

tràng phải loại trừ đoạn ruột phía dưới có dính, có dây chằng cản trở hoặc có u. Mở đường tiêu hóa để lấy bã thức ăn chỉ thực hiện khi không đẩy được bã thức ăn xuống đại tràng. Trong nghiên cứu này, số lượng bã thức ăn trong ruột non ghi nhận được chỉ là 1 bã thức ăn, tuy nhiên, trong các nghiên cứu khác, Đinh Ngọc Dũng đã gặp 43/138 bệnh nhân (chiếm 31,16%) có từ 2 bã thức ăn trở lên, vì vậy sau khi giải quyết bã thức ăn gây tắc ở đường tiêu hóa, lập lại sự lưu thông, bắt buộc phải kiểm tra toàn bộ đường tiêu hóa để phát hiện và xử trí các bã thức ăn khác, tránh bỏ sót.

Kết quả điều trị sau mổ của các bệnh nhân tương đối tốt. Thời gian bệnh nhân bắt đầu trung tiện sau mổ là 2.03 ± 0.15 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $4,72 \pm 0.28$ ngày. Biến chứng sau mổ: 2 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ và 3 trường hợp viêm ruột, không có biến chứng nặng sau mổ cần can thiệp phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Tắc ruột do bã thức ăn là tắc ruột cơ học, có những đặc thù riêng về lâm sàng cũng như cận lâm sàng, mà nổi bật lên là diễn biến bán cấp tính với sự thay đổi của các triệu chứng trong quá trình theo dõi. Điều này đòi hỏi sự thăm khám đánh giá nhiều lần, cả trên lâm sàng lẫn các phương tiện chẩn đoán hình ảnh nhằm đưa ra chỉ định mổ vào thời điểm phù hợp. Phẫu thuật nội soi xử trí tổn thương hoàn toàn trong ổ

bụng vẫn còn là một thách thức cần đặt ra và giải quyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Văn Quyết, Trần Đức Tiến, Nguyễn Đức Tiên (1995), "Tắc ruột do bã thức ăn", Tổng hội y dược học Việt Nam.
2. Đinh Ngọc Dũng, Vũ Mạnh, Hà Văn Quyết (1995), "Nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị tắc ruột do bã thức ăn tại một số bệnh viện lớn ở Hà Nội", Luận văn Thạc sỹ.
3. Dikicier E, Altintoprak F, Ozkan OV, Yafmurkaya O, Uzunoglu MY. (2015), "Intestinal obstruction due to phytobezoars: An update", World J Clin Cases. 2015 Aug 16. 3(8): 721-6.
4. Yakan S, Sirinocak A, Telciler KE, Tekeli MT, Denecli AG. (2010), "A rare cause of acute abdomen: small bowel obstruction due to phytobezoar", Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2010. 16:459-463.
5. Hà Văn Quyết, Nguyễn Đình Hồi (1982), "Hình thái lâm sàng u bã thức ăn (phytobezoar) nằm trong đường tiêu hóa", Ngoại khoa, IX(1): 1-5.
6. A.P Emerson. (1987), "Foods high in fiber and phytobezoar formation", Am. Diet-Assoc, 87(12): 165-7.
7. Hà Văn Quyết và cộng sự (1994), "Tắc ruột do bã thức ăn", Hội nghị Ngoại khoa cấp cứu bụng và cơ quan vận động (các tỉnh phía Bắc) – Hà Nội, 34.
8. Robert Wyllie, Jeffrey S. Hyams, Marsha Kay (2015), "Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease, Bezoar", 341.
9. Bùi Thu Hương (2005), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u bã thức ăn ở trẻ em tại Viện Nhi từ 1995-2000", Luận án Chuyên khoa cấp II – Trường ĐHY Hà Nội.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN ĐANG LỌC MÁU ĐỊNH KỲ BẰNG THẬN NHÂN TẠO TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ GIÁ RAI NĂM 2021 – 2022

Nguyễn Thúy An¹, Nguyễn Ngọc Tố Quyên², Mai Huỳnh Như²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thận mạn (BTM) là vấn đề sức khỏe toàn cầu, đặc biệt khi bệnh tiến triển đến giai đoạn cuối phải lọc thận định kỳ bằng thận nhân tạo do tăng nguy cơ tim mạch và tử vong. Tăng huyết áp (THA) ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu rất khó điều trị. Việc điều trị THA trên bệnh nhân STM cần liên tục, kéo dài và theo dõi chặt chẽ. Trên bệnh nhân suy thận

mạn có tăng huyết áp, thuốc điều trị tăng huyết áp đã được chứng minh có vai trò quan trọng trong việc kiểm soát huyết áp, làm chậm tiến triển bệnh thận và giảm các nguy cơ tim mạch. **Mục tiêu:** xác định tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân đang lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo tại Trung tâm Y tế thị xã Giá Rai năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu trên tất cả hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn có kèm tăng huyết áp, có chỉ định lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo tại Trung tâm Y tế thị xã Giá Rai từ 1/1/2021-30/4/2022. **Kết quả:** Nhóm thuốc chẹn kênh canxi được chỉ định nhiều nhất với tỷ lệ là 97,8%. Nhóm chẹn thụ thể beta giao cảm có tỷ lệ chỉ định sử dụng thấp nhất là 0,7%. Tỷ lệ phối hợp 3 nhóm thuốc trong điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất với 87,05%. Tỷ lệ hợp lý

¹Trung tâm Y tế thị xã Giá Rai

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Mai Huỳnh Như

Email: mnhnu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2022

Ngày duyệt bài: 12.10.2022

chung trong nghiên cứu là 67,63%. **Kết luận:** Phối hợp thuốc là cần thiết để đem lại hiệu quả điều trị, ưu tiên các thuốc điều trị tăng huyết áp và giảm protein niệu. Các thuốc vừa có tác dụng làm giảm protein niệu vừa hạ HA thường được chọn lựa ưu tiên hàng đầu, bệnh nhân mắc bệnh thận giai đoạn cuối thường phải sử dụng 3 đến 4 thuốc điều trị THA để đạt được HA mục tiêu và giảm thiểu nguy cơ bệnh tim mạch.

Từ khóa: thuốc điều trị tăng huyết áp, bệnh thận mạn, suy thận mạn giai đoạn cuối.

SUMMARY

RESEARCH ON THE SITUATION OF USE OF HYPERTENSION MEDICATIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE REQUIRING HEMODIALYSIS AT GIA RAI TOWN HEALTH CENTER IN 2021 – 2022

Background: Chronic kidney disease (CKD) is a global health problem, especially End-Stage Renal Disease, leading to hemodialysis and increasing the risk of cardiovascular disease and mortality. Hypertension in patient with CKD is difficult to treat. Treatment of hypertension on patient with CKD requires continuously, prolongedly and closely monitoring. In hypertensive patients with CKD, antihypertensive drugs have been played an important role in controlling blood pressure, delaying disease progression, and reducing cardiovascular events.

Objective: To determine the rate of using antihypertensive drugs in patients undergoing hemodialysis at Gia Rai Town Health Center in 2021-2022. **Object and method method:** cross-sectional descriptive study. Research on all medical records of CKD patients with hypertension, regular Hemodialysis at Gia Rai Town Medical Center from January 01, 2021 to April 30, 2022. **Result:** The calcium channel blocker group was the most with the rate using of 98.5%, followed by the adrenergic antagonists and ACE inhibitor groups with 93.3%. Most of the drugs using were combination, with the highest rate of 3 drugs being 87.05%. The overall appropriate rate in this study was 67.63%. **Conclusion:** Drug combination is necessary to effectively control blood pressure in patient with ESRD. Priority is antihypertensive drugs which reduce proteinuria and decrease cardiovascular risks.

Key word: antihypertensive drugs, Chronic kidney disease, End-Stage Renal Disease, Hemodialysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn là một trong những bệnh lý nội khoa có nhiều biến chứng trầm trọng, có tỷ lệ tử vong cao khi bệnh tiến triển đến giai đoạn cuối. Suy thận mạn là vấn đề sức khỏe có tính toàn cầu, với tỷ lệ mắc bệnh tăng nhanh và chi phí điều trị vô cùng tốn kém [1]. Tăng huyết áp ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu rất khó điều trị do vậy tỷ lệ bệnh nhân lọc máu có tăng huyết áp rất cao kể cả ở các nước phát triển. Trên bệnh nhân suy thận mạn có tăng huyết áp, thuốc điều trị tăng huyết áp đã được chứng minh có

vai trò quan trọng trong việc kiểm soát huyết áp, làm chậm tiến triển bệnh thận và giảm các nguy cơ tim mạch [7]. Việc lựa chọn các thuốc trị tăng huyết áp cũng như việc phối hợp các thuốc với nhau cần được quan tâm để đảm bảo tính hợp lý, an toàn, hiệu quả cho những bệnh nhân lọc máu. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu thực hiện đề tài: "*Nghiên cứu tình hình và đánh giá tính hợp lý trong sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo tại Trung tâm Y tế thị xã Giá Rai năm 2021-2022*" với mục tiêu sau: *Xác định tỷ lệ sử dụng và đánh giá tính hợp lý của các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo tại Trung tâm Y tế thị xã Giá Rai năm 2021-2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án (HSBA) của bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn có kèm tăng huyết áp, có chỉ định lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo được điều trị tại Trung tâm Y tế thị xã Giá Rai từ 1/2021 - 4/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn có kèm tăng huyết áp, có chỉ định lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo được điều trị tại Trung tâm Y tế thị xã Giá Rai từ 1/2021 - 4/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân trốn viện, hồ sơ bệnh án của bệnh nhân chuyển viện, hồ sơ bệnh án của bệnh nhân tử vong.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Toàn bộ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn có kèm tăng huyết áp, có chỉ định lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo được điều trị tại Trung tâm Y tế thị xã Giá Rai từ 1/2021 - 4/2022.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu là tất cả bệnh án được chẩn đoán chẩn đoán suy thận mạn có kèm tăng huyết áp, có chỉ định lọc máu định kỳ trong khoảng thời gian từ 1/2021 đến 4/2022.

Nội dung nghiên cứu. Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới tính, sử dụng erythropoietin, bệnh mắc kèm. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu định kỳ: tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp, tỷ lệ sử dụng các loại thuốc trong từng nhóm thuốc, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ đơn trị và phối hợp. Tỷ lệ hợp lý chung trong sử dụng

thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu định kỳ khi thỏa cả 4 điều kiện: liều dùng hợp lý, khoảng cách dùng hợp lý, tuân thủ đúng chống chỉ định và tương tác thuốc.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Số liệu sau đó được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2010 và chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để xử lý. Thống kê mô tả: Các biến liên tục phân phối chuẩn được biểu diễn bằng giá trị trung bình (TB) ± độ lệch chuẩn (SD), các biến định tính được biểu diễn theo tần số và tỷ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi trung bình 52,58±13,25, tỷ lệ nam chiếm 53,96%. Toàn bộ bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều có bệnh lý thiếu máu. Toàn bộ bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều sử dụng erythropoietin.

Bảng 2. Tỷ lệ sử dụng các loại thuốc trong từng nhóm thuốc (n=139)

Tên nhóm	Tên hoạt chất	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm chẹn kênh canxi	Amlodipin	6	4,3
	Nifedipin	130	93,5
Nhóm ức chế men chuyển	Captopril	37	26,6
	Ramipril	17	12,2
	Lisinopril	75	54
Nhóm ức chế beta	Bisoprolol	1	0,7
Nhóm ức chế thụ thể angiotensin	Irbesartan	8	5,8
	Losartan	2	1,4
Nhóm lợi tiểu	Furosemid	15	10,8
Nhóm kháng giao cảm	Methyldopa	128	92,1

Nhận xét: Tỷ lệ các loại thuốc được sử dụng trong từng nhóm có sự khác nhau nhiều. Ở nhóm chẹn kênh canxi, tỷ lệ sử dụng amlodipin và nifedipin lần lượt là 4,3% và 93,5%. Đối với nhóm chẹn thụ thể angiotensin tỷ lệ sử dụng irbesartan và losartan lần lượt là 5,8% và 1,4%.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ đơn trị và phối hợp

Phác đồ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 nhóm thuốc	1	0,72
2 nhóm thuốc	7	5,04
3 nhóm thuốc	121	87,05
4 nhóm thuốc	10	7,19
Tổng	139	100

Nhận xét: Phác đồ điều trị phối hợp 3 nhóm thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất với 87,05%. phác đồ sử dụng đơn độc 1 thuốc chiếm tỷ lệ thấp nhất với 0,72%.

3.3. Tính hợp lý trong sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp:

Bảng 4. Tỷ lệ liều dùng các thuốc hợp lý

Liều dùng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
-----------	--------------	-----------

3.2. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu định kỳ

Bảng 1. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp

Nhóm thuốc hạ áp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lợi tiểu	15	10,8
Ức chế men chuyển	129	92,8
Ức chế thụ thể angiotensin	10	7,2
Chẹn β giao cảm	1	0,7
Chẹn kênh canxi	136	97,8
Kháng giao cảm	128	92,1

Nhận xét: Tỷ lệ sử dụng nhóm chẹn kênh canxi chiếm tỷ lệ cao nhất với 97,8%, tiếp theo lần lượt là nhóm ức chế men chuyển với 92,8% và nhóm kháng giao cảm với tỷ lệ là 92,1%. Nhóm chẹn β giao cảm có tỷ lệ sử dụng thấp nhất với 0,7%.

Bảng 2. Tỷ lệ sử dụng các loại thuốc trong từng nhóm thuốc (n=139)

Tên nhóm	Tên hoạt chất	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm chẹn kênh canxi	Amlodipin	6	4,3
	Nifedipin	130	93,5
Nhóm ức chế men chuyển	Captopril	37	26,6
	Ramipril	17	12,2
	Lisinopril	75	54
Nhóm ức chế beta	Bisoprolol	1	0,7
Nhóm ức chế thụ thể angiotensin	Irbesartan	8	5,8
	Losartan	2	1,4
Nhóm lợi tiểu	Furosemid	15	10,8
Nhóm kháng giao cảm	Methyldopa	128	92,1

Nhận xét: Tỷ lệ hợp lý về liều dùng chiếm 99,28%.

Bảng 5. Tỷ lệ hợp lý về khoảng cách dùng thuốc

Khoảng cách dùng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Hợp lý	123	88,49
Chưa hợp lý	16	11,51
Tổng	139	100

Nhận xét: Tỷ lệ hợp lý về khoảng cách dùng thuốc là 88,49%.

Bảng 6. Tuân thủ chống chỉ định thuốc

Tuân thủ chống chỉ định	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Hợp lý	111	79,86
Chưa hợp lý	28	20,14
Tổng	139	100

Nhận xét: Tỷ lệ hợp lý về tuân thủ đúng chống chỉ định là 79,86%, tỷ lệ chưa hợp lý

chiếm 20,14%.

Bảng 7. Tỷ lệ hợp lý về tuân thủ tương tác thuốc

Tuân thủ tương tác thuốc	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Hợp lý	136	97,84
Chưa hợp lý	3	2,16
Tổng	139	100

Nhận xét: Tỷ lệ hợp lý trong tuân thủ tương tác thuốc là 98,56%.

Bảng 8. Tỷ lệ hợp lý chung trong mẫu nghiên cứu

Sử dụng thuốc	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Hợp lý	94	67,63
Chưa hợp lý	45	32,37
Tổng	139	100

Nhận xét: Tỷ lệ hợp lý chung trong mẫu nghiên cứu là 67,63%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 52,58±13,25 tuổi, nam giới chiếm chủ yếu 53,96%. Độ tuổi trung bình của toàn mẫu nghiên cứu là 52 tuổi, người lớn tuổi nhất là 83 tuổi, phù hợp với các nghiên cứu thực hiện trước chỉ ra rằng từ 50 tuổi trở lên là lứa tuổi có tỷ lệ mắc THA cao [4][5]. Tuổi là nguy cơ THA, người càng lớn tuổi thì đối diện với nguy cơ THA càng cao. Khi càng lớn tuổi do quá trình lão hóa, động mạch giảm tính đàn hồi, gây ra hiện tượng xơ cứng động mạch, làm thay đổi chức năng và cấu trúc của động mạch.

Tỷ lệ chênh lệch nam nhiều hơn nữ, với tỷ lệ nam là 53,96% và nữ là 46,04%, có thể giải thích kết quả này là do các bệnh nhân nam thường liên quan nhiều hơn đến các yếu tố nguy cơ của THA như béo phì, thuốc lá, uống bia rượu... Ngoài ra, tiến triển của bệnh thận mạn ở nam giới nhanh hơn nữ [1], do đó tỷ lệ bệnh nhân nam mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối có thể cao hơn nữ. Tỷ lệ nam là cao hơn nữ trong nghiên cứu, tương đồng với nghiên cứu của St. Peter và cộng sự (2013), tỷ lệ nam giới là 54,6% cao hơn nữ giới là 45,4%.

Nhóm bệnh nhân 30 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,2%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thiện (2015) tại bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp, độ tuổi từ 30 đến 60 chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhóm bệnh nhân dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6,5% [5].

Qua nghiên cứu hồ sơ bệnh án, 100% bệnh nhân có tình trạng thiếu máu. Bệnh nhân bệnh thận mạn có thiếu máu chủ yếu do thiếu

erythropoietin khi giảm số lượng nephron, xuất hiện sớm vào giai đoạn 3 của bệnh thận mạn và trở nên phổ biến từ giai đoạn 4 trở đi. Tuy nhiên, thiếu máu trên bệnh nhân bệnh thận mạn còn do nhiều nguyên nhân khác như thiếu sắt, viêm cấp và mạn tính gây rối loạn sử dụng sắt. cường tuyến cận giáp nặng gây suy tủy, đời sống hồng cầu bị rút ngắn... Thiếu máu gây giảm oxy mô, tăng cung lượng tim, giãn tâm thất và phì đại tâm thất nên có thể gây cơn đau ngực, suy tim sung huyết.

4.2. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu định kỳ: Nhóm thuốc chẹn kênh canxi được sử dụng với tỷ lệ cao nhất chiếm 97,8% trong đó hoạt chất nifedipin chiếm 93,5% và amlodipin chiếm 4,3%. Kết quả này khác biệt kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Anh Thi (2016) tiến hành tại bệnh viện quận Bình Thạnh, TP.HCM, trong đó nhóm thuốc ức chế men chuyển được sử dụng nhiều nhất 82,72%, tiếp theo là nhóm chẹn kênh canxi, nhóm thuốc ức chế adrenergic, nhóm lợi tiểu, nhóm ức chế thụ thể angiotensin và nhóm thuốc giãn mạch trực tiếp được sử dụng ít nhất [4]. Sự khác biệt này do tính đặc thù tại nơi tiến hành nghiên cứu, theo đó, các bác sĩ lâm sàng tại nơi nghiên cứu dựa vào các tài liệu y văn xem thuốc chẹn kênh canxi được xem là thuốc điều trị tăng huyết áp để kháng với thể tích ở bệnh nhân lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo. Bên cạnh đó, các thuốc chẹn kênh canxi hầu hết không được loại bỏ bằng thẩm tách máu, do đó không cần dùng thêm liều sau lọc, đồng thời không cần phải chỉnh liều khi chức năng thận thay đổi. Ngoài ra, liều dùng 1 lần/ngày của hầu hết thuốc thuộc nhóm chẹn kênh canxi là phù hợp để sử dụng với bệnh nhân chạy thận nhân tạo, đảm bảo tuân thủ điều trị và giảm huyết áp tốt khi phối hợp với nhóm thuốc ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể angiotensin II [8]. Nhóm thuốc ức chế men chuyển có tỷ lệ sử dụng là 92,8% gồm các thuốc lisinopril với tỷ lệ lớn nhất 54%, sau đó là captopril chiếm 26,6% và cuối cùng là ramipril 12,2%. Do hiệu quả điều trị tốt và giá thành rẻ nên nhóm thuốc này được sử dụng nhiều cho bệnh nhân.

Nhóm thuốc kháng giao cảm tác dụng trên thần kinh trung ương methyldopa cũng được sử dụng khá cao, chiếm tỷ lệ 92,1%. Trên bệnh nhân thận nhân tạo có sự tăng hoạt động giao cảm nên dùng thuốc kháng giao cảm để điều trị tăng huyết áp, đặc biệt ở những người khó kiểm soát tăng huyết áp và những người bị tăng huyết

áp đáng kể trong quá trình chạy thận nhân tạo. Trong nghiên cứu này sử dụng nhóm thuốc ức chế thụ thể angiotensin II chiếm tỷ lệ 7,2%. Với tỷ lệ sử dụng irbesartan chiếm 5,8% và losartan chiếm 1,4%. Đây là nhóm thuốc có hiệu quả hạ áp tốt, bảo vệ thận và protein niệu, bên cạnh đó khả năng dung nạp thuốc tốt. Điều quan trọng cần lưu ý, không có thuốc ức chế thụ thể angiotensin nào bị loại bỏ bằng thẩm tách máu. Hơn nữa, việc dùng ức chế thụ thể angiotensin 1 lần/ngày đã làm cho thuốc này được coi là lựa chọn ưu tiên để kiểm soát tăng huyết áp [6]. Tuy nhiên, nhóm thuốc này có giá thành tương đối cao, đây sẽ là gánh nặng về tài chính đối với người bệnh suy thận mạn. Đồng thời, nhóm thuốc này thường được chỉ xem là liệu pháp thay thế khi bệnh nhân không thể dung nạp nhóm thuốc ức chế men chuyển. Có thể như vậy mà nhóm thuốc này được sử dụng với tỷ lệ ít trong nghiên cứu này.

Đối với người bệnh suy thận mạn, thì nhóm thuốc ức chế men chuyển và ức chế thụ thể angiotensin là lựa chọn đầu tay trong nhiều hướng dẫn điều trị, đặc biệt khi protein niệu >300mg/ngày. Với nghiên cứu hiện tại, nhóm ức chế men chuyển được ưa chuộng hơn nên có 92,8% bệnh nhân được kê đơn với nhóm thuốc này.

Trong mẫu nghiên cứu thì cũng có ghi nhận người bệnh THA kèm suy tim, đau thắt ngực. Chiến lược điều trị thuốc đối với tăng huyết áp và bệnh thận mạn theo Hội Tim mạch Việt Nam 2018 thì người bệnh tăng huyết áp, bệnh thận mạn kèm suy tim, đau thắt ngực...thì sẽ chỉ định chẹn beta ở bất cứ bước nào [2]. Qua khảo sát thì chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta được chỉ định trong trường hợp người bệnh có kèm suy tim, đau thắt ngực với tỷ lệ là 0,7%. Thuốc lợi tiểu quai sử dụng chiếm tỷ lệ 10,8%, vì có lợi cho bệnh nhân quá tải dịch kháng trị. Ngoài ra, khi bệnh nhân suy thận nặng, hầu hết các thuốc lợi tiểu ít còn hiệu quả, trong khi furosemid còn tác dụng ngay cả khi độ lọc cầu thận giảm dưới 5 – 10 ml/phút. Lợi tiểu giúp giảm tác dụng phụ tăng kali của thuốc ức chế men chuyển và ức chế thụ thể angiotensin.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân sử dụng 3 nhóm thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất là 87,05%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Anh Thi (2016) tại bệnh viện quận Bình Thạnh, TP.HCM, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị với phác đồ đơn trị chiếm tỷ lệ cao hơn 23,6%, tuy nhiên phác đồ phối hợp 3 thuốc vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất 27,3% [4].

4.3. Tính hợp lý trong sử dụng thuốc:
Tính hợp lý trong tuân thủ tương tác chiếm tỷ lệ

97,84%, tỷ lệ chưa hợp lý là 2,16% với các tương tác thuốc ở mức độ nghiêm trọng. Nghiên cứu của Nguyễn Thành Tam năm 2021 tại Bệnh viện Quân dân y tỉnh Đồng Tháp cho thấy tỷ lệ tương tác thuốc là 53,3%, trong đó tương tác thuốc ở mức độ nghiêm trọng chiếm 2,11% [3]. Liều dùng thuốc điều trị tăng huyết áp nhìn chung là hợp lý. Tuy nhiên vẫn còn 1 trường hợp sử dụng quá liều với tỷ lệ 0,72%. Khoảng cách dùng thuốc chưa hợp lý chiếm tỷ lệ còn cao với 11,51%. Đa số các trường hợp chưa hợp lý về khoảng cách dùng thuốc thường gặp ở nhóm chẹn kênh canxi, còn sử dụng 2 ngày/lần. Tỷ lệ chưa hợp lý về tuân thủ chống chỉ định là 20,14%, các trường hợp sử dụng thuốc ức chế men chuyển và chẹn thụ thể angiotensin trên bệnh nhân tăng kali máu [2]. Tính hợp lý chung trong mẫu nghiên cứu là 67,63%.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu ghi nhận kết luận như sau: Nhóm thuốc chẹn kênh canxi được chỉ định nhiều nhất với tỷ lệ là 97,8%. Nhóm chẹn thụ thể beta giao cảm có tỷ lệ chỉ định sử dụng thấp nhất là 0,7%. Tỷ lệ phối hợp 3 nhóm thuốc trong điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất với 87,05%. Tỷ lệ hợp lý chung trong nghiên cứu là 67,63%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2015)**, Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị một số bệnh về Thận - Tiết niệu, Hà Nội, tr. 103–112.
- Hội tim mạch Việt Nam (2018)**, Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.
- Nguyễn Thành Tam (2021)**, Nghiên cứu tình hình sử dụng, tương tác thuốc và chi phí điều trị trên bệnh nhân đang lọc máu định kỳ tại Bệnh viện Quân dân Y tỉnh Đồng Tháp, Luận văn Chuyên khoa cấp 2, Đại học Y dược Cần Thơ.
- Nguyễn Thị Anh Thi, Nguyễn Văn Tập (2016)**, Tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân tăng huyết áp kèm suy thận mạn tại khoa Nội thận – Lọc máu Bệnh viện quận Bình Thạnh, thành phố Hồ Chí Minh năm 2014, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 20 (5), tr 525-531.
- Nguyễn Thiện (2015)**, Khảo sát việc sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân suy thận mạn đang lọc máu nhân tạo, Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa 1, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- Caroline Ashley and Aileen Dunleavy et al. (2019)**, The Renal Drug Handbook: The Ultimate Prescribing Guide for Renal Practitioners (5th), The Renal Association.
- Pugh D, Gallacher PJ, Dhaun N (2019)**, "Management of Hypertension in Chronic Kidney Disease. Drugs", 79(4):365-379.
- Sinha AD, Agarwal R (2019)**. Clinical pharmacology of antihypertensive therapy for the treatment of hypertension in CKD. Clin J Am Soc Nephrol, 14(5):757-764.