

Phân tích thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại phòng khám huyết áp ngoại trú, Trung tâm Y tế huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên năm 2024

Hoàng Thị Như Quỳnh^{1*}, Bùi Thị Thắm¹, Bùi Thị Thùy Linh¹

¹ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

*Tác giả liên hệ

Hoàng Thị Như Quỳnh
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Điện thoại: 0943419588
Email: htnquynh@hpmu.edu.vn

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 02/07/2025
Ngày phản biện: 05/07/2025
Ngày duyệt bài: 04/09/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng và đánh giá tính hợp lý trong việc sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân tại Phòng khám huyết áp ngoại trú, Trung tâm Y tế huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên năm 2024. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang hồi cứu dữ liệu 400 bệnh án của bệnh nhân tại Phòng khám huyết áp từ ngày 01/04/2024 đến 31/07/2024, > 18 tuổi, đi khám liên tục trong 4 tháng, có xét nghiệm cân lâm sàng theo dõi, bắt buộc phải có chỉ số creatinin máu, có đầy đủ thông tin về chỉ số huyết áp trong 4 tháng theo dõi. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong mẫu nghiên cứu là 69,12 ± 9,15 tuổi, tỷ lệ nữ giới mắc cao hơn so với nam giới (52% so với 48%), 89% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có tăng huyết áp kèm rối loạn lipid máu và 61% kèm cơn đau thắt ngực. Thuốc lợi tiểu có lượt chỉ định nhiều nhất (66,69%), sau đó là nhóm chẹn thụ thể angiotensin II (61,69%). Có 36 phác đồ khác nhau được sử dụng, phác đồ CTTA + LT chiếm tỷ lệ lớn nhất (38,19%). Đa số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều đạt huyết áp mục tiêu, không có sự khác biệt nhiều giữa 4 tháng theo dõi. 85,35% bệnh nhân THA không có bệnh đồng mắc có chỉ định cụ thể có tỷ lệ chỉ định phù hợp. Chỉ 16,15% THA kèm cơn đau thắt ngực có tỷ lệ chỉ định phù hợp. Perindopril có tỷ lệ chỉ định chưa phù hợp với chức năng thận cao nhất, chiếm 41,7% trong số 120 lượt được sử dụng thuốc này. Xảy ra 95 đơn có tương tác thuốc nghiêm trọng giữa UCMC và CTTA. Có 4 phối hợp sử dụng có chống chỉ định là Irbesartan + Hydrochlorothiazid; Telmisartan + Hydrochlorothiazid; Losartan + Hydrochlorothiazid và Candesartan + Hydrochlorothiazid trên bệnh nhân có ClCr < 30 ml/phút. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân tại Phòng khám huyết áp, TTYT huyện Văn Giang đã đạt huyết áp mục tiêu nhưng việc kê đơn của bác sỹ vẫn còn chưa phù hợp về lựa chọn thuốc, liều dùng thuốc, còn xảy ra tương tác thuốc trong đơn và kê thuốc khi có chống chỉ định.

Từ khóa: Tăng huyết áp, Sử dụng thuốc, Trung tâm Y tế huyện Văn Giang

Analysis of the current status of antihypertensive drug use at the outpatient hypertension clinic, Van Giang district health center, Hung Yen province, in 2024

ABSTRACT: Objective: To describe the current situation and analyze the rationality of antihypertensive drug use in patients at the outpatient hypertension clinic of Van Giang District Health Center, Hung Yen Province, in 2024. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted using data from 400 patient

medical records at the hypertension clinic from April 1, 2024, to July 31, 2024. Patients included were over 18 years old, had continuous follow-up during the 4-month period, underwent clinical and laboratory monitoring (including mandatory serum creatinine), and had complete blood pressure records throughout the follow-up period. **Results:** The average age of the study sample was $69,12 \pm 9,15$ years, with a higher proportion of female patients compared to male patients (52% vs 48%). Among the patients, 89% had hypertension with dyslipidemia, and 61% had angina. Diuretics were the most commonly prescribed drugs (66,69%), followed by angiotensin II receptor blockers (61,69%). A total of 36 different treatment regimens were used; the combination of ARB + diuretic was the most common (38,19%). Most patients achieved target blood pressure, with no significant difference across the 4-month follow-up period. Among hypertensive patients without specific comorbidities, 85,35% received appropriate prescriptions. However, only 16,15% of those with hypertension and angina received appropriate prescriptions. Perindopril was the drug most frequently prescribed inappropriately with respect to renal function, accounting for 41,7% of the 120 prescriptions involving this drug. There were 95 prescriptions with serious drug interactions between ACE inhibitors and ARBs. There are four contraindicated combinations in patients with a creatinine clearance (ClCr) < 30 mL/min: Irbesartan + Hydrochlorothiazide, Telmisartan + Hydrochlorothiazide, Losartan + Hydrochlorothiazide, and Candesartan + Hydrochlorothiazide. **Conclusion:** The majority of patients at the Hypertension Clinic of Van Giang District Health Center achieved target blood pressure levels; however, physicians' prescribing practices remain suboptimal in terms of drug selection and dosing, instances of drug interactions and prescriptions given despite contraindications were also observed. **Keywords:** Hypertension, Drug use, Van Giang District Health Center

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm trên toàn cầu. Theo Báo cáo Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (STEP) năm 2021 do Bộ Y tế Việt Nam phối hợp với Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) thực hiện đã đưa ra những kết quả rất đáng báo động: Một phần tư dân số (26,2%) có huyết áp cao, được định nghĩa là mức HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg, hoặc hiện đang sử dụng thuốc để điều trị huyết áp cao. Có sự gia tăng đáng kể về tỷ lệ huyết áp cao, từ 18,9% vào năm 2015 lên 26,2% vào năm 2021.[1]

Trung tâm Y tế huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên được thành lập năm 1955, là đơn vị thực hiện khám chữa bệnh tuyến huyện. Nhằm góp phần cải thiện việc sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp hợp lý, nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân, chúng tôi thực hiện đề tài: “Phân tích thực trạng sử dụng thuốc điều trị Tăng huyết áp tại Phòng khám huyết áp ngoại trú, Trung tâm Y tế huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên năm 2024” với mục tiêu: Mô tả thực trạng và phân tích tính hợp lý trong kê đơn thuốc điều trị THA tại phòng khám trong khoảng thời gian từ ngày 01/04/2024 đến 31/07/2024.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu dữ liệu từ hồ sơ bệnh án ngoại trú

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Trung tâm Y tế huyện Văn Giang thời gian từ ngày 01/04/2024 đến 31/07/2024.

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh án điều trị THA được quản lý ngoại trú từ ngày 01/04/2024 đến 31/07/2024 tại Phòng khám huyết áp Trung tâm Y tế huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán là THA, đi khám liên tục trong 4 tháng và được kê thuốc điều trị THA.

Bệnh nhân có các xét nghiệm cận lâm sàng theo dõi, bắt buộc phải có chỉ số creatinin máu, có đầy đủ thông tin về cân nặng, chiều cao, giới tính.

Có đầy đủ thông tin về chỉ số huyết áp trong 4 tháng theo dõi.

Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.

Tiêu chuẩn loại trừ

Phụ nữ có thai và cho con bú.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Từ 1300 bệnh án thỏa mãn. Áp dụng công thức cỡ mẫu:

$$N = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{P(1-P)}{d^2},$$

với $\alpha = 0.05$, $Z = 1.96$, $d = 0.05$, $P = 0.5$

Chọn số bệnh án cần thu thập là 400 bệnh án với phương pháp chọn mẫu hệ thống với hệ số

$k = 3$

Nội dung nghiên cứu

Mô tả thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp:

Đặc điểm về tuổi, giới tính và các bệnh mắc kèm của bệnh nhân; Danh mục thuốc sử dụng để điều trị THA trong mẫu nghiên cứu; Tỷ lệ các nhóm thuốc trong mẫu nghiên cứu; Các

dạng phác đồ trị liệu, Tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu

Phân tích tính hợp lý trong việc sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp:

Tính phù hợp về lựa chọn thuốc trên một số chỉ định: THA kèm bệnh mạch vành, THA kèm đái tháo đường, THA kèm suy tim có chỉ số tổng máu (EF) giảm, THA kèm đột quỵ, THA kèm bệnh thận mạn và không có chỉ định bắt buộc đi kèm; Liều dùng và nhịp đưa thuốc; Tỷ lệ lựa chọn thuốc có chống chỉ định theo quyết định 3809/QĐ-BYT ngày 27/08/2019 [2], khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2022 [3], Dược thư Quốc Gia Việt Nam năm 2022 [4], tờ hướng dẫn sử dụng thuốc tại bệnh viện; Tỷ lệ đơn thuốc xảy ra tương tác thuốc theo Micromedex. Quy ước về tính phù hợp: Được coi là phù hợp về lựa chọn khi thuốc sử dụng phù hợp với 1 trong 2 tài liệu: Quyết định 3809/QĐ-BYT ngày 27/08/2019 [2], khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2022 [3]. Được coi phù hợp về liều dùng khi liều dùng phù hợp với 1 trong 4 tài liệu trên. Được coi là phù hợp về chống chỉ định khi chỉ định thuốc không thuộc chống chỉ định của 4 tài liệu trên. Chức năng thận của bệnh nhân được đánh giá dựa vào độ thanh thải Creatinine (Clcr) tính theo công thức Cockcroft-Gault.

Thu thập số liệu

Dữ liệu được thu thập trực tiếp từ bệnh án của bệnh nhân được lưu trữ tại Phòng khám huyết áp, Trung tâm Y tế huyện Văn Giang.

Xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Excel 2016.

Đạo đức trong nghiên cứu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Excel 2016.

KẾT QUẢ

Đặc điểm của bệnh nhân và thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân

	Đặc điểm	Số bệnh nhân (N = 400)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18 – 69	213	53,25
	70 – 79	133	33,25
	≥ 80	54	13,5
	Trung bình	69,12 ± 9,15 tuổi	
Giới	Nữ	208	52
	Nam	192	48
Bệnh mắc kèm	Rối loạn lipid máu	357	89,25
	Cơn đau thắt ngực	243	60,5

Trong số các bệnh lý mắc kèm, bệnh nhân THA kèm rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ nhiều nhất (89,25%), bệnh nhân THA kèm cơn đau thắt ngực có tỷ lệ thấp hơn là 60,5%.

Bảng 2. Tỷ lệ chỉ định sử dụng các nhóm thuốc điều trị THA

STT	Các nhóm thuốc	Số đơn (N = 1600)	Tỷ lệ (%)
1	Lợi tiểu (LT)	1067	66,69
2	Chẹn thụ thể angiotensin (CTTA)	1003	62,69
3	Ức chế men chuyển (ỨCMC)	566	35,38
4	Chẹn kênh canxi (CKCa)	261	16,31
5	Chẹn beta (CB)	235	14,69
6	Chủ vận chọn lọc alpha-2 giao cảm	2	0,13

Nhóm thuốc LT (66,69%) và CTTA (62,69%) là hai nhóm thuốc được kê đơn nhiều nhất. Nhóm ỨCMC chiếm 35,38%, CKCa dihydropyridine và CB lần lượt là 16,31% và 14,69%. Nhóm chủ vận chọn lọc alpha-2 giao cảm rất ít dùng (0,13%).

Bảng 3. Các dạng phác đồ điều trị được sử dụng trong mẫu nghiên cứu

Dạng phác đồ	Phác đồ	Số đơn (N = 1600)	Tỷ lệ (%)
Phác đồ 1 thuốc	ỨCMC	137	8,56
	CTTA	109	6,81
	CKCa	84	5,25
	CB	18	1,13
	Chủ vận alpha-2 giao cảm	1	0,06
Phác đồ 2 thuốc	CTTA + LT	611	38,19
	ỨCMC + LT	199	12,44
	ỨCMC + CB	37	2,31

	CTTA + CB	34	2,13	
	CTTA + CKCa	28	1,75	
	CB + CKCa	25	1,56	
	ƯCMC + CKCa	23	1,44	
	ƯCMC + CTTA	20	1,25	
	CB + LT	16	1,00	
	CTTA + Chủ vận alpha-2 giao cảm	1	0,06	
Phác đồ 3 thuốc	ƯCMC + CTTA + LT	61	3,81	
	CTTA + CB + LT	45	2,81	
	CTTA + CKCa + LT	44	2,75	
	ƯCMC + CB + LT	39	2,44	
	ƯCMC + CKCa + LT	19	1,19	
	CTTA + CKCa + CB	6	0,38	
	CTTA + CKCa + CKCa	4	0,25	
	CTTA + CTTA + CKCa	4	0,25	
	ƯCMC + ƯCMC + LT	3	0,19	
	CTTA + CTTA + LT	2	0,13	
	ƯCMC + CTTA + CB	2	0,13	
	CB + CKCa + LT	1	0,06	
	ƯCMC + CTTA + CKCa	1	0,06	
	Phác đồ 4 thuốc	ƯCMC + CTTA + CB + LT	7	0,44
		CTTA + CB + CKCa + LT	5	0,31
ƯCMC + CTTA + CKCa + LT		4	0,25	
CTTA + CTTA + CKCa + LT		4	0,25	
ƯCMC + CB + LT + LT		3	0,19	
ƯCMC + CB + CKCa + LT		2	0,13	
Phác đồ 5 thuốc	CTTA + CTTA + CKCa + CB + LT	1	0,06	
Tổng số	1600	100		

Có 36 phác đồ được sử dụng trong mẫu nghiên cứu, trong đó: Nhóm đơn trị liệu (phác đồ 1 thuốc) được sử dụng nhiều nhất là nhóm ƯCMC với 8,56%. Phác đồ phối hợp 2 thuốc được sử dụng nhiều nhất là nhóm kết hợp giữa nhóm thuốc CTTA và lợi tiểu, chiếm 38,19% trong 1600 đơn thuốc được thu thập trong 4 tháng.

Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu

Nhóm tuổi	Nhóm bệnh nhân	Số bệnh nhân (N=400)				Tỷ lệ (%)			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
18 – 69	Không có bệnh đồng mắc (N = 99)	97	99	97	99	97,8	100	97,8	100
	Có bệnh đồng mắc (N = 114)	114	113	114	114	100	99,1	100	100
≥ 70	(N = 187)	180	180	179	179	96,3	96,3	95,7	95,7

Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu ở các thời điểm T1–T4 đều rất cao ở cả ba nhóm bệnh nhân. Nhóm không có BDM và nhóm có BDM có tỷ lệ theo dõi gần như tuyệt đối (gần hoặc bằng 100%). Nhóm ≥ 70 tuổi có tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu thấp hơn một chút so với hai nhóm còn lại, dao động từ 95,7% đến 96,3%.

Bảng 5. Tỷ lệ chỉ định phù hợp về lựa chọn thuốc điều trị THA trên một số chỉ định

Đối tượng bệnh nhân	Số đơn phù hợp	Tỷ lệ (%)
Không có bệnh đồng mắc (N = 628 đơn)	536	85,35
Đau thắt ngực (N = 972 đơn)	157	16,15

Tại Phòng khám huyết áp, Trung tâm Y tế huyện Văn Giang không quản lý những bệnh nhân có các bệnh mắc kèm như đái tháo đường type 2, bệnh mạch vành, suy tim, bệnh thận mạn, thiếu máu não thoáng qua và đột quy. Ở nhóm bệnh nhân THA kèm đau thắt ngực, tỷ lệ đơn thuốc phù hợp chỉ đạt 16,15%. Ngược lại, ở nhóm THA không có bệnh đồng mắc, tỷ lệ phù hợp rất cao, lên tới 85,35%.

Bảng 6. Tỷ lệ chỉ định phù hợp về liều dùng và nhịp đưa thuốc tại T1 và T4

Các nhóm thuốc	Hoạt chất	Số đơn phù hợp	Tỷ lệ (%)
Chẹn kênh Calci (CKCa)	Felodipine (N = 52)	52	100
	Nifedipine (N = 2)	2	100
	Amlodipine (N = 79)	79	100
Ức chế men chuyển (ƯCMC)	Captopril (N = 2)	2	100
	Enalapril (N = 49)	49	100
	Ramipril (N = 107)	107	100
Chẹn thụ thể Angiotensin II (CTTA)	Perindopril (N = 120)	70	58,3
	Candesartan (N = 187)	187	100
	Irbesartan (N = 154)	154	100
	Valsartan (N = 12)	12	100
	Losartan (N = 49)	49	100

	Telmisartan (N = 114)	114	100
Chẹn Beta	Bisoprolol (N = 111)	111	100
	Metoprolol (N = 6)	6	100
Lợi tiểu	Indapamide (N = 82)	82	100
	Hydrochlorothiazid (N = 453)	424	93,6
Chủ vận chọn lọc alpha-2 giao cảm	Methyldopa (N = 1)	1	100

Một số hoạt chất đạt 100% phù hợp như: Felodipine, Nifedipine, Amlodipine, Candesartan, Irbesartan, Telmisartan, Losartan, Enalapril, Ramipril, Bisoprolol, Metoprolol, Indapamide, Methyldopa. Hoạt chất có tỷ lệ phù hợp về liều dùng dưới 100% gồm: Perindopril với 58,3% phù hợp, còn 50 đơn sử dụng Perindopril (chiếm 41,7%) chưa phù hợp về liều dùng với lý do: liều cao hơn so với liều khuyến cáo trong các tài liệu tham chiếu theo độ thanh thải creatinin; còn Hydrochlorothiazid với 93,6% phù hợp, còn 29 đơn chưa phù hợp với lý do: dạng phối hợp Hydrochlorothiazid với các hoạt chất nhóm CTTA sử dụng ở độ thanh thải Creatinine < 30 ml/phút nằm trong mục chống chỉ định của thuốc ở dạng phối hợp.

Bảng 7. Tỷ lệ đơn thuốc xảy ra tương tác thuốc

Loại tương tác	Số đơn kê (N=1600)	Tỷ lệ (%)
Nghiêm trọng		
ƯCCM + CTTA	95	5,9
Aspirin + Hydrochlorothiazide	78	4,9

Cặp tương tác giữa nhóm thuốc ức chế men chuyển và nhóm chẹn thụ thể angiotensin II chiếm 5,9% với 95 đơn thuốc, chiếm tỷ lệ lớn nhất trong số các cặp tương tác. Cặp tương tác giữa thuốc aspirin và hydrochlorothiazide có 78 đơn thuốc, chiếm tỷ lệ 4,9%.

Bảng 8. Tỷ lệ lựa chọn thuốc có chống chỉ định

Hoạt chất	Số đơn có CCD	Tỷ lệ (%)	Nguyên nhân
Irbesartan + Hydrochlorothiazid (N = 154)	12	7,8	Bệnh nhân có ClCr < 30 ml/phút
Telmisartan + Hydrochlorothiazide (N = 114)	10	8,8	Bệnh nhân có ClCr < 30 ml/phút
Losartan + Hydrochlorothiazide (N = 49)	4	8,2	Bệnh nhân có ClCr < 30 ml/phút
Candesartan + Hydrochlorothiazide	3	4,2	Bệnh nhân có

(N = 71)

ClCr < 30 ml/phút

Có 4 cặp phối hợp trong mẫu nghiên cứu có đơn thuốc chống chỉ định với nguyên nhân cụ thể do sử dụng 4 cặp phối hợp này trên bệnh nhân có ClCr < 30 ml/phút.

BÀN LUẬN

Mô tả thực trạng sử dụng thuốc điều trị THA tại Phòng khám huyết áp ngoại trú, TTYT huyện Văn Giang

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân thuộc độ tuổi 18 – 69 (53,25%). Độ tuổi trung bình khá cao khoảng $69,12 \pm 9,15$ tuổi, cao hơn so với nghiên cứu của Ngô Thị Hải Yến tại Trung tâm y tế huyện Quế Phong, tỉnh Nghệ An năm 2023 [5] và của Chúc Thị Hà năm 2024 tại Trung tâm y tế huyện Chiêm Hóa, tỉnh Tuyên Quang [6].

Có 36 phác đồ được sử dụng trong mẫu nghiên cứu, trong đó: Nhóm đơn trị liệu (phác đồ 1 thuốc) được sử dụng nhiều nhất là nhóm UCMC với 8,56%. Phác đồ phối hợp 2 thuốc được sử dụng nhiều nhất là nhóm kết hợp giữa nhóm thuốc CTTA và lợi tiểu, chiếm 38,19% trong 1600 đơn thuốc được thu thập trong 4 tháng. Phác đồ phối hợp 3 thuốc được sử dụng nhiều nhất là nhóm thuốc UCMC + CTTA + lợi tiểu, với 3,81%. Trong mẫu nghiên cứu có nhiều phác đồ sử dụng 2 CTTA, 2 UCMC và dùng đồng thời CTTA + UCMC trong cùng 1 đơn thuốc, đây là những phối hợp cần tránh do có thể gây ra sự cạnh tranh thụ thể cũng như tăng tác dụng phụ.

Theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam và quyết định 3809/QĐ-BYT ngày 27/08/2019 của Bộ Y tế, tỷ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu trong mẫu nghiên cứu đạt gần 100%. Tuy nhiên, số bệnh nhân có huyết áp <130/80 mmHg qua các tháng theo dõi lần lượt chỉ là 132, 108, 95, 105. Theo ESC 2024, mục tiêu huyết áp là 120-129/70-80 mmHg bất kể độ tuổi nào [7]. Việc giảm huyết áp tâm thu thêm 10 mmHg hoặc huyết áp tâm trương thêm 5 mmHg giúp giảm nguy cơ đột quỵ khoảng 35% và nguy cơ mắc bệnh tim thiếu

máu cục bộ (IHD) khoảng 25% ở độ tuổi 65 [8,9]. Do đó, nếu bệnh nhân dung nạp được, có thể giảm huyết áp mục tiêu xuống <130/80 mmHg, góp phần làm giảm nguy cơ tim mạch cho bệnh nhân.

Phân tích tính hợp lý trong việc sử dụng thuốc điều trị THA tại Phòng khám huyết áp ngoại trú, TTYT huyện Văn Giang

Có 243/400 bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có chẩn đoán là cơn đau thắt ngực, với 972 đơn thuốc trong 4 tháng theo dõi, số đơn thuốc được kê đơn phù hợp với phác đồ là 157 đơn, chỉ chiếm 16,15% - một tỷ lệ khá thấp. Trong THA kèm cơn đau thắt ngực phác đồ phù hợp là UCMC hoặc CTTA + CB/CKCa [2,3]. Các phác đồ không phù hợp trong nhóm bệnh nhân THA kèm cơn đau thắt ngực là 815 lượt bao gồm: phối hợp CTTA + LT với 374 lượt, phối hợp UCMC + LT với 95 lượt, UCMC với 91 lượt, CTTA với 52 lượt, CKCa với 47 lượt, UCMC + CTTA + LT với 42 lượt, Có 157/400 bệnh nhân với 628 đơn thuốc trong 4 tháng theo dõi ở bệnh nhân THA không có các bệnh lý mắc kèm, nhóm bệnh nhân này thì phác đồ phù hợp là UCMC hoặc CTTA + CKCa/LT; UCMC hoặc CTTA + CKCa + LT; THA kháng trị là UCMC hoặc CTTA + CKCa + LT + MRA/LT khác/CB/chen alpha [2,3]. Số đơn thuốc được kê phù hợp với phác đồ là 536 đơn (chiếm 85,35%). Trong đó phác đồ kết hợp CTTA + LT là nhiều nhất. Phác đồ này được sử dụng bằng 1 viên đơn kết hợp, đảm bảo thuận lợi cho bệnh nhân cũng như tăng tính tuân thủ thuốc [2,3]. Các phác đồ không phù hợp trong nhóm đối tượng THA không có bệnh đồng mắc là 92 lượt bao gồm: phối hợp UCMC + CTTA + LT với 19 lượt, UCMC + CB + LT với 16 lượt, CB + CKCa

với 12 lượt, CTTA + CB + LT với 10 lượt, CTTA + CB với 8 lượt... Ngoài ra trong các phác đồ không phù hợp với cả 2 nhóm đối tượng THA kèm cơn đau thắt ngực và THA không có bệnh đồng mắc, có một số lượng lớn phác đồ phối hợp giữa UCMC + CTTA; UCMC + UCMC; CTTA + CTTA, cũng được đánh giá là không phù hợp về lựa chọn thuốc, các phối hợp này có thể làm tăng nguy cơ gây tác dụng phụ như hạ huyết áp, ngất, tăng kali máu, thay đổi chức năng thận, suy thận cấp tính [3].

Tỉ lệ đơn thuốc không phù hợp về liều dùng cao nhất là Perindopril (50 trường hợp chiếm 41,7%) với 44 trường hợp sử dụng liều Perindopril erbumin 4mg hoặc 8mg, Perindopril arginin 5mg ở độ thanh thải creatinine từ 30 – 60 ml/phút, 5 trường hợp sử dụng Perindopril erbumin 8mg ở độ thanh thải creatinine < 30 ml/phút, 1 trường hợp sử dụng Perindopril erbumin 4mg ở độ thanh thải creatinine < 30 ml/phút cao hơn so khuyến cáo của dược thư quốc gia [4] và hướng dẫn sử dụng của Covesyl 5mg (Perindopril arginin) [10]. Đối với Hydrochlorothiazid, 29 trường hợp sử dụng Hydrochlorothiazid 12,5 mg ở dạng phối hợp với các hoạt chất nhóm CTTA là Telmisartan, Irbesartan, Losartan và Candesartan trên bệnh nhân có mức Clcr < 30ml/phút không phù hợp theo hướng dẫn sử dụng của thuốc Telzid 80/12.5; Irzinex Plus; Agilosart-H 100/12.5; Ocedetan 8/12.5 [11,12,13,14].

Có 2 cặp tương tác thuốc nghiêm trọng, cặp tương tác giữa nhóm thuốc UCMC và nhóm CTTA chiếm 5,9% với 95 đơn thuốc, trong đó cặp Irbesartan 150 mg + Ramipril 5mg chiếm tỷ lệ cao nhất với 31 đơn thuốc, tiếp theo là Candesartan 8mg + Ramipril 2.5mg xuất hiện 16 lần, Telmisartan 80mg + Ramipril 5mg xuất hiện 12 lần, Candesartan 16mg + Perindopril erbumin 8 mg và Candesartan 16mg + Ramipril 5mg xuất hiện 6 lần, còn lại là các phối hợp như: Candesartan 8mg +

Perindopril 8 mg, Irbesartan 150mg + Perindopril 5mg, Candesartan 8mg + Ramipril 5mg, Telmisartan 80mg + Perindopril 4mg, Losartan kali 50mg + Ramipril 5mg.... Sử dụng đồng thời thuốc UCMC và CTTA có thể làm tăng nguy cơ gây tác dụng phụ như hạ huyết áp, ngất, tăng kali máu, thay đổi chức năng thận, suy thận cấp tính. Nói chung, cần tránh sử dụng kết hợp 2 nhóm thuốc này [3, 15].

Có 4 phối hợp sử dụng trong trường hợp có chống chỉ định là Irbesartan + Hydrochlorothiazid; Telmisartan + Hydrochlorothiazid; Losartan + Hydrochlorothiazid và Candesartan + Hydrochlorothiazid trên bệnh nhân có ClCr < 30 ml/phút [4]. Cả 4 hoạt chất nhóm CTTA là Irbesartan, Telmisartan, Losartan và Candesartan đều có thể sử dụng khi ClCr < 30 ml/phút [4]. Tuy nhiên 4 hoạt chất này khi ở dạng phối hợp với Hydrochlorothiazid thì đều có chống chỉ định khi sử dụng ở ClCr < 30 ml/phút theo hướng dẫn sử dụng của thuốc Telzid 80/12.5; Irzinex Plus; Agilosart-H 100/12.5; Ocedetan 8/12.5 [11,12,13,14]. Do vậy trên bệnh nhân có ClCr < 30 ml/phút thì có thể sử dụng dạng phối hợp 4 thuốc Irbesartan, Telmisartan, Losartan và Candesartan với thuốc nhóm CKCa như Amlodipin [4].

KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 69,12 ± 9,15 tuổi. Bệnh mắc kèm rối loạn lipid máu là 89,25% và cơn đau thắt ngực là 60,5%. Có 36 phác đồ được sử dụng trong mẫu nghiên cứu, phác đồ phối hợp 2 thuốc được sử dụng nhiều nhất trong đó phác đồ kết hợp giữa nhóm thuốc CTTA và lợi tiểu có tỷ lệ cao nhất, chiếm 38,19%. Gần 100% bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu qua 4 tháng theo dõi. Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng phác đồ hợp lý trong THA kèm cơn đau thắt ngực còn thấp (16,15%). Bệnh nhân có THA không có bệnh đồng mắc có tỷ lệ chỉ định phù hợp cao

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

(chiếm 85,35%). Một số hoạt chất đạt 100% phù hợp về liều dùng và nhịp đưa thuốc như: Felodipine, Nifedipine, Amlodipine, Candesartan, Irbesartan, Telmisartan, Losartan, Enalapril, Ramipril, Bisoprolol, Metoprolol, Indapamide, Methyldopa. Hoạt chất Perindopril chưa phù hợp về liều dùng (50 trường hợp chiếm 41,7%) do liều sử dụng cao hơn so với liều khuyến cáo theo độ thanh thải creatinine. Cặp tương tác giữa nhóm thuốc UCMC và nhóm CTTA chiếm 5,9% với 95 đơn thuốc, chiếm tỷ lệ lớn nhất trong số các cặp tương tác. Có 4 phối hợp được sử dụng trong trường hợp có chống chỉ định là phối hợp giữa Irbesartan + Hydrochlorothiazid; Telmisartan + Hydrochlorothiazid; Losartan + Hydrochlorothiazid và Candesartan + Hydrochlorothiazid do sử dụng trên bệnh nhân có độ thanh thải creatinine < 30 ml/phút.

KIẾN NGHỊ

Bệnh nhân THA kèm cơn đau thắt ngực nên sử dụng phác đồ phối hợp UCMC hoặc CTTA + CB/CKCa.

Lựa chọn thuốc ở bệnh nhân THA không có bệnh đồng mắc: Ưu tiên sử dụng phác đồ phối hợp 2 hoặc 3 thuốc: UCMC hoặc CTTA + CKCa và/hoặc + LT

Không sử dụng đồng thời 2 thuốc UCMC hoặc 2 thuốc CTTA hoặc thuốc UCMC+ CTTA trong cùng một đơn thuốc.

Hiệu chỉnh liều Perindopril, sử dụng liều Perindopril erbumin 2mg hoặc Perindopril arginin 2,5mg ở độ thanh thải creatinine từ 30 – 60 ml/phút một ngày và Perindopril erbumin 2mg hoặc Perindopril arginin 2,5mg ở độ thanh thải creatinine từ 15 – 30 ml/phút mỗi hai ngày.

Khi bệnh nhân có độ thanh thải creatinine < 30 ml/phút không sử dụng phối hợp CTTA + Hydrochlorothiazid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. National survey on the risk factors of noncommunicable diseases in Viet Nam, 2021 [Internet]. 2025. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.
2. Lương PTB, Khuê N. Hướng dẫn thực hành dược lâm sàng cho dược sĩ trong một số bệnh không lây nhiễm (Ban hành kèm theo Quyết định số 3809/QĐ-BYT ngày 27/08/2019). 2019.
3. Hội Tim mạch học Việt Nam. Khuyến cáo về Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2022 [Internet]. 2022. Available from: www.vnha.org.vn
4. Dược Thư Quốc gia Việt Nam. 3rd ed. Vol. Tập1. 2022.
5. Ngô Thị Hải Yến. Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú Trung tâm y tế huyện Quế Phong tỉnh Nghệ An. Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp I, Trường ĐH Dược Hà Nội. 2023.
6. Chúc Thị Hà. Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh Trung tâm y tế huyện Chiêm Hóa, tỉnh Tuyên Quang năm 2023. Luận văn Dược sĩ chuyên khoa cấp I, Trường ĐH Dược Hà Nội. 2024.
7. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). Eur Heart J [Internet]. 2024 Aug 30;ehae178. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
8. Law MR, Wald NJ, Morris JK, Jordan RE. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials. BMJ : British Medical Journal [Internet]. 2003 Jun 28 [cited 2025 Apr 12];326(7404):1427. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC162261/>
9. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et

- al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2025 Apr 13];41(12):1874–2071. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37345492/>
10. Tờ hướng dẫn sử dụng của Coversyl.
11. Tờ hướng dẫn sử dụng của Telzid 80/12,5.
12. Tờ hướng dẫn sử dụng của Irzinex Plus.
13. Tờ hướng dẫn sử dụng của Agilosart-H 100/12,5.
14. Tờ hướng dẫn sử dụng của Ocedetan 8/12.5.
15. Drug Interactions results - MICROMEDEX [Internet]. [cited 2025 Apr 28]. Available from: <https://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/PFDefaultActionId/evidencexpert.ShowDrugInteractionsResults>