

## KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN GIỒNG RIỀNG, TỈNH KIÊN GIANG

Đào Ngọc Sứ<sup>1</sup>, Phan Hùng Duy Hậu<sup>2</sup>, Nguyễn Ngọc Thanh<sup>2</sup>,  
Hà Minh Hiền<sup>3</sup> và Đỗ Văn Mãi<sup>4\*</sup>

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế huyện Giồng Riềng, tỉnh Kiên Giang

<sup>2</sup>Trường Đại học Tây Đô

<sup>3</sup>Viện kiểm nghiệm thuốc thành phố Hồ Chí Minh

<sup>4</sup>Trường Đại học Nam Cần Thơ

(\*Email: tsdsmai1981@gmail.com)

*Ngày nhận:* 20/8/2023

*Ngày phản biện:* 25/10/2023

*Ngày duyệt đăng:* 05/01/2024

### TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân đang điều trị tại Trung tâm y tế Huyện Giồng Riềng, Tỉnh Kiên Giang. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu với cỡ mẫu là 210 mẫu. Kết quả ghi nhận các thuốc điều trị tăng huyết áp gồm nhóm ức chế men chuyển 70,0%, nhóm chẹn calci 34,9%, nhóm ức chế thụ thể 6,2%, nhóm lợi tiểu 14,3%, nhóm chẹn beta 27,7%, nhóm kết hợp 5,3%, nhóm chẹn alpha 11,9%. Tác dụng không mong muốn được ghi nhận là tăng acid uric máu 3,3%, đau đầu 15,2%, ho khan 4,8%. Có 11 kiểu tương tác thuốc ghi nhận 47 trường hợp. Trong đó, có một tương tác chống chỉ định khi phối hợp kali với spironolacton 0,5%. Phối hợp hai thuốc là chiến lược phổ biến nhất trong đa trị liệu. Tác dụng không mong muốn và tương tác thuốc được ghi nhận, cần lưu ý trong quản lý liệu pháp.

**Từ khóa:** Sử dụng thuốc điều trị, tăng huyết áp, Trung tâm y tế huyện Giồng Riềng

Trích dẫn: Đào Ngọc Sứ, Phan Hùng Duy Hậu, Nguyễn Ngọc Thanh, Hà Minh Hiền và Đỗ Văn Mãi, 2024. Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm y tế huyện Giồng Riềng, tỉnh Kiên Giang. Tạp chí Nghiên cứu khoa học và Phát triển kinh tế Trường Đại học Tây Đô. 19: 164-175.

\*TS. Đỗ Văn Mãi - Phó Trưởng Khoa Dược, Trường Đại học Nam Cần Thơ

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một tình trạng bệnh lý nghiêm trọng và có thể làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim, não, thận và các bệnh khác. Đây là nguyên nhân chính gây tử vong sớm trên toàn thế giới, bệnh tăng huyết áp được cảm nhận một cách không cân đối ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, phần lớn là do các yếu tố nguy cơ gia tăng ở những quần thể này trong những thập kỷ gần đây (World Health Organization, 2023).

Năm 2021, WHO đã công bố báo cáo dịch tễ học về tình trạng tăng huyết áp trên toàn cầu, cho thấy tăng huyết áp là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu cho các bệnh tim mạch và đột quỵ. Theo báo cáo này, khoảng 1,13 tỷ người trên toàn thế giới mắc bệnh tăng huyết áp và con số này dự kiến sẽ tiếp tục tăng trong tương lai (World Health Organization, 2021).

Tăng huyết áp là một thách thức quan trọng đối với sức khỏe toàn cầu với tỷ lệ tăng cao và tác động của nó đối với tổn thương não, tim mạch và thận, vẫn là yếu tố nguy cơ hàng đầu có thể phòng ngừa được đối với tử vong sớm và tàn tật trên toàn thế giới. Nó ảnh hưởng không tương xứng đến dân số ở các nước thu nhập thấp và trung bình, nơi hệ thống y tế nói chung còn yếu. Việc tuân thủ điều trị tăng huyết áp có thể giảm thiểu các nguy cơ và tác động xấu đến

sức khỏe, giúp kiểm soát tình trạng bệnh và giảm nguy cơ mắc các bệnh lý liên quan. Các phương pháp điều trị bao gồm sử dụng thuốc, thay đổi lối sống, như ăn uống lành mạnh, tập thể dục thường xuyên, giảm cân, giảm stress, hạn chế sử dụng rượu và thuốc lá (Schmidt et al., 2020). Theo số liệu thống kê năm 2016, khoảng 17,9 triệu người chết vì bệnh tim mạch, đại diện cho 31% tổng số trường hợp tử vong trên toàn cầu, trong đó có 9,4 triệu ca tử vong do tăng huyết áp (Rahman et al., 2021).

Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá hiện trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân đang điều trị tại Trung tâm y tế huyện Giồng Riềng, tỉnh Kiên Giang.

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện với phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu không can thiệp, thu thập kết quả dựa trên đơn thuốc và phiếu khảo sát.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn xác định là tăng huyết áp. Bệnh nhân trên 18 tuổi có trong danh sách quản lý và đang được điều trị ngoại trú tại trung tâm.

Cỡ mẫu thu thập được tính toán theo công thức, cỡ mẫu khảo sát cần thiết là 194. Để tránh các mẫu không hợp lệ, cỡ mẫu thu thập cho nghiên cứu được chọn là 210.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu

$\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê; với  $\alpha = 0,05$  thì hệ số  $Z=1,96$ .

p = Trị số mong muốn của tỉ lệ. Lấy  $p = 0,45$  (là tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng huyết áp theo nghiên cứu của Trần Thị Loan, 2012).

d: Sai số tuyệt đối, chọn  $d = 0,07$

Các số liệu sau khi được thu thập theo một mẫu phiếu điều tra thống nhất, được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

### Nội dung nghiên cứu

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu (giới tính, nhóm tuổi).
- Thông tin về bệnh THA của đối tượng nghiên cứu (thời gian mắc bệnh, số lượng thuốc/đơn thuốc, số bệnh kèm, mức độ tăng huyết áp).
- Danh mục các thuốc điều trị tăng huyết áp gặp trong nghiên cứu (nhóm

chẹn calci, nhóm ức chế men chuyển, nhóm ức chế thụ thể, nhóm lợi tiểu, nhóm chẹn giao cảm beta, nhóm chẹn giao cảm alpha, nhóm kết hợp).

- Tác dụng không mong muốn của thuốc.

- Tương tác thuốc gặp trong nghiên cứu.

### Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận và tạo điều kiện của Lãnh đạo Trung tâm y tế huyện Giồng Riềng. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Kết quả khảo sát cho đặc điểm về nhân khẩu học (Bảng 1): Tỷ lệ bệnh nhân nam giới chiếm, cao hơn nữ giới. Nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là 61-70 tuổi kế đến là 51-60 tuổi và thấp nhất là trên  $> 80$  chiếm 7,1%, tuổi lớn nhất 93, tuổi nhỏ nhất 32, tuổi trung bình  $63,3 \pm 11,7$ .

**Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học**

|                                                                                  | Đặc điểm   | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|-----------|
| <b>Giới tính</b>                                                                 | Nam        | 121    | 57,6      |
|                                                                                  | Nữ         | 89     | 42,4      |
| <b>Nhóm tuổi</b><br>(Tuổi lớn nhất 93,<br>tuổi nhỏ nhất 32,<br>$63,3 \pm 11,7$ ) | 18-50 tuổi | 24     | 11,4      |
|                                                                                  | 51-60 tuổi | 59     | 28,1      |
|                                                                                  | 61-70 tuổi | 68     | 32,4      |
|                                                                                  | 71-80 tuổi | 44     | 21,0      |
|                                                                                  | $>80$ tuổi | 15     | 7,1       |

### 3.2. Đặc điểm về bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Kết quả ở Bảng 2 cho thấy phần lớn bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 5 năm chiếm cao nhất. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị tại bệnh viện trên 6 tháng chiếm 77,6%, từ 6 tháng trở xuống

chiếm 22,4%. Đa phần bệnh nhân bị tăng huyết áp ở độ 2 chiếm 46,7%, độ 1 chiếm 35,2% và độ 3 là 18,1%. Số lượng thuốc trên đơn thuốc lớn hơn 5 thuốc chiếm 31,9%, không quá 5 thuốc là

68,1%. Tỷ lệ bệnh mắc kèm trên 2 bệnh là 83,3%, từ 2 bệnh trở xuống là 16,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng của bệnh là 62,9%.

**Bảng 2. Đặc điểm về bệnh tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu**

|                                  | <b>Đặc điểm</b>    | <b>Tần số</b> | <b>Tỷ lệ (%)</b> |
|----------------------------------|--------------------|---------------|------------------|
| <b>Thời gian mắc bệnh</b>        | ≤5 năm             | 27            | 12,9             |
|                                  | >5 năm             | 183           | 87,1             |
| <b>Số lượng thuốc/ đơn thuốc</b> | ≤5                 | 143           | 68,1             |
|                                  | >5                 | 67            | 31,9             |
| <b>Số bệnh kèm</b>               | ≤2                 | 35            | 16,7             |
|                                  | >2                 | 175           | 83,3             |
| <b>Mức độ tăng huyết áp</b>      | Tăng huyết áp độ 1 | 74            | 35,2             |
|                                  | Tăng huyết áp độ 2 | 98            | 46,7             |
|                                  | Tăng huyết áp độ 3 | 38            | 18,1             |
| <b>Thời gian điều trị</b>        | >6 tháng           | 163           | 77,6             |
|                                  | ≤6 tháng           | 47            | 22,4             |

### 3.3. Danh mục các thuốc điều trị tăng huyết áp gặp trong nghiên cứu

Các thuốc sử dụng trong nghiên cứu đều có trong Danh mục thuốc khuyến cáo sử dụng theo Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng tăng huyết áp 2018 của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2018.

Nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu là nhóm ức chế men chuyển, chiếm tỉ lệ rất cao (70,0%); tiếp đến là nhóm chẹn kênh Calci (34,9%) và chẹn beta giao cảm (27,7%) cũng được dùng khá phổ biến; các nhóm lợi tiểu (14,3%); chẹn alpha giao cảm (11,9%) nhóm ức chế thụ thể (6,2%) và nhóm kết hợp (5,3%) được sử dụng ít hơn.

Tác dụng không mong muốn của thuốc điều trị tăng huyết áp ghi nhận được trong nghiên cứu: Tăng acid uric máu 3,3%, đau đầu 15,2%, ho khan 4,8% (Bảng 4).

Tần suất gặp tương tác trong nghiên cứu chiếm 22,4% (Bảng 5). Trong đó, có một tương tác chống chỉ định khi phối hợp Kali với Spironolacton 0,5%. Tương tác thận trọng giữa kali với các thuốc tăng huyết áp (ức chế men chuyển và ức chế thụ thể) là 2,0%. Tương tác giữa Spironolacton với (ức chế men chuyển và ức chế thụ thể) là 3,8%. Tương tác giữa Aspirin và các thuốc hạ áp (ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, chẹn calci) có thể làm giảm tác dụng của các thuốc này trong nghiên cứu có 17 trường hợp, chiếm 8,2%. Tương tác giữa các thuốc ức chế men chuyển, Chẹn betavới các thuốc điều trị đái tháo đường chiếm 7,6% (Metformin, Gliclazid) có thể dẫn đến hạ đường huyết quá mức. Tương tác giữa nhóm chẹn kênh calci với thuốc đái tháo đường làm tăng hấp thu Metformin, nguy cơ nhiễm toan lactic có 1 trường hợp chiếm 0,5%.

**Bảng 3. Đặc điểm các loại thuốc bệnh nhân sử dụng**

| Hoạt chất- Hàm lượng                              | Số liều dùng/lần | Tần số     | Tỷ lệ (%)   |
|---------------------------------------------------|------------------|------------|-------------|
| <b>NHÓM CHẸN CALCI</b>                            |                  | <b>73</b>  | <b>34,9</b> |
| Amlodipin besylate 5 mg                           | 1 viên           | 52         | 24,8        |
| Nifedipin 30 mg                                   | 1 viên           | 9          | 4,3         |
| Nifedipin 20 mg                                   | 1 viên           | 10         | 4,8         |
| Felodipin 5 mg                                    | 1 viên           | 2          | 1,0         |
| <b>NHÓM ỨC CHẾ MEN CHUYỂN</b>                     |                  | <b>147</b> | <b>70,0</b> |
| Perindopril 5 mg                                  | 1 viên           | 111        | 52,9        |
| Lisinopril 5 mg                                   | 1 viên           | 32         | 15,2        |
| Ramipril 5 mg                                     | 1 viên           | 4          | 1,9         |
| <b>NHÓM ỨC CHẾ THỤ THỂ</b>                        |                  | <b>13</b>  | <b>6,2</b>  |
| Losartan 100 mg                                   | 1/2 viên         | 9          | 4,3         |
| Telmisartan 40 mg                                 | 1 viên           | 4          | 1,9         |
| <b>NHÓM LỢI TIỂU</b>                              |                  | <b>30</b>  | <b>14,3</b> |
| Spironolacton 25 mg                               | 1 viên           | 17         | 8,1         |
| Furosemid 40 mg                                   | 1 viên           | 11         | 5,2         |
| Indapamid 1,5 mg                                  | 1 viên           | 2          | 1,0         |
| <b>NHÓM CHẸN GIAO CẢM BETA</b>                    |                  | <b>58</b>  | <b>27,7</b> |
| Metoprolol 50 mg                                  | 1 viên           | 23         | 11,0        |
| Carvedilol 6,25 mg                                | 1/2 viên-1viên   | 16         | 7,6         |
| Metoprolol 25 mg                                  | 1/2 viên-1viên   | 13         | 6,2         |
| Nebivolol 5 mg                                    | 1/2 viên         | 6          | 2,9         |
| <b>NHÓM CHẸN GIAO CẢM ALPHA</b>                   |                  | <b>25</b>  | <b>11,9</b> |
| Methyldopa 250mg                                  | 1 viên           | 25         | 11,9        |
| <b>NHÓM KẾT HỢP</b>                               |                  | <b>11</b>  | <b>5,3</b>  |
| Valsartan 80 mg + hydrochlorothiazid 12,5 mg      | 1 viên           | 6          | 2,9         |
| Enalapril maleat 10 mg + Hydrochlorothiazid 25 mg | 1 viên           | 3          | 1,4         |
| Telmisartan 40 mg + Hydrochlorothiazid 12,5 mg    | 1 viên           | 2          | 1,0         |

**Bảng 4. Tác dụng không mong muốn của thuốc điều trị tăng huyết áp**

| Tác dụng không mong muốn | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|--------|-----------|
| Tăng acid uric           | 7      | 3,3       |
| Đau đầu                  | 32     | 15,2      |
| Ho khan                  | 10     | 4,8       |

**Bảng 5. Tương tác thuốc gặp trong nghiên cứu**

| Mức độ tương tác      | Kiểu tương tác           | Tác dụng theo lý thuyết                                       | Tần số    | Tỉ lệ (%)   |
|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Chống chỉ định</b> | Kali + Spironolacton     | Tăng kali huyết, có thể gây tử vong                           | 1         | 0,5         |
|                       | ÚCMC+ Kali chlorid       | Tăng kali máu, có thể dẫn đến suy thận, tê liệt cơ, ngừng tim | 2         | 1,0         |
|                       | ÚCTT+Kali chlorid        | Tăng kali máu, có thể dẫn đến suy thận, tê liệt cơ, ngừng tim | 2         | 1,0         |
|                       | ÚCMC+ Spironolacton      | Tăng kali máu, có thể dẫn đến suy thận, tê liệt cơ, ngừng tim | 7         | 3,3         |
|                       | ÚCTT+ Spironolacton      | Tăng kali máu, có thể dẫn đến suy thận, tê liệt cơ, ngừng tim | 1         | 0,5         |
|                       | ÚCTT+Asipirin            | Giảm tác dụng hạ áp của thuốc ÚCTT                            | 5         | 2,4         |
|                       | ÚCMC+Asipirin            | Giảm tác dụng hạ áp của thuốc ÚCMC                            | 10        | 4,8         |
|                       | Chẹn calci+Asipirin      | Giảm tác dụng hạ áp của thuốc chẹn kênh calci                 | 2         | 1,0         |
|                       | ÚCMC+Thuốc ĐTD           | Có thể gây giảm đường huyết nghiêm trọng                      | 9         | 4,3         |
|                       | Chẹn $\beta$ + Thuốc ĐTD | Có thể gây giảm đường huyết nghiêm trọng                      | 7         | 3,3         |
| <b>Thận trọng</b>     | Nifedipin + ĐTD          | Tăng hấp thu metformin, nguy cơ nhiễm toan lactic             | 1         | 0,5         |
|                       |                          |                                                               |           |             |
|                       |                          |                                                               |           |             |
|                       |                          |                                                               |           |             |
|                       |                          |                                                               |           |             |
|                       |                          |                                                               |           |             |
|                       |                          |                                                               |           |             |
|                       |                          |                                                               |           |             |
|                       |                          |                                                               |           |             |
|                       |                          |                                                               |           |             |
| <b>Tổng</b>           | <b>11 Kiểu tương tác</b> |                                                               | <b>47</b> | <b>22,4</b> |

#### 4. THẢO LUẬN

*Về giới tính:* Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân mắc bệnh tăng huyết áp chủ yếu là nam giới (121 bệnh nhân, chiếm 57,6%) và có 89 bệnh nhân là nữ giới chiếm 42,4%. So với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu Nguyễn Thu Hằng cũng ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn nam (58,68%) (Nguyễn Thu Hằng và ctv., 2018). Nghiên cứu của Lê Minh Hữu và ctv., với tỷ lệ nam giới là 43,8%, trong khi tỷ lệ nữ giới là 56,2% (Lê Minh Hữu, 2021). Trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và ctv., có tỷ lệ nữ giới cao hơn đáng kể so với nam giới

khi nữ giới chiếm tới 70,3% còn nam giới chỉ có 29,7% (Nguyễn Văn Tuấn và ctv., 2021). Trong một tài liệu nghiên cứu khác của Trần Song Hậu và ctv., tỷ lệ nữ giới (61,3%) cũng cao hơn so với tỷ lệ nam giới (38,7) (Trần Song Hậu và ctv., 2022). Nam giới uống rượu, hút thuốc nhiều hơn nữ giới, cường độ làm việc cũng cao hơn nữ giới. Hơn nữa có thể có liên quan về gen, về sinh lý học của giới tính. Chính vì những lý do này mà tỷ lệ tăng huyết áp ở nam giới cao hơn.

*Về nhóm tuổi:* Những bệnh nhân tới thăm khám do bệnh tăng huyết áp chủ

yếu là lứa tuổi từ 51 trở lên (186 bệnh nhân, chiếm tổng cộng 88,6%). Trong đó nhóm tuổi từ 61-70 chiếm nhiều nhất (32,4%), tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu là  $63,3 \pm 11,7$ . So với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và Trần Thị Anh Thơ khi tỷ lệ người cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi) bị tăng huyết áp là 69,7% so với nghiên cứu là 68,1% (Nguyễn Văn Tuấn và ctv., 2021).

Hay nghiên cứu của Lưu Hồng Liên và ctv. cũng có tỷ lệ người cao tuổi là 64,9% và độ tuổi trung bình là  $68,74 \pm 10,26$  (Lưu Hồng Liên và ctv., 2023). Nghiên cứu của Lê Trường Giang và ctv., khá tương đồng với nghiên cứu khi có tuổi trung bình là  $68,1 \pm 12,6$  (Lê Trường Giang và ctv., 2022). Trong nghiên cứu của Nguyễn Thu Hằng, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là  $67,1 \pm 8,9$  (Nguyễn Thu Hằng và ctv., 2018).

*Về mức độ tăng huyết áp:* Đa số bệnh nhân đã mắc tăng huyết áp ở mức độ 2 chiếm 46,7%; độ 1 chiếm 35,2% và độ 3 là 18,1%. Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng. Do đó việc phân loại tăng huyết áp nhằm giúp cho bác sỹ và người bệnh biết được tình trạng nặng nhẹ của bệnh để có cách điều trị và dự phòng tai biến kịp thời, bệnh càng ở giai đoạn cao thì bệnh càng nặng.

*Về thời gian mắc bệnh:* Hầu hết bệnh nhân đã mắc bệnh tăng huyết áp trên 5 năm là 87,1%; dưới hoặc bằng 5 năm 12,9%.

*Về thời gian điều trị:* Bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị tại trung tâm trên 6 tháng chiếm 77,6% và từ 6 tháng trở

xuống là 22,4%. So với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và ctv., với thời gian bệnh nhân điều trị tăng huyết áp từ 1-5 năm là 40,7% và trên 5 năm là 40,4%, bệnh nhân mới điều trị tăng huyết áp dưới 1 năm có 18,9% (Nguyễn Văn Tuấn và ctv., 2021).

*Về số lượng thuốc/đơn thuốc:* Trong nghiên cứu  $\leq 5$  là 68,1% và  $>5$  là 31,9%. Số lượng thuốc khác nhau cho từng bệnh nhân có thể được giải thích do sự khác nhau về phác đồ điều trị bệnh của từng bệnh nhân.

Trong điều trị tăng huyết áp, việc lựa chọn các thuốc cho bệnh nhân phụ thuộc rất lớn vào đặc điểm của từng cá thể. Vì vậy, một danh mục thuốc đa dạng sẽ góp phần tạo điều kiện cho bác sỹ tối ưu hóa việc lựa chọn thuốc phù hợp trên từng bệnh nhân.

*Nhóm ức chế men chuyển:* Nhóm ức chế men chuyển được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu với tỉ lệ là 70,0%. Các thuốc sử dụng là Perindopril, Lisinopril, Ramidopril chỉ cần dùng 1 lần/ngày. Nhóm này được ưu tiên sử dụng vì tính tiện dụng và khả năng dễ dung nạp cùng với khả năng ưu tiên cho hầu hết chỉ định bắt buộc. Tuy nhiên: Tác dụng phụ ho khan thường gặp cũng gây trở ngại khi sử dụng nhóm thuốc này.

*Nhóm chẹn calci:* Nhóm chẹn calci được sử dụng khá phổ biến trong nghiên cứu, chiếm tỉ lệ cao (34,9%). Do tỉ lệ bệnh nhân cao tuổi chiếm đa số trong nghiên cứu nên việc ưu tiên sử dụng nhóm chẹn calci là phù hợp khuyến cáo

của Hội Tim mạch học Việt Nam 2018 cho bệnh nhân > 60 tuổi ưu tiên chọn chẹn calci làm thuốc khởi đầu, Trong nghiên cứu sử dụng thuốc điều trị ngoại trú, có 3 thuốc chẹn calci được sử dụng là: Amlodipin *besylate*, Nifedipin và Felodipin (Hội tim mạch học quốc gia VN, 2018).

Nhóm ức chế thụ thể: Nhóm ức chế thụ thể với những ưu điểm tương tự nhóm ức chế men chuyển và lại hạn chế được tác dụng phụ ho khan, cũng được sử dụng khá phổ biến trong nghiên cứu với tỉ lệ là 6,2%. Với 2 hoạt chất được dùng là Losartan và Telmisartan.

Nhóm lợi tiểu: Nhóm lợi tiểu được sử dụng với tỉ lệ 14,3% với thuốc lợi tiểu kháng aldosteron lợi tiểu quai furosemid và lợi tiểu thiazid. Dù theo khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam 2018 và ESC/ESH 2018 thì nhóm thuốc lợi tiểu được ưu tiên hàng đầu trên bệnh nhân >60 tuổi với nhiều ưu điểm giá rẻ, an toàn và hiệu quả đã được chứng minh từ lâu, cũng rất phù hợp khi sử dụng cho đối tượng bệnh nhân cao tuổi chiếm đa số trong mẫu nghiên cứu nhưng ở đây chỉ chủ yếu được dùng trong các trường hợp bệnh nhân suy tim, suy thận (ESC/ESH, 2018; Hội tim mạch học quốc gia VN, 2018). Do nhiều thử nghiệm lâm sàng đã cho thấy dù hiệu quả giữa chẹn calci và lợi tiểu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ đột quỵ, nhồi máu cơ tim và tỉ lệ tử vong chung nhưng chẹn calci có ưu điểm giảm có ý nghĩa tỉ lệ mắc đái tháo đường khởi phát so với lợi tiểu. Có 3 thuốc lợi tiểu được sử dụng là: *Spironolacton*, *Furosemid* và *Indapamide*.

Nhóm chẹn beta: Có 27,7% thuốc nhóm chẹn beta được sử dụng trong nghiên cứu chủ yếu trên những bệnh nhân có bệnh lý về mạch vành, nhóm chẹn  $\beta$  được khuyến cáo không là liệu pháp đầu tay ngoại trừ trong bệnh mạch vành và tổng lượng máu trung bình trong Khuyến cáo ESC/ESH năm 2018 và Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Hội Tim mạch học Việt Nam 2018. Hoạt chất trong nhóm được sử dụng là Metoprolol thuộc nhóm ức chế chọn lọc  $\beta_1$  nên hạn chế được tác dụng phụ trên đường hô hấp. Chọn loại chẹn beta sử dụng cũng là một vấn đề được quan tâm. Các thử nghiệm về các chẹn beta thế hệ cũ (propranolol, atenolol) có bất lợi về tác dụng phụ gây rối loạn lipid, tăng đề kháng insulin, có được động học thay đổi theo từng cá thể do chuyển hóa đến 70- 80% qua cytochrome P450 2D6 có hiện tượng đa hình gen. Nhiều tác giả ưu tiên chọn các thuốc chẹn beta thế hệ mới (bisoprolol, carvedilol, nebivolol) để hạn chế các tác dụng phụ của chẹn beta và ít ảnh hưởng bởi chuyển hóa (ESC/ESH, 2018; Hội tim mạch học quốc gia VN, 2018). Có 3 thuốc chẹn beta được sử dụng là: *Metoprolol*, *Carvedilol* và *Nebivolol*.

Nhóm kết hợp: Nhóm kết hợp là nhóm phối hợp hai thuốc khác nhau về cơ chế tác động hạ áp trong một viên vừa phát huy hiệu quả, giảm tác dụng không mong muốn, lại tiện dụng cũng được ưa dùng trong nghiên cứu với tỉ lệ 5,3%. Mặc dù liều cố định trong viên kết hợp làm hạn chế tính uyển chuyển trong việc tăng hoặc giảm liều khi điều trị nhưng nó làm giảm số viên thuốc mà



bệnh nhân phải dùng, do đó giúp tăng sự tuân thủ điều trị. Viên kết hợp cũng thường được bào chế với liều thấp của 2 thuốc nên ít tác dụng phụ và giá thành thường thấp hơn so với 2 viên rời. Có 3 thuốc kết hợp được sử dụng là: *Valsartan 80 mg + hydrochlorothiazid 12,5 mg*, *Telmisartan 40 mg + Hydrochlorothiazid 12,5 mg*, *Enalapril maleat 10 mg + Hydrochlorothiazid 25 mg*.

Nhóm chẹn alpha: Trong mẫu nghiên cứu sử dụng thuốc ngoại trú, có 11,9% trường hợp sử dụng nhóm chẹn alpha, nhóm này được khuyến cáo nên tránh dùng và chỉ dùng như lựa chọn cuối cùng do tác dụng phụ và cần tránh ngưng đột ngột. Có 1 thuốc chẹn alpha được sử dụng là: *Methyldopa*.

Kết quả cho thấy các biến cố bất lợi ghi nhận được nhiều nhất là đau đầu chiếm 15,2%, ho khan 4,8% và tăng acid uric 3,3%.

Tần suất gặp tương tác trong nghiên cứu là 47 trường hợp. Trong đó có một tương tác chống chỉ định khi phối hợp Spironolacton với kali (0,5%) và tương tác thận trọng giữa thuốc ức chế men chuyển/*Kali chlorid* (1,0%). Spironolacton là thuốc lợi tiểu đối kháng aldosteron và nhóm thuốc ức chế thụ thể thì làm giảm nồng độ aldosteron dẫn đến tăng kali máu, lại bổ sung chế phẩm chứa kali (Pomatat), đều dẫn đến tình trạng tăng nồng độ kali trong máu. Tuy nhiên: trong những đơn thuốc này đều có phối hợp với lợi tiểu quai Furosemid có tác dụng lợi tiểu nhanh và mạnh làm giảm nồng độ kali máu nên việc bổ sung

kali (Pomatat) là chấp nhận được, kết hợp với theo dõi nồng độ kali thì vẫn trong giới hạn bình thường nên thực tế trên lâm sàng thì các tương tác này vẫn được kiểm soát và không gây tương tác gì bất lợi.

Tương tác giữa aspirin với các thuốc điều trị tăng huyết áp (với nhóm ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, chẹn calci) là tương tác thường gặp trong nghiên cứu này (có 17 trường hợp, chiếm 8,2%) do aspirin được sử dụng phổ biến trên đa số bệnh nhân. Việc sử dụng đồng thời thuốc ức chế men chuyển (*ramipril*, *lisinopril*, *perindopril*) hoặc nhóm chẹn beta (*metoprolol*) với các thuốc điều trị đái tháo đường (*metformin* hoặc *gliclazid* trong nghiên cứu) có thể dẫn đến hạ đường huyết quá mức. Tương tác *nifedipin* và đái tháo đường (0,41%) làm tăng hấp thu *metformin*, nguy cơ nhiễm toan lactic. Như vậy: về lý thuyết thì tỉ lệ gặp tương tác thuốc trong nghiên cứu khá cao (22,4%) nhưng với việc phối hợp thuốc trên từng tình huống lâm sàng cụ thể thì đa phần các tương tác này đều không gây bất lợi, chấp nhận phối hợp để tăng hiệu quả điều trị đồng thời nhiều bệnh. Dược sỹ khi xét tương tác trong đơn thuốc phải lưu ý điều này vì ngoài tương tác trên lý thuyết còn phải xét đến khả năng kiểm soát tương tác ở mức liều sử dụng, thời gian phối hợp, ý nghĩa trên lâm sàng để có sự tư vấn hợp lý, tránh gây bất đồng với bác sỹ kê đơn.

## 5. KẾT LUẬN

Thuốc ức chế men chuyển là nhóm thuốc phổ biến nhất, chiếm 70,0%. Phác đồ đa trị liệu (kết hợp nhiều loại thuốc)

được ưu tiên hơn so với đơn trị liệu, chiếm 61,3%. Nhóm ức chế men chuyển được lựa chọn nhiều nhất trong phác đồ đơn trị liệu. Phối hợp hai thuốc là chiến lược phổ biến nhất trong đa trị liệu. Tác dụng không mong muốn và tương tác thuốc được ghi nhận, cần lưu ý trong quản lý liệu pháp. Điều này phản ánh xu hướng và cách tiếp cận hiện đại trong điều trị tăng huyết áp.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam. 2018. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. Nxb Y học. tr 3-53.
2. Lê Minh Hữu, Trần Nguyễn Du, Lâm Nhựt Anh, Trần Thị Hoàng Yến, Nguyễn Lâm Ngung Tường. 2023. Tình hình tăng huyết áp và các yếu tố liên quan ở người dân từ 25 tuổi trở lên tại phường Thới An, quận Ô Môn, thành phố Cần Thơ năm 2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 37, tr. 138-144.
3. Lê Trường Giang, Nguyễn Thị Ngọc Vân, Lê Thanh Tâm, và Trần Hoàng Thúy Phương. 2022. Tình hình sử dụng thuốc tăng huyết áp và đánh giá kết quả điều trị tăng huyết áp tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021-2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 51, tr. 221-228.
4. Lưu Hồng Liên, Nguyễn Chí Linh, Nguyễn Thị Ngọc Hà, Đặng Duy Khánh. 2023. Nghiên cứu tình hình và tính hợp lý sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bạc Liêu năm 2021-2022. Tạp Chí Y học Việt Nam, 520(1B). tr, 84-88.
5. Nguyễn Thu Hằng, Nguyễn Thị Thuỳ Dương, Hồ Thị Dung. 2018. Khảo sát tình hình tuân thủ trong sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa thành phố Vinh năm 2018. Tạp chí Khoa học- Công nghệ Nghệ An, 12: 35-39.
6. Nguyễn Văn Tuấn và Trần Thị Anh Thơ. 2021. Kiến thức, thái độ và thực hành dinh dưỡng của bệnh nhân tăng huyết áp. Tạp Chí Y học Việt Nam, 502(2). Tr. 125-130.
7. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thắng, Vũ Sơn Tùng, Lý Lan Chi, Nguyễn Thị Kim Xuyên, Dương Huỳnh Phương Nghi, Triệu Hữu Tín, Néang Chanh Ty, Kim Thị Ngọc Yến, Nguyễn Văn Thống. 2021. Đặc điểm lâm sàng chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp. Tạp Chí Nghiên cứu Y học, 145(9), tr. 45-54.
8. Rahman, M. A., Halder, H. R., Yadav, U. N., & Mistry, S. K. 2021. Prevalence of and factors associated with hypertension according to JNC 7 and ACC/AHA 2017 guidelines in Bangladesh. Scientific reports, 11(1), pp. 15420.
9. Schmidt, B. M., Durao, S., Toews, I., Bavuma, C. M., Hohlfeld, A., Nury, E., ... Kredo, T. 2020. Screening strategies for hypertension. Cochrane Database of Systematic Reviews, (5).
10. Trần Song Hậu, Thạch Thị Cha Ro Da, Thạch Ngọc Nữ Thu, Nguyễn Viễn Thông, Nguyễn Thị Kiều Lan, Nguyễn Tấn Đạt. 2022. Tuân thủ điều trị tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan ở người tăng huyết áp tại quận Bình

Thủy, Cần Thơ năm 2021 . Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 53, tr. 197-205.

11. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A. 2018. ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management Of Arterial Hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of

Hypertension. J Hypertens. 2018; 36:1953–2041.

12. World Health Organization. 2023. Hypertension. World Health Organization. Accessed February 28, 2023. [https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1).

13. World Health Organization. 2021. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. World Health Organization.

## **SURVEYING ON THE USE OF MEDICATION FOR TREATING HYPERTENSIVE PATIENTS AT GIONG RIENG DISTRICT HEALTH CENTER, KIEN GIANG PROVINCE**

Dao Ngoc Su<sup>1</sup>, Phan Hung Duy Hau<sup>2</sup>, Nguyen Ngoc Thanh<sup>2</sup>,  
Ha Minh Hien<sup>3</sup> and Do Van Mai<sup>4\*</sup>

<sup>1</sup>*Giong Rieng District Medical Center, Kien Giang Province*

<sup>2</sup>*Tay Do University*

<sup>3</sup>*Ho Chi Minh City Drug Testing Institute*

<sup>4</sup>*Nam Can Tho University*

(\*Email:tsdsmai1981@gmail.com)

### **ABSTRACT**

*The objective of this study was to evaluate the current status of antihypertensive medication usage among patients undergoing treatment at the Giong Rieng District Health Center, Kien Giang Province in 2021. This descriptive, cross-sectional, retrospective study involved a sample size of 210. The results of the usage of antihypertensive drugs were recorded as follows: ACE inhibitors (70.0%), calcium channel blockers (34.9%), receptor blockers (6.2%), diuretics (14.3%), beta-blockers (27.7%), combination therapy (5.3%), and alpha-blockers (11.9%). Adverse effects were noted as increased blood uric acid (3.3%), headaches (15.2%), and dry cough (4.8%). There were 11 types of drug interactions recorded in 47 cases. Among these, a contraindicated interaction was observed when combining potassium with spironolactone (0.5%).*

**Keywords:** *Compliance, Giong Rieng district health Center, hypertension, , treatment*