

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP MẮC KÈM ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH

Trần Hoàng Phúc, Trần Công Luận*,
Võ Thụy Lữ Tâm và Phùng Thế Đồng
Trường Đại học Tây Đô
(*Email: tcluan@tdu.edu.vn)

Ngày nhận: 10/5/2023

Ngày phản biện: 20/7/2023

Ngày duyệt đăng: 26/9/2023

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu là phân tích thực trạng sử dụng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp mắc kèm đái tháo đường tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh năm 2021. Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 131 hồ sơ bệnh án điều trị tại bệnh viện từ tháng 01/6/2021 đến 01/12/2021. Kết quả ghi nhận các thuốc điều trị tăng huyết áp gồm có 6 nhóm: nhóm ức chế thụ thể chiếm tỷ lệ rất cao 52,2%, tiếp đến là nhóm chẹn kênh calci 48,1% và chẹn beta giao cảm 45,1% cũng được dùng khá phổ biến; các nhóm lợi tiểu 32,1%, nhóm ức chế men chuyển 22,2%, chẹn giao cảm alpha 0,8%. Tỷ lệ phác đồ đơn trị liệu là 33,7% so với phác đồ đa trị liệu là 2 thuốc là 39%, 3 thuốc là 23,8%, 4 thuốc là 3,1% và 5 thuốc là 0,8%. Tác dụng không mong muốn của thuốc điều trị tăng huyết áp ghi nhận được trong nghiên cứu: mệt mỏi 16,0%, đau đầu 14,5%, ho khan 9,9%, tiểu nhiều 9,2%, buồn nôn 7,6%, tăng kali trong máu là 6,9%. Có 10 kiểu tương tác thuốc ghi nhận trong 36 trường hợp ở mức thận trọng.

Từ khóa: Tương tác thuốc, đái tháo đường, tăng huyết áp

Trích dẫn: Trần Hoàng Phúc, Trần Công Luận, Võ Thụy Lữ Tâm, Phùng Thế Đồng, 2023. Khảo sát tình hình sử dụng thuốc của bệnh nhân tăng huyết áp mắc kèm đái tháo đường tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh. Tạp chí Nghiên cứu khoa học và Phát triển kinh tế Trường Đại học Tây Đô. 18: 141-153.

*TTUT.GS.TS. Trần Công Luận - Hiệu trưởng - Trưởng Khoa Dược và Điều dưỡng, Trường Đại học Tây Đô

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là một trong những gánh nặng bệnh tật của Việt Nam nói chung và của toàn Thế giới nói riêng. Tại Việt Nam, các bệnh tim mạch là nguyên nhân gây ra 31% tổng số ca tử vong trong năm 2016. Tỷ lệ tăng huyết áp ở người trưởng thành từ 18-69 tuổi là 18,9%, theo điều tra năm 2015 quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm; bên cạnh đó bệnh nhân tăng huyết áp được cập nhật báo cáo chỉ có 13,6% được quản lý tại cơ sở y tế (Kario et al., 2019). Đó là nguyên nhân khiến số năm sống và số năm sống không bệnh tật giảm. Điều đáng quan tâm hơn cả khi có báo cáo dự kiến năm 2030, chiếm 30% và xu hướng tăng nhanh ở các nước thu nhập thấp và trung bình (Bộ Y tế, 2020).

Mối liên hệ chặt chẽ giữa đái tháo đường và rối loạn tim mạch. Trong số các bệnh nhân của bệnh đái tháo đường, rối loạn tim mạch chủ yếu là nguyên nhân gây tử vong (Solini et al., 2019). Trên khắp Hoa Kỳ, tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch ở người trưởng thành mắc bệnh đái tháo đường (trên 18 tuổi), cho thấy sự gia tăng nguy cơ đau tim và nhồi máu cơ tim, cao hơn 1,8% so với những người không có bệnh tim mạch nào được xác định (Einarson et al., 2018). Đối với cả nam và nữ, nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch cao này được thấy ở những người mắc bệnh đái tháo đường

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tây Ninh là một trong những bệnh viện ngành, góp phần không nhỏ vào công tác chăm sóc sức khỏe người dân trong tỉnh và là một điển hình của ngành y tế tỉnh Tây Ninh.

Trong đó, tình trạng cũng như số lượng bệnh nhân mắc bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường chiếm tỷ lệ không nhỏ. Tuy nhiên việc khảo sát về tình hình sử dụng thuốc điều trị trên những bệnh nhân này từ nhiều năm nay vẫn chưa được thực hiện. Xuất phát từ thực tiễn này, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp mắc kèm đái tháo đường. Trên cơ sở này, nghiên cứu góp phần nâng cao việc sử dụng thuốc an toàn, hiệu quả trong điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp hồi cứu, thu thập kết quả dựa trên phiếu thu thập thông tin.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh án của bệnh nhân được bác sĩ chẩn đoán xác định là THA có kèm ĐTĐ típ 2 và chỉ định điều trị ngoại trú bằng thuốc THA và ĐTĐ.

- Bệnh án của bệnh nhân đã có tiền sử bệnh tiếp tục được điều trị.

- Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng toàn diện, làm các xét nghiệm, thăm dò chức năng thường quy (đường huyết tĩnh mạch lúc đói, HbA1c, cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol, ASAT, ALAT, creatinin, ure máu).

- Bệnh nhân điều trị từ 18 tuổi trở lên.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh án ghi nhận bệnh nhân đang điều trị một bệnh khác có thể gây ảnh

hưởng đến kết quả điều trị THA kèm ĐTĐ.

- Các thể đái tháo đường khác, ngoài đái tháo đường típ 2
- Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú
- Bệnh nhân mắc HIV/AIDS.
- Bệnh nhân mới bắt đầu điều trị tại thời điểm lấy mẫu.

2.4. Mẫu nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu chọn những bệnh án đến khám và điều trị ngoại trú tại bệnh viện đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và thu nhận toàn bộ các hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chí lựa chọn và tiêu chí loại trừ từ 01/6/2021 đến 01/12/2021. Toàn bộ cỡ mẫu thực tế thu được trong thời gian nghiên cứu là 131 mẫu.

2.5. Nội dung và biến số nghiên cứu

- Phân tích đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu, gồm tỷ lệ % bệnh nhân phân bố theo tuổi, giới tính, dân tộc, tình trạng gia đình, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thể trạng bệnh nhân, bảo hiểm y tế, thời gian mắc bệnh, hoàn cảnh phát hiện bệnh, số lượng thuốc/đơn thuốc, số bệnh mắc kèm, tiền sử gia đình, biến chứng của bệnh, mức độ tăng huyết áp, thời gian điều trị, các yếu tố nguy cơ tim mạch, bệnh lý mắc kèm.

- Phân tích thực trạng sử dụng thuốc tăng huyết áp điều trị trên bệnh nhân, gồm: tỷ lệ % các thuốc điều trị tăng huyết áp gặp trong nghiên cứu (phân bố theo nhóm thuốc, hoạt chất, hàm lượng), tỷ lệ % sử dụng phác đồ đơn trị liệu (điều trị dùng 1 thuốc) và đa trị liệu

(phối hợp >2 thuốc), tác dụng không mong muốn của thuốc.

- Tỷ lệ tương tác thuốc trong nghiên cứu. Sử dụng tính năng tra cứu tương tác thuốc trên 2 phần mềm: Drug interactions - Micromedex[®] Solutions, British National Formulary

- Tiêu chí đánh giá:

+ Căn cứ vào “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế” và Hội Tim mạch học Việt Nam (2018), Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018.

+ Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường típ 2.

+ Chức năng thận của bệnh nhân được đánh giá dựa vào độ thanh thải creatinin (C_{cr}). Độ thanh thải creatinin được tính toán theo công thức Cockcroft-Gault.

+ Phân loại mức độ suy thận theo khuyến cáo của Hội thận học Hoa Kỳ (U.S National Kidney Foundation, 2021).

+ Xác định tương tác thuốc - thuốc trong quá trình điều trị: đơn thuốc được duyệt bằng phần mềm DRUG-REAX (Micromedex 2.0 của Truven Health Analytic).

+ Thang điểm của bộ câu hỏi đánh giá mức độ tuân thủ dựa vào câu trả lời “Có/ Không”

2.6. Xử lý số liệu

Các số liệu sau khi được thu thập theo một mẫu phiếu điều tra thống nhất, được nhập bằng Microsoft Office Excel 2016 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các số liệu được trình bày dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($M \pm SD$).

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được mã hóa, giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung

	Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tuổi (tuổi lớn nhất 93, tuổi nhỏ nhất 38, $66,1 \pm 10,5$)	<40 tuổi	2	1,5
	40-59 tuổi	28	21,4
	60-79 tuổi	89	67,9
	≥ 80 tuổi	12	9,2
Giới	Nam	96	73,3
	Nữ	35	26,7
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	7	5,3
	Sống cùng gia đình	124	94,7
Trình độ học vấn	Trung học cơ sở trở xuống	59	45,0
	Trung học phổ thông	64	48,9
	Cao đẳng, đại học trở lên	8	6,1
	Trung học cơ sở trở xuống	59	45,0
Nghề nghiệp	Đang đi làm	29	22,1
	Nghỉ hưu	95	72,5
	Khác*	7	5,3

Kết quả Bảng 1 cho thấy tuổi lớn nhất ghi nhận được trong mẫu nghiên cứu là 93, tuổi nhỏ nhất được ghi nhận là 38 tuổi, độ tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu được ghi nhận là $66,1 \pm 10,5$. Nhóm tuổi được ghi nhận chiếm tỷ lệ lớn nhất là 60-79 tuổi với 67,9%. Trong đó tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ cao nhất là 73,3%. Có 94,7% bệnh nhân đang sống cùng gia đình. Trong đó nhóm trung học phổ thông chiếm tỷ lệ

cao nhất là 48,9%. Bệnh nhân nghỉ hưu chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 72,5%. So với nghiên cứu của Huỳnh Thị Thúy Quyên (2020) ghi nhận có 55,51% tỷ lệ nam giới. Trong đó nhóm tuổi từ 45-65 chiếm nhiều nhất 55,93%, đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn sau trung học phổ thông là 64,83%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thu Hằng và cs (2018), độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $67,1 \pm 8,9$. Tuổi trung bình trong nghiên

cứu của Lê Ngọc Loan Trúc (2020) là $54,11 \pm 8,86$ tuổi. Tỷ lệ nam giới mắc bệnh nhiều có thể là do nam giới thường 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. Tuổi có mối liên quan chặt chẽ với tăng huyết áp, khi tuổi càng cao thì tỷ lệ tăng huyết áp càng tăng, nguyên nhân là do thành động mạch bị lão hóa và xơ vữa, từ đó, làm giảm tính đàn hồi và trở nên cứng hơn vì thế làm cho huyết áp tâm thu tăng cao

hơn còn gọi là tăng huyết áp tâm thu đơn thuần. Mặc dù huyết áp tâm trương giảm nhẹ dần khi vượt qua độ tuổi 65-70 nhưng huyết áp tâm thu lại tiếp tục tăng so với tuổi đời. Như vậy, nghiên cứu này đồng nhất với các nghiên cứu trước đây, và tiếp tục khẳng định tuổi như một yếu tố nguy cơ không thể thay đổi đối với tăng huyết áp. Ngoài ra, nghiên cứu cho thấy việc thiếu thông tin và hiểu biết về bệnh có thể là yếu tố làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, có thể khác biệt do khu vực địa lý và ý thức của người dân.

Bảng 2. Đặc điểm điều trị của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		BN	Tỷ lệ %
Số lượng thuốc/ đơn thuốc	≤ 5	48	36,6
	> 5	83	63,4
Số bệnh kèm	≤ 2	18	13,7
	> 2	113	86,3
Hoàn cảnh phát hiện bệnh	Khám sức khỏe định kỳ	28	21,4
	Khám bệnh khác	52	39,7
	Khám vì có triệu chứng tăng huyết áp	48	36,6
	Không nhớ	3	2,3
Thời gian mắc bệnh	Dưới 5 năm	6	4,6
	5 - 10 năm	58	44,3
	Trên 10 năm	67	51,1
Tiền sử gia đình có người mắc bệnh	Có	59	45,0
	Không	72	55,0
Biến chứng của bệnh	Có biến chứng	69	52,7
	Không biến chứng	62	47,3
Mức độ tăng huyết áp	Tăng huyết áp độ 1	28	21,4
	Tăng huyết áp độ 2	68	51,9
	Tăng huyết áp độ 3	35	26,7
Thời gian điều trị	≤ 6 tháng	6	4,6
	> 6 tháng	125	95,4

Kết quả Bảng 2 ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ là 44,3%. Trong đó bệnh nhân cho biết hoàn cảnh phát hiện bệnh do khám bệnh

khác là 39,7%, khám vì nhận thấy bản thân có triệu chứng tăng huyết áp là 36,6%. Số bệnh mắc kèm lớn hơn 2 chiếm 86,3%. Tiền sử gia đình ghi nhận tỷ lệ có người mắc bệnh là 45%. Ghi nhận có biến chứng là 69 trường hợp chiếm 52,7%. Bệnh nhân mắc tăng huyết áp độ 2 chiếm 51,9%. Bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị tại bệnh viện trên 6 tháng chiếm 95,4% và từ 6 tháng trở xuống là 4,6%. Về số lượng thuốc trong đơn thuốc: trong nghiên cứu ≤ 5 là 36,6% và >5 là 63,4%. 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.

Bệnh nhân mắc bệnh trong nhiều năm kèm theo có biến chứng tăng huyết áp bắt đầu có những triệu chứng khó chịu làm cho bệnh nhân phải đến bệnh viện điều trị. Nhìn chung, tỷ lệ tiền sử gia

đình có người tăng huyết áp chưa cao có thể không thật chính xác bởi vì có thể bệnh nhân không nhớ rõ và với điều kiện kinh tế, xã hội thì chắc chắn rất nhiều người bị tăng huyết áp sẽ bị bỏ sót mà không phát hiện ra. Một nghiên cứu khác của Trần Thị Loan (2012). Phần lớn bệnh nhân phát hiện ra bệnh tăng huyết áp khi đã có triệu chứng đau đầu, chóng mặt 50,5%. Điều này là do trong nghiên cứu bệnh nhân đã điều trị nhưng không kiểm soát được huyết áp hoặc bệnh nặng lên thì mới đến bệnh viện điều trị. Hơn nữa có một số bệnh nhân chủ quan với sức khỏe nên không đi khám bệnh định kỳ để phát hiện bệnh sớm. Từ thực trạng này, ta thấy rằng sự hiểu biết về bệnh tăng huyết áp của bệnh nhân còn thấp nên cần phải thực hiện nhiều biện pháp để nâng cao sự hiểu biết cho bệnh nhân.

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo BMI

Phân loại BMI	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gầy (<18,5)	7	5,3
Bình thường (18,5–22,9)	90	68,7
Thừa cân (23–25)	22	16,8
Béo phì độ 1 (>25–29,9)	9	6,9
Béo phì độ 2 (>30)	3	2,3
M $\pm$ SD	22,3 $\pm$ 2,65	

Kết quả Bảng 3 ghi nhận BMI tỷ lệ bệnh nhân chiếm tỷ lệ bình thường là 68,7%, thừa cân là 16,8%, còn lại là béo phì độ

1, gầy, béo phì độ 2 lần lượt với các tỷ lệ là 6,9%, 5,3%, 2,3%. Có M $\pm$ SD là 22,3 $\pm$ 2,65.

Bảng 4. Các yếu tố nguy cơ tim mạch

Các yếu tố	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi cao (>60 tuổi)	96	73,3
Ít hoặc không vận động thể lực	45	34,4
Uống nhiều rượu bia	47	35,9
Béo bụng hoặc béo phì	12	9,2
Căng thẳng lo âu quá mức	23	17,6
Tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp	59	45,0
Rối loạn lipid máu	94	71,8
Có bệnh đái tháo đường	131	100,0
Hiện hút thuốc lá/thuốc lào	41	31,3
Chế độ ăn mặn	37	28,2

Kết quả Bảng 4 ghi nhận về các yếu tố nguy cơ tim mạch tỷ lệ được ghi nhận nhiều nhất là có bệnh đái tháo đường là 100%, lần lượt còn lại là tuổi cao 73,3%, rối loạn lipid máu là 71,8%, tiền sử gia đình có người bị tăng huyết áp là 45%, uống nhiều rượu bia 35,9%, ít hoặc không vận động thể lực là 34,4%, hiện hút thuốc

lá/thuốc lào là 31,3%, ăn mặn là 28,2%, căng thẳng lo âu quá mức chiếm tỷ lệ 17,6%, béo bụng hoặc béo phì chiếm tỷ lệ 9,2%. Từ thực trạng này, thì việc xác định các yếu tố nguy cơ mắc tăng huyết áp, rất cần thiết cho ngành Y tế có các biện pháp trong truyền thông và phác đồ điều trị phù hợp trên từng đối tượng bệnh nhân.

Bảng 5. Các bệnh lý kèm theo trên bệnh nhân

Bệnh lý đi kèm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu cục bộ cơ tim	15	11,5
Bệnh lý thận	21	16,0
Bệnh lý gan	57	43,5
Bệnh lý về hệ tiêu hoá	56	42,7
Bệnh liên quan đến thần kinh	12	9,2
Cơn đau thắt ngực	45	34,4
Gút	11	8,4

Kết quả Bảng 5 ghi nhận về các bệnh lý đi kèm, tỷ lệ ghi nhận nhiều nhất là bệnh lý gan và bệnh lý về hệ tiêu hoá lần lượt là 43,5% và 42,7%, chiếm tỷ lệ thấp hơn còn

lại là cơn đau thắt ngực là 34,4%, bệnh lý thận 16%, thiếu máu tim cục bộ là 11,5%, bệnh liên quan đến thần kinh và gút chiếm tỷ lệ thấp nhất lần lượt là 9,2% và 8,4%.

3.2. Thực trạng sử dụng thuốc điều trị trên bệnh nhân tăng huyết áp mắc kèm đái tháo đường

Bảng 6. Đặc điểm các loại thuốc bệnh nhân sử dụng

Hoạt chất	Hàm lượng	Tần số	Tỷ lệ (%)
NHÓM CHẸN CALCI			48,1
Amlodipin	5 mg, 10 mg	29	22,1
Nifedipin	30 mg	25	19,1
Felodipin	5 mg	3	2,3
Diltiazem	60 mg	1	0,8
Lacidipin	4 mg	5	3,8
NHÓM ỨC CHẾ MEN CHUYỂN			22,2
Perindopril	2 mg	3	2,3
Lisinopril	10 mg	14	10,7
Ramipril	5 mg	12	9,2
NHÓM ỨC CHẾ THỤ THỂ			52,2
Losartan	25 mg, 50 mg	23	17,6
Irbesartan	150 mg	19	14,5
Candesartan	16 mg	2	1,5
Valsartan	160 mg, 80 mg	8	6,1
Telmisartan	80 mg	17	13,0
NHÓM LỢI TIỂU			32,1
Spironolacton	20 mg	4	3,1
hydrochlorothiazid	12,5 mg, 25 mg	32	24,4
Furosemid	50 mg	3	2,3
Indapamid	2,5 mg, 0,625 mg; 1,25 mg	3	2,3
NHÓM CHẸN GIAO CẢM BETA			45,1
Bisoprolol	5mg, 2,5 mg	58	44,3
Atenolol	50 mg	1	0,8
NHÓM CHẸN GIAO CẢM ALPHA			0,8
Methyldopa	250 mg	1	0,8

Kết quả Bảng 6 ghi nhận 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 thụ thể chiếm

tỷ lệ rất cao (52,2%); tiếp đến là nhóm chẹn kênh calci (48,1%) và chẹn beta giao cảm (45,1%) cũng được dùng khá phổ biến; các nhóm lợi tiểu (32,1%); chẹn giao cảm alpha (0,8%) nhóm ức chế men chuyển (22,2%). Trong điều trị tăng huyết áp, việc lựa chọn các thuốc cho bệnh nhân phụ thuộc rất lớn vào đặc điểm của từng

có thể. Vì vậy, một danh mục thuốc đa dạng sẽ góp phần tạo điều kiện cho bác sĩ tối ưu hóa việc lựa chọn thuốc phù hợp trên từng bệnh nhân.

Bảng 7. Các phác đồ điều trị tăng huyết áp áp dụng trong mẫu nghiên cứu (n=131)

Phác đồ	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đơn trị liệu		33,7
CCB	15	11,5
ỨCMC	6	4,6
ỨCTT	14	10,7
Chẹn β	9	6,9
Đa trị liệu (2 thuốc)		39
CCB+Chẹn β	8	6,1
ỨCMC+CCB	12	9,2
ỨCTT+Chẹn β	15	11,5
ỨCTT+Lợi tiểu	14	10,7
ỨCTT+CCB	2	1,5
Đa trị liệu (3 thuốc)		23,8
CCB+Chẹn β +Lợi tiểu	1	0,8
ỨCMC+CCB+Chẹn β	9	6,9
ỨCMC+CCB+Lợi tiểu	1	0,8
ỨCMC+Chẹn β +Lợi tiểu	1	0,8
ỨCTT+CCB+Chẹn β	2	1,5
ỨCTT+CCB+Lợi tiểu	8	6,1
ỨCTT+Chẹn β +Lợi tiểu	9	6,9
Đa trị liệu (4 thuốc)		3,1
CCB+ỨCTT+Lợi tiểu+Chẹn β	4	3,1
Đa trị liệu (5 thuốc)		0,8
CCB+ỨCTT+Lợi tiểu+Chẹn α +Chẹn β	1	0,8

Kết quả Bảng 7 ghi nhận tỷ lệ phác đồ đơn trị liệu là 33,7% so với phác đồ đa trị liệu là 2 thuốc là 39%, 3 thuốc là 23,8%, 4 thuốc là 3,1% và 5 thuốc là 0,8%. Nhóm thuốc được lựa chọn khởi đầu cho phác đồ đơn trị liệu là nhiều nhất: Chẹn kênh calci 11,5% và ỨCTT với 10,7%. 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.

Phối hợp hai thuốc chiếm đa số là nhóm ỨCTT + Chẹn β và nhóm ỨCTT + Lợi tiểu với tỷ lệ lần lượt là 11,5%, 10,7%. Phác đồ phối hợp 3 thuốc chủ yếu là ỨCMC + CCB + Chẹn β , ỨCTT + Chẹn β + Lợi tiểu, ỨCTT + CCB + Lợi tiểu lần lượt là 6,9%, 6,9%, 6,1%, phối hợp 4 thuốc CCB + ỨCTT + Lợi tiểu + Chẹn β với tỷ lệ 3,1% và 5 thuốc CCB +

ƯCTT + Lợi tiểu + Chẹn α + Chẹn β 0,8%.

Bảng 8. Tác dụng không mong muốn của thuốc

Tác dụng không mong muốn	Tần số	Tỷ lệ (%)
Ho khan	13	9,9
Tăng kali trong máu	9	6,9
Đau đầu	19	14,5
Tiểu nhiều	12	9,2
Buồn nôn	10	7,6
Mệt mỏi	21	16,0

Kết quả Bảng 8 ghi nhận tác dụng không mong muốn của thuốc điều trị tăng huyết áp ghi nhận được trong nghiên cứu: Mệt mỏi 16,0%, đau đầu 14,5%, ho khan 9,9%, tiểu nhiều 9,2%, buồn nôn 7,6%, tăng kali trong máu là 6,9%.

Bảng 9. Tương tác thuốc gặp trong nghiên cứu

Mức độ tương tác	Kiểu tương tác	Tác dụng theo lý thuyết	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thận trọng	ƯCMC+Kali chlorid	Tăng kali máu, có thể dẫn đến suy thận, tê liệt cơ, ngừng tim	1	0,8
	ƯCTT+Kali chlorid	Tăng kali máu, có thể dẫn đến suy thận, tê liệt cơ, ngừng tim	2	1,5
	ƯCMC+Spironolacton	Tăng kali máu, có thể dẫn đến suy thận, tê liệt cơ, ngừng tim	1	0,8
	ƯCTT+Spironolacton	Tăng kali máu, có thể dẫn đến suy thận, tê liệt cơ, ngừng tim	1	0,8
	ƯCTT+Asipirin	Giảm tác dụng hạ áp của thuốc ƯCTT	3	2,3
	ƯCMC+Asipirin	Giảm tác dụng hạ áp của thuốc ƯCMC	5	3,8
	Chẹn calci+Asipirin	Giảm tác dụng hạ áp của thuốc chẹn kênh calci	3	2,3
	ƯCMC+Thuốc ĐTD	Có thể gây giảm đường huyết nghiêm trọng	8	6,1
	Chẹn β +Thuốc ĐTD	Có thể gây giảm đường huyết nghiêm trọng	11	8,4
	Nifedipin+ĐTD	Tăng hấp thu metformin, nguy cơ nhiễm toan lactic	1	0,8
Tổng	10 Kiểu tương tác		36	27,5

Kết quả Bảng 9 ghi nhận tần suất gặp tương tác trong nghiên cứu là 36 trường hợp. Có 10 kiểu tương tác với tỷ lệ là 27,5%, tất cả các tương tác ghi nhận được đều là tương tác thận trọng.

4. KẾT LUẬN

Các thuốc điều trị huyết áp gồm 6 nhóm: nhóm ức chế thụ thể chiếm 52,2%, tiếp đến là nhóm chẹn kênh calci 48,1% và chẹn beta giao cảm 45,1% cũng được dùng khá phổ biến; các nhóm lợi tiểu 32,1%, nhóm ức chế men chuyển 22,2%, chẹn giao cảm alpha 0,8%.

Thông qua điều tra về mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân, cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tốt chiếm 7,6%, số bệnh nhân tuân thủ trung bình có chiếm 50,4% và tuân thủ kém chiếm 42%. Sự tuân thủ tốt của bệnh nhân tăng huyết áp cao nhất trong nhóm bệnh nhân 60-79 tuổi chiếm tỷ lệ là 72,4%.

Mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân, cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tốt chiếm 56,5%, không đạt tuân thủ trong điều trị là 43,5%. Tuy nhiên, chưa tìm thấy yếu tố nào có liên quan đến tuân thủ lối sống

Kết quả nghiên cứu của đề tài cung cấp những số liệu cần thiết cho Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh về tình hình kê đơn thuốc và sự cần thiết trong xây dựng các giải pháp điều trị, quản lý tương tác thuốc và tư vấn phù hợp để góp phần điều trị bệnh nhân tăng huyết áp mắc kèm đái tháo đường tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kario, K., Kanegae, H., Tomitani, N., Okawara, Y., Fujiwara, T., Yano, Y.,

Hoshida S & J-HOP Study Group, 2019. Nighttime blood pressure measured by home blood pressure monitoring as an independent predictor of cardiovascular events in general practice: the J-HOP nocturnal blood pressure study. Hypertension, 73(6), 1240-1248.

2. Bộ Y tế, 2020. Quyết định 5333/QĐ-BYT, ngày 23/12/2020 về việc “Dự phòng tiên phát bệnh Tim mạch” truy cập ngày 12/06/2023. Địa chỉ: <http://canhgiacduoc.org.vn/Hotro/daotao/1850/Duphongtienphatbenhtimmach.htm>.

3. Solini, A., Penno, G., Orsi, E., Bonora, E., Fondelli, C., Trevisan, R., Vedovato, M., Franco Cavalot, F., Lamacchia, O., Baroni, G., Nicolucci, A., & Pugliese, G., 2019. Is resistant hypertension an independent predictor of all-cause mortality in individuals with type 2 diabetes? BMC medicine, 17(1), 1-14.

4. Einarson, T. R., Acs, A., Ludwig, C., & Panton, U. H., 2018. Prevalence of cardiovascular disease in type 2 diabetes: a systematic literature review of scientific evidence from across the world in 2007-2017. Cardiovascular diabetology, 17(1), 83.

5. Huỳnh Thị Thuý Quyên, 2020. Khảo sát tuân thủ điều trị tăng huyết áp và các yếu tố liên quan của bệnh nhân tăng huyết áp được quản lý tại bệnh viện Đa khoa huyện Tri Tôn. Luận văn thạc sĩ dược học, trường Đại học Tây Đô.

6. Nguyễn Thu Hằng, Nguyễn Thị Thuý 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. Số 12. 35-39.

7. Lê Ngọc Loan Trúc, 2020. Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường tại bệnh viện Triều An – Loan Trâm Vĩnh Long năm 2018 – 2019. Luận văn thạc sĩ dược học, trường Đại học Tây Đô.

8. Trần Thị Loan, 2012. Đánh giá tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện C Tỉnh Thái Nguyên, năm 2012. Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện. Trường Đại học y tế công cộng.

9. Huỳnh văn Minh, Trần Văn Huy, 2018. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2018. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam. 6 – 41.

SURVEYING DRUG USE AMONG HYPERTENSION PATIENTS WITH DIABETICS AT TAY NINH GENERAL HOSPITAL

Tran Hoang Phuc, Tran Cong Luan^{*},
Vo Thuy Lu Tam and Phung The Dong
Tay Do University
(*Email: tcluan@tdu.edu.vn)

ABSTRACT

The objective of the study was to analyze drug usage among hypertensive patients with diabetes at Tay Ninh General Hospital in 2021. This is a descriptive, retrospective study that analyzed 131 medical records treated at Tay Ninh General Hospital between June and December 2021. The results recorded that antihypertensive drugs were classified into six groups: receptor blockers accounted for a very high rate of 52,2%, followed by calcium channel blockers at 48,1% and beta blockers at 45,1% which are also used quite commonly; the diuretic group at 32,1%, the ACE inhibitor group at 22,2%, the alpha sympathomimetic group at 0,8%. The rate of monotherapy regimens is 33,7% compared with multi-drug regimens of 2 drugs is 39%, 3 drugs is 23,8%, 4 drugs is 3,1% and 5 drugs is 0,8%. Undesirable effects of antihypertensive drugs recorded in the study are: fatigue at 16,0%, headache at 14,5%, dry cough at 9,9%, urinary frequency at 9,2%, nausea at 7,6%, increased potassium in the blood at 6,9%. There were 10 drug interactions observed with caution in 36 cases.

Keywords: Drug interactions, diabetes, hypertension