnh < 140/90 mmHg, chiếm tỷ lệ 89,71%; còn 10,29% không đạt được HA mục tiêu.

**Bảng 16. Phân bố theo đánh giá tình trạng BN qua nhận xét các triệu chứng, diễn biến bệnh trong hồ sơ bệnh án lưu tại khoa khám bệnh.**

Mức độ đánh giá	Số BN	Tỷ lệ %
Tốt	280	82,4
Trung bình	54	15,9
Không tốt	6	1,7
<b>Tổng</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

**Bảng 17. Đánh giá phác đồ đơn trị liệu và đa trị liệu trong việc kiểm soát huyết áp mục tiêu.**

Phác đồ	Huyết áp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đơn trị liệu	HATT < 140 và HATr < 90	63	75
	HATT ≥ 140, và/ hoặc HA Ttr ≥ 90	21	25
	<b>Tổng</b>	<b>84</b>	<b>100</b>
Đa trị liệu	HATT < 140, và HA Ttr < 90	242	94,53
	HATT ≥ 140, và/ hoặc HA Ttr ≥ 90	14	5,47
	<b>Tổng</b>	<b>256</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Phân tích trên 340 BN trong mẫu nghiên cứu có tổng số 84 BN được điều trị theo phác đồ đơn trị liệu thì tỷ lệ kiểm soát được HATT (HATT < 140 và HA Ttr < 90 mmHg) tương đối cao chiếm tỷ lệ 75%; còn 25% chưa kiểm soát được HA mục tiêu, tức là (HATT ≥ 140 và/ hoặc HA Ttr ≥ 90 mmHg). Còn lại có 242 BN được điều trị theo phác đồ đa trị liệu thì kết quả có 94,53% là kiểm soát được HATT và chỉ có 5,47% không kiểm soát được HATT.

## CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

Qua phân tích các dữ liệu thu thập được trên hồ sơ bệnh án và đơn thuốc của 340 bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu lưu tại khoa khám bệnh trong quý I năm 2023, chúng tôi thấy có một số đặc điểm liên quan đến vấn đề kê đơn thuốc, theo dõi và quản lý BN, việc tuân thủ điều trị của BN và đặc biệt là hiệu quả kiểm soát HA đạt mục tiêu khi điều trị THA bằng thuốc cụ thể như sau:

### 4.1. Đặc điểm lâm sàng của BN

- Về tuổi: Trong nghiên cứu tuổi trung bình của toàn mẫu là  $68,04 \pm 14,07$  năm. BN nằm trong độ tuổi từ 50 - 80 chiếm tổng số là 81,47%; THA tập trung ở nhóm có độ tuổi từ 50- 80, trong đó độ tuổi từ 60-79 tuổi nhiều nhất chiếm 66,47%, điều này có thể giải thích do sự lão hóa thường đi kèm với sự thay đổi về cấu trúc, chức năng hệ tim mạch. Hệ thống động mạch lão hóa sẽ giảm tính đàn hồi, giảm khả năng trao đổi chất, giảm tính thấm đối với các chất có trọng lượng phân tử lớn và dần dần sẽ trở thành tình trạng bệnh lý.

- Về giới: Tỷ lệ BN nữ THA chiếm 69,12%; tỷ lệ BN nam thấp hơn, chiếm tỷ lệ 30,88%, tỷ lệ nữ cao hơn cho thấy có sự liên quan đến có thể là do phụ nữ nhận biết, quan tâm và tuân thủ việc điều trị THA tốt hơn nam giới.

- Về dân tộc: Tỷ lệ gặp nhiều nhất là ở dân tộc Kinh 60,88%, dân tộc Tày chiếm 20,29%, dân tộc Dao chiếm 10,88%, Dân tộc Hoa chỉ có 0,59%.

- Về trình độ học vấn: THPT chiếm tỷ lệ cao nhất 40,65%; THCS 26,18%; Tiểu học chiếm 19,12%; tỷ lệ không biết chữ chiếm 12,06%. Về nghề nghiệp: BN đa số làm nghề nông chiếm 45%, còn hưu trí chiếm 43%; Buôn bán chiếm 9%; Thấp nhất là CCVC chiếm 3%. Có thể thấy đa phần bệnh nhân làm nghề nông, bên cạnh đó tỷ lệ không biết chữ trong nhóm nghiên cứu tương đối cao, đây cũng là một trở ngại trong việc tư vấn, hướng dẫn tuân thủ điều trị đối với hai nhóm BN này.

- Tiền sử THA: Trong 340 BN, số không rõ tiền sử THA chiếm tỷ lệ 32,06%, có tiền sử THA chiếm 27,94%, đa phần BN được phát hiện khi đến khám tại Trạm y tế hoặc khám ngoại trú, một số ít tự phát hiện bằng theo dõi HA tại nhà,

điều này chứng tỏ người dân, đặc biệt là nhóm BN làm nghề nông chưa thực sự quan tâm đến các vấn đề về bệnh THA và các nguy cơ có thể gặp do THA gây ra.

- Phân độ THA theo trị số HA đo được tại phòng khám, trong 340 BN thì tỷ lệ BN thuộc nhóm HA bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 30%; nhóm BN Tăng HATT đơn độc chiếm tỷ lệ thấp nhất 0,6%. Trong đó tỷ lệ BN có trị số HA đạt < 140/90 mmHg chiếm tỷ lệ tương đối cao 79%, tuy nhiên tỷ lệ BN chưa đạt HAMT (HA >140/90 mmHg) còn 21%. Điều này cho thấy việc kê đơn hợp lý và tuân thủ điều trị của đa số BN là khá tốt.

- Yếu tố nguy cơ và tổn thương có quan đích: Trong tổng số 340 BN trong mẫu nghiên cứu thì tỷ lệ BN có dấu hiệu tổn thương cơ quan đích ở tim chiếm tỷ lệ cao nhất là 56%; ở thận chiếm 20,6%; nhóm YTNC tuổi cao chiếm 68,82%; nhóm có rối loạn Lipid máu chiếm 30%. Ở đây nhóm tuổi cao và nhóm có rối loạn Lipid máu là hai YTNC phổ biến nhất. Lý giải là do có bệnh lý kèm theo sự lão hoá và suy giảm hoạt động của các cơ quan như tim, thận ... Rối loạn Lipid máu có thể dẫn tới xơ vữa mạch máu não cũng như mạch máu của toàn bộ cơ thể làm cho lòng mạch bị chít hẹp, cấu trúc thành mạch không ổn định dẫn đến dễ gây vỡ mạch máu khi có THA. Do đó việc điều trị rối loạn Lipid máu sớm là một việc rất quan trọng và cần thiết trong điều trị THA nhằm đem lại hiệu quả lâu dài.

#### **4.2. Phân tích tình sử dụng thuốc**

- Danh mục các nhóm thuốc được sử dụng trong mẫu nghiên cứu có 5 nhóm, tất cả các nhóm này đều nằm trong danh mục các thuốc hạ áp theo khuyến cáo điều trị THA của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2008. Hướng dẫn điều trị THA của Bộ Y tế và khuyến cáo mới nhất của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2020.- Trong nghiên cứu nhóm chẹn kênh Calci được sử dụng nhiều nhất là 98,24%, và thuốc được sử dụng nhiều nhất là Nifedipine 39,1; sau chẹn calci là nhóm UCMC có tỷ lệ sử dụng cao thứ hai 92,6%, thuốc nhóm này sử dụng nhiều nhất là Lisinopril 28,8%; UCTT cao thứ ba 84,71%, thuốc nhóm này được sử dụng nhiều nhất là Candesartan 38,53%. Lý do các nhóm thuốc này được sử dụng nhiều là do đặc điểm BN trong nhóm nghiên cứu có đến 70% nằm trong nhóm có chỉ định bắt buộc như suy tim, ĐTĐ, bệnh thận, rối loạn Lipid máu.

- Các liệu pháp điều trị: Tỷ lệ sử dụng phác đồ đa trị liệu 64,41% cao hơn, phác đồ đơn trị liệu thấp hơn, chiếm 35,59%. Trong cả 2 dạng phác đồ đơn trị và đa trị thì nhóm chẹn calci và nhóm UCMC là hai nhóm được sử dụng phổ biến nhất. Lý do liệu pháp đa trị được sử dụng nhiều hơn là do đặc điểm trong mẫu nghiên cứu nhóm BN thuộc nhóm có trị số HA đo tại khoa khám và theo dõi tại nhà ở mức bình thường chiếm tỷ lệ cao 50%, Trong phác đồ đơn trị trong toàn mẫu nghiên cứu không sử dụng thuốc lợi tiểu vì đối với nhóm BN này để đạt được HA mục tiêu và duy trì HA mục tiêu thì chỉ cần một loại thuốc viên kết hợp liều thấp kết hợp với việc tuyên truyền cho NB tích cực thay đổi hành vi và thói quen sinh hoạt để hạn chế tối đa các yếu tố nguy cơ gây THA.

Việc phối hợp thuốc trong phác đồ đa trị, với 5 nhóm thuốc hạ áp sử dụng trong mẫu nghiên cứu thì có 5 kiểu phối hợp với phác đồ 2 thuốc, có 3 kiểu phối hợp với phác đồ 3 thuốc, không có kiểu phối hợp phác đồ 4 thuốc. Tỷ lệ BN được sử dụng phác đồ phối hợp 2 thuốc cao nhất 50%. Nhóm thuốc được phối hợp trong phác đồ đa trị 2 thuốc nhiều nhất là chẹn calci và UCMC. Với phác đồ đa trị phối hợp 3 thuốc thì kiểu phối hợp (Chẹn kênh Calci + UCMC + Lợi tiểu) chiếm tỷ lệ cao nhất là 10%.

Trong các kiểu phối hợp thuốc theo Hiệp hội THA Anh khuyến cáo, có thể nói là đầu tay trong điều trị THA là: Chẹn calci + lợi tiểu; chẹn calci + UCMC và UCMC + lợi tiểu.

- Chỉ định sử dụng thuốc: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 312 BN được chỉ định kê đơn hợp lý chiếm 91,76%; còn 28 BN chỉ định chưa hợp lý 8,24%, điều này có thể giải thích do trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ phối hợp thuốc đúng theo khuyến cáo và dùng thuốc theo chỉ định bắt buộc cao hơn.

### **4.3. Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc**

- Hiệu quả kiểm soát HA trong quá trình điều trị theo đơn và khám định kỳ tại khoa khám bệnh, tỷ lệ BN đạt được HAMT là cao nhất 89,71%, tỷ lệ BN không đạt HAMT là 10,29%. Phần lớn khi BN đến khám định kỳ được đánh giá là tốt chiếm tỷ lệ 82,35%; có 15,88% được đánh giá trung bình và không tốt là 1,76%, điều này chứng tỏ đa số BN trong mẫu nghiên cứu tuân thủ phác đồ điều trị và chế độ tập luyện theo khuyến cáo và theo hướng dẫn của bác sỹ.

## **CHƯƠNG 5: KẾT LUẬN**

### **5.1. Khảo sát tình hình kê đơn thuốc điều trị tăng huyết áp tại Khoa khám bệnh - Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên.**

Qua khảo sát và phân tích tình hình kê đơn thuốc điều trị THA ngoại trú trên 340 BN tất cả các loại thuốc hạ áp gặp trong mẫu nghiên cứu đều nằm trong danh mục thuốc hạ áp theo khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam, trong đó nhóm UCMC và nhóm chẹn kênh Calci là 2 nhóm được dùng phổ biến nhất 96,20% và 98,24%, phù hợp với đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu.

Về các liệu pháp điều trị, tỷ lệ sử dụng phác đồ đơn trị liệu thấp hơn chiếm tỷ lệ 35,59%, phác đồ đa trị cao hơn phác đồ đơn trị liệu chiếm 64,41%, nhóm chẹn calci và UCMC cũng là 2 nhóm được sử dụng trong phác đồ phối hợp 2 thuốc hoặc 3 thuốc nhiều nhất.

### **5.2. Đánh giá hiệu quả phác đồ đơn trị liệu và đa trị liệu trong kiểm soát huyết áp mục tiêu tại khoa khám bệnh - Bệnh viện đa khoa Vị Xuyên**

Qua phân tích 340 đơn thuốc cho thấy tỷ lệ BN đạt HAMT trong quá trình theo dõi tại nhà và đo tại Khoa khám bệnh định kỳ là 89,71%, mặc dù tỷ lệ BN THA có tổn thương cơ quan đích như tim, thận, não là khá cao tuy nhiên phần lớn các BN này đều ở mức độ nhẹ và được đánh giá là có tình trạng tốt.

Tiếp tục duy trì việc điều trị THA dựa trên tình trạng của từng bệnh nhân cụ thể (cá thể hóa), theo các phác đồ chuẩn của Bộ Y Tế và các Tổ Chức Y tế về bệnh Huyết áp.

Để việc kiểm soát Huyết áp đạt hiệu quả tốt, ngoài sử dụng thuốc hiệu quả nhân viên y tế tư vấn cho bệnh nhân về việc điều chỉnh lối sống. truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh tăng huyết áp qua các phương tiện thông tin đại chúng in ấn tờ rơi tuyên truyền về kiến thức bệnh tăng huyết áp, chế độ ăn uống, rèn luyện thân thể, thường xuyên kiểm tra huyết áp có thể đo tại nhà hoặc tư vấn tại các cơ sở y tế ....

Ở người trẻ hoặc người lớn tuổi mắc bệnh Huyết áp cần lưu ý một số nguyên nhân mà việc điều trị để có thể kiểm soát tốt HAMT.



## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hoàng Thị Kim Huyền và cộng sự (2001), Dược lâm sàng và điều trị, NXB Y học.
2. Nguyễn Thị Thu Hằng (2002), Dược lực học, NXB Y học.
3. GS.TS. Lê Ngọc Trọng, TS. Đỗ Kháng Chiến (2006), Tương tác thuốc và chú ý khi chỉ định, NXB Y học.
4. Báo cáo dịch tễ học THA của Việt nam 2011.
5. Khuyến cáo ACC/AHA về THA có bệnh mạch vành 2015.
6. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/08/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
7. GS.TS. Huỳnh văn Minh, Khuyến cáo 2018 của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị THA.
8. Bệnh học nội khoa xuất bản năm 2022 của Trường ĐHY Hà Nội
9. Thực trạng tăng huyết áp Việt nam 2020.
10. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp VNHA/VSH 2021 của GS.TS. Huỳnh văn Minh và cộng sự.

**CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG KHOA HỌC**

**CHỦ NHIỆM ĐỀ TÀI**

**GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN  
Bs CKII. Tạ Tiến Mạnh**

**Đinh Thị Phương**

**PHIẾU KHẢO SÁT**  
**BỆNH NHÂN ĐANG ĐIỀU TRỊ THA NGOẠI TRÚ TẠI BVĐK VỊ XUYÊN.**

Số phiếu:.....Mã Bệnh nhân.....

Ngày điền phiếu.....

1	Họ tên bệnh nhân:..... Tuổi: .....
2	Giới tính: Nam: <input type="checkbox"/> ; Nữ: <input type="checkbox"/>
3	Chiều cao.....cm ; Nặng.....kg.; BMI.....
4	Dân tộc: Kinh <input type="checkbox"/> ; Tày <input type="checkbox"/> ; Nùng <input type="checkbox"/> ; Dao <input type="checkbox"/> ; Mông <input type="checkbox"/> ; Khác <input type="checkbox"/>
4	Trình độ học vấn: THPT <input type="checkbox"/> ; THCS <input type="checkbox"/> ; Tiểu học <input type="checkbox"/>
5	Nghề nghiệp: Hưu trí <input type="checkbox"/> ; CBCCVC <input type="checkbox"/> ; Nông dân <input type="checkbox"/> ; Khác <input type="checkbox"/>
6	Địa chỉ: .....
7	Huyết áp đo được: .....mmHg; Độ I <input type="checkbox"/> ; Độ II <input type="checkbox"/> ; Độ III <input type="checkbox"/>
8	Bệnh và các yếu tố nguy cơ: Đái tháo đường <input type="checkbox"/> ; RLCH Lipid <input type="checkbox"/> ; Béo phì <input type="checkbox"/> ; Hút thuốc <input type="checkbox"/> ; Tiền sử gia đình <input type="checkbox"/> .(.....)
9	Bệnh tổn thương cơ quan đích: Tim <input type="checkbox"/> (Suy tim, ĐTN; NMCT; Loạn nhịp tim); Não <input type="checkbox"/> (Nhồi máu, xuất huyết; Di chứng TBMN); Thận <input type="checkbox"/>
10	Phác đồ: Đơn trị liệu <input type="checkbox"/> (1 thuốc HA); Đa trị liệu <input type="checkbox"/> (2 loại thuốc HA trở lên); Bệnh kèm theo <input type="checkbox"/> (.....)
11	Nhóm thuốc (tên thuốc cụ thể): UC men chuyển <input type="checkbox"/> ; Chẹn kênh calci <input type="checkbox"/> ; UC thụ thể AT1 <input type="checkbox"/> ; Chẹn $\beta$ <input type="checkbox"/> ; Chẹn Alpha <input type="checkbox"/> ; Lợi tiểu <input type="checkbox"/> ; Thuốc phối hợp <input type="checkbox"/> ; .....

12	Kiểm soát HA mục tiêu: Đạt <input type="checkbox"/> ; Không đạt <input type="checkbox"/> .
----	--

### DANH SÁCH TRONG MẪU NGHIÊN CỨU

Đề tài: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc huyết áp trong điều trị ngoại trú quý 1/2023

STT	Mã BN	Họ tên	Năm sinh	Dân tộc	Giới tính	Mã thẻ
1	2300000060	Trần Thị Đ	1954	Kinh	3	HT
2	2300000097	Cháng Thị M	1962	Dao	3	DT
3	2300000118	Phí Thị Y	1964	Kinh	3	HT
4	2300000134	Vương Thị T	1978	Tày	3	DT
5	2300000055	Nguyễn Thị S	1942	Kinh	3	CT
6	2300000058	Vũ Thị H	1948	Kinh	3	HT
7	2300000059	Lai Trọng C	1948	Kinh	2	HT
8	2300000062	Trần Thị H	1948	Kinh	3	HT
9	2300000171	Châu Thị C	1946	Tày	3	DT
10	2300000061	Bùi Thị N	1945	Kinh	3	HT
11	2300000067	Lưu Thị H	1954	Kinh	3	GB
12	2300000086	Chu Thị L	1947	Kinh	3	HT
13	2300000127	Lê Minh T	1968	Kinh	2	HC
14	2300000085	Nguyễn Thị B	1955	Kinh	3	HT
15	2300000078	Nông Văn K	1960	Tày	2	HN
16	2300000057	Vũ Thị T	1952	Kinh	3	HT
17	2300000068	Phạm Thị M	1958	Kinh	3	HT
18	2300000080	Nguyễn Văn C	1966	Kinh	2	DK
19	2300000213	Bản Thị T	1970	Dao	3	DT
20	2300000072	Hoàng Thị B	1958	Tày	3	HT
21	2300000120	Chương Thị K	1969	Dao	3	HN
22	2300000064	Cán Xuân T	1941	Kinh	2	HT
23	2300000077	Nguyễn Thị T	1960	Kinh	3	HN
24	2300000108	Phạm Ngọc H	1945	Kinh	2	HT
25	2300000074	Dương Thị S	1975	Dao	3	DT
26	2300000083	Đào Công T	1960	Kinh	2	HT
27	2300000197	Đình Thế L	1947	Kinh	2	CK
28	2300000123	Lù Thị R	1944	Nùng	3	BT
29	2300000125	Sấn Sèn C	1942	Hoa	2	CT
30	2300000095	Sầm Thị N	1950	Tày	3	BT
31	2300000175	Nguyễn Mạnh T	1960	Kinh	2	HT
32	2300000066	Nguyễn Thị T	1955	Kinh	3	HT
33	2300000135	Vi Thái S	1962	Giáy	2	DT
34	2300000069	Hoàng Thị H	1953	Tày	3	HT
35	2300000084	Nông Tiến T	1963	Tày	2	HT
36	2300000119	Hoàng Thị P	1943	Tày	3	BT
37	2300000065	Bùi Đình C	1957	Kinh	2	HT

38	2300000150	Trần Thị D	1946	Kinh	3	HT
39	2300000079	Mai Tiên S	1950	Tày	2	HT
40	2300000082	Vũ Đức H	1956	Kinh	2	GD
41	2300000075	Vũ Ngọc D	1955	Kinh	2	HT
<b>STT</b>	<b>Mã BN</b>	<b>Họ tên</b>	<b>Năm sinh</b>	<b>Dân tộc</b>	<b>Giới tính</b>	<b>Mã thẻ</b>
42	2300000279	Nguyễn Thị T	1950	Kinh	3	HT
43	2300000306	Bùi Thị Đ	1954	Kinh	3	HT
44	2300000096	Vũ Thị H	1962	Kinh	3	KC
45	2300000293	Lê Thị T	1948	Kinh	3	HT
46	2300000337	Vương Thị T	1958	Tày	3	BT
47	2300000309	Nông Thị T	1951	Tày	3	GB
48	2300000402	Chương Văn Q	1970	Dao	2	DT
49	2300000383	Lê Thị T	1959	Kinh	3	HT
50	2300000390	Lê Văn L	1954	Kinh	2	DK
51	2300000384	Nguyễn Kim N	1959	Kinh	3	KC
52	2300000382	Vũ Thị G	1956	Kinh	3	HT
53	2300000381	Bùi Thị R	1958	Kinh	3	HT
54	2300000379	Nguyễn Thị L	1953	Kinh	3	HT
55	2300000392	Đặng Thị T	1965	Dao	3	DT
56	2300000398	Hoàng Thị L	1945	Tày	3	KC
57	2300000396	Nguyễn Thị Ê	1968	Kinh	3	GD
58	2300000388	Hoàng Thị N	1958	Tày	3	CB
59	2300000406	Nông Văn C	1985	Tày	2	HD
60	2300000417	Nguyễn Minh T	1947	Kinh	2	HT
61	2300000397	Mùng Văn P	1957	Tày	2	HT
62	2300000433	Chương Thị T	1967	Dao	3	HN
63	2300000407	Tô Văn C	1973	Tày	2	GD
64	2300000411	Trần Thị B	1957	Kinh	3	HT
65	2300000425	Cần Thị T	1953	Kinh	3	GD
66	2300000403	Nguyễn Chí T	1962	Kinh	2	HT
67	2300000509	Trần Thị H	1947	Kinh	3	HT
68	2300000503	Nguyễn Thị X	1952	Kinh	3	HT
69	2300000405	Tạ Thị T	1947	Kinh	3	HT
70	2300000497	Nông Thị T	1952	Tày	3	GB
71	2300000424	Nguyễn Thị L	1941	Kinh	3	BT
72	2300000581	Nguyễn Thị B	1970	Kinh	3	GB
73	2300000582	La Xuân T	1963	Giáy	2	CB
74	2300000603	Liu Văn C	1960	Nùng	2	KC
75	2300000602	Đặng Văn Đ	1979	Dao	2	HN
76	2300000584	Khổng Thị T	1969	Kinh	3	HT
77	2300000599	Hoàng Văn T	1962	Tày	2	CB
78	2300000600	Lý Thanh T	1960	Tày	2	CB
79	2300000586	Lê Thị C	1959	Kinh	3	KC
80	2300000664	Lý Thị T	1957	Tày	3	BT
81	2300000573	Thèn Già D	1963	Nùng	3	KC

82	2300000574	Thào Minh C	1969	Mông	2	HN
83	2300000568	Nguyễn Kim L	1961	Kinh	3	HT
84	2300000572	Nguyễn Văn N	1950	Kinh	2	HT
85	2300000577	Lù Văn M	1955	Nùng	2	HT
<b>STT</b>	<b>Mã BN</b>	<b>Họ tên</b>	<b>Năm sinh</b>	<b>Dân tộc</b>	<b>Giới tính</b>	<b>Mã thẻ</b>
86	2300000562	Hoàng Thị T	1960	Nùng	3	BT
87	2300000589	Vũ Văn B	1960	Kinh	2	BT
88	2300000608	Thiều Thị C	1941	Kinh	3	HT
89	2300000570	Cao Thị P	1947	Kinh	3	HT
90	2300000566	Phạm Thị C	1948	Kinh	3	HT
91	2300000567	Trần Thị N	1950	Kinh	3	HT
92	2300000653	Phạm Thị V	1952	Kinh	3	GB
93	2300000576	Cháng Thiên C	1966	Dao	2	GB
94	2300000579	Lê Thị L	1954	Kinh	3	HT
95	2300000607	Trần Đức H	1939	Kinh	2	HT
96	2300000672	Hoàng Văn H	1968	Tày	2	CB
97	2300000575	Hoàng Bế D	1959	Tày	2	CB
98	2300000620	Lại Thanh S	1959	Kinh	2	CB
99	2300000646	Phạm Thị H	1980	Kinh	3	HC
100	2300000583	Lý Thị T	1952	Dao	3	KC
101	2300000590	Lý Thị L	1967	Mông	3	GB
102	2300000592	Phàn Thị T	1974	Tày	3	HN
103	2300000605	Nguyễn Thị L	1954	Kinh	3	HT
104	2300000611	Cháng Thị C	1970	Dao	3	HN
105	2300000659	Lê Thị T	1963	Kinh	3	HT
106	2300000594	Đình Thị N	1962	Kinh	3	HT
107	2300000669	Mai Thị C	1952	Kinh	3	HT
108	2300000692	Lã Văn H	1966	Kinh	2	GB
109	2300000563	Tạ Trọng M	1946	Kinh	2	HT
110	2300000732	Thèn Già P	1952	Nùng	3	GB
111	2300000725	Nguyễn Văn T	1956	Kinh	2	HT
112	2300000726	Phùng Thị T	1957	Kinh	3	HT
113	2300000740	Đình Thị L	1962	Kinh	3	GD
114	2300000595	Lục Thị N	1949	Tày	3	HT
115	2300000651	Nguyễn Thị H	1965	Kinh	3	HT
116	2300000604	Lục Thị P	1942	Giáy	3	BT
117	2300000785	Trần Văn Q	1966	Kinh	2	CB
118	2300000788	Phạm Thị H	1972	Kinh	3	GB
119	2300000882	Bàn Thị B	1946	Dao	3	DT
120	2300000777	Phạm Thị T	1943	Kinh	3	HT
121	2300000791	Đỗ Văn M	1953	Kinh	2	HT
122	2300000784	Nguyễn Xuân N	1965	Kinh	2	DN
123	2300000820	Phan Thị T	1939	Tày	3	BT
124	2300000823	Nguyễn Văn Q	1964	Kinh	2	CB
125	2300000803	Phàn Thị M	1966	Tày	3	GB

126	2300000891	Đặng Văn Đ	1956	Dao	2	CB
127	2300000809	Nguyễn Văn L	1964	Kinh	2	HC
128	2300000829	Lưu Hồng S	1978	Tày	2	HC
129	2300000863	Đào Xuân H	1956	Kinh	2	CB
<b>STT</b>	<b>Mã BN</b>	<b>Họ tên</b>	<b>Năm sinh</b>	<b>Dân tộc</b>	<b>Giới tính</b>	<b>Mã thẻ</b>
130	2300000776	Vũ Hồng P	1976	Kinh	2	DN
131	2300000824	Hoàng Văn D	1965	Tày	2	CB
132	2300000794	Nguyễn Văn C	1969	Kinh	2	CN
133	2300000939	Nguyễn Thị H	1940	Kinh	3	HT
134	2300000953	Nguyễn Thị T	1965	Kinh	3	KC
135	2300000934	Bùi Thị P	1941	Kinh	3	HT
136	2300000931	Nông Thị T	1972	Tày	3	DT
137	2300000948	Hoàng Thị D	1980	Tày	3	GB
138	2300000965	Hoàng Văn Q	1970	Tày	2	KC
139	2300000781	Nguyễn Thị T	1958	Kinh	3	HT
140	2300000990	Đỗ Thị H	1959	Kinh	3	HT
141	2300001083	Hoàng Thị S	1950	Nùng	3	BT
142	2300001087	Nguyễn Thị T	1959	Kinh	3	HT
143	2300001119	Vũ Thị N	1930	Kinh	3	BT
144	2300001060	Nông Thanh T	1948	Tày	2	HT
145	2300001068	Phạm Thị Ngọc Đ	1963	Kinh	3	HT
146	2300001074	Vũ Thị H	1950	Kinh	3	GB
147	2300001186	Lê Thị L	1954	Kinh	3	KC
148	2300001057	Đặng Ngọc M	1956	Dao	2	CK
149	2300001067	Nguyễn Thị K	1949	Kinh	3	HT
150	2300001145	Đặng Thị Đ	1945	Dao	3	BT
151	2300001213	Cháng Văn H	1968	Dao	2	HN
152	2300001063	Vũ Trọng K	1951	Kinh	2	HT
153	2300001091	Lù Già X	1973	Nùng	3	GB
154	2300001081	Trần Xuân N	1969	Kinh	2	CB
155	2300001082	Lêng Thị N	1962	Nùng	3	KC
156	2300001075	Đặng Thị H	1953	Dao	3	HT
157	2300001078	Nguyễn Thị S	1948	Kinh	3	HT
158	2300001084	Nông Bích T	1963	Tày	3	HT
159	2300001080	Nguyễn Thị P	1961	Kinh	3	HT
160	2300001088	Mương Thị X	1941	Tày	3	BT
161	2300001092	Phạm Thị L	1966	Kinh	3	DK
162	2300001096	Bá Thị L	1932	Tày	3	BT
163	2300001098	Vũ Thị S	1947	Kinh	3	HT
164	2300001099	Ngô Ngọc C	1951	Kinh	2	HT
165	2300001071	Lê Xuân P	1964	Kinh	2	HT
166	2300001070	Phạm Thị X	1954	Kinh	3	DK
167	2300001116	Hoàng Thị H	1968	Tày	3	KC
168	2300001134	Bản Thị D	1957	Dao	3	DT
169	2300001140	Đặng Thị M	1966	Dao	3	DT

170	2300001155	Đặng Văn S	1988	Dao	2	HD
171	2300001133	Hoàng Văn S	1978	Dao	2	DT
172	2300001139	Đặng Văn G	1956	Dao	2	HN
173	2300001141	Triệu Văn P	1966	Dao	2	DT
<b>STT</b>	<b>Mã BN</b>	<b>Họ tên</b>	<b>Năm sinh</b>	<b>Dân tộc</b>	<b>Giới tính</b>	<b>Mã thẻ</b>
174	2300001103	Nguyễn Thị L	1958	Kinh	3	KC
175	2300001196	Sầm Thị K	1957	Nùng	3	DT
176	2300001055	Hoàng Thị B	1952	Kinh	3	HT
177	2300001258	Nguyễn Thị S	1950	Kinh	3	GB
178	2300001264	Đỗ Thị A	1950	Kinh	3	HT
179	2300001267	Sầm Thị N	1954	Tày	3	HT
180	2300001275	Trần Thị C	1944	Kinh	3	HT
181	2300001058	Nguyễn Thị L	1962	Kinh	3	GD
182	2300001274	Lê Thị H	1952	Kinh	3	HT
183	2300001286	Nguyễn Trọng D	1961	Kinh	2	CB
184	2300001086	Bùi Thị X	1960	Kinh	3	TA
185	2300001085	Cần Trung K	1956	Kinh	2	CB
186	2300001315	Nguyễn Thị K	1959	Kinh	3	GB
187	2300001308	Vũ Thị H	1957	Kinh	3	HT
188	2300001073	Nguyễn Ngọc S	1964	Kinh	2	HC
189	2300001322	Hoàng Thị L	1954	Tày	3	HT
190	2300001328	Nguyễn Thị C	1960	Kinh	3	CN
191	2300001314	Tài Văn K	1965	Nùng	2	KC
192	2300001153	Phạm Thị T	1943	Kinh	3	HT
193	2300001352	Phạm Thị T	1940	Kinh	3	HT
194	2300001371	Nguyễn Thị T	1947	Kinh	3	HT
195	2300001377	Nghiêm Thị L	1945	Kinh	3	HT
196	2300001353	Vàng Seo C	1950	Nùng	2	CK
197	2300001368	Nguyễn Thị L	1940	Kinh	3	HT
198	2300001355	Nguyễn Thanh H	1965	Kinh	2	CB
199	2300001376	Nguyễn Thị S	1972	Kinh	3	GB
200	2300001366	Hoàng Văn L	1959	Tày	2	GB
201	2300001369	Nguyễn Quốc H	1946	Kinh	2	HT
202	2300001358	Tổng Duy K	1954	Tày	2	HT
203	2300001357	Trần Thị L	1958	Kinh	3	HT
204	2300001360	Mai Thị H	1971	Kinh	3	CN
205	2300001363	Lục Văn V	1973	Kinh	2	GD
206	2300001365	Nguyễn Văn S	1966	Tày	2	CB
207	2300001380	Phạm Văn B	1986	Kinh	2	CN
208	2300001374	Nông Thanh L	1966	Nùng	2	CB
209	2300001378	Đặng Thị G	1960	Dao	3	HN
210	2300001370	Triệu Văn T	1957	Dao	2	DT
211	2300001359	Lý Thị T	1954	Tày	3	HT
212	2300001362	Trần Thị N	1954	Kinh	3	CB
213	2300001356	Nguyễn Văn T	1947	Kinh	2	CB

214	2300001379	Hoàng Văn S	1972	Tày	2	GD
215	2300001354	Nguyễn Thị Nguyệt	1968	Kinh	3	HT
216	2300003834	Phạm Thị L	1940	Kinh	3	BT
217	2300003844	Phạm Thị P	1948	Kinh	3	HT
<b>STT</b>	<b>Mã BN</b>	<b>Họ tên</b>	<b>Năm sinh</b>	<b>Dân tộc</b>	<b>Giới tính</b>	<b>Mã thể</b>
218	2300003851	Đỗ Đăng K	1952	Kinh	2	HT
219	2300003855	Nông Văn Á	1951	Nùng	2	CB
220	2300003883	Hoàng Thị M	1951	Tày	3	HN
221	2300003897	Lý Thị D	1963	Dao	3	KC
222	2300003898	Lục Thị T	1971	Nùng	3	DT
223	2300003900	Tô Thị T	1980	Tày	3	CN
224	2300003904	Lê Thị P	1930	Kinh	3	BT
225	2300003910	Đặng Thị N	1973	Dao	3	HN
226	2300003917	Đặng Thị H	1962	Dao	3	HN
227	2300003921	Nguyễn Văn S	1950	Kinh	2	CB
228	2300003922	Hầu A S	1957	Mông	2	HT
229	2300003933	Lê Văn H	1960	Kinh	2	GB
230	2300003938	Tạ Thị L	1951	Kinh	3	HT
231	2300003941	Lê Thị N	1950	Kinh	3	DK
232	2300003950	Phạm Xuân T	1970	Kinh	2	GD
233	2300003951	Vũ Khắc L	1949	Kinh	2	DK
234	2300003961	Hoàng Thị P	1959	Dao	3	BT
235	2300003967	Lê Thị N	1968	Kinh	3	DK
236	2300003970	Bàn Văn H	1960	Dao	2	DT
237	2300004018	Lê Văn K	1958	Kinh	2	CB
238	2300004029	Đặng Thị P	1988	Dao	3	DT
239	2300004049	Sầm Quốc C	1954	Nùng	2	HT
240	2300004086	Bùi Chính M	1959	Kinh	2	HT
241	2300004112	Nguyễn Thị H	1948	Kinh	3	HT
242	2300004179	Nguyễn Xuân H	1950	Kinh	2	HT
243	2300004180	Phùng Thị C	1952	Kinh	3	HT
244	2300004185	Phạm Thị T	1958	Kinh	3	GD
245	2300004187	Nguyễn Văn N	1955	Kinh	2	HT
246	2300004198	Nguyễn Thị P	1972	Kinh	3	CN
247	2300004235	Bê Thị L	1949	Kinh	3	HN
248	2300004265	Tô Đình Q	1962	Kinh	2	HT
249	2300004273	Đặng Thị L	1977	Dao	3	HN
250	2300004321	Hoàng Chí T	1946	Tày	2	HT
251	2300004365	Lý Thị L	1959	Tày	3	HT
252	2300004407	Nguyễn Thị T	1950	Kinh	3	HT
253	2300004414	Trần Thị Đ	1954	Kinh	3	HT
254	2300004424	Dương Thị S	1975	Dao	3	DT
255	2300004425	Trần Thị H	1952	Kinh	3	HT
256	2300004428	Nông Văn K	1960	Tày	2	HN
257	2300004465	Nguyễn Thị H	1954	Kinh	3	KC



258	2300004467	Nguyễn Thị H	1968	Tày	3	DT
259	2300004501	Xin Già S	1962	Nùng	3	HN
260	2300004514	Lý Văn Q	1962	Dao	2	HN
261	2300004524	Tạ Thị H	1957	Kinh	3	HT
<b>STT</b>	<b>Mã BN</b>	<b>Họ tên</b>	<b>Năm sinh</b>	<b>Dân tộc</b>	<b>Giới tính</b>	<b>Mã thẻ</b>
262	2300004574	Vũ Ngọc D	1955	Kinh	2	HT
263	2300004644	Tô Thị L	1938	Tày	3	BT
264	2300004645	Nguyễn Thị X	1952	Kinh	3	HT
265	2300004656	Nhèn Thị X	1956	Hoa	3	DT
266	2300004660	Hoàng Thị Y	1960	Tày	3	KC
267	2300004672	Phùng Thị H	1964	Kinh	3	CB
268	2300004683	Đặng Thị L	1966	Dao	3	KC
269	2300004688	Bùi Thị R	1958	Kinh	3	HT
270	2300011479	Nguyễn Thị N	1953	Kinh	3	HT
271	2300011677	Phản Thị N	1974	Tày	3	GB
272	2300011686	Nông Thị B	1940	Tày	3	HT
273	2300011705	Nông Thị X	1965	Tày	3	KC
274	2300011741	Vương Thị T	1951	Tày	3	HT
275	2300011743	Lê Thị B	1945	Kinh	3	HT
276	2300011758	Phạm Thị T	1939	Kinh	3	DK
277	2300011761	Nguyễn Thị B	1936	Kinh	3	BT
278	2300011762	Đào Đình Y	1929	Kinh	2	BT
279	2300011763	Vũ Thị T	1942	Kinh	3	HT
280	2300011769	Hoàng Thị T	1964	Kinh	3	HT
281	2300011773	Phạm Xuân H	1948	Kinh	2	HT
282	2300011774	Nguyễn Thị H	1952	Kinh	3	HT
283	2300011778	Phan Thị M	1949	Tày	3	HT
284	2300011798	Ngô Thị T	1952	Kinh	3	HN
285	2300011818	Nguyễn Thị L	1954	Kinh	3	GD
286	2300011912	Nguyễn Thị N	1960	Kinh	3	HT
287	2300011967	Tô Thị L	1961	Kinh	3	HT
288	2300012027	Nguyễn Tiến Q	1954	Kinh	2	BT
289	2300012028	Phan Thị N	1949	Tày	3	GB
290	2300012037	Vũ Thị C	1949	Kinh	3	CN
291	2300012047	Mai Xuân T	1950	Kinh	2	HT
292	2300012140	Vũ Thị T	1950	Kinh	3	HT
293	2300012193	Mai Thị N	1953	Kinh	3	CK
294	2300012194	Lê Văn D	1951	Kinh	2	CK
295	2300012208	Trần Thị L	1964	Kinh	3	GB
296	2300012302	Nguyễn Thị X	1959	Kinh	3	KC
297	2300012332	Nguyễn Văn T	1960	Kinh	2	CB
298	2300012337	Thào Thị S	1955	Mông	3	DT
299	2300012338	Trịnh Thanh X	1957	Kinh	3	CB
300	2300012342	Bản Văn T	1968	Dao	2	DT
301	2300012350	Đào Thị T	1954	Kinh	3	GD

302	2300012517	Vũ Hữu L	1954	Kinh	2	HT
303	2300012541	Nguyễn Thị C	1963	Kinh	3	GB
304	2300012545	Phan Văn H	1962	Tày	2	KC
305	2300012611	Nguyễn Thị N	1965	Kinh	3	HT
<b>STT</b>	<b>Mã BN</b>	<b>Họ tên</b>	<b>Năm sinh</b>	<b>Dân tộc</b>	<b>Giới tính</b>	<b>Mã thẻ</b>
306	2300012612	Hà Thị D	1958	Tày	3	CN
307	2300012759	Nguyễn Thị H	1957	Kinh	3	HT
308	2300012772	Nguyễn Thị H	1948	Kinh	3	HT
309	2300012911	Nguyễn Văn T	1962	Kinh	2	HT
310	2300012912	Nguyễn Thị H	1956	Kinh	3	HT
311	2300012915	Tạ Thị T	1944	Kinh	3	HT
312	2300012916	Đào Thị T	1956	Kinh	3	HT
313	2300012940	Mã Thế H	1949	Tày	2	HT
314	2300012949	Phạm Thị N	1950	Kinh	3	DK
315	2300012951	Phan Thị T	1939	Tày	3	BT
316	2300012960	Nguyễn Thị T	1969	Kinh	3	KC
317	2300013107	Trần Thị N	1954	Kinh	3	HN
318	2300013116	Vương Văn H	1963	Tày	2	CB
319	2300013137	Nguyễn Thị T	1943	Kinh	3	HT
320	2300013159	Đào Thị C	1950	Kinh	3	HT
321	2300013202	Đào Thị C	1956	Kinh	3	GD
322	2300013208	Nguyễn Thị P	1970	Kinh	3	HT
323	2300001718	Giàng Thị S	1923	Mông	3	BT
324	2300013218	Vì Văn Ý	1960	Tày	2	CB
325	2300013252	Nguyễn Thị H	1952	Kinh	3	HT
326	2300013422	Vì Thị L	1967	Tày	3	KC
327	2300013424	Nguyễn Trung H	1962	Kinh	2	HT
328	2300013459	Trương Ngọc L	1956	Tày	2	HT
329	2300013637	Huân Văn B	1961	Tày	2	HT
330	2300013718	Cháng Thị N	1989	Dao	3	DT
331	2300013745	Phùng Ngọc T	1971	Kinh	2	HC
332	2300013764	Phan Thị H	1948	Tày	3	HT
333	2300014294	Đỗ Như L	1947	Kinh	2	HT
334	2300014560	La Thị N	1948	Tày	3	HT
335	2300014564	Nguyễn Hữu H	1963	Kinh	2	CB
336	2300014565	Phạm Thị P	1948	Kinh	3	HT
337	2300014628	Tạ Thị L	1951	Kinh	3	HT
338	2300014631	Nguyễn Hải V	1946	Kinh	2	HT
339	2300015053	Nguyễn Thị T	1962	Kinh	3	KC
340	2300015234	Nông Thành L	1951	Tày	2	HT

NGƯỜI LẬP BIỂU

XÁC NHẬN  
THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

**Đinh Thị Phương**