DRUG USE SITUATION OF IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND DIABETES AT VIET YEN DISTRICT HEALTH CENTER, BAC GIANG PROVINCE

Nguyen Thi Phuong Quynh
TNU - University of Medicine and Pharmacy

ARTICLE INFO

Received: 19/01/2021

Revised: 28/4/2021

Published: 29/4/2021

KEYWORDS

Drugs
Treatment regimen
Hypertension
Diabetes
Viet Yen district health center - Bac Giang provice

ABSTRACT

This study was conducted at the outpatient clinic of the medical center of Viet Yen district - Bac Giang, aims to improve the quality of treatment for hypertensive patients with diabetes and limit progression to complications of the disease to reduce treatment costs and reduce patient mortality. The study results showed that the selected antidiabetic drug is generally consistent with the recommendation (92.16% of patients are treated with metformin, 7.21% with insulin). Hypertension is mainly treated with monotherapy with calcium channel blockers or ACE inhibitors (51.41%). A small percentage of patients receiving hypertension treatment did not follow the guidance of the Ministry of Health (0.63%) There are many interactions between drugs to treat diabetes and hypertension, but mostly at moderate level, Micromedex classified as interactions with no clinical significance.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP - ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN VIỆT YÊN, TỈNH BẮC GIANG

Nguyễn Thị Phương Quỳnh
Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO

Ngày nhận bài: 19/01/2021

Ngày hoàn thiện: 28/4/2021

Ngày đăng: 29/4/2021

TỪ KHÓA

Thuốc
Phác đồ điều trị
Tăng huyết áp
Đái tháo đường
Trung tâm y tế huyện Việt Yên – Bắc Giang

TÓM TẮT

Nghiên cứu này được thực hiện tại phòng khám ngoại trú trung tâm y tế huyện Việt Yên – Bắc Giang nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị cho những bệnh nhân tăng huyết áp mắc kèm đái tháo đường, hạn chế sự tiến triển đến các biến chứng của bệnh từ đó giúp giảm chi phí điều trị và giảm tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhìn chung thuốc điều trị đái tháo đường được lựa chọn là phù hợp với khuyến cáo (92,16% bệnh nhân được điều trị ĐTĐ với metformin, 7,21% bệnh nhân được điều trị bằng insulin. Về điều trị THA, chủ yếu là đơn trị liệu bằng nhóm chẹn kênh canxi hoặc nhóm ức chế men chuyển (51,41%). Một tỉ lệ nhỏ bệnh nhân được điều trị THA không đúng với hướng dẫn của Bộ Y tế (chiếm 0,63%). Có nhiều tương tác giữa các thuốc điều trị ĐTĐ và THA nhưng chủ yếu ở mức độ trung bình, được Micromedex xếp vào tương tác không có ý nghĩa lâm sàng.

Email: quynhdlstn@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Tăng huyết áp (THA) là một thách thức lớn đối với ngành y tế trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng. Tỷ lệ tăng huyết áp trên thế giới năm 2000 là 26,4% (tương đương 972 triệu người, riêng các nước đang phát triển chiếm 639 triệu) và theo ước tính của các nhà khoa học Mỹ sẽ tăng lên 29,2% vào năm 2025, với tổng số người mắc bệnh THA trên toàn thế giới khoảng 1,56 tỷ người [10]. Bên cạnh THA, đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý nội tiết chuyển hóa song hành với các bệnh lý tim mạch, cũng đang là vấn đề xã hội mang tính toàn cầu và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư hoặc thứ năm ở các nước phát triển và được xếp vào nhóm bệnh không lây phát triển nhanh nhất thế giới [2]. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, tới năm 2025, trên thế giới sẽ có khoảng 300 đến 330 triệu người mắc ĐTĐ, chiếm 5,4% dân số toàn cầu [3].

Ở Việt Nam, THA và ĐTĐ là hai bệnh ngày càng phổ biến, tiến triển có thể độc lập hoặc có mối liên quan với nhau. Nhiều nghiên cứu cho thấy THA và ĐTĐ thường song hành cùng nhau do có cùng những yếu tố nguy cơ như: Thừa cân hoặc béo phì; chế độ ăn nhiều chất béo, nhiều muối; lười vận động… THA là một yếu tố làm tăng mức độ nặng của ĐTĐ, ngược lại ĐTĐ cũng làm cho THA trở nên khó điều trị hơn. Bệnh nhân ĐTĐ type 1 hay type 2 khi có THA đều làm cho tiên lượng bệnh xấu đi rõ rệt với tỷ lệ bệnh lý mạch vành và đột quỵ tăng gấp 2 đến 3 lần so với người không bị ĐTĐ [3], [4]. Tăng huyết áp và ĐTĐ làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh mạch máu lớn và nhỏ: Bệnh mạch vành, tai biến mạch máu não, tắc mạch chi, bệnh võng mạc mắt, bệnh lý thần kinh [5], [6]. Việc làm giảm huyết áp đồng thời giảm đường huyết sẽ giúp giảm các nguy cơ trên nên được coi là một mục tiêu quan trọng ở bệnh nhân ĐTĐ có THA. Hơn nữa việc lựa chọn thuốc điều trị THA và ĐTĐ trên những bệnh nhân mắc đồng thời 2 bệnh này có nhiều điểm cần chú ý [7], [8].

Phòng khám ngoại trú trung tâm y tế huyện Việt Yên, tỉnh Bắc Giang hàng năm điều trị cho hơn 300 bệnh nhân. Bài báo này trình bày kết quả nghiên cứu về thực trạng sử dụng thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp - đái tháo đường tại phòng khám ngoại trú trung tâm y tế huyện Việt Yên, tỉnh Bắc Giang. Mục tiêu của nghiên cứu là: i) Phân tích một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân tăng huyết áp – đái tháo đường tại phòng khám ngoại trú trung tâm y tế huyện Việt Yên, tỉnh Bắc Giang; ii)Phân tích thực trạng sử dụng thuốc trong điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp - đái tháo đường tại phòng khám ngoại trú trung tâm y tế huyện Việt Yên, tỉnh Bắc Giang.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh án hồi cứu của bệnh nhân THA - ĐTĐ type 2 được quản lý điều trị ngoại trú trong khoảng thời gian từ 01/8/2019 đến 31/7/2020 tại phòng khám ngoại trú trung tâm y tế huyện Việt Yên, tỉnh Bắc Giang.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

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

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Phòng khám ngoại trú, trung tâm y tế huyện Việt Yên, tỉnh Bắc Giang.
- Thời gian: từ ngày 01 tháng 8 năm 2019 đến 31 tháng 7 năm 2020

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang
- Phương pháp: nghiên cứu mô tả có phân tích
- Cỡ mẫu: thuận tiện
- Các bước tiến hành

+ Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất

+ Khảo sát các đơn thuốc đang sử dụng cho bệnh nhân

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng.
- Chỉ số huyết áp, phân loại giai đoạn tăng huyết áp
- Các chỉ số xét nghiệm FPG và HbA1c
- Thể trạng bệnh nhân (phân loại dựa vào chỉ số BMI)
- Chức năng thận tại thời điểm bắt đầu điều trị
- Các chỉ số lipid máu tại thời điểm bắt đầu điều trị
- Các thuốc tăng huyết áp và ĐTĐ được kê đơn điều trị
- Các phác đồ điều trị và sự phù hợp với hướng dẫn

2.5. Các tiêu chuẩn đánh giá

2.5.1. Cơ sở phân tích tính phù hợp của phác đồ điều trị tăng huyết áp được sử dụng

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 [7] và khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Hội tim mạch học Quốc gia Việt Nam 2018 [9] , theo đó:

+ Thận trọng sử dụng thuốc lợi tiểu thiazide và chẹn beta giao cảm trên bệnh nhân có rối loạn dung nạp glucose.

+ Sơ đồ phối hợp các thuốc trong điều trị tăng huyết áp

+ Chỉ định bắt buộc thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể để kiểm soát huyết áp cho đối tượng bệnh nhân mắc kèm ĐTĐ.

2.5.2. Cơ sở đánh giá các chỉ số xét nghiệm và huyết áp

Trong lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị cho bệnh nhân tăng huyết áp mắc kèm đái tháo đường typ 2, huyết áp mục tiêu thay đổi giữa các đối tượng bệnh nhân khác nhau. Vì vậy cần xác định huyết áp mục tiêu cho từng bệnh nhân cụ thể để có thể ra quyết định điều trị hợp lý.

Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường typ 2 của Bộ Y tế [8].

Bảng 1. *Mục tiêu điều trị cho bệnh nhân ĐTĐ ở người trưởng thành, không có thai*

Mục tiêu	Chỉ số
HbA1c	< 7% (53mmol/mol)
Glucose huyết tương mao mạch lúc đói, trước ăn	80-130 mg/dL (4,4-7,2 mmol/L)*
Đỉnh glucose huyết tương mao mạch sau ăn 1-2 giờ	<180 mg/dL (10,0 mmol/L)*
Huyết áp	Tâm thu <140 mmHg, Tâm trương <90 mmHg. Nếu đã có biến chứng thận, hoặc có yếu tố nguy cơ tim mạch do xơ vữa cao: Huyết áp <130/80 mmHg.
Lipid máu	LDL cholesterol <100 mg/dL (2,6 mmol/L), nếu chưa có biến chứng tim mạch LDL cholesterol <70 mg/dL (1,8 mmol/L) nếu đã có bệnh tim mạch do xơ vữa, hoặc có thể thấp hơn <50 mg/dL nếu có yếu tố nguy cơ xơ vữa cao. Triglycerides <150 mg/dL (1,7 mmol/L)

- Mục tiêu có thể thấp hơn (HbA1c <6,5%) ở bệnh nhân trẻ, mới chẩn đoán, không có các bệnh lý tim mạch, nguy cơ hạ glucose máu thấp.

- Ngược lại, mục tiêu có thể cao hơn (HbA1c từ 7,5 – 8%) ở những BN lớn tuổi, mắc bệnh đái tháo đường đã lâu, có nhiều bệnh lý đi kèm, có tiền sử hạ glucose máu nặng trước đó.
- Cần chú ý mục tiêu glucose huyết sau ăn (sau khi bắt đầu ăn 1-2 giờ) nếu đã đạt được mục tiêu glucose huyết lúc đói nhưng chưa đạt được mục tiêu HbA1c.

2.5.3. Cơ sở đánh giá thể trạng

Công thức: BMI = [cân nặng (kg)] / [chiều cao (m)]^2
Phân loại [10]:

Bảng 2. *Chỉ tiêu đánh giá thể trạng theo WHO 2000 dành cho khu vực Châu Á Thái Bình Dương*

Phân loại	BMI (kg/m^2)
Gầy	< 18,5
Bình thường	18,5 -22,9
Béo:	≥ 23
+ Thừa cân	23 – 24,9
+ Béo độ 1	25 – 29,9
+ Béo độ 2	≥ 30

2.5.4. Cơ sở đánh giá tương tác thuốc trong quá trình điều trị

Đơn thuốc được duyệt bằng phần mềm DRUG-REAX (Micromedex 2.0). Phần mềm giúp phát hiện tương tác trong đơn (nếu có), ghi nhận mức độ của tương tác và phân loại tương tác có ý nghĩa lâm sàng với những tương tác ở mức độ chống chỉ định hay nghiêm trọng.

2.5.5. Cơ sở đánh giá mức lọc cầu thận

Mức lọc cầu thận được xác định thông qua độ thanh thải creatinin theo công thức của Cockcroft – Gault:
Clcr = (140-tuổi<năm>) x trọng lượng cơ thể<kg>/creatinin<µg> x 0,85 <nếu là nữ>

2.6. Kỹ thuật thu thập và xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học và xử lý bằng chương trình Microsoft Excel 2010 và SPSS 16.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được thực hiện nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân tại phòng khám, ngoài ra không nhằm mục đích nào khác; Bệnh nhân tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện.

3. Kết quả nghiên cứu

Trong 319 bệnh án thì tất cả các bệnh án không ghi nhận bệnh án nào có đo chiều cao của bệnh nhân, mà chỉ đo cân nặng, do đó không tính được chỉ số BMI (theo hướng dẫn tính và phân loại chỉ số BMI ở bảng 2).

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

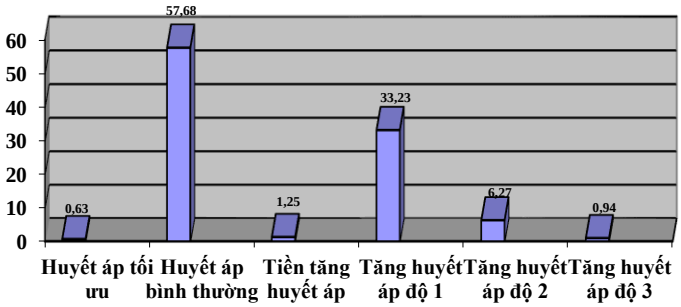
Bảng 3. *Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới*

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số BN	**Tỷ lệ %**	**Số BN**	**Tỷ lệ %**	**Số BN**	**Tỷ lệ %**
< 60	46	66,67	23	33,33	69	21,63
≥ 60	123	49,20	127	50,80	250	78,37
Tổng	**169**	**52,98**	**150**	**47,02**	**319**	100
Thấp nhất: 45 tuổi		Cao nhất: 89 tuổi			**TB±SD: 66,1+9,54 tuổi**	

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy: tuổi thấp nhất trong mẫu nghiên cứu là 45 tuổi, cao nhất là 89 tuổi. Điều này phù hợp với đặc điểm về lứa tuổi thường bị mắc ĐTĐ typ 2 (>40 tuổi). Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 66,1±9,54 năm là độ tuổi được xếp vào lớp tuổi già theo WHO, trong đó số người bệnh trên 60 tuổi chiếm đến hơn 3/4 mẫu nghiên cứu. Rõ ràng ĐTĐ và THA là hai bệnh thường gặp ở người cao tuổi. Mặt khác, tuổi cao là một trong những yếu tố làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch đặc biệt trên nền người bệnh ĐTĐ và THA.

3.1.2. Phân độ giai đoạn tăng huyết áp

Nhận xét: Trong 319 bệnh nhân, có khoảng hơn một nửa số bệnh nhân là có huyết áp bình thường, trên 30% bệnh nhân có THA độ 1 hoặc tiền THA; Tỷ lệ bệnh nhân THA độ 3 thấp, chưa đến 1%. Ở đây có một phần nhỏ bệnh nhân có huyết áp tối ưu (0,63%) vì bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi đều là những bệnh nhân đã và/ hoặc đang điều trị THA. Kết quả được thể hiện ở hình 1.



Hình 1. *Biểu đồ biểu diễn phân độ giai đoạn tăng huyết áp*

3.1.3. Các chỉ số xét nghiệm máu (glucose máu, HbA1C, lipid)

Bảng 4. *Đặc điểm chỉ số glucose máu, HbA1c, lipid máu tại thời điểm ban đầu*

Chỉ số	Giá trị các chỉ số			Không đạt mục tiêu	
	Nhỏ nhất	Lớn nhất	TB ± SD	Số BN	Tỷ lệ %
FPG (mmol/L) (n= 319)	3	17,8	7,39 ± 2,11	160	50,16
HbA1c*+(%) (n=296)	3,8	13,5	7,00 ± 1,75	129	43,58
Cholesterol TP (mmol/L) (n=319)	2,7	7,4	4,84 ± 0,89		
Triglycerid (mmol/L) (n=319)	0,55	11,64	2,80 ± 0,45	55	79,71

**23 Bệnh nhân không có kết quả xét nghiệm*

Nhận xét: Đường huyết lúc đói trung bình là 7,39 ± 2,11 mmol/L, cao hơn ngưỡng để chẩn đoán xác định ĐTĐ (≥ 7,0 mmol/L) (theo tiêu chuẩn đánh giá ở bảng 1). Chỉ số HbA1c trung bình cũng cao hơn ngưỡng để chẩn đoán xác định ĐTĐ (≥ 6,5%) (theo Hướng dẫn của Bộ Y tế). Vào thời điểm lập sổ khám ngoại trú thì có hơn 50% bệnh nhân chưa kiểm soát được mức glucose máu. Tuy nhiên khoảng gần 60% bệnh nhân có xét nghiệm HbA1c đạt mục tiêu điều trị.

Các chỉ số lipid máu ban đầu có giá trị trung bình ở mức kiểm soát kém như cholesterol toàn phần là 4,48 ± 0,89 mmol/L, triglycerid là 2,80 ± 2,45 mmol/L. Trong đó khoảng 80% bệnh nhân có chỉ số triglycerid chưa đạt mục tiêu điều trị. Kết quả được trình bày ở bảng 4.

3.1.4. Chức năng thận của bệnh nhân

Chức năng thận của bệnh nhân được đánh giá dựa vào chỉ số creatinin, mức lọc cầu thận kết quả thu được như ở bảng 5.

Nhận xét: Có hơn 50% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có chức năng thận bình thường. Gần 40% bệnh nhân được xếp vào suy thận giai đoạn 1. Hơn 6% bệnh nhân được xếp vào suy thận giai đoạn II. Không có bệnh nhân xếp vào suy thận giai đoạn III, IV.

Bảng 5. *Đặc điểm chức năng thận của bệnh nhân*

Mức độ suy thận	MLCT (ml/ph)	Creatinin máu (µmol/l)	Số BN	Tỷ lệ %
Thận bình thường	120	70-130	180	56,43
Suy thận giai đoạn I	60-41	< 130	119	37,30
Suy thận giai đoạn II	40-21	130-299	20	6,27
Suy thận giai đoạn IIIa	20-11	300-499	0	0
Suy thận giai đoạn IIIb	10-5	500-900	0	0
Suy thận giai đoạn IV	< 5	< 900	0	0
Tổng n			**319**	

3.2. Thuốc và phác đồ điều trị

3.2.1. Thuốc và phác đồ điều trị đái tháo đường

Bảng 6. *Các thuốc sử dụng điều trị đái tháo đường*

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Số BN	Tỷ lệ %
Biguanid	Metformin	294	92,16
Sulfonylure	Gliclazid	216	67,71
	Glimepirid	60	18,81
Insulin	Insulin	23	7,21

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu về thuốc điều trị đái tháo đường thể hiện ở bảng 6 cho thấy: chủ yếu bệnh nhân được điều trị ĐTĐ bằng 2 nhóm thuốc uống là biguanid và sulfonylure. Trong đó sử dụng metformin với hơn 90% bệnh nhân, sử dụng gliclazid gần 70% bệnh nhân, lượng bệnh nhân chỉ định dùng insulin là thấp nhất chưa đến 30%.

Bảng 7. *Các phác đồ điều trị đái tháo đường*

Phác đồ sử dụng	Thuốc	Số BN	Tỷ lệ %
1 thuốc	Metformin	21	6,58
	Gliclazid	7	2,19
	Insulin	16	5,02
Tổng		**44**	**13,79**
2 thuốc	Metformin + gliclazid	207	64,89
	Metformin + glimepirid	62	19,44
	Insulin + metformin	4	1,25
	Insulin + glimepirid	2	0,63
Tổng		**275**	**86,21**

Nhận xét: Các phác đồ điều trị ĐTĐ (bảng 7) khá phong phú, trong đó chủ yếu bệnh nhân được sử dụng phối hợp 2 loại thuốc (chiếm 86,21%) đặc biệt là phối hợp nhóm biguanid và sulfonylure (chiếm 84,33%). Chỉ có 13,79% bệnh nhân được sử dụng đơn trị liệu, trong đó chủ yếu là đơn trị liệu bằng metformin (chiếm 6,58%). Có 6,9% bệnh nhân được sử dụng insulin trong điều trị.

3.2.2. Thuốc và phác đồ điều trị tăng huyết áp

Có 10 hoạt chất được sử dụng để điều trị THA, kết quả chi tiết được trình bày ở bảng 8.

Bảng 8. *Các thuốc điều trị tăng huyết áp*

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Số BN	Tỷ lệ %
Lợi tiểu	Hydrochlorothiazid	96	30,09
	Indapamid	03	0,94
Tổng		**99**	**31,03**
Chẹn kênh canxi	Amlodipin	176	55,17
Tổng		**176**	**55,17**
Ức chế men chuyển (UCMC)	Imidatril	89	27,90
	Enalapril	03	0,94
	Benazepril	16	5,02
	Lisinopril	13	4,07
	Perindopril	18	5,64
Tổng		**139**	**43,57**
Ức chế thụ thể angiotensin (UCTT)	Losartan	96	30,09
Tổng		**96**	**30,09**
Chẹn beta giao cảm	Bisoprolol	03	0,94
Tổng		**03**	**0,94**

Nhận xét: Hai nhóm thuốc là chẹn kênh canxi và ức chế men chuyển được chỉ định nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt là 55,17% và 43,57%. Nhóm thuốc lợi tiểu và chẹn beta được sử dụng ít nhất với khoảng 30% số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Nhóm ức chế thụ thể angiotensin (1 nhóm thuốc được khuyến cáo sử dụng trên bệnh nhân mắc kèm ĐTĐ có suy thận) có khoảng 30% bệnh nhân được sử dụng.

Bảng 9. *Các phác đồ điều trị tăng huyết áp*

Phác đồ sử dụng	Thuốc	Số BN	Tỷ lệ %
1 thuốc	Chẹn kênh canxi	86	26,96
	Ức chế men chuyển	78	24,45
Tổng		**164**	**51,41**
2 thuốc	Lợi tiểu + UCMC	3	0,94
	Lợi tiểu + UCTT	59	18,49
	Chẹn kênh canxi + UCMC	56	17,55
	UCMC + Chẹn beta giao cảm	2	0,63
Tổng		**120**	**37,62**
3 thuốc	Lợi tiểu + Chẹn kênh canxi + UCTT	33	10,34
	Lợi tiểu + UCTT + Chẹn beta giao cảm	1	0,31
	Lợi tiểu + UCTT + Chẹn alpha giao cảm	1	0,31
Tổng		**35**	**10,96**

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu ở bảng 9 có thể thấy**: c**ó tới 51,41% bệnh nhân được áp dụng phác đồ đơn trị liệu trong điều trị THA, trong đó chủ yếu được chỉ định nhóm thuốc chẹn kênh canxi (chiếm 26,96%), sau đó là đến nhóm ức chế men chuyển. Tỷ lệ bệnh nhân phối hợp 3 thuốc chiếm tỷ lệ thấp nhất (10,96%). Phác đồ phối hợp 2 thuốc chiếm 37,62%, trong đó tỷ lệ phối hợp 2 nhóm thuốc chẹn kênh canxi và ức chế men chuyển chiếm gần 20%.

3.2.3. Phân tích lựa chọn thuốc và phác đồ

Bảng 10. *Tỷ lệ lựa chọn thuốc huyết áp cho người bệnh đái tháo đường căn cứ theo Hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế*

	Lựa chọn thuốc	Số BN	Tỷ lệ %
Phù hợp với Hướng dẫn	UCMC	86	26,96
	UCTT	78	24,45
	UCMC/UCTT + chẹn kênh canxi/Lợi tiểu	118	36,99
	Lợi tiểu + Ức chế thụ thể + Chẹn beta giao cảm/chẹn kênh canxi/chẹn alpha giao cảm	35	10,97
Tổng		**317**	**99,37**
Không được khuyến cáo	UCMC + Chẹn beta giao cảm	2	0,63
Không phù hợp Hướng dẫn	UCMC + UCTT	0	0
Tổng		**2**	**0,63**

Nhận xét: Từ kết quả nghiên cứu (bảng 10), chúng tôi thống kê có 317/319 người bệnh được lựa chọn thuốc điều trị THA phù hợp với Hướng dẫn của Bộ Y tế, chiếm tỷ lệ 99,37%, trong đó chủ yếu người bệnh được sử dụng đơn độc 1 thuốc ức chế men chuyển hoặc phối hợp thêm 1 thuốc chẹn kênh canxi/ lợi tiểu không thiazid. Các trường hợp còn lại là các lựa chọn không theo khuyến cáo của Bộ Y tế (0,63%), chủ yếu là phối hợp giữa ức chế men chuyển + Chẹn beta giao cảm.

3.2.4. Tương tác thuốc gặp trong mẫu nghiên cứu

Bảng 11. *Tỷ lệ tương tác thuốc trong nghiên cứu*

STT	Chỉ tiêu		Kết quả	Mức độ
1	Số tương tác trung bình/đơn		0,39	
2	Tỷ lệ đơn có tương tác		39% (126/319)	
3	Số tương tác có YNLS		0	
4	Tỷ lệ đơn có tương tác YNLS		0	
5	Các tương tác phổ biến giữa thuốc tăng huyết áp và đái tháo đường	ĐTĐ + UCMC	123	Trung bình
		ĐTĐ + chẹn beta	3	Trung bình

Nhận xét: Có tương đối nhiều tương tác giữa các thuốc điều trị ĐTĐ và THA gặp trong mẫu nghiên cứu (bảng 11) nhưng chủ yếu là các tương tác ở mức độ trung bình được Micromedex xếp vào tương tác không có ý nghĩa lâm sàng. Trung bình 1 đơn thuốc có 0,39 tương tác và gần 40% đơn thuốc là có tương tác. Không có tương tác được xếp ở mức độ nghiêm trọng và có ý nghĩa lâm sàng.

4. Kết luận

Qua phân tích đặc điểm và thực trạng sử dụng thuốc điều trị của 319 bệnh án điều trị ngoại trú THA - ĐTĐ chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- Có 50,16% người bệnh có mức đường huyết chưa đạt giá trị mục tiêu điều trị.
- Tỷ lệ người bệnh suy thận giai đoạn 1 chiếm tỷ lệ 37,30%. Người bệnh suy thận giai đoạn 2 chiếm 6,27%, đây là những người bệnh cần chú ý khi sử dụng thuốc đặc biệt là những thuốc thải trừ qua thận.
- Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 4 hoạt chất điều trị ĐTĐ. Trong đó metformin là thuốc điều trị ĐTĐ được sử dụng nhiều nhất (chiếm 92,16%) – điều này phù hợp với hướng dẫn điều trị ĐTĐ của tổ chức Y tế thế giới và hướng dẫn điều trị ĐTĐ của Bộ Y tế Việt Nam. Thuốc được dùng nhiều thứ 2 là gliclazid (chiếm 67,71%), sử dụng ít nhất là insulin (7,21%). Điều trị ĐTĐ chủ yếu là phác đồ phối hợp giữa biguanid + sulfonylure;
- Về điều trị THA, có 10 hoạt chất điều trị THA. Điều trị THA chủ yếu là đơn trị liệu bằng nhóm chẹn kênh canxi hoặc nhóm ức chế men chuyển, đây cũng là 2 nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất (51,41%), nhóm chẹn beta giao cảm sử dụng ít nhất (0,63%). Lựa chọn thuốc điều trị THA cho người ĐTĐ chưa phù hợp theo Hướng dẫn chiếm tỷ lệ thấp 0,63%.
- Tương tác thuốc trong bệnh án chỉ ở mức độ trung bình, không có ý nghĩa lâm sàng.

5. Đề xuất

Thường xuyên cập nhật các hướng dẫn điều trị mới, tổ chức tập huấn và đào tạo nâng cao kiến thức chuyên môn giúp các bác sĩ có cái nhìn toàn diện, tổng thể khi điều trị cho bệnh nhân, giám sát chặt chẽ và cá thể hóa mục tiêu điều trị trên bệnh nhân, từ đó lựa chọn kê đơn cho phù hợp.

Đồng thời, chỉ số BMI nên được ghi vào trong bệnh án để thuận lợi cho việc đánh giá bệnh nhân của các bác sỹ, cũng như cho dược sỹ khi muốn can thiệp hay tư vấn bệnh nhân theo cá thể.

Chỉ số lipid máu nên được chỉ định vì nó là 1 trong 5 yếu tố để đánh giá bệnh nhân có đạt mục tiêu điều trị hay không.

Tăng cường công tác dược lâm sàng tại bệnh viện để tư vấn cho các bác sĩ góp phần vào việc kê đơn hợp lý cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

[1] Organization World Health, Western pacific region, *The Asia- pacific perspective: Redefining obesity and its treatment*, 2000, pp. 18-20.

[2] V. Tsimihodimos et al, "Hypertension and Diabetes Mellitus," *Hypertension*, vol. 71, no. 3, pp. 422-428, 2018.

[3] A. A. Rizv, "Addressing hypertension in the patient with type 2 diabetes mellitus: pathogenesis, goals, and therapeutic approach," *Eur Med J Diabetes*, vol. 5, no. 1, pp. 84–92, 2017.

[4] S. E. Inzucchi, R. M. Bergenstal, and J. B. Buse, "Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes," *Diabetes Care*, vol. 35, no. 6, pp. 1364-1379, 2018.

[5] T. T. H. Doan, "Analysis of drug use in hypertensive patients with diabetes at the outpatient clinic of traditional medicine hospital, Ministry of Public Security," Master's thesis in pharmacology (In Vietnames), Hanoi University of Pharmacy, 2015.

[6] H. T. Nguyen, *Pathogenesis of hypertension in diabetic patients* (In Vietnames). Department of Internal Medicine - Hue University of Medicine and Pharmacy, 2017.

[7] The Ministry of Health, *Guidelines for the diagnosis and treatment of hypertension, issued together with the Decision No. 3192 / QD-BYT dated August 31, 2010 of the Minister of Health*, 2010.

[8] The Ministry of Health, *Guidelines for the diagnosis and treatment of type 2 diabetes*, 2020.

[9] Vietnam National Heart Association, *Recommendations on the diagnosis and treatment of hypertension*, 2018.

[10] N. Abel, K. Contino, N. Jain, N. Grewal, E. Grand, I. Hagans, K. Hunter1, and S. Roy, *Eighth Joint National Committee (JNC-8) Guidelines*, 2014.