

Nghiên cứu đặc điểm sử dụng thuốc hạ huyết áp và hạ đường máu ở bệnh nhân tăng huyết áp có kèm đái tháo đường typ 2

Study on the characteristics of using antihypertensive and hypoglycemic drugs in hypertensive patients with typ 2 diabetes mellitus

Trần Thái Hà

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường typ 2; đánh giá hiệu quả kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp có kèm đái tháo đường. **Đối tượng và phương pháp:** 426 bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp có kèm đái tháo đường typ 2 điều trị tại Viện Điều trị Cán bộ cao cấp Quân đội - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 08/2019 đến tháng 12/2020. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án. **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. Các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp chủ yếu được sử dụng là ức chế hệ RAA (65,8%), chẹn kênh calci (37,1%), 58,5% bệnh nhân được điều trị theo phác đồ đa trị liệu trong đó kiểu phối hợp ức chế hệ RAA và chẹn kênh calci là phổ biến chiếm 17,6%. Trong các thuốc điều trị đái tháo đường, nhóm biguanid và insulin được sử dụng nhiều nhất (57,3% và 44,8%), 67,4% được điều trị theo phác đồ đa trị trong đó kiểu phối hợp nhóm Sulphonylurea và biguanid là phổ biến chiếm 10,9%. Có tương đối nhiều tương tác giữa các thuốc điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường (trung bình có 2,4 tương tác/1 đơn thuốc và 73,4% đơn thuốc là có tương tác), các tương tác đều ở mức độ trung bình và không có ý nghĩa lâm sàng. Tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu trước khi ra viện là rất cao, chiếm 97,3%. **Kết luận:** Phác đồ thuốc đa trị là cao hơn đơn trị trong sử dụng điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường. Tương tác giữa thuốc điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường chiếm tỷ lệ khá cao, đều ở mức độ nhẹ và trung bình và hầu hết bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu khi ra viện.

Từ khóa: Tăng huyết áp, đái tháo đường, thuốc điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường.

Summary

Objective: To characteristic drug use to treat hypertension and type 2 diabetes. To evaluate the effects of blood pressure coltrol in hypertensive patients with typ 2 diabetes mellitus at Treatment Institute of Senior Officer - 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** Retrospective observational methods was conducted in 426 patients, those who were diagnosed of hypertension and diabetes disease with inpatient

Ngày nhận bài: 7/7/2021, ngày chấp nhận đăng: 31/8/2021

Người phản hồi: Trần Thái Hà, Email: tranthaiha69@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

care at the Treatment Institute of Senior Officer - 108 Military Central Hospital from Aug 2019 to Dec 2020. *Result:* All antihypertensive drugs in the research were in the antihypertensive list recommended by Vietnamese Society of Cardiology. Renin - angiotensin - aldosterone system inhibition and calcium channel inhibitors drug were the two most popular drug groups (65.8% and 37.1% respectively). 58.5% patients were treated following the multi-therapy regimen, in which 17.6% patient had been used both of the Renin-angiotensin-aldosterone system inhibition and calcium channel inhibitors drugs. In treating drugs for diabetes, biguanid and insulin were the two most popular drug groups (57.3% and 44.8%, respectively). The rate of using multi-therapy regimens was higher than the rate of using uni-therapy regimens (64.7% > 35.3%), in which 10.9% patient had been used both of the sulphunylarea and biguanid drugs. There were relatively large number of interactions between antihypertensive and antidiabetic drugs (average 2.4 interaction per 1 prescription and 73.4% of prescriptions have interactions), however the interaction were moderate, not clinically. Additionally, those who had achieved the target blood pressure were 97.3%. *Conclusion:* The rate of using multitherapy regimens was higher than the rate of using uni-therapy regimens, the interactions between antihypertensive and antidiabetic drugs were relatively large number; most patients were evaluated as having good prognosis after treatment.

Keywords: Hypertension, diabetes, drug for hypertension and diabetes.

1. Đặt vấn đề

Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là hai căn bệnh ngày càng phổ biến, tiến triển độc lập hay song hành với nhau. Tại Việt Nam, theo báo cáo của Trần Đại Phong (2013), tỷ lệ mắc ĐTĐ chiếm 14,7%, ở bệnh nhân (BN) THA, cao hơn 4,5% so với nhóm không THA [5]. Chúng có cùng yếu tố nguy cơ như: Thừa cân hay béo phì, chế độ ăn uống không hợp lý,... THA làm tăng mức độ nặng của ĐTĐ, ngược lại ĐTĐ cũng làm cho THA trở nên khó kiểm soát 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. Việc kiểm soát HA và đường máu 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 THA. Tuy nhiên, vấn đề lựa chọn thuốc điều trị hạ HA và hạ đường máu như thế nào để đảm bảo hợp lý an toàn hiệu quả, đặc biệt là ở các BN cao tuổi, luôn là một thách thức không nhỏ đối với ngành y tế [1], [3]. Nhằm nâng cao chất

lượng điều trị cho BN THA có mắc kèm ĐTĐ, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm sử dụng thuốc hạ huyết áp và hạ đường máu ở bệnh nhân tăng huyết áp có kèm đái tháo đường typ 2”, với các mục tiêu: (1) *Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị THA và ĐTĐ typ 2*; (2) *Đánh giá hiệu quả kiểm soát HA ở BN THA có kèm ĐTĐ*.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Các BN được chẩn đoán THA và ĐTĐ typ 2 điều trị nội trú tại Viện Điều trị CBCC Quân đội - Bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 08/2019 đến tháng 12/2020. Tất cả thông tin thu thập gồm: Tiền sử (thời gian mắc bệnh, đã dùng thuốc điều trị,...), khám bệnh (chiều cao cân nặng, số đo huyết áp,...), các xét nghiệm chẩn đoán, xét nghiệm liên quan, biện pháp điều trị, diễn biến bệnh,... được ghi chép đầy đủ trong hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án của các BN có đủ các thông tin, có sử dụng thuốc điều trị hạ HA và hạ đường máu và BN ổn định ra viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các hồ sơ bệnh án không đủ các dữ liệu, hoặc của các BN không phải dùng thuốc điều trị hạ HA và hạ đường máu, các BN chuyển khoa.

Qua kiểm tra các hồ sơ bệnh án, chúng tôi tiến hành thu thập được bệnh án của 426 BN đủ tiêu chuẩn để phân tích nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu dựa trên thông tin thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử của Viện Điều trị Cán bộ cao cấp, được lưu trên phần mềm quản lý bệnh nhân nội trú của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Xử lý số liệu: Các số liệu được nhập và xử trí trên phần mềm thống kê SPSS-20.0.

2.3. Một số tiêu chuẩn chẩn đoán và đánh giá

BN được chẩn đoán, phân độ, giai đoạn THA dựa theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam năm 2018 [3] và được chẩn đoán ĐTĐ dựa theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ĐTĐ typ 2 của Bộ Y tế Việt Nam 2020 [1]. Thời gian BN bị THA tính từ khi BN được chẩn đoán THA thông qua hỏi tiền sử bệnh (với BN đã có tiền sử THA) hoặc thông

qua thăm khám, đo HA với BN mới được chẩn đoán THA.

Đánh giá hiệu quả kiểm soát HA: Dựa trên chỉ số HA đạt được trước khi ra viện so với đích HA cần đạt được theo khuyến cáo 2018 của Hội Tim mạch Việt Nam [3].

Đánh giá hiệu quả kiểm soát đường máu: dựa vào chỉ số xét nghiệm đường máu lúc đói trước khi BN ra viện ở mức độ đường máu chấp nhận ($< 7\text{mmol/l}$) theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ĐTĐ typ 2 của Bộ Y tế Việt Nam 2020 [1].

Chẩn đoán rối loạn lipid máu và béo phì (thông qua chỉ số BMI) dựa trên tài liệu hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020 về “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết - chuyển hóa” [2].

Phân độ suy thận theo Hội Thận học Hoa Kỳ dựa vào chỉ số độ thanh thải creatinin (tính công thức Cockcroft-Gault) [11].

Xác định tương tác (TT) thuốc - thuốc trong quá trình điều trị: Đơn thuốc được duyệt bằng phần mềm DRUG-REAX (Micromedex 2.0 của Truven Health Analytic). Khi phần mềm phát hiện TT xuất hiện trong đơn, tiến hành ghi nhận mức độ của TT và phân loại TT có ý nghĩa lâm sàng. Micromedex xếp những TT ở mức độ chống chỉ định hay nghiêm trọng là những TT có ý nghĩa lâm sàng.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả
Giới	Nam [(n (%))]	418 (98,1%)
	Nữ [(n (%))]	8 (1,9%)
Tuổi trung bình (năm)		$72 \pm 10,1$
Phân bố theo nhóm tuổi (năm)	≤ 60 [(n (%))]	45 (10,5%)
	> 60 [(n (%))]	381 (89,5%)

Thời gian nằm điều trị trung bình (ngày)				11,3 ± 6,6
THA	Thời gian THA	$\bar{X} \pm SD$ (năm)		12,6 ± 7,4
		> 10 năm [(n (%))]		229 (53,8%)
			Tuổi > 60 [(n (%))]	220 (96,1%)
	Độ THA	Độ 1 (n, %)		210 (49,3%)
		Độ 2 (n, %)		175 (41,1%)
		Độ 3 (n, %)		41 (9,6%)
	Giai đoạn THA	Giai đoạn 1 [(n (%))]		9 (2,2%)
		Giai đoạn 2 [(n (%))]		246 (57,7%)
Giai đoạn 3 [(n (%))]		171 (40,1%)		
ĐTĐ	Thời gian ĐTĐ	$\bar{X} \pm SD$ (năm)		11,4 ± 7,4
		> 10 năm [(n (%))]		203 (47,6%)
			Tuổi > 60	193 (95,1%)
BMI		Thừa cân [(n (%))]		130 (30,5%)
		Béo phì [(n (%))]		94 (22,1%)
Rối loạn lipid máu [(n (%))]				155 (36,4%)
Suy thận [(n (%))]				124 (29,1%)
Suy thận giai đoạn ≥ 3 [(n (%))]				(6,6%)

Phần lớn là các BN nam (98,1%) có độ tuổi trung bình khá cao ($72 \pm 10,1$ năm) và hầu hết là các BN cao tuổi (tuổi > 60 chiếm 89,5%), có số năm mắc THA và ĐTĐ trung bình là khá cao (tương ứng $11,3 \pm 6,6$ và $11,4 \pm 7,4$). Hầu hết các BN đều theo dõi khám điều trị ngoại trú định kỳ.

3.2. Khảo sát đặc điểm sử dụng thuốc trong mẫu nghiên cứu

3.2.1. Thuốc và phác đồ điều trị THA

Bảng 2. Các nhóm thuốc điều trị THA

Nhóm thuốc	n	Tỷ lệ %
Lợi tiểu	109	25,6
CKCa	158	37,1
ƯCMC/CTTA	281	65,8
Chẹn Beta	127	29,8
Ức chế α	26	6,1

Hai nhóm là chẹn kênh canxi (CKCa) và ức chế men chuyển (ƯCMC)/chẹn thụ thể angiotensin (CTTA) được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 37,1% và 65,8%. Nhóm thuốc ức chế α được sử dụng ít nhất (6,1%).

Bảng 3. Phác đồ sử dụng thuốc điều trị THA

Phác đồ sử dụng	Nhóm thuốc	Kết quả [n (%)]
1 thuốc	Lợi tiểu	10 (2,3%)
	CKCa	54 (12,7%)

	ƯCMC	25 (5,9%)
	CTTA	64 (15%)
	Chẹn beta	23 (5,4%)
	Ức chế α	1 (0,23%)
Tổng		177 (41,5%)
2 thuốc	Lợi tiểu + ƯCMC	6 (1,4%)
	Lợi tiểu + CTTA	25 (5,8%)
	Lợi tiểu + CKCa	7 (1,6%)
	Lợi tiểu + chẹn beta	4 (0,9%)
	ƯCMC + CKCa	45 (10,6%)
	ƯCMC + chẹn beta	8 (1,9%)
	ƯCTT + CKCa	30 (7,0%)
	ƯCTT + chẹn beta	17 (4,0%)
	CKCa + chẹn beta	15 (3,5%)
	Ức chế α + CKCa	5 (1,1%)
	Ức chế α + lợi tiểu	4 (0,9%)
Tổng		166 (38,9%)

Bảng 3. Phác đồ sử dụng thuốc điều trị THA (Tiếp theo)

Phác đồ sử dụng	Nhóm thuốc	Kết quả [n (%)]
3 thuốc	Lợi tiểu + CKCa + ƯCMC	2 (0,5%)
	Lợi tiểu + CKCa + ƯCTT	11 (2,6%)
	Lợi tiểu + CKCa + chẹn beta	6 (1,4%)
	Lợi tiểu + ƯCTT + chẹn beta	15 (3,5%)
	CKCa + ƯCMC + chẹn beta	14 (3,3%)
	CKCa + ƯCTT + chẹn beta	14 (3,3%)
	Ức chế α + Chẹn beta + lợi tiểu	2 (0,5%)
	Ức chế α + Chẹn beta + ƯCTT	2 (0,5%)
	Ức chế α + Chẹn beta + CKCa	2 (0,5%)
	Ức chế α + CKCa + lợi tiểu	10 (2,3%)
Tổng		78 (18,3%)
4 thuốc	Chẹn beta + CKCa + ƯCTT + lợi tiểu	5 (1,17%)
Tổng		5 (1,17%)

Kết quả phân tích đơn thuốc điều trị THA cho thấy dạng chỉ có 1 thuốc đơn lẻ (41,5%) được sử dụng ít hơn so với dạng đơn phối hợp các thuốc (58,5%), trong đó nhóm CTTA được sử dụng nhiều hơn cả với tỷ lệ 15%. Trong các đơn phối hợp thuốc, dạng phối hợp 2 thuốc được dùng nhiều (38,9%) và dạng phối hợp ƯCMC + CKCa được sử dụng chiếm tỷ lệ tương đối cao (10,6%). Còn dạng sử dụng ít nhất là đơn phối hợp 4 thuốc (1,17%).

Bảng 4. Sử dụng dạng phối hợp các nhóm thuốc điều trị THA trong một viên

Sử dụng dạng phối hợp các nhóm thuốc trong một viên			n (%)
Không			104 (41,8%)
Có	Tổng		145 (58,2%)
	Thuốc	Lợi tiểu + chẹn beta	3 (2,0%)
		Lợi tiểu + ƯCMC	2 (1,4%)
		Lợi tiểu + ƯCTT	33 (22,7%)
		CKCa + ƯCMC	56 (38,6%)
		CKCa + ƯCTT	51 (35,2%)

Trong số 249 đơn có sử dụng phối hợp thuốc, tỷ lệ đơn có dạng phối hợp các nhóm thuốc trong một viên được sử dụng là khá cao (58,2%), trong đó dạng 1 viên thuốc có 2 nhóm (CKCa + ƯCMC) chiếm tỷ lệ cao nhất (38,6%).

3.3. Thuốc và phác đồ điều trị đái tháo đường

Bảng 5. Các nhóm thuốc được sử dụng điều trị ĐTD

Nhóm thuốc	Số đơn	Tỷ lệ %
Biguanid	244	57,3
Sulfonylurea	64	15
ƯC SGLT2 [†]	32	7,5
ƯC DPP-4 [‡]	71	16,6
Insulin	191	44,8

Có 5 nhóm thuốc được sử dụng điều trị ĐTD, trong đó nhóm biguanid và insulin được sử dụng nhiều hơn với tỷ lệ tương ứng là 57,3% và 44,8%. († ức chế SGLT2; ‡ ức chế DPP-4).

Bảng 6. Các phác đồ được sử dụng điều trị ĐTD

Phác đồ	Nhóm thuốc	Kết quả [n (%)]
1 thuốc	Biguanid	103 (24%)
	Sulphonylurea	5 (1,2%)
	ƯC SGLT2	8 (1,9%)
	ƯC DPP-4	9 (2,1%)
	Insulin	140 (32,6%)
Tổng số		265 (62,2%)
2 thuốc	ƯC DPP-4 + insulin	10 (2,3%)
	ƯC DPP-4 + biguanid	29 (6,7%)
	Biguanid + insulin	15 (3,5%)
	ƯC SGLT2 + insulin	8 (1,9%)
	Biguanid + sulphonylurea	47 (10,9%)
	Biguanid + ƯC SGLT2	15 (3,5%)
Tổng số		124 (29,1%)
3 thuốc	ƯC DPP-4 + insulin + biguanid	6 (1,4%)
	ƯC DPP-4 + insulin + ƯC SGLT2	2 (0,5%)
	ƯC DPP-4 + biguanid + sulphonylurea	7 (1,6%)
	ƯC DPP-4 + biguanid + ƯC SGLT2	4 (0,9%)

4 thuốc	Insulin + biguanid + U'C SGLT2	7 (1,6%)
	Biguanid + sulphonylurea + U'C SGLT2	7 (1,6%)
	U'C DPP-4 + insulin + biguanid + U'C SGLT2	4 (0,9%)

Phân tích các đơn thuốc điều trị ĐTĐ, dạng đơn sử dụng 1 thuốc chiếm tỷ lệ cao hơn (62,2%), trong đó insulin được sử dụng chiếm tỷ lệ cao nhất (32,6%). Với các đơn có phối hợp thuốc, dạng phối hợp 2 thuốc được sử dụng nhiều nhất (29,1%) và dạng phối hợp 2 thuốc biguanid và sulphonylurea được sử dụng nhiều hơn (10,9%). Dạng phối hợp 4 thuốc được sử dụng ít nhất (0,9%).

3.4. Tương tác giữa các nhóm thuốc điều trị THA và ĐTĐ

Bảng 7. Tương tác giữa các nhóm thuốc điều trị THA và ĐTĐ

TT giữa thuốc điều trị	Chỉ tiêu	Kết quả
Tổng các TT	Đơn có TT [n (%)]	313 (73,4%)
	Số TT TB/1 đơn	2,4
	TT có YNLS [n (%)]	0 (0%)
TT giữa các thuốc điều trị THA	Đơn có TT [n (%)]	129 (30,3%)
	Số TT TB/1 đơn	1,2
TT giữa các thuốc điều trị ĐTĐ	Đơn có TT [n (%)]	116 (27,2%)
	Số TT TB/1 đơn	1,3
TT giữa các thuốc điều trị THA và ĐTĐ	Đơn có TT [n (%)]	284 (66,6%)
	Số TT TB/1 đơn	1,6
	Số TT phổ biến giữa thuốc THA và ĐTĐ	Lợi tiểu + thuốc ĐTĐ 129
		U'CMC + thuốc ĐTĐ 143
		U'CTT + thuốc ĐTĐ 61
		Chẹn beta + thuốc ĐTĐ 107

Kết quả cho thấy có 313 đơn có TT giữa các thuốc điều trị THA và ĐTĐ (73,4%) và trung bình 2,4 TT/1 đơn. Các TT gặp nhiều nhất là TT giữa thuốc điều trị THA và ĐTĐ (chiếm tỷ lệ 66,6%), với 284 đơn và trung bình 1,6 TT/1 đơn. Tuy nhiên, các TT chỉ ở mức độ nhẹ và trung bình, đều không có ý nghĩa lâm sàng.

3.5. Kết quả kiểm soát huyết áp và đường máu

Do nghiên cứu là hồi cứu hồ sơ bệnh án trên các BN THA kèm ĐTĐ phần lớn là cao tuổi (tuổi > 60 chiếm 89,5%), nên chúng tôi chọn mức HA kiểm soát được là mức HA đích chung (< 140/90mmHg) cho các BN.

Bảng 8. Kết quả kiểm soát huyết áp và đường máu

Chỉ tiêu	Lúc vào (n = 426)	Lúc ra (n = 426)	p
HATT* (mmHg) [$\bar{X} \pm SD$]	152 $\pm$ 14,8	127 $\pm$ 9,3	<0,05
HATTr+ (mmHg) [$\bar{X} \pm SD$]	85 $\pm$ 10,4	73 $\pm$ 7,6	<0,05
HA đạt mục tiêu [n,(%)]		415 (97,3%)	
Glucose máu đói (mmol/l) [$\bar{X} \pm SD$]	10,4 $\pm$ 5,1	6,7 $\pm$ 1,5	<0,05

*HATT: Huyết áp tâm thu; +HATTr: Huyết áp tâm trương.

Giá trị trung bình HA và đường máu của BN trước khi ra viện là thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với thời điểm vào viện. Kết quả cho thấy tỷ lệ đạt HA mục tiêu tại thời điểm trước khi BN ra viện là rất cao (97,3%).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Đối tượng trong nghiên cứu đều là các BN thuộc diện cán bộ cao cấp trong quân đội, hầu hết đều khám định kỳ, theo dõi điều trị ngoại trú tại phòng khám, do vậy đa phần là nam giới (98,1%), tuổi trung bình khá cao ($72 \pm 10,1$) và phần lớn là BN cao tuổi (> 60 tuổi chiếm 89,5%) với thời gian trung bình (năm) mắc THA và ĐTĐ cũng khá dài ($12,6 \pm 7,4$ và $11,4 \pm 7,4$). Kết quả nghiên cứu là tương tự như báo cáo của Đoàn Thị Thu Hương [3] và Lữ Thụy Hồng Ân [5]. Rõ ràng ĐTĐ và THA là hai bệnh thường gặp ở người cao tuổi và đây là hai bệnh mạn tính, hơn nữa các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, y tế ngày càng phát triển làm cho tuổi thọ trung bình của người dân tăng lên cùng với sự ra đời của nhiều loại thuốc đặc hiệu điều trị 2 bệnh này nên thời gian người bệnh sống cùng bệnh tật được kéo dài hơn.

4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc và phác đồ điều trị THA

Hiện nay, có nhiều nhóm thuốc điều trị THA và ĐTĐ với nhiều hoạt chất, hàm lượng cũng như cách dùng khác nhau. Gần đây việc áp dụng các khuyến cáo dùng các phối hợp thuốc liều cố định (fixed-dose combination), ngày càng trở nên phổ biến trong điều trị THA và ĐTĐ. Để làm tăng hiệu quả điều trị, việc đánh giá BN và cá thể hóa điều trị trên từng BN, lựa chọn các thuốc điều trị THA vừa phù hợp chỉ định, có hiệu quả, ít ảnh hưởng lên mức việc kiểm

soát đường máu và giúp cải thiện các yếu tố nguy cơ tim mạch là vô cùng quan trọng và cần thiết [1], [4].

Kết quả nghiên cứu cho thấy các thuốc sử dụng điều trị THA phù hợp với khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam [4], và nhóm ức chế hệ RAA (ƯCMC/CTTA) được ưu tiên sử dụng, chiếm tỷ lệ cao nhất (65,8%), đặc biệt là ở các BN có THA kèm ĐTĐ như trong nghiên cứu. Kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Đoàn Thị Thu Hương với tỷ lệ 62,9% [3] và Sweileh WM là $> 60\%$ [9]. Về phác đồ điều trị THA, tỷ lệ sử dụng phác đồ đa trị liệu và dạng kết hợp các nhóm thuốc/1 viên là khá cao (59,5% và 58,2%) với chủ yếu là phác đồ phối hợp 2 thuốc (38,9%), trong đó sự phối hợp giữa chẹn kênh canxi với ức chế men chuyển/ức chế thụ thể được sử dụng nhiều nhất (17,6%). Nghiên cứu này cũng cho kết quả tương đương với báo cáo của Lữ Thụy Hồng Ân [5] và Vikash Verma [10] về phác đồ đa trị liệu với dạng phối hợp 2 thuốc (54,6% và 37,45%) và (61,2% và 38,9%). Theo khuyến cáo của JNC VIII thì hơn 2/3 BN THA cần phải phối hợp ≥ 2 thuốc hạ HA từ các nhóm thuốc khác nhau để kiểm soát HA [7]. Do đó liệu pháp điều trị kết hợp thuốc nên được chú trọng hơn nữa trong điều trị THA ở BN THA mắc kèm ĐTĐ do phối hợp nhiều loại thuốc là biện pháp tốt nhất để đạt kết quả tốt, lâu dài và hạn chế được các tác dụng phụ.

4.3. Đặc điểm sử dụng thuốc và phác đồ điều trị ĐTĐ

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 5 nhóm thuốc được sử dụng điều trị ĐTĐ

Trong đó nhóm biguanid và insulin được sử dụng nhiều hơn cả với tỷ lệ tương ứng là 57,3% và 44,8%. Nhóm thuốc thế hệ mới như SGLT-2 với ưu điểm có lợi hơn so với các nhóm thuốc khác là vừa kiểm soát được đường máu, vừa hạn chế các biến

chứng mạch máu cũng được sử dụng ít nhất (7,5%. Điều này có thể do các bác sĩ khi kê đơn còn theo thói quen mà chưa chú ý đến nhóm thuốc thế hệ mới này.

Về phác đồ điều trị ĐTĐ, kết quả cho thấy tỷ lệ đơn trị liệu cao hơn (62,2%) với tỷ lệ dùng insulin đơn độc là khá cao (32,6%). Điều này cũng phù hợp với BN mắc ĐTĐ typ 2 là có sự đề kháng insulin, trước hoặc sau cùng cũng sẽ phải sử dụng đến insulin, đặc biệt là ở những BN tuổi cao mắc bệnh lâu năm như trong nghiên cứu thì việc bổ sung insulin ngoại sinh để kiểm soát đường máu là cần thiết [1].

4.4. Tương tác thuốc điều trị THA và ĐTĐ

Kết quả cũng cho thấy TT thuốc - thuốc là khá cao (73,4%) và TT hay gặp là giữa các thuốc điều trị THA với thuốc điều trị ĐTĐ (66,6%). Kết quả này là cao hơn so với báo cáo của Đoàn Thị Thu Hương với tỷ lệ đơn có TT là 57,58% [3]. Điều này là do nghiên cứu của chúng tôi với các BN có tuổi trung bình và thời gian mắc bệnh lâu hơn nên việc phải dùng đơn đa trị chiếm tỷ lệ cao hơn. Phần lớn BN trong nghiên cứu được khám, làm bệnh án theo dõi điều trị ngoại trú thường xuyên tại phòng khám của bệnh viện và khi BN phải vào điều trị nội trú được đánh giá toàn diện, theo sát diễn biến bệnh, được kê đơn điều trị THA và ĐTĐ đều dựa trên nguyên tắc cá thể hóa trên từng người bệnh [1], [4]. Thêm vào đó là công tác dược lâm sàng của bệnh viện với phần mềm về tương tác thuốc hoạt động khá tốt, giúp cho các bác sĩ lâm sàng khi kê đơn đã sử dụng thuốc là đúng chỉ định, đảm bảo nguyên tắc hợp lý, an toàn và hạn chế tối đa các tác dụng phụ. Vì vậy, không có TT nào ở mức độ nặng, đều ở mức độ trung bình và nhẹ, không có ý nghĩa lâm sàng.

4.5. Hiệu quả kiểm soát HA và đường máu

Đây là một mục tiêu quan trọng mà các bác sĩ điều trị luôn hướng đến. Bởi vì đưa HA và đường huyết về giới hạn cho phép đồng nghĩa với việc có thể hạn chế tối đa nhất những biến chứng do THA và ĐTĐ gây ra đặc biệt là ở BN có 2 bệnh này.

Kết quả điều trị đạt mục tiêu HA đích trước khi BN ra viện là rất cao (97,3%) và chỉ số đường máu trung bình trước khi ra viện ($6,7 \pm 1,5$) là tốt hơn rất nhiều so với lúc vào viện ($10,4 \pm 5,1$). Điều này được cho là với các BN điều trị nội trú việc kê đơn, điều chỉnh thuốc phù hợp với diễn biến bệnh của các bác sĩ là phù hợp, kèm sự tuân thủ điều trị tốt của BN, từ đó mà HA và đường máu ổn định, đạt mục tiêu với hiệu quả kiểm soát tốt trước khi ra viện.

5. Kết luận

BN trong nhóm nghiên cứu đa phần là người cao tuổi (89,5%) với thời gian (năm) mắc bệnh khá dài (trung bình $12,6 \pm 7,4$ với BN THA và trung bình $11,4 \pm 7,4$ với BN ĐTĐ). Các thuốc được sử dụng điều trị THA và ĐTĐ đều đúng chỉ định trên từng BN và nhiều nhất là UCMC/UCTT trong điều trị THA (65,8%) và nhóm biguanid trong điều trị ĐTĐ (57,3%). Phác đồ thuốc đa trị sử dụng điều trị THA (58,5%) là nhiều hơn đơn trị. Tương tác giữa thuốc điều trị THA và ĐTĐ chiếm tỷ lệ khá cao (73,4%) và tương tác nhóm thuốc điều trị THA và nhóm điều trị ĐTĐ chiếm tỷ lệ cao nhất (66,6%) với các tương tác đều không có ý nghĩa lâm sàng.

HA kiểm soát tốt đạt HA mục tiêu với hầu hết BN trước khi ra viện (97,3%) .

Kiến nghị: Thường xuyên cập nhật hướng dẫn mới và duy trì tốt công tác dược lâm sàng tại bệnh viện để luôn có lựa chọn phù hợp khi kê đơn cho bệnh nhân.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế Việt Nam (2020) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường theo Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020.*
2. Bộ Y tế Việt Nam (2020) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết-chuyển hóa.*
3. Đoàn Thị Thu Hương (2015) *Phân tích thực trạng dụng thuốc điều trị trên bệnh nhân tăng huyết áp mắc kèm đái tháo đường tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Y học cổ truyền - Bộ Công an.* Luận văn thạc sỹ y dược, Đại học Y Hà Nội.
4. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt nam (2018) *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.*
5. Lữ Thụy Hồng Ân (2017) *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.* Khóa luận Tốt nghiệp đại học, Trường Đại học Tây Đô.
6. Thái Khoa Bảo Châu (2016) *Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc trong điều trị tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế.* Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Số 32.
7. James PA, Oparil S, Carter BL et al (2014) *Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8).* JAMA 311(5): 507-520.
8. Khalil Al Ajmi (2020) *Utilization of Antihypertensive Drugs in Diabetic Patients in Sultan Qaboos University Hospital.* Biomedical Journal of Scientific & Technical Research 32(5): 25400-25412.
9. Sweileh WM (2009) *Evaluation of antihypertensive therapy in diabetic hypertensive patients: Impact of ischemic heart disease.* Pharmacy Practice 7(1): 40-46.
10. Vikash Verma (2019) *A study on drug utilization pattern of antihypertensive drugs in hypertensive diabetic patients.* International Journal of Basic & Clinical Pharmacology 8(10): 2242-2246.
11. U.S National Kidney Foundation (2002) *K/DOQI clinical practice guidelides for chronic kidney disease: Evaluation, classification and stratification.* Am J Kidney Dis 39(2-1): 1-266.