

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

*Thái Khoa Bảo Châu, Võ Thị Hồng Phương
Khoa Dược, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế*

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Tăng huyết áp nếu không được điều trị đúng và đầy đủ sẽ gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm. Việc kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu sẽ đem lại hiệu quả tích cực trong việc giảm tỷ lệ tử vong cũng như tàn tật do các bệnh lý liên quan đến tăng huyết áp. **Mục tiêu:** (1) Phân tích tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp (2) Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 388 bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp điều trị nội trú tại Khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tất cả các 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. Ức chế men chuyển và chẹn kênh calci là hai nhóm thuốc được dùng phổ biến nhất (96,6% và 71,4%). Tỷ lệ sử dụng phác đồ đa trị cao hơn tỷ lệ sử dụng phác đồ đơn trị trong cả liệu pháp khởi đầu (64,7%>35,3%) và liệu pháp cuối (61,9%>38,1%). Tỷ lệ bệnh nhân gặp tương tác giữa thuốc hạ áp với các thuốc khác trong phác đồ là 7,5%. Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định sử dụng thuốc hợp lý là 84,3%. Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc trong điều trị cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu trước khi ra viện là 67,3%. Phần lớn bệnh nhân được đánh giá là có tình trạng tốt khi ra viện, chiếm 81,7%. **Kết luận:** Tất cả các 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, tỷ lệ sử dụng phác đồ đa trị cao hơn tỷ lệ sử dụng phác đồ đơn trị, tỷ lệ tương tác thuốc – thuốc khá thấp, phần lớn bệnh nhân được đánh giá là có tình trạng tốt khi ra viện.

Từ khóa: Tăng huyết áp, thuốc điều trị tăng huyết áp.

Abstract

THE USE OF MEDICINES IN TREATING HYPERTENSION IN HUE UNIVERSITY HOSPITAL

*Thai Khoa Bao Chau, Vo Thi Hong Phuong
Faculty of Pharmacy, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University*

Background: Hypertension is a common condition in the world as well as in Viet Nam. If hypertension isn't treated well, it can cause many serious complications. Controlling target blood pressure will bring positive effects on reducing mortality rate and also disabilities caused by diseases related to hypertension. **Objectives:** (1) To analyze the use of medicines in treating hypertension. (2) To evaluate the effects of medicine usage in treating hypertension at Hue University Hospital. **Materials and methods:** 388 patients were diagnosed of hypertension with inpatient care at the Cardiovascular Department of Hue University Hospital, using cross-sectional descriptive study methods. **Results:** All antihypertensive drugs in the research are in the antihypertensive list recommended by Vietnamese Society of Cardiology. Angiotensin converting enzyme inhibitor and calcium channel blocker were

- Địa chỉ liên hệ: Võ Thị Hồng Phương, email: hongphuong1311@yahoo.com.vn

- Ngày nhận bài: 31/12/2015 *Ngày đồng ý đăng: 10/3/2016 * Ngày xuất bản: 10/5/2016

the two most popular drug groups (96.6% and 71.4%, respectively). The rate of using multi-therapy regimens was higher than the rate of using uni-therapy regimens in both initial therapies (64.7%>35.3%) and final therapies (61.9%>38.1%). The rate of patients having interactions between antihypertensive drugs and the other kinds of drugs was 7.5%. The rate of patients having reasonable prescriptions was 84.3%. Evaluating the effects of medicine usage in treatments showed that the rate of patients reaching target blood pressure before leaving the hospital was 67.3%. Most patients were evaluated as having good prognosis after treatment, up to 81.7%. **Conclusions:** All antihypertensive drugs in the research are in the antihypertensive list recommended by Vietnamese Society of Cardiology. The rate of using multi-therapy regimens was higher than the rate of using uni-therapy regimens. The rate of drug interactions was quite low; most patients were evaluated as having good prognosis after treatment.

Key words: Hypertension, antihypertensive drugs.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tăng huyết áp là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, là mối đe dọa rất lớn đối với sức khỏe của con người, là nguyên nhân gây tàn phế và tử vong hàng đầu ở người cao tuổi. Trong số các trường hợp mắc bệnh và tử vong do tim mạch hàng năm có khoảng 35 - 40% nguyên nhân do tăng huyết áp. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, năm 2000 toàn thế giới có tới 972 triệu người bị tăng huyết áp và con số này tăng lên là khoảng 1,56 tỷ người vào năm 2025. Tại Việt Nam, tỷ lệ tăng huyết áp trong các nghiên cứu về dịch tễ học vào khoảng từ 20% đến 25% [6].

Tăng huyết áp nếu không được điều trị đúng và đầy đủ sẽ gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như: tai biến mạch máu não, suy tim, suy mạch vành, suy thận... Việc kiểm soát huyết áp đạt mục tiêu sẽ đem lại hiệu quả tích cực trong việc giảm tỷ lệ tử vong cũng như tàn tật do các bệnh lý liên quan đến tăng huyết áp.

Ở Việt Nam, mặc dù ngành y tế còn gặp nhiều khó khăn, nhưng công tác phát hiện và điều trị bệnh nhân tăng huyết áp vẫn luôn được coi trọng. Để góp phần nâng cao hiệu quả trong điều trị tăng huyết áp, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với các mục tiêu:

1. Phân tích tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp.

2. Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán tăng huyết áp (THA) điều trị nội trú tại Khoa Nội Tim mạch

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế (trong khoảng thời gian từ 01/01/2014 đến 31/12/2014) với các tiêu chuẩn:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN trên 18 tuổi được chẩn đoán là THA vô căn, có thời gian nằm viện tại Khoa Nội Tim mạch ≥ 5 ngày.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN có thời gian điều trị tại Khoa Nội Tim mạch bị gián đoạn, BN chuyên khoa, bệnh án không đủ thông tin cần thu thập.

Dựa vào các tiêu chuẩn trên, chúng tôi chọn được 388 bệnh nhân vào mẫu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu theo kiểu cắt ngang, mô tả, không can thiệp.

- Thu thập thông tin từ bệnh án lưu tại phòng Kế Hoạch - Tổng Hợp Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Thu thập và đánh giá thông tin theo “phiếu khảo sát”

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

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Khảo sát các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân:

- Tuổi, giới tính, tiền sử bệnh: dựa vào các thông tin trong bệnh án.

- Mức độ tăng huyết áp: dựa vào chỉ số HA được xác định 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 hút thuốc lá, béo phì, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, 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 tim, thận, mắt, não.

- Phân tích tình hình sử dụng thuốc:
 - Danh mục thuốc điều trị THA.
 - Các liệu pháp điều trị.
 - Tương tác thuốc.

Bảng 2.1. Mức độ tương tác thuốc

Mức độ tương tác thuốc	Chú ý
Nặng	Tránh phối hợp, nguy cơ nhiều hơn lợi ích khi xảy ra tương tác này.
Trung bình	Thường tránh kết hợp, chỉ phối hợp trong những trường hợp đặc biệt.
Nhẹ	Giảm thiểu rủi ro, đánh giá rủi ro và xem xét một loại thuốc thay thế, loại bỏ nguy cơ tương tác và cần có kế hoạch giám sát.

- Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định 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 sử dụng thuốc:
 - Đánh giá hiệu quả kiểm soát huyết áp: dựa

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính

Nhóm tuổi	Giới tính				Tổng	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ nữ/nam
	BN nam	Tỷ lệ (%)	BN nữ	Tỷ lệ (%)			
<50	19	4,9	12	3,1	31	8,0	0,63
50-59	44	11,3	41	10,6	85	21,9	0,93
60-69	41	10,6	48	12,4	89	22,9	1,17
70-79	37	9,5	64	16,5	101	26,1	1,73
≥80	44	11,3	38	9,8	82	21,1	0,86
Tổng	185	47,7	203	52,3	388	100,0	1,10
Tuổi thấp nhất	21		24		21		
Tuổi cao nhất	98		97		98		
Tuổi trung bình (năm)	66,78±15,16		68,29±12,78		67,57±13,97		

Nhận xét: Tuổi trung bình của toàn mẫu là 67,57±13,97 năm. BN nam trong độ tuổi từ 50-80 chiếm tổng số là 70,9%; tỷ lệ BN nữ (52,3%) cao hơn tỷ lệ BN nam (47,7%).

trên chỉ số HA đạt được trước khi ra viện so với đích HA cần đạt được theo khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch Việt Nam.

- Đánh giá tình trạng bệnh nhân khi xuất viện.

Bảng 2.2. Đánh giá tình trạng bệnh nhân

Hiệu quả điều trị	Tình trạng bệnh nhân
Tốt	HA khi ra viện ổn định và ở mức độ ≤ độ I.
Trung bình	HA những ngày cuối còn dao động và/hoặc HA khi ra viện ở độ II.
Không tốt	HA ngày cuối rất dao động và/hoặc HA khi ra viện ở độ III và/hoặc tình trạng BN được ghi nhận trong bệnh án là nặng hoặc tử vong.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu nghiên cứu

- Số liệu sau khi thu thập được mã hóa và nhập vào máy tính bằng phần mềm Microsoft Excel 2010.
- Phần mềm thống kê SPSS 20.0 được sử dụng trong phân tích số liệu, thực hiện cả thống kê mô tả và suy luận, mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$ được sử dụng trong thống kê suy luận.
- Đánh giá tương tác thuốc: sử dụng phần mềm tra tương tác thuốc online trên trang web: http://www.drugs.com/drug_interactions.html.

Bảng 3.2. Phân bố về tiền sử tăng huyết áp

Bệnh nhân	Số lượng	Tỷ lệ %
Có tiền sử THA	299	77,1
Không có tiền sử THA	78	20,1
Không rõ tiền sử THA	11	2,8
Tổng	388	100,0

Nhận xét: BN có tiền sử THA chiếm tỷ lệ cao nhất với 77,1%.

Bảng 3.3. Phân độ tăng huyết áp

Bệnh nhân	Số lượng	Tỷ lệ %
THA độ I	115	29,6
THA độ II	165	42,5
THA độ III	96	24,8
THA tâm thu đơn độc	12	3,1
Tổng	388	100,0

Nhận xét: BN thuộc nhóm THA độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (42,5%) và thấp nhất là nhóm THA tâm thu đơn độc (3,1%).

Bảng 3.4. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ

STT	Yếu tố nguy cơ	Số BN	Tỷ lệ %**
1	Hút thuốc lá	62	17,7
2	Béo phì	6	1,7
3	Đái tháo đường	129	36,8
4	Rối loạn lipid máu	224	63,8
5	Tuổi cao (nam>55; nữ>65 tuổi)	264	75,2
6	Tiền sử gia đình có người bị THA	7	2,0

** Tỷ lệ tính trên tổng số 351 BN có yếu tố nguy cơ (YTNC)

Nhận xét: Trong tổng số 388 BN trong mẫu nghiên cứu có 351 BN có YTNC kèm theo, chiếm tỷ lệ 90,5%. Tuổi cao và rối loạn lipid máu là hai YTNC phổ biến nhất lần lượt chiếm 75,2% và 63,8%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ tổn thương cơ quan đích

Tổn thương cơ quan đích	Số BN	Tỷ lệ %**
Tim	112	28,9
Thận	137	35,3
Não	61	15,7
Mắt	5	1,3

** Tỷ lệ tính trên tổng số 388 BN nghiên cứu.

Nhận xét: Có 208 BN có tổn thương cơ quan đích (TTCQĐ) chiếm tỷ lệ khá cao với 53,6%.

3.2. Phân tích tình hình sử dụng thuốc

Bảng 3.6. Danh mục các nhóm thuốc hạ áp

Nhóm thuốc hạ áp	Số BN	Tỷ lệ %
Lợi tiểu	254	65,5
Furosemide	71	18,3
Spironolactone	67	17,3
Indapamide	116	29,9
Ức chế men chuyển	375	96,6
Imidapril	133	34,3
Perindopril	236	60,8
Enalapril	2	0,5
Lisinopril	2	0,5
Captopril	2	0,5
Ức chế thụ thể angiotensin	11	2,8
Losartan	9	2,3
Telmisartan	2	0,5
Chẹn β giao cảm	69	17,8
Bisoprolol	67	17,3
Metoprolol	2	0,5
Chẹn kênh calci	277	71,4
Amlodipine	221	57,0
Nifedipine	24	6,2
Nicardipine	32	8,2

Nhận xét: Có 5 nhóm thuốc hạ áp được sử dụng trong mẫu nghiên cứu trong đó nhóm ức chế men chuyển (ACEI) được sử dụng với tỷ lệ cao nhất là 96,6%.

Bảng 3.7. Các liệu pháp điều trị

Liệu pháp điều trị	Khởi đầu		Cuối	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Đơn trị liệu	137	35,3	148	38,1
Chẹn kênh calci	63	16,2	71	18,3
Ức chế men chuyển	52	13,4	58	15,0
Chẹn beta giao cảm	12	3,1	9	2,3
Ức chế thụ thể của angiotensin	3	0,8	4	1,0
Thuốc lợi tiểu	7	1,8	6	1,5
Đa trị liệu	251	64,7	240	61,9
<u>Phối hợp 2 nhóm thuốc</u>	<u>221</u>	<u>57,0</u>	<u>202</u>	<u>52,1</u>
Chẹn kênh calci + lợi tiểu	39	10,1	26	6,7
Chẹn kênh calci + ức chế men chuyển	103	26,6	41	10,6
Ức chế men chuyển + lợi tiểu	71	18,3	124	32,0
Ức chế men chuyển + chẹn beta giao cảm	2	0,5	4	1,0
Ức chế thụ thể angiotensin + lợi tiểu	6	1,5	7	1,8
<u>Phối hợp 3 nhóm thuốc</u>	<u>28</u>	<u>7,2</u>	<u>35</u>	<u>9,0</u>
Chẹn kênh calci + ức chế men chuyển + lợi tiểu	17	4,4	15	3,9
Chẹn kênh calci + ức chế men chuyển + chẹn beta giao cảm	7	1,8	13	3,3
Lợi tiểu + ức chế men chuyển + chẹn beta giao cảm				
<u>Phối hợp 4 nhóm thuốc</u>	<u>4</u>	<u>1,0</u>	<u>7</u>	<u>1,8</u>
Chẹn kênh calci + ức chế men chuyển + chẹn beta giao cảm + lợi tiểu	<u>2</u>	<u>0,5</u>	<u>3</u>	<u>0,8</u>
	2	0,5	3	0,8

Nhận xét: Tỷ lệ sử dụng phác đồ đa trị cao hơn tỷ lệ sử dụng phác đồ đơn trị trong cả liệu pháp khởi đầu (64,7%>35,3%) và liệu pháp cuối (61,9%>38,1%).

Bảng 3.8. Các kiểu tương tác thuốc gặp phải

Tương tác thuốc			Số BN	Tỷ lệ %
Không			359	92,5
Có	Mức độ nặng		0	0,0
	Mức độ trung bình	ACEI + Aspirin	21	5,4
		ACEI + Digoxin	1	0,3
	Mức độ nhẹ	Furosemide + Ciprofloxacin	2	0,5
		Aspirin + Spironolactone	2	0,5
		Furosemide + Aspirin	3	0,8

Nhận xét: Tỷ lệ BN gặp tương tác thuốc là 7,5%; trong đó tương tác giữa nhóm ức chế men chuyển và aspirin gặp nhiều nhất với tỷ lệ 5,4%.

Bảng 3.9. Chỉ định sử dụng thuốc hợp lý trong mẫu nghiên cứu

Sử dụng thuốc	Số BN	Tỷ lệ %
Hợp lý	327	84,3
Chưa hợp lý	61	15,7
Tổng	388	100,0
p<0,05		

Nhận xét: Có 327 BN được chỉ định hợp lý, chiếm tỷ lệ là 84,3%.

3.3. Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc

Bảng 3.10. Đánh giá hiệu quả kiểm soát huyết áp

Huyết áp mục tiêu	Số BN	Tỷ lệ %
Đạt	261	67,3
Không đạt	127	32,7
Tổng	388	100,0
p<0,05		

Nhận xét: Trước khi ra viện, tỷ lệ BN đạt được HAMT là 67,3%; cao hơn tỷ lệ BN không đạt được HAMT (32,7%).

Bảng 3.11. Phân bố bệnh nhân theo đánh giá tình trạng khi xuất viện

Mức độ đánh giá	Số BN	Tỷ lệ %
Tốt	317	81,7
Trung bình	63	16,2
Không tốt	8	2,1
Tổng	388	100,0

Nhận xét: Phần lớn BN có tình trạng khi xuất viện được đánh giá là tốt chiếm 81,7%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

- Về tuổi: Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của toàn mẫu là 67,57±13,97 năm. BN nằm trong độ tuổi từ 50-80 chiếm tổng số là 70,9%. THA tập trung ở độ tuổi 50-80 có thể giải thích do sự lão

hóa thường đi kèm với sự thay đổi cấu trúc, chức năng hệ tim mạch. Hệ thống ĐM lão hóa sẽ giảm khả năng trao đổi chất, giảm tính thấm đối với các chất có phân tử lượng lớn và dần dần sẽ trở thành tình trạng bệnh lý.

- Về giới: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ

BN nữ (52,3%) cao hơn tỷ lệ BN nam (47,7%), kết quả này tương tự như nghiên cứu của Ngô Trí Diễm (nữ là 52,1%) và Nguyễn Văn Thọ (nữ là 54,5%) [1], [3]. Tỷ lệ lớn BN nữ điều trị THA tại Khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế có thể liên quan tới phát hiện cho rằng phụ nữ dường như nhận biết, quan tâm và tuân thủ điều trị THA hơn nam giới.

- Tiền sử tăng huyết áp: Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có tiền sử THA chiếm tỷ lệ 77,1%. BN có tiền sử THA chiếm tỷ lệ cao do đa phần BN điều trị nội trú tại Khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế đã được phát hiện THA từ các bệnh viện tuyến dưới hoặc từ khám bệnh ngoại trú.

- Phân độ tăng huyết áp: BN thuộc nhóm THA độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (42,5%) và thấp nhất là nhóm THA tâm thu đơn độc (3,1%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Trung Tường và cộng sự với tỷ lệ THA độ II cao nhất (42,61%) và tỷ lệ THA tâm thu đơn độc thấp nhất (4,77%) [5].

- Yếu tố nguy cơ: Trong tổng số 388 BN trong mẫu nghiên cứu có 351 BN có YTNC kèm theo, chiếm tỷ lệ 90,5%.

Tuổi cao và rối loạn lipid máu là hai YTNC phổ biến nhất lần lượt chiếm 75,2% và 63,8%. Tuổi cao là YTNC phổ biến của THA do nó kèm theo sự lão hóa và suy giảm hoạt động của các cơ quan như tim, thận. Theo JNC VII, với những người trên 55 tuổi thì có 90% nguy cơ THA [10]. 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 là một việc rất quan trọng trong điều trị THA.

- Tổn thương cơ quan đích: Trong nghiên cứu có 208 BN có tổn thương cơ quan đích (TTCQĐ) chiếm tỷ lệ 53,6%; tỷ lệ BN có TTCQĐ khá cao có thể lý giải là do phần lớn BN trong mẫu nghiên cứu có phân độ THA là độ II (42,5%), độ III (24,8%) và BN có tiền sử THA chiếm tỷ lệ khá lớn (77,1%). TTCQĐ là hậu quả phổ biến của tình trạng THA theo thời gian.

4.2. Phân tích tình hình sử dụng thuốc

- Danh mục các nhóm thuốc: Có 5 nhóm thuốc hạ áp được sử dụng trong mẫu nghiên cứu. Tất cả các nhóm thuốc 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 cũng như các khuyến cáo của JNC VII và ESH/ESC 2007 [2], [7], [10].

Trong nghiên cứu, nhóm thuốc ức chế men chuyển (ACEI) được sử dụng với tỷ lệ cao nhất là 96,6%. Lý do nhóm thuốc này được sử dụng với tỷ lệ cao nhất là do đặc điểm BN trong nhóm nghiên cứu có đến 77,6% nằm trong nhóm chỉ định bắt buộc như suy tim, bệnh thận, đái tháo đường, sau nhồi máu cơ tim. Theo nhiều thử nghiệm lâm sàng cũng như các khuyến cáo của JNC, WHO hay Hội Tim mạch học Việt Nam thì ức chế men chuyển sử dụng được trong tất cả các trường hợp có chỉ định bắt buộc [7], [10].

Sau ức chế men chuyển thì nhóm chẹn kênh calci và lợi tiểu cũng được sử dụng với tỷ lệ cao lần lượt là 71,4% và 65,5%. Theo nhiều hướng dẫn điều trị thì lợi tiểu và chẹn kênh calci là hai nhóm thuốc được sử dụng đầu tay trong điều trị THA do hiệu quả hạ áp cũng như khả năng phòng ngừa các biến cố tim mạch [9].

- Các liệu pháp điều trị: Tỷ lệ sử dụng phác đồ đa trị cao hơn tỷ lệ sử dụng phác đồ đơn trị trong cả liệu pháp khởi đầu (64,7% > 35,3%) và liệu pháp cuối (61,9% > 38,1%). Phác đồ đa trị được sử dụng nhiều do đặc điểm mẫu có số BN thuộc nhóm THA phân độ II, III chiếm tỷ lệ cao (67,3%). Đối với nhóm BN này để đạt được huyết áp mục tiêu (HAMT) cần phối hợp từ hai thuốc trở lên.

Trong phác đồ đơn trị, chẹn kênh calci và ức chế men chuyển là hai nhóm thuốc được dùng phổ biến nhất trong cả liệu pháp khởi đầu (16,2% và 13,4%) và liệu pháp cuối (18,3% và 15,0%), điều này phù hợp với kết quả chung của toàn nghiên cứu. Tuy nhiên trong phác đồ đơn trị thì tỷ lệ BN sử dụng nhóm thuốc lợi tiểu thấp hơn nhiều so với nhóm chẹn kênh calci và ức chế men chuyển. Lý giải cho điều này là do phần lớn BN trong nhóm nghiên cứu thuộc phân độ THA độ II, III (67,3%) và việc sử dụng thuốc lợi tiểu với phác đồ đơn trị

liệu thì chỉ giúp kiểm soát được HA ở một tỷ lệ nhỏ BN THA độ I.

Về 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, 3 kiểu phối hợp với phác đồ 3 thuốc và 1 kiểu phối hợp với phác đồ 4 thuốc. Tỷ lệ BN sử dụng phác đồ phối hợp 2 thuốc cao nhất trong cả liệu pháp điều trị khởi đầu (57,0%) và liệu pháp điều trị cuối (52,1%). Trong các kiểu phối hợp thuốc, chiếm tỷ lệ cao nhất trong cả liệu pháp điều trị khởi đầu và cuối là kiểu phối hợp giữa chẹn kênh calci + lợi tiểu, chẹn kênh calci + ức chế men chuyển và ức chế men chuyển + lợi tiểu. Đây là các kiểu phối hợp được Hiệp hội Tăng huyết áp Anh khuyến cáo nên sử dụng đầu tay trong điều trị THA [9].

- Tương tác thuốc: Phần lớn BN trong nghiên cứu thuộc nhóm BN cao tuổi nên ngoài THA BN còn mắc nhiều bệnh khác. Phải phối hợp thêm nhiều thuốc khác trong quá trình điều trị THA nên việc xảy ra tương tác thuốc là không thể tránh khỏi. Trong mẫu nghiên cứu, tỷ lệ BN gặp tương tác thuốc là 7,5%. Tuy nhiên, trong các tương tác thuốc gặp phải không có tương tác nào ở mức độ nặng, tất cả thuộc nhóm tương tác ở mức độ trung bình và nhẹ, trong đó tương tác giữa nhóm ức chế men chuyển và aspirin gặp nhiều nhất với tỷ lệ 5,4%. Đây là một tương tác ở mức độ trung bình và xảy ra khá nhanh, kết quả làm giảm tác dụng hạ áp của thuốc ức chế men chuyển. Tuy nhiên theo Stockley thì việc sử dụng ức chế men chuyển với aspirin liều thấp (<100 mg) trong nhiều thử nghiệm lâm sàng cho thấy mức độ tương tác tương đối thấp, không làm ảnh hưởng tới hiệu quả hạ áp của thuốc ức chế men chuyển, sự nhạy cảm của tương tác này cũng tùy thuộc vào đáp ứng lâm sàng của BN. Vì vậy phối hợp này vẫn có thể sử dụng nhưng cần theo dõi HA chặt chẽ [8].

- Chỉ định sử dụng thuốc: Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 327 BN được chỉ định hợp lý, chiếm tỷ lệ là 84,3%. So với kết quả nghiên cứu của Ngô Trí Diễm (50,8%) thì tỷ lệ BN được chỉ định sử dụng thuốc hợp lý trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, có thể giải thích do trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ phối hợp thuốc đúng khuyến cáo cao hơn, tỷ lệ dùng thuốc theo chỉ định bắt buộc

cao hơn và tỷ lệ gặp tương tác thuốc thấp hơn [1].

4.3. Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc

- Hiệu quả kiểm soát huyết áp: Trước khi ra viện, tỷ lệ BN đạt được HAMT là 67,3%; tỷ lệ BN không đạt được HAMT là 32,7%. Trong một số nghiên cứu tương tự, số BN đạt HAMT cũng chiếm tỷ lệ khá cao, kết quả của Ngô Trí Diễm là 63,8%; kết quả của Đặng Thị Thu Trang và cộng sự là 78,5% [1], [4]. Tỷ lệ BN đạt được HAMT trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Thu Trang và cộng sự có thể giải thích do đặc điểm mẫu nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ BN THA độ II, III cao hơn (67,3%>59,2%), khi HA nhập viện cao thì khả năng đạt HAMT sau khi điều trị cũng sẽ giảm đi nhiều.

- Tình trạng bệnh nhân khi xuất viện: Phần lớn BN có tình trạng khi xuất viện được đánh giá là tốt chiếm 81,7%; 16,2% được đánh giá là trung bình, chỉ có 2,1% được đánh giá là không tốt. Tỷ lệ BN được đánh giá có tình trạng tốt trước khi xuất viện trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thọ (66,2%) [3]. Nguyên nhân là do trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Thọ, có nhiều trường hợp BN xin ra viện sớm khi mới hết triệu chứng nhưng chỉ số HA chưa ổn định, còn trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số BN đều tuân thủ và chỉ ra viện khi có y lệnh của bác sĩ.

5. KẾT LUẬN

Qua quá trình nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên 388 bệnh nhân, tất cả các 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 ức chế men chuyển và chẹn kênh calci là hai nhóm thuốc được dùng phổ biến nhất (96,6% và 71,4%), phù hợp với đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu.

Về các liệu pháp điều trị, tỷ lệ sử dụng phác đồ đa trị cao hơn tỷ lệ sử dụng phác đồ đơn trị trong cả liệu pháp khởi đầu (64,7%>35,3%) và liệu pháp cuối (61,9%>38,1%). Chẹn kênh calci và ức chế men chuyển là hai nhóm thuốc được dùng phổ biến nhất trong cả liệu pháp khởi đầu đơn trị (16,2% và 13,4%) và liệu pháp cuối đơn trị (18,3% và 15,0%). Chẹn kênh calci + ức chế men chuyển và ức chế men chuyển + lợi tiểu là những

liệu pháp khởi đầu đa trị phổ biến nhất, với tỷ lệ lần lượt là 26,6% và 18,3%. Ức chế men chuyển + lợi tiểu và chẹn kênh calci + ức chế men chuyển là những liệu pháp cuối đa trị phổ biến nhất, với tỷ lệ lần lượt là 32,0% và 10,6%.

Về việc dùng thuốc, tỷ lệ bệnh nhân gặp tương tác giữa thuốc hạ áp với các thuốc khác trong phác đồ là 7,5%. Trong đó kiểu tương tác gặp với tỷ lệ cao nhất là tương tác giữa ức chế men chuyển +

aspirin chiếm tỷ lệ 5,4% (trong số 7,5% bệnh nhân có tương tác). Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định sử dụng thuốc hợp lý là 84,3%.

Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc trong điều trị cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu trước khi ra viện là 67,3%. Phần lớn bệnh nhân được đánh giá là có tình trạng tốt khi ra viện, chiếm 81,7%; 16,2% được đánh giá là trung bình, chỉ có 2,1% được đánh giá là không tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Trí Diễm (2006), *Phân tích thực trạng sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An*, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội, tr.77-78.
2. Hội Tim mạch học Việt Nam (2008), “Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam: Chẩn đoán, điều trị THA ở người lớn”, *Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa*, Ban biên soạn Chuyên đề Tim Mạch Học, Hà Nội, tr.235-293.
3. Nguyễn Văn Thọ (2012), *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp tại bệnh viện đa khoa huyện Lương Tài - Bắc Ninh*, luận văn dược sỹ chuyên khoa I, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội, tr.60-61.
4. Đặng Thị Thu Trang và cộng sự (2013), “Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại phòng khám tư vấn, kiểm soát THA và bệnh lý tim mạch do THA – Bệnh viện đa khoa Đức Giang”, *Tạp chí Y học thực hành* (873), tr.146-148.
5. Nguyễn Trung Tường và cộng sự (2014), “Khảo sát thực trạng sử dụng thuốc điều trị bệnh tăng huyết áp tại Khoa Tim mạch, Bệnh viện 19-8”, *Tạp chí Y - Dược học quân sự* (5-2014), tr.83-88.
6. Nguyễn Lâm Việt (2007), *Áp dụng một số giải pháp can thiệp thích hợp để phòng, chữa bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng*, Đề tài NCKH cấp Bộ, Viện Tim mạch Việt Nam, Hà Nội, tr.1-31.
7. European Society of Hypertension and European Society of Cardiology (2007), “2007 Guidelines for the management of arterial hypertension”, *Journal of Hypertension* (25), pp.1105-1160.
8. Karen B. (2008), “ACE inhibitors and Angiotensin II receptor antagonists”, *Stockley's Drug Interactions 8th Ed*, pp.14-16.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence (2011), *Hypertension: The Clinical Management of Primary Hypertension in Adults*, National Clinical Guideline Centre, United Kingdom, pp.65-71.
10. The National High Blood Pressure Education Program (2003), *The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure*, NIH Publication, The United States of America, pp.8-64.