

THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ THUỐC HẠ ÁP TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGOẠI TRÚ THEO HƯỚNG DẪN CỦA ESC/ESH 2018

Chanthavong Phouvanh¹, Trần Kim Trang¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Tăng huyết áp (THA) là một trong các bệnh lý phổ biến và nguy hiểm nhất. Điều trị THA vẫn là một thách thức lớn cho ngành y tế thế giới.

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng điều trị thuốc hạ áp trên bệnh nhân THA ngoại trú theo hướng dẫn của Hội Tim Châu Âu/Hội Tăng Huyết Áp Châu Âu (ESC/ESH) năm 2018.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả trên 385 bệnh nhân THA tại phòng khám Nội Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ ngày 08/01 đến 28/02/2020.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân được phối hợp thuốc hạ áp là 79,5%. Phác đồ sử dụng 1 thuốc, 2 thuốc, 3 thuốc và ≥4 thuốc chiếm tỉ lệ lần lượt là 20,5%; 32,7%; 30,9% và 19,9%. Nhóm chẹn thụ thể angiotensin II là nhóm được sử dụng nhiều nhất với 84,2%, kế đến là nhóm chẹn beta (60,8%) và nhóm chẹn kênh canxi (50,4%). Trong phác đồ đa trị, nhóm chẹn thụ thể angiotensin II và chẹn beta được phối hợp chung nhiều nhất, chiếm 41,3%. Tỷ lệ sử dụng viên phối hợp liều cố định chiếm xấp xỉ 1/2 đơn thuốc (47,4%).

Kết luận: Xấp xỉ 4/5 bệnh nhân THA được điều trị bằng phác đồ đa trị. Viên phối hợp liều cố định được sử dụng chưa đến 1 nửa đơn thuốc.

Từ khóa: tăng huyết áp, điều trị thuốc hạ áp, viên phối hợp liều cố định

Danh mục tắt: ACEi (ức chế men chuyển), ARBs (chẹn thụ thể angiotensin II), BBs (chẹn beta), CCB (chẹn kênh canxi), LT (lợi tiểu), FDC (viên phối hợp liều cố định), ESC/ESH (Hội Tim Châu Âu/Hội Tăng Huyết Áp Châu Âu).

ABSTRACT

ANTIHYPERTENSIVE REAL TREATMENT IN HYPERTENSIVE OUTPATIENTS ACCORDING TO 2018 ESC/ESH GUIDELINES

Chanthavong Phouvanh, Tran Kim Trang

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No. 2 - 2021: 48 - 54

Background: Hypertension is one of the most widespread and dangerous diseases. Hypertension management remains to be a major challenge for health care around the world.

Objectives: To survey antihypertensive medication trends according to 2018 ESC/ESH guidelines in hypertensive outpatients.

Methods: A descriptive cross-section study was conducted during 08 Jan – 2 Feb 2020 in 385 hypertensive outpatients at Cardiology clinic, University Medical Center Ho Chi Minh city.

Results: Most patients were prescribed with combination therapy (79.5%). Monotherapy, 2 drug, 3 drug, and 4 or more drug combinations were prescribed 20.5%; 32.7%; 30.9%; and 19.9%; respectively. Angiotensin II receptor blockers were the most commonly prescribed (84.2%), followed by beta blockers (60.8%) and calcium channel blockers (50.4%). For combination therapy, the angiotensin II receptor blockers and beta blockers were the

¹Bộ môn Nội, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: ThS.BS. Chanthavong Phouvanh ĐT: 0946018103 Email: kuribilon@gmail.com

most frequently used (41.3%). Fixed-dose combinations prescription rates were around half of the population (47.4%).

Conclusions: Approximately 4 out of 5 patients were prescribed with combination therapy. Fixed-dose combinations were used nearly half the population.

Keywords: hypertension, hypertension medication, fixed-dosed combinations

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh lý mạn tính rất phổ biến, là nguyên nhân tử vong hàng đầu có thể phòng ngừa được⁽¹⁾. Theo ước tính của các nhà khoa học Hoa Kỳ, tỉ lệ hiện mắc THA ở người trưởng thành khoảng 30-45%⁽²⁾. Nên y tế ngày một phát triển nhưng tỉ lệ kiểm soát HA vẫn còn thấp, chỉ đạt 7-28%⁽³⁾. Đã có rất nhiều biện pháp nhằm cải thiện tỉ lệ này, trong đó phải kể đến việc phối hợp thuốc hạ áp.

Tuy nhiên, phối hợp thuốc hạ áp vẫn không được các hướng dẫn điều trị THA trước đây xem như là phác đồ chủ lực. Với chiến lược điều trị trước đây, tỉ lệ kiểm soát HA vẫn thấp. Mãi đến khi hướng dẫn của ESC/ESH năm 2018 ra đời thì vai trò của phác đồ này được nâng lên tầm cao mới. Phác đồ đa trị đã được khuyến cáo cho hầu hết các đối tượng THA⁽¹⁾.

Tại Việt Nam, theo tổng kết của Chương trình Quốc gia phòng chống tăng huyết áp giai đoạn 2010 - 2015, có 47,3% người THA và 69% THA chưa kiểm soát được⁽⁴⁾. Đã có khá nhiều nghiên cứu về thực trạng điều trị THA cả trong và ngoài nước như nghiên cứu của Hoàng Lan Hương (2017)⁽⁵⁾ hoặc của Kim (Hàn Quốc, 2019)⁽⁶⁾ nhưng đều thực hiện trước hướng dẫn ESC/ESH 2018. Vì vậy, để hiểu rõ hơn về thực trạng điều trị THA theo hướng dẫn mới nhất, hướng tới việc nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân THA, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

Mục tiêu

Khảo sát thực trạng điều trị thuốc hạ áp trên bệnh nhân THA ngoại trú theo hướng dẫn của ESC/ESH 2018.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đã được chẩn đoán THA ≥ 18 tuổi

đang điều trị và đã tái khám ≥ 2 lần liên tiếp tại phòng khám Nội Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ ngày 08/01 – 28/02/2020.

Tiêu chuẩn loại trừ

Phụ nữ mang thai, đang cho con bú.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia, THA thứ phát, điều trị và tái khám không đều.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu

Theo công thức: $n = Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$

$Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}=1,96$ (hệ số tin cậy ở mức xác suất 95%).

d = sai số tương đối (chọn 0,05).

Giá trị $p=91,9\%$ (tỉ lệ phối hợp thuốc hạ áp trong nghiên cứu của Đặng Thị Thu Trang, năm 2013⁽⁷⁾). Tối thiểu $n = 115$ người.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp thực hiện

Bệnh nhân THA được mời phỏng vấn để thu thập thông tin cần thiết. Tham khảo đơn thuốc về: bệnh kèm theo, nhóm thuốc được chỉ định. Mỗi bệnh nhân sẽ được thu thập ít nhất 3 đơn thuốc và mọi đơn phải được chỉ định sau tháng 09 năm 2018 (thời điểm công bố hướng dẫn ESC/ESH 2018).

Đơn thuốc mới nhất (đơn thuốc thứ 3) được chúng tôi căn cứ để đánh giá tỉ lệ sử dụng từng loại phác đồ (đơn trị hoặc đa trị/ phối hợp thuốc). Trong đó, phác đồ đơn trị là những đơn thuốc chỉ sử dụng 1 hoạt chất duy nhất của 1 nhóm thuốc. Phác đồ đa trị là những đơn thuốc

có sử dụng ≥ 2 hoạt chất bất kể số lượng viên thuốc. Viên phối hợp liều cố định cũng được xếp vào phác đồ đa trị.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Epidata. Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 13.0.

Kết quả của một phép kiểm khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Y đức

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 571/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 28/10/2019.

KẾT QUẢ

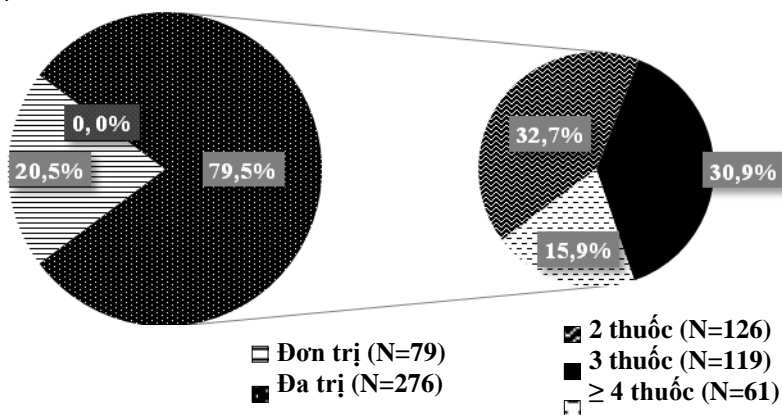
Đặc điểm dân số nghiên cứu

Trong thời gian từ ngày 08/01 đến 28/02/2020, tại phòng khám Nội Tim mạch, bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM, chúng tôi đã thu nhận được 385 bệnh nhân.

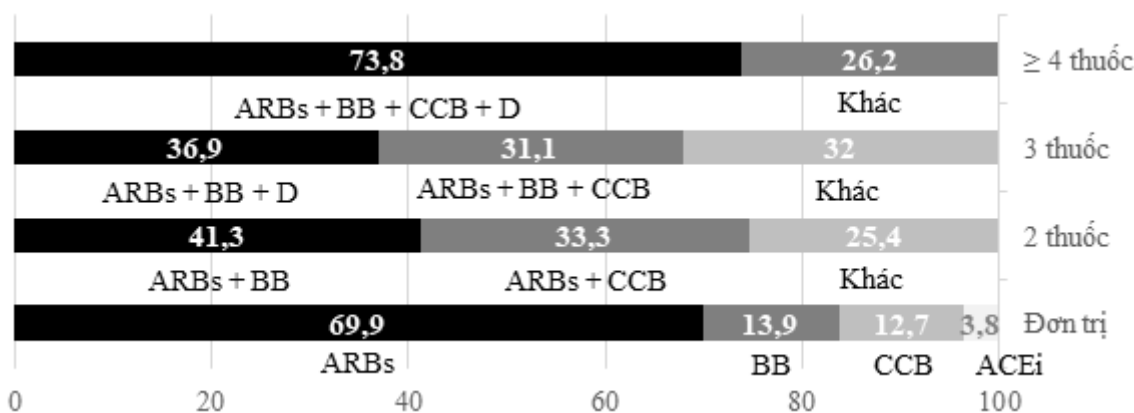
Tuổi trung bình là $65,9 \pm 13,7$. Trong đó nhóm trên 65 tuổi chiếm hơn 1/2 dân số (56,4%). Nữ giới chiếm đến 61,6%. Tỷ lệ nam/nữ là 1:1,3.

Bảng 1: Đặc điểm dân số trong mẫu

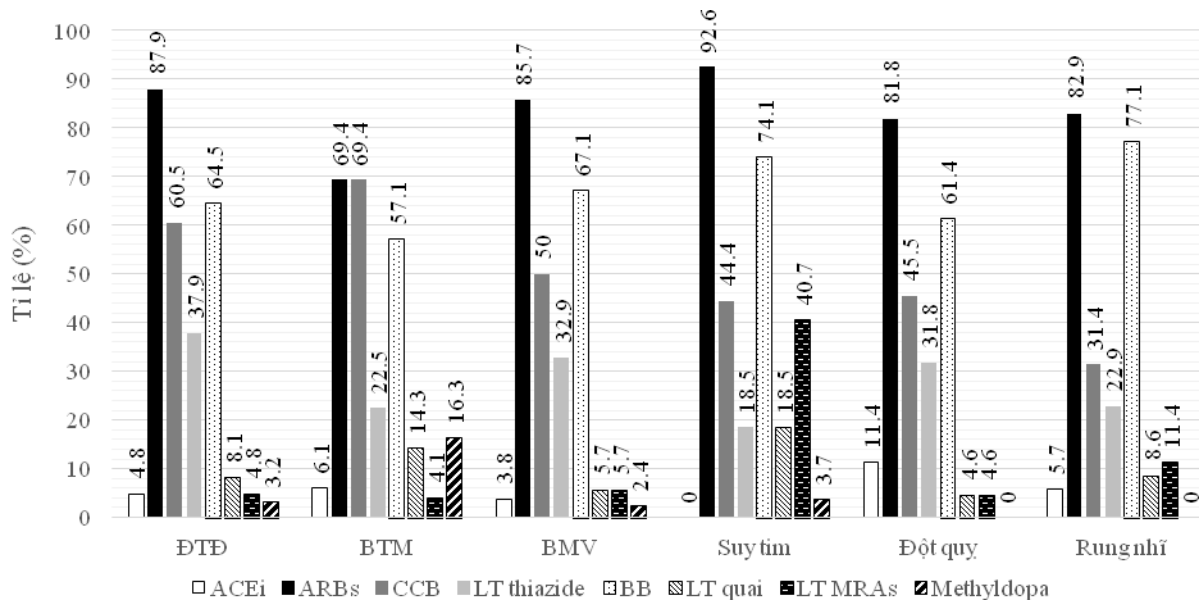
Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam giới	148	38,4
Nữ giới	237	61,6
Nhóm tuổi		
18 - 64 tuổi	168	43,6
≥ 65 tuổi	217	56,4
Bệnh lý kèm theo		
Đái tháo đường	124	32,2
Bệnh thận mạn	49	12,7
Bệnh mạch vành	210	54,5
Suy tim	27	7,0
Đột quy	44	11,4
Rung nhĩ	35	9,1
Liên quan đến thuốc		
Số viên thuốc trung bình	$2,1 \pm 0,8$	
Tỷ lệ sử dụng viên FDC (%)	47,4	



Hình 1: Tỷ lệ sử dụng từng loại phác đồ

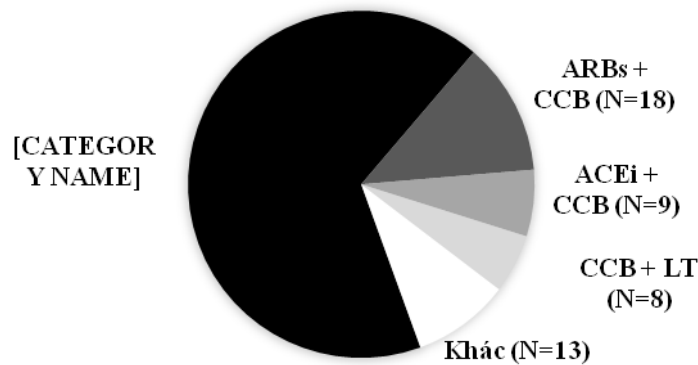


Hình 2: Tỷ lệ sử dụng từng loại thuốc trong từng phác đồ



Hình 3: Tỷ lệ sử dụng từng nhóm thuốc theo các bệnh đồng mắc

Viên phối hợp liều cố định



Hình 4: Tỷ lệ sử dụng từng phác đồ ở mỗi đối tượng bệnh kèm

BÀN LUẬN

Các loại phác đồ được sử dụng

Tỷ lệ sử dụng phác đồ đơn trị chiếm 20,5%; 79,5% bệnh nhân được dùng phác đồ đa trị, trong đó phác đồ phối hợp 2 và 3 thuốc là loại phác đồ được ưa chuộng nhất với tỷ lệ lần lượt là 32,7% và 30,9% (Hình 1). Các nghiên cứu trong nước trước đây cũng cho thấy phác đồ phối hợp 2 thuốc thường được dùng nhiều nhất dao động từ 35-75%^(8,9). Trên thế giới, các nước từ Châu Á đến Châu Mỹ phần lớn cũng báo cáo xu hướng tương tự, dao động từ 35-50%⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Kết quả cao thấp có thể do thiết kế nghiên cứu khác nhau (cách lấy mẫu khác nhau ở cấp bệnh viện, ở cấp tỉnh thành phố hoặc toàn nước), thời điểm ghi nhận tỷ lệ (lúc khởi trị hoặc sau một thời gian), đặc điểm của mẫu (cỡ mẫu, bệnh kèm theo, thời gian bị bệnh), khoảng thời gian mà nghiên cứu đó được thực hiện, địa điểm lấy mẫu, cũng như hướng dẫn mà nghiên cứu đó dựa vào (JNC, ESC/ESH, ACC/AHA v.v..), nhưng nhìn chung đa số đều cho thấy phác đồ phối hợp thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất, đặc biệt là phác đồ 2 thuốc.

Ước tính có gần 675 triệu người toàn thế giới cần đến phác đồ phối hợp thuốc hạ áp⁽¹³⁾ và 30-50% cần ít nhất 2 thuốc để kiểm soát HA⁽²⁾. Phối hợp 2 thuốc đã được chứng minh là có lợi hơn so với đơn trị về hiệu quả hạ áp bởi tác động vào nhiều cơ chế gây THA, ngoài ra còn giúp kiểm soát HA nhanh hơn, từ đó giảm các biến cố tim mạch nhiều hơn.

Tỉ lệ sử dụng từng loại thuốc trong mỗi phác đồ Nhóm thuốc trong phác đồ đơn trị

Không đơn thuốc nào dùng nhóm lợi tiểu (LT) (cả thiazide và LT khác), bệnh nhân được đơn trị chủ yếu bởi 4 nhóm lần lượt từ nhiều đến ít nhất là ARBs, BB, CCB và ACEi (Hình 2). Các nghiên cứu trong nước trước đây đều ghi nhận kết quả khác nhau như của Phùng Thị Tân Hương⁽⁹⁾ ghi nhận nhóm ức chế hệ RAA được dùng nhiều nhất trong khi nhóm LT không lần nào được sử dụng. Hoàng Lan Hương⁽⁵⁾ lại cho thấy nhóm CCB xếp hàng đầu (32,7%); xếp sau là nhóm ACEi (16,8%); không lần nào đơn trị bằng LT hay BB cả. Lý Huy Khanh ghi nhận tỉ lệ đơn trị bằng nhóm BB chiếm cao nhất (39,7%); tiếp đến là nhóm CCB (31,1%); hai nhóm ARBs và LT không lần nào được sử dụng⁽⁸⁾.

Ở Hàn Quốc, Kim SH đã báo cáo nhóm ARBs và CCB là 2 nhóm được ưa chuộng trong khi nhóm LT cũng ít được dùng nhất⁽⁶⁾. Alkaabi MS⁽¹⁰⁾ cũng ghi nhận nhóm đứng đầu là nhóm ARBs và ít nhất cũng là nhóm LT thiazide. Mặc dù có sự khác biệt nhiều yếu tố khiến tỉ lệ mỗi nhóm thuốc được sử dụng khác nhau nhưng nhìn chung những năm gần đây, tỉ lệ sử dụng nhóm ức chế hệ RAA ngày một nhiều hơn song song với sự giảm lùi của nhóm LT trong phác đồ đơn trị.

Nhóm thuốc cụ thể được phối hợp trong phác đồ đa trị

Hình 2 cho thấy 2 nhóm được phối hợp nhiều nhất là ARBs + BB (41,3%). Ở phác đồ 3 thuốc là ARBs + LT + BB (36,9%).

Nhóm ARBs khi phối hợp với BB là phối hợp không được ưu tiên bởi cả hai nhóm đều có

cơ chế đánh vào hệ RAA (nhóm BB có cơ chế làm giảm nồng độ renin máu⁽¹⁴⁾) chính vì vậy khi phối hợp chúng thường không có hiệu quả hạ áp cao bằng phối hợp khác, tuy vậy mẫu của chúng tôi có nhiều bệnh lý tim mạch kèm theo nên nhóm BB thường được bổ sung vào để phối hợp khiến tỉ lệ này tăng cao.

Phác đồ 3 thuốc chiếm nhiều nhất là phác đồ phối hợp giữa ARBs + LT + BB. Sở dĩ chúng chiếm tỉ lệ cao như vậy là do nhóm BB được bổ sung vào phác đồ 2 thuốc giữa ARBs và LT (là loại phác đồ xếp hàng 3 trong phác đồ 2 thuốc). Phối hợp giữa ARBs và LT là một trong phác đồ hàng đầu ở các nước trên thế giới^(11,12). Phối hợp này cũng đã được chứng minh về hiệu quả hạ áp tốt hơn đơn trị từng thuốc riêng lẻ⁽¹⁵⁾, mặc dù sau kết quả của nghiên cứu trước đây như ACCOMPLISH⁽¹⁶⁾ đã cho thấy tác dụng giảm biến cố tim mạch khi phối hợp giữa 2 nhóm này kém hơn so với phối hợp giữa ức chế hệ RAA và CCB nhưng tỉ lệ sử dụng nhóm này trong nghiên cứu chúng tôi vẫn khá cao, một phần có thể do giá thành thấp của nhóm LT cũng như sự phổ biến của chúng dưới dạng viên FDC.

Nhóm thuốc trong mỗi bệnh kèm theo

Ở đối tượng THA kèm bệnh thận mạn (BTM)

Nhóm ARBs thường được ưa tiên sử dụng ở các đối tượng có bệnh kèm với tỉ lệ dao động từ 83-93% (Hình 3), ngoại trừ đối tượng kèm BTM. Nhóm này chỉ được sử dụng với tỉ lệ bằng với nhóm CCB (69,4%). Điều này có thể do ARBs tuy có khả năng giảm đạm niệu cũng như làm chậm tiến triển BTM⁽¹⁷⁾ nhưng chính chúng cũng có thể gây tăng K⁺ máu ở đối tượng này nên phần nào khiến tỉ lệ sử dụng thấp hơn⁽¹⁷⁾. Ngược lại, nhóm CCB có xu hướng được sử dụng nhiều hơn so với đối tượng khác. Nhóm này khá an toàn bởi đa số được đào thải qua gan nên ít bị ảnh hưởng bởi sự suy giảm chức năng thận⁽¹⁷⁾. Methyldopa cũng là thuốc được sử dụng nhiều ở đối tượng này đến 16,3% (so với các đối tượng khác thường dưới 4%). Nhóm này khá an toàn ở đối tượng BTM⁽¹⁷⁾ nên trong bối cảnh BTM giai đoạn

cuối thường hạn chế sử dụng nhóm ức chế hệ RAA, thì chúng có thể được sử dụng thay thế.

Ở đối tượng THA kèm suy tim

Cả nhóm LT quai và MRAs đều được sử dụng nhiều (*Hình 3*), trong đó phải kể đến nhóm LT MRAs với tỉ lệ được sử dụng đến xấp xỉ 40% đối tượng có kèm suy tim. Nhóm MRAs đã được chứng minh giúp giảm khối lượng thất trái, giảm nhập viện cũng như tỉ lệ tử vong ở đối tượng suy tim, đặc biệt khi phối hợp chung với nhóm ức chế hệ RAA và BB⁽¹⁸⁾. Ở đối tượng này và cả đối tượng kèm BTM, nhóm LT quai có tác dụng lợi tiểu mạnh và ngắn nên thường được dùng để cải thiện tình trạng ứ dịch ngoại bào⁽¹⁷⁾.

Nhóm BB không còn là nhóm thuốc hạ áp hàng đầu bởi tác dụng bất lợi trên chuyển hóa, đột quỵ nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng vẫn được sử dụng với tỉ lệ khá cao, thường chỉ xếp sau nhóm ARBs. Đặc biệt xuất hiện nhiều ở các đối tượng có kèm bệnh lý tim mạch như suy tim, bệnh mạch vành (BMV) hoặc rung nhĩ (tỉ lệ từ 67-77%). Nhóm BB có lợi ích trên tim mạch hơn trên đối tượng này và lợi ích đó vượt trội hơn so với tác dụng phụ không đáng kể lên chuyển hóa⁽¹⁹⁾.

Trong 5 nhóm thuốc hạ áp chính, nhóm ACEi tuy là 1 trong 2 thuốc thuộc nhóm ức chế hệ RAA được khuyến cáo làm nền tảng phối hợp nhưng nhóm này lại được sử dụng ít nhất với tỉ lệ dưới 6% ở các đối tượng (*biểu đồ 3*). Xu hướng sử dụng nhóm này tỉ lệ nghịch với nhóm ARBs, có thể do tác dụng phụ là ho khan của nhóm ACEi.

Từ những kết quả trên cho thấy tỉ lệ sử dụng các thuốc hạ áp khác nhau trong mỗi nhóm bệnh lý kèm theo, trong đó nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất thường là nhóm ARBs, CCB hoặc BB. Cả 3 nhóm này nói riêng và cả 5 nhóm chính nói chung đều đã được chứng minh về khả năng giảm các biến cố tim mạch⁽¹⁹⁾. Các bằng chứng lâm sàng đã cho thấy ưu điểm riêng của mỗi nhóm trong từng bối cảnh bệnh kèm khác nhau⁽¹⁶⁾. Nói như vậy để thấy rằng không có phác đồ thuốc cố định nào cho từng bệnh kèm

mà tốt nhất là phối hợp các thuốc để có thể tận dụng từng lợi điểm của từng nhóm thuốc để có lợi nhất cho bệnh nhân.

Viên phối hợp liều cố định

Tỉ lệ sử dụng viên FDC đạt 1/2 dân số (*Bảng 1*). Kết quả của Hoàng Lan Hương cho thấy chỉ 10,7% dân số mẫu được sử dụng viên FDC⁽⁵⁾. Kết quả ở các nước trên thế giới rất dao động từ 5-90%^(6,20). Tỉ lệ sử dụng thấp thường đến từ kết quả của nghiên cứu hơn 5 năm trước, thời điểm mà hầu hết các hướng dẫn chưa khuyến cáo sử dụng viên FDC nhiều, các lý do khác có thể do sự phổ biến của viên FDC tùy thị trường từng nước.

Mặc dù ESC/ESH 2018 đã thúc đẩy việc điều trị bằng viên FDC nhưng tỉ lệ sử dụng trong mẫu chúng tôi chưa đạt một nửa. Có thể do tính linh hoạt của viên FDC còn hạn chế nên bác sĩ lâm sàng có thể ưu tiên phối hợp rời hơn để dễ dàng điều chỉnh theo từng cá thể bệnh nhân hơn, ngoài ra cũng có thể do một số bác sĩ lâm sàng vẫn còn xu hướng kê đơn theo kinh nghiệm lâu năm của họ. Một lý do khác là đa số bệnh nhân đã được điều trị lâu năm, thậm chí trước sự ra đời của hướng dẫn này, nên những đơn thuốc trước đó thường được phối hợp rời. Vì vậy dù sau ra đời của ESC/ESH 2018, một số bệnh nhân vẫn được tiếp tục duy trì đơn thuốc như vậy theo thói quen.

Các nhóm thuốc cụ thể trong mỗi viên FDC

Hình 4 cho thấy có khá nhiều dạng viên FDC được sử dụng, trong đó loại được phối hợp nhiều nhất là giữa nhóm ARBs và LT dưới nhiều biệt dược khác nhau (chiếm 66,8%). Nghiên cứu tại Hàn Quốc⁽⁶⁾ cũng cho thấy viên FDC này được sử dụng nhiều nhất, xu hướng này cũng được báo cáo một số nước trên thế giới^(12,20). Sự phối hợp giữa 2 nhóm này đã được chứng minh về mặt hiệu quả hạ áp cũng như giảm biến cố tim mạch⁽¹⁶⁾. Sự phổ biến của chúng phần nào có thể do giá thành rẻ hơn của nhóm LT thiazide.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 385 bệnh nhân THA đến

khám tại phòng khám Nội Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, chúng tôi nhận thấy 4/5 bệnh nhân được chỉ định phác đồ phối hợp thuốc hạ áp. Trong đó, phối hợp 2 thuốc là loại phác đồ được ưa chuộng nhất.

Nhóm thuốc được dùng nhiều nhất là nhóm chẹn thụ thể angiotensin II và tiếp đến là nhóm chẹn beta. Hai nhóm này cũng là 2 thuốc thường được phối hợp với nhau nhất. Tỷ lệ sử dụng viên phối hợp liều cố định đạt xấp xỉ 1/2 (47,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33):3021-104.
- Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al (2013). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*, 310(9):959-68.
- Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al (2016). Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. *Circulation*, 134(6):441-50.
- Nguyễn Lâm Việt (2016). Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015–2016. Hội tim mạch Việt Nam. 2016.
- Hoàng Lan Hương, Nguyễn Thị Liên Hương (2017). Phân tích thực trạng sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại phòng khám tăng huyết áp Bệnh viện A tỉnh Thái Nguyên. *Luận văn Dược sĩ chuyên Khoa cấp 1*, trường Đại học Dược Hà Nội.
- Kim SH, Shin DW, Kim S, Han K, Park S-H, Kim Y-H, et al (2019). Prescribing Patterns of Antihypertensives for Treatment-Naïve Patients in South Korea: From Korean NHIS Claim Data. *International Journal of Hypertension*, 2019:4735876-.
- Đặng Thị Thu Trang, Trần Thị Thanh Hiền (2013). Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại phòng khám tư vấn, kiểm soát tăng huyết áp và bệnh lý tim mạch do tăng huyết áp - Bệnh viện Đa khoa Đức Giang. *Y học Thực hành*, 87(3):146-147.
- Lý Huy Khanh, Đỗ Công Tâm, Nguyễn Thị Thu Vân, Huỳnh Thị Lệ Thu, Hoàng Lệ Thủy (2010). Khảo sát điều trị tăng huyết áp tại phòng khám Bệnh viện cấp cứu Trung Vương (từ 01/2008 đến 6/2009). *Y học TP Hồ Chí Minh*, 14(2):660-668.
- Phùng Thị Tân Hương, Vũ Thị Trâm, Nguyễn Văn Yên (2010). Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại đơn vị quản lý và điều trị có kiểm soát bệnh tăng huyết áp khoa khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai. *Luận văn Thạc sĩ Dược sĩ*, trường Đại học Dược Hà Nội.
- Alkaabi MS, Rabbani SA, Rao PGM, Ali SR (2019). Prescription Pattern of Antihypertensive Drugs: An Experience from a Secondary Care Hospital in the United Arab Emirates. *J Res Pharm Pract*, 8(2):92-100.
- Yürüyen G, Toprak İ D, Toprak Z, Akarsu M, Demir P, Arman Y, et al (2018). Choice of treatment based on Turkish hypertension consensus report: Do we follow the recommendations? *Türk Kardiyoloji Dernegi Arsivi*, 46(1):25-31.
- Adejumo O, Okaka E, Iyawe I (2017). Prescription pattern of antihypertensive medications and blood pressure control among hypertensive outpatients at the University of Benin Teaching Hospital in Benin City, Nigeria. *Malawi Med J*, 29(2):113-117.
- Verma AA, Khuu W, Tadrous M, Gomes T, Mamdani MM (2018). Fixed-dose combination antihypertensive medications, adherence, and clinical outcomes: A population-based retrospective cohort study. *PLoS Med*, 15(6):e1002584-e.
- Blumenfeld JD, Sealey JE, Mann SJ, Bragat A, Marion R, Pecker MS, et al (1999). β -adrenergic receptor blockade as a therapeutic approach for suppressing the renin-angiotensin-aldosterone system in normotensive and hypertensive subjects*. *American Journal of Hypertension*, 12(5):451-9.
- Chrysant SG, Chavanu KJ, Xu J (2009). Combination therapy with olmesartan medoxomil and hydrochlorothiazide: secondary analysis of the proportion of patients achieving recommended blood pressure goals from a randomized, double-blind, factorial study. *American Journal of Cardiovascular Drugs: Drugs, Devices, and Other Interventions*, 9(4):241-51.
- Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A (2015). Effects of blood pressure-lowering on outcome incidence in hypertension: 5. Head-to-head comparisons of various classes of antihypertensive drugs - overview and meta-analyses. *Journal of Hypertension*, 33(7):1321-41.
- Sinha AD, Agarwal R (2019). Clinical Pharmacology of Antihypertensive Therapy for the Treatment of Hypertension in CKD. *CJASN*, 14(5):757-64.
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al (2016). 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 37(27):2129-200.
- Ettihad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al (2016). Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 387(10022):957-67.
- Girerd X, Hanon O, Pannier B, Vaisse B, Mourad JJ (2013). [Trends in the use of antihypertensive drugs in France from 2002 to 2012: FLAHS surveys]. *Annales de Cardiologie et D'Angéiologie*, 62(3):210-4.

Ngày nhận bài báo: 13/11/2020
 Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 01/02/2021
 Ngày bài báo được đăng: 10/03/2021

CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN CỦA 123 BỆNH NHÂN SUY THẬN TIẾN TRIỂN NHANH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Thị Bích Hương^{1,2}, Nguyễn Ngọc Lan Anh¹, Trần Văn Vũ², Trần Hiệp Đức Thăng³, Lê Thanh Toàn⁴,
Trần Thành Vinh⁵, Nguyễn Minh Tuấn⁶

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy thận tiến triển nhanh (Rapidly Progressive Renal Failure, RPRF) là 1 hội chứng suy thận với creatinine huyết thanh tăng chậm trong vài tuần, diễn tiến đến suy thận mạn giai đoạn cuối nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Mục tiêu: Chẩn đoán nguyên nhân của RPRF bằng các xét nghiệm sinh hóa, và miễn dịch phối hợp với sinh thiết thận dưới hướng dẫn siêu âm khảo sát mô bệnh học dưới kính hiển vi quang học và miễn dịch huỳnh quang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế tiền cứu, mô tả hàng loạt ca. Các bệnh nhân (BN) thỏa chẩn đoán RPRF được chọn vào nghiên cứu tại khoa Thận, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 12 năm 2013 đến tháng 3 năm 2018.

Kết quả: Chúng tôi có 123 BN RPRF với 105 BN viêm thận lupus và 18 BN viêm thận không lupus. Sinh thiết thận ghi nhận chủ yếu viêm thận lupus class 4 (85/96 BN, 88,5%). Nhóm 16/18 bn viêm thận không lupus bao gồm các nguyên nhân sau (1) 11 BN bệnh thận IgA; (2) 1 BN bệnh viêm đa mạch U hạt; (3) 1 BN viêm cầu thận liềm; (4) 1 BN kháng thể kháng màng đáy cầu thận; (5) 1 BN viêm cầu thận tăng sinh màng; và (6) 1 BN xơ chai cầu thận khu trú từng vùng. Ngoài tổn thương cầu thận cơ bản, chúng tôi còn ghi nhận những sang thương nặng khác có thể là thủ phạm gây RPRF như (1) 26% bệnh vi mạch huyết khối; (2) 15% hoại tử ống thận cấp; (3) 13,5% viêm cầu thận liềm. Có 2 sang thương khác tuy nặng nhưng không lan tỏa như (1) hoại tử cầu thận <50% cầu thận, trong 53,6% BN và (2) viêm mô kẽ thận (<50% diện tích ống thận) trong 49,5% BN. Với độ lan tỏa của tổn thương <50% nên khả năng là sang thương đi kèm.

Kết luận: Chẩn đoán bệnh căn nguyên và sang thương thủ phạm đi kèm giúp hiểu rõ hơn về nguyên nhân gây bệnh và gây suy thận ở BN RPRF để có thể can thiệp điều trị thích hợp

Từ khóa: suy thận tiến triển nhanh, viêm thận lupus, viêm thận không lupus, bệnh vi mạch huyết khối

ABSTRACT

CAUSES OF 123 PATIENTS WITH RAPIDLY PROGRESSIVE RENAL FAILURE AT CHO RAY HOSPITAL

Tran Thi Bich Huong, Nguyen Ngoc Lan Anh, Tran Van Vu, Tran Hiep Duc Thang, Le Thanh Toan,
Tran Thanh Vinh, Nguyen Minh Tuan

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No. 2 - 2021: 55 - 62

Background: Rapidly progressive renal failure (RPRF) is characterized by a slowly increased serum creatinine within a few weeks and could develop end stage renal failure in case of delayed diagnosis and treatment.

Objectives: To study the causes of RPRF based on clinical, biological, immunological and histological features.

¹Bộ môn Nội, Đại Học Y Dược, Tp Hồ Chí Minh

²Khoa Thận, Bệnh Viện Chợ Rẫy

³Khoa Giải Phẫu Bệnh, Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định

⁴Khoa Siêu Âm, Bệnh Viện Chợ Rẫy

⁵Khoa Sinh Hóa, Bệnh Viện Chợ Rẫy

⁶Khoa Thận Nhân Tạo, Bệnh Viện Chợ Rẫy

Tác giả liên lạc: BS. Trần Thị Bích Hương ĐT: 0938817385

Email: huongtrandr@yahoo.com