

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI PHÒNG KHÁM TƯ VẤN, KIỂM SOÁT TĂNG HUYẾT ÁP VÀ BỆNH LÝ TIM MẠCH DO TĂNG HUYẾT ÁP - BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG

ĐẶNG THỊ THU TRANG, TRẦN THỊ THANH HUỲỀN
Trường Đại học Dược Hà Nội
HOÀNG THÁI HÒA - Bệnh viện đa khoa Đức Giang

TÓM TẮT

Sử dụng đúng và đầy đủ thuốc điều trị sẽ giảm được nhiều biến chứng nặng nề thậm chí là tử vong đối với bệnh tăng huyết áp. áp dụng nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 260 bệnh nhân được chẩn đoán THA theo JNC VI điều trị ngoại trú tại phòng khám tư vấn, kiểm soát THA và bệnh lý tim mạch do THA – Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1/2012 đến tháng 5/2012 kết quả cho thấy: 59,22% bệnh nhân trong giai đoạn THA độ 2 trở lên, 89,23% bệnh nhân nguy cơ nhóm B và C. Các nhóm thuốc điều trị chủ yếu được sử dụng là ức chế hệ RAA 97,31%, chẹn kênh calci 80,77%. 91,92%, bệnh nhân được điều trị theo phác đồ đa trị liệu trong đó phối hợp ức chế hệ RAA và chẹn kênh calci là phổ biến chiếm 51,54%. Tỷ lệ sai sót trong phối hợp thuốc điều trị THA là 9,24%. Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu trong nghiên cứu là 78,46%, trong đó tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở nhóm nguy cơ B và C thấp hơn nhóm nguy cơ A.

Từ khóa: tăng huyết áp, huyết áp mục tiêu, thuốc tăng huyết áp.

SUMMARY

Use proper and adequate of drug in hypertension treatment will greatly reduce more serious complications and even death for patient with its. The cross-sectional study was applied with the participation of 260 patients who met the hypertension criteria required by JNC VI and enrolled from January to May, 2012 in hypertension outpatient clinic of Duc Giang hospital. The results showed that 59.22% patients were in the group of hypertension level 2 and 3, 89.23% patients were in B and C risk group. Renin - angiotensin - aldosterone system inhibition and calcium channel inhibitors drug had been used for 97.3% and 80, 77% of patient, respectively. 91.92%, patients were treated following the multi-therapy regimen in which 51.54% patient had been used both of the Renin-angiotensin-aldosterone system inhibition and calcium channel inhibitors drugs. The rate of error in combination of hypertensive drugs were 9.24%. Additionally, those who had achieved the target blood pressure were 78.46%, of which its rate in B and C risk groups were lower than the A risk group.

Keywords: hypertension, target blood pressure, drug for hypertension

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã khuyến cáo về mô hình bệnh tật trong thế kỷ 21, các bệnh không lây nhiễm trong đó có tăng huyết áp (THA) sẽ trở thành nhóm bệnh chủ yếu. Năm 2000, theo ước tính của WHO, toàn thế giới có tới 972 triệu người bị THA và con số này được ước tính là khoảng 1,56 tỷ người vào

năm 2025 [1]. Tại Việt Nam, thống kê mới nhất năm 2007 cho thấy tỷ lệ THA ở người lớn là 27,4% [2]. THA nếu không được điều trị đúng và đầy đủ sẽ gây rất nhiều biến chứng nặng nề. Tháng 12/2011, phòng khám tư vấn, kiểm soát THA và bệnh lý tim mạch do THA-Bệnh viện đa khoa Đức Giang được thành lập. Để có một cách nhìn khách quan về tình hình sử dụng thuốc và hiệu quả điều trị của phòng khám, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả một số đặc điểm và tình hình sử dụng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại phòng khám tư vấn, kiểm soát tăng huyết áp và bệnh lý Tim mạch do tăng huyết áp-Bệnh viện đa khoa Đức Giang năm 2012.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2012.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân THA được điều trị ngoại trú tại phòng khám thỏa mãn điều kiện sau:

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn của JNC VI [3].

Bệnh nhân được khám định kỳ (1 tháng/ 1 lần) từ 3 tháng trở lên.

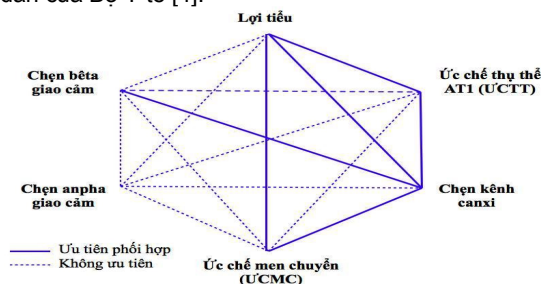
Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: áp dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán THA và đang được điều trị thuốc THA.

Kỹ thuật thu thập thông tin: Sử dụng phương pháp hỏi bệnh, khám lâm sàng và sinh hóa máu để thu thập các thông tin theo các chỉ số nghiên cứu. Các kỹ thuật xét nghiệm được thực hiện khoa hóa sinh Bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Tiêu chuẩn đánh giá: phân loại mức độ THA, phân loại THA theo nguy cơ tim mạch, mục tiêu điều trị theo JNC VI [3]. Phối hợp thuốc điều trị THA theo hướng dẫn của Bộ Y tế [4].



Xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 16.0. Số liệu được phân tích theo tỷ lệ, giá trị trung bình.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân THA.

Tổng số 260 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, trong đó bệnh nhân có độ tuổi < 50 chiếm 1,54%, nhóm tuổi 50 – 59 chiếm 20,77%, nhóm tuổi 60 - 69 chiếm 53,85%, nhóm tuổi > 70 chiếm 23,48%. Bệnh nhân nữ chiếm 65,77% và nam chiếm 34,23%. 74,62% bệnh nhân bị thừa cân/ béo phì, béo bụng, 44,62% bệnh nhân có rối loạn lipid máu 44,62% và 15% có ĐTĐ.

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân giữa các nhóm nguy cơ và giai đoạn THA

Giai đoạn THA	Nhóm A		Nhóm B		Nhóm C		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tiền THA	1	0,39	1	0,39	0	0	2	0,78
THA GD1	19	7,31	67	25,77	18	6,92	104	40,00
THA GD2	8	3,07	95	36,54	38	14,61	141	54,22
THA GD3	0	0	11	4,23	2	0,77	13	5,00
Tổng	28	10,77	174	66,92	58	22,31	260	100

Tỷ lệ bệnh nhân nhân thuộc nguy cơ nhóm A thấp (10,77%), hầu hết thuộc nhóm B và nhóm C, điều đó chứng tỏ các bệnh nhân điều trị tại phòng khám đa phần là bệnh nhân nặng và đã có biến chứng của bệnh.

2. Tình hình sử dụng thuốc điều trị THA trong nghiên cứu.

Bảng 2. Các thuốc điều trị THA đã dùng

Nhóm	Hoạt chất	Số bệnh nhân	(%)
Chẹn beta	Metoprolol	10	3,85
	Bisoprolol	30	11,54
	Tổng	40	15,39
Lợi tiểu	Furosemid	19	7,31
	Spiroolacton	16	6,15
	Indapamid	34	13,08
	Tổng	69	26,54
Chẹn kênh calci	Nifedipin	4	1,54
	Amlodipin	206	79,23
	Tổng	210	80,77
Tác dụng ức chế hệ RAA	Enalapril	167	64,23
	Perindopril	69	26,54
	Imidapril	15	5,77
	Telmisartan	2	0,77
	Tổng	253	97,31
Giãn mạch trực tiếp	Nitroglycerin	45	17,31

Trong mẫu nghiên cứu nhóm thuốc ức chế hệ RAA và chẹn kênh calci được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ là 97,31% và 80,77%. Nhóm được sử dụng ít hơn là chẹn beta và giãn mạch trực tiếp với tỷ lệ 15,39% và 17,31%.

Bảng. Sai sót về phối hợp thuốc điều trị THA

Các phối hợp thuốc sai sót	Tần suất	Tỷ lệ
Phối hợp thuốc hạ áp cùng nhóm: UCMC +UCMC: Enalapril + Perindopril	1	0,39
Phối hợp thuốc không ưu tiên: UCMC + chẹn beta	4	1,54
UCMC + chẹn calci + chẹn beta	18	6,92
UCMC + lợi tiểu + chẹn beta	1	0,39
Tổng	24	9,24

Tỷ lệ sai sót trong phối hợp thuốc điều trị THA gặp trong mẫu nghiên cứu là 9,24% trong đó sai sót hay

gặp nhất là phối hợp các nhóm thuốc không được ưu tiên. Có 1 trường hợp phối hợp 2 thuốc cùng nhóm.

Bảng 4: Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu

Nhóm nguy cơ	Đạt huyết áp mục tiêu		Không đạt huyết áp mục tiêu		Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu (%)
	n	%	n	%	
Nhóm A	27	10,38	1	0,38	96,43
Nhóm B	140	53,85	34	13,08	80,46
Nhóm C	37	14,23	21	8,08	63,79
Tổng	204	78,46	56	21,54	

Tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu là 78,46%. Trong đó, nhóm A có tỷ lệ đạt cao nhất là 96,43%, nhóm C đạt tỷ lệ thấp nhất 63,79%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Kiểm soát HA của bệnh nhân phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong đó có những yếu tố nguy cơ tim mạch. Các yếu tố này góp phần làm gia tăng tỷ lệ biến chứng của THA. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thừa cân/ béo phì, béo bụng, rối loạn lipid máu và đái tháo đường khá cao. Kết quả trên tương tự với nghiên cứu của Phùng Thị Tân Hương, tỷ lệ mắc đái tháo đường là 23,1% [5]. Tuy nhiên, tỷ lệ thừa cân/ béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rất nhiều của Đồng Văn Thành 7,9 % [6]. Có thể tỷ lệ thừa cân/ béo phì gia tăng theo tuổi, ở thành thị cao hơn so với nông thôn [1], [7]. Sự khác biệt này có thể là do bệnh nhân trong nghiên cứu này đều cư trú tại thành phố Hà Nội và tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi từ 60 – 69 chiếm khá cao 58,85%. Điều này giải thích vì sao bệnh nhân THA nguy cơ nhóm B trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ cao 66,92%. Bên cạnh đó, bệnh nhân THA nguy cơ nhóm C chiếm tới 22,31%, đây là đối tượng phải kiểm soát HA một cách chặt chẽ. Tuy nhiên nhóm bệnh nhân này kiểm soát HA lại rất khó khăn. Đây là một thách thức đối với bệnh viện.

2. Tình hình sử dụng thuốc điều trị THA.

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân được điều trị bằng các nhóm thuốc: chẹn beta, lợi tiểu, chẹn kênh calci, ức chế hệ RAA, giãn mạch trực tiếp. Điều này phù hợp với khuyến cáo của Hội tim mạch châu Âu (2007) về việc lựa chọn các thuốc đầu tiên trong điều trị THA: chẹn beta, lợi tiểu, chẹn kênh calci, ức chế hệ RAA [8]. Trong đó, thuốc ức chế hệ RAA và chẹn calci được sử dụng nhiều nhất. Khi điều trị THA, hạ HA là điều kiện tiên quyết vì mức giảm nguy cơ các biến cố tim mạch nặng có tương quan tuyến tính với mức giảm HA do điều trị. Các thuốc “mới” (ức chế hệ RAA, chẹn calci) và thuốc “cũ” (lợi tiểu, chẹn beta) có hiệu quả tương đương trong việc giảm tử vong và bệnh tật tim mạch nói chung. Tuy nhiên trong việc ngăn ngừa một số biến cố tim mạch như đột quy hay suy tim mới mắc, giữa các nhóm thuốc khác nhau có sự khác biệt về hiệu quả [9]. Bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đa số ở giai đoạn 2 và 3 chiếm 59,23%, nhóm này có tỷ lệ mắc các yếu tố nguy cơ rất cao, chính vì vậy nhóm thuốc ức chế hệ RAA và chẹn kênh calci được ưu tiên lựa chọn là hợp lý.

Sai sót hay gặp nhất trong phối hợp thuốc điều trị THA gặp trong nghiên cứu là phối hợp các nhóm thuốc

không được ưu tiên theo khuyến cáo của JNC VII [3]. Trong nghiên cứu này có 1 trường hợp đã được dùng phối hợp 2 thuốc cùng nhóm, điều đó sẽ làm tăng cả tác dụng chính và tác dụng phụ. Vì vậy được sỹ lâm sàng của bệnh viện cần phát huy tốt hơn trong việc tư vấn sử dụng thuốc cho bác sỹ.

Về kết quả kiểm soát huyết áp, những bệnh nhân nhóm A có tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu cao nhất, tiếp đó là nhóm B và nhóm C. Nguyên nhân là do bệnh nhân nhóm B và nhóm C không chỉ có THA đơn thuần mà thường có kèm một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ và bệnh phối hợp cùng một lúc nên việc kiểm soát HA khó hơn. Tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu là 78,46% cao hơn nghiên cứu của Đồng Văn Thành 66,8%. Sự khác biệt có thể là do nghiên cứu này tiến hành tại 1 bệnh viện của thành phố nơi có nhiều điều kiện về quản lý, theo dõi và điều trị bệnh nhân hơn so với nghiên cứu trước đó được tiến hành tại nhiều đơn vị ở các tỉnh miền núi như Điện Biên, Lạng Sơn, Phú Thọ, Yên Bái, Hòa Bình...[6].

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mắc bệnh THA tăng theo độ tuổi, cao nhất trong nhóm tuổi từ 60 - 69 chiếm 53,85%. Bệnh nhân chủ yếu đang bị THA ở giai đoạn 2 (54,22%) và nhóm nguy cơ B (66,92%).

- Đa số bệnh nhân sử dụng các nhóm thuốc ức chế hệ RAA chiếm 97,31%, chẹn kênh calci chiếm 80,77%. Tỷ lệ sai sót trong phối hợp thuốc điều trị THA là 9,24%.

- 78,46% bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu.

KHUYẾN NGHỊ

Phòng khám tư vấn, kiểm soát THA và bệnh lý tim Mạch do THA – Bệnh viện đa khoa Đức Giang đã chứng tỏ được hiệu quả tích cực trong việc kiểm soát huyết áp cho bệnh nhân điều trị ngoại trú. Bệnh viện cũng cần tăng cường công tác thông tin thuốc và được

lâm sàng, cung cấp các kiến thức liên quan đến chỉ định và sử dụng thuốc cho bác sỹ kê đơn nhằm nâng cao chất lượng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Gia Khải, Đỗ Doãn Lợi, Nguyễn Ngọc Quang (2010), "Tăng huyết áp - "kẻ giết người thầm lặng"", Tạp chí tim mạch học, số 52, tr. 80-83.

2. Huỳnh Văn Minh, Phan Long Nhơn, Hoàng Thị Kim Nhung, (2007), "Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp người lớn ở dân cư Bắc Bình Định - Đánh giá bước đầu qua 1002 bệnh nhân", Tạp chí tim mạch học, số 47, tr. 31.

3. JNC VII (2003), The seventh report of the Joint national committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood pressure, pp. 1 - 4, 9, 11,12, 20, 21, 25 - 31.

4. Bộ Y tế (2010), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp, tr. 1,3,5, phụ lục 1, 4, 5.

5. Phùng Thị Tân Hương (2010), Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết đơn vị quản lý và điều trị có kiểm soát bệnh tăng huyết áp - khoa khám bệnh - bệnh viện Bạch Mai, Luận văn thạc sỹ Dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.

6. Đồng Văn Thành và cộng sự (2012), Tổng kết mô hình quản lý, điều trị ngoại trú bệnh nhân tăng huyết áp, Kỷ yếu hội nghị tổng kết 10 năm triển khai mô hình quản lý, theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh tăng huyết áp, Hà Nội.

7. Viện Dinh Dưỡng quốc gia (2006), Kết quả điều tra Thừa cân - béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25- 64 tuổi, Đề tài nghiên cứu khoa học Bộ Y tế.

8. European European Society of Hypertension and Society of Cardiology (2007), Guidelines for the Management of Arterial Hypertension, pp. 1109 - 1145

9. Hồ Huỳnh Quang Trí (2006), "Điều trị tăng huyết áp: thuốc "cũ" hay thuốc "mới"", Tạp chí tim mạch học, số 43, tr. 66-7.