

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ QUẢN LÝ 400 BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC BÔNG SƠN BÌNH ĐỊNH

Phan Long Nhon¹, Huỳnh Văn Minh², Hoàng Thị Kim Nhung³, Trương Văn Nham³

(1) Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế

(2) Trường Đại học Y Dược Huế

(3) Bệnh viện đa khoa khu vực Bông Sơn, Bình Định

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị đạt huyết áp (HA) mục tiêu và kết quả quản lý bệnh nhân tăng huyết áp (BNTHA). **Đối tượng và phương pháp:** Một nghiên cứu can thiệp gồm 400 BNTHA, được điều trị và quản lý trong 2 năm. Đánh giá kết quả đạt huyết áp mục tiêu (HAMT), quản lý sử dụng thuốc, tình hình nhập viện và biến chứng tai biến mạch máu não (TBMMN). **Kết quả:** 1. Kết quả điều trị: 100% BN sử dụng lợi tiểu và UCMC, 33% BN sử dụng UCTT-A, 46,25% BN sử dụng UCKCa và 19,5% BN sử dụng UC-Beta. 50,5% BN dùng 1 loại thuốc HA, 22% BN dùng 2 thuốc HA, 20,5% BN dùng 3 thuốc và 7% BN dùng hơn 3 loại thuốc HA. Sau 24 tháng ĐT có 91,75% BNTHA đạt HAMT và 8,25% BNTHA không đạt HAMT. TNC-TB đạt 97,32% HAMT, TNC-C đạt 95,91% và TNC-RC đạt 73,03% HAMT. THA độ 1 đạt 88,48% HAMT, THA độ 2 đạt 92,85% HAMT và THA độ 3 đạt 71,08%. Không có thay đổi bất lợi về các chỉ số xét nghiệm và không có trường hợp nào ghi nhận có tác dụng phụ của thuốc. 2. Kết quả quản lý bệnh nhân: Có 89% BN không khám bệnh 1 tháng, 5,25% không khám 2 tháng, 4,25% BN không khám 3 tháng và có 1,5% BN không khám bệnh 4 tháng. Có 93,5% bỏ uống thuốc 1 tháng, 3,25% BN bỏ uống thuốc 2 tháng, 4,25% BN bỏ uống thuốc 3 tháng và không có BN nào bỏ uống thuốc từ 4 tháng trở lên. Có 47% BNTHA nhập viện điều trị nội trú < 5 lần, 44,5% BNTHA nhập viện ĐT nội trú từ 5-10 lần. Có 32,75% BN nhập viện điều trị vì lý do liên quan đến THA. Có tổng số 11.592 lần liên lạc trực tiếp bằng điện thoại để tư vấn, nhắc nhở BN uống thuốc và tái khám trong suốt 24 tháng quản lý BN. Có 0,5% bệnh nhân bị TBMMN trong suốt thời gian 24 tháng điều trị quản lý. **Kết luận:** Điều trị theo phát đồ và quản lý bệnh nhân bằng trực tiếp điện thoại nhắc nhở uống thuốc tái khám là phương pháp đem lại kết quả tốt nhất của đạt huyết áp mục tiêu và giảm biến chứng TBMMN cho bệnh nhân tăng huyết áp.

Từ khóa: Huyết áp mục tiêu; tăng nguy cơ; điều trị; quản lý; độ huyết áp; điện thoại.

Abstract

ASSESSING THE OUTCOMES OF TREATMENT AND MANAGEMENT OF 400 HYPERTENSIVE PATIENTS IN BONG SON GENERAL HOSPITAL BINH DINH PROVINCE

Phan Long Nhon¹, Huynh Van Minh², Hoang Thi Kim Nhung³, Truong Van Nham³

(1) PhD student of Hue University of Medicine and Pharmacy – Hue University

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy

(3) Bong Son- Binh Dinh General Hospital

Objective: To evaluate the results of treatment of hypertensive patients. **Subjects and methods:** A study of 400 hypertensive patients. The results of BP target, the use of medicines, the situation

- Địa chỉ liên hệ: Phan Long Nhon, email: phanlongnhon@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2016.1.4

- Ngày nhận bài: 6/11/2015 *Ngày đồng ý đăng: 26/11/2015 * Ngày xuất bản: 7/3/2016

of hospitalization and complications of stroke were assessed. **Results:** (1) Treatment: 100% of patients used diuretics and angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs), 33% of patients used angiotensin receptor blockers (ARBs), 46.25% of patients used calcium channel blockers (CCBs) and 19.5% of patients used beta-blocker. After 24 months of treatment: 50.5% of patients used 1 antihypertensive drug, 22% of patients used 2 drugs, 20.5% of patients used 3 drugs and 7% of patients took more than 3 drugs. After 24 months of treatment: 91.75% achieved BP target and 8.25% failed. Average risk stratification: 97.32% achieved BP target, high risk stratification: 95.91% and very high risk stratification: 73.03%. After 24 months of treatment. Stage 1: 88.48% achieved BP target, stage 2: 92.85% achieved BP target and stage 3: 71.08% achieved BP target. After 24 months of treatment. No adverse change in the index of tests about lipidemia, liver, kidney, glucomia and no recorded cases of drug side effects. (2) Management of patients: 89% patients did not have medical examination in 1 month, 5.25% patients did not have medical examination in 2 months, 4.25% patients did not have medical examination in 3 months and 1.5% patients did not have medical examination in 4 months. 93.5% dropped 1 month, 3.25% dropped 2 months, 4.25% dropped 3 months and no patient dropped over 3 months. In 24 months follow-up, 47% hospitalized < 5 times, 44.5% hospitalized 5-10 times. 32.75% hospitalized for reasons of hypertension. There were a total of 11592 contacted directly by phone for medical advice, medical reminders and examinational reminders during 24 months of management. 0.5% of patients had stroke during 24 months of treatment and management. **Conclusion:** Treatment by protocol and management by phone directly for medical taking and re-examinational reminders is the best method of achieving blood pressure target and reducing complications of stroke for hypertensive patients.

Key word: Blood pressure target, risk stratification, treatment, management, stage, phone.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay chúng ta đang sống trong kỷ nguyên của bệnh tim mạch mà tăng huyết áp (THA) là bệnh phổ biến nhất, tần suất bệnh ngày càng tăng trên thế giới và Việt Nam. Thế giới tỷ lệ THA 10-30% đối với người trên 18 tuổi. Việt Nam trong những năm 1960, tỷ lệ THA chỉ khoảng 1%. Đến năm 1993, theo điều tra dịch tễ học THA phạm vi toàn quốc của Trần Đỗ Trinh và cộng sự, tỷ lệ này lên đến 11,2%, năm 2001 là 16,3% và năm 2005 là 18,3%. Năm 2008, nghiên cứu của Viện Tim mạch Việt Nam tiến hành ở người lớn tại 8 tỉnh và thành phố thì tỷ lệ THA này đã lên đến 25,1%.

THA đã chính thức mệnh danh là “kẻ giết người thầm lặng” vì những biến chứng lặng lẽ, âm thầm như suy tim, suy thận và đặc biệt là tai biến mạch máu não (TBMMN), một bệnh có tỷ lệ tử vong cao, di chứng nặng nề, tiêu tốn kinh tế nhiều cho gia đình và xã hội. Hiện nay y học đã khẳng định THA là yếu tố nguy cơ hàng đầu của TBMMN, khống chế và giảm tỷ lệ THA sẽ làm giảm được tỷ lệ TBMMN.

Tại Việt Nam, năm 2010 đã có chương trình

mục tiêu Quốc gia về phòng chống THA, đây là sự quan tâm đầu tư rất lớn của nhà nước và là quyền lợi thiết thực của người dân. Mục tiêu hàng đầu của chương trình là ngăn ngừa khống chế bệnh THA để giảm tỷ lệ các bệnh lý do THA gây ra trong đó có TBMMN. Đã có nhiều hình thức tuyên truyền dành cho người THA nhằm nâng ý thức cho người bệnh để biết những yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM), biết cách dự phòng và ngăn ngừa biến chứng, tuy nhiên hiệu quả vẫn còn rất hạn chế. Một số bệnh viện và trung tâm tim mạch lớn cũng có những chương trình riêng để điều trị, giáo dục và quản lý người bệnh THA cũng với mục tiêu khống chế bệnh THA để làm giảm tỉ lệ biến chứng tim mạch nhưng cũng chưa có biện pháp nào thật sự là tốt nhất.

Hiện tại ở Bình Định nói chung và địa bàn Bắc Bình Định nói riêng, tỷ lệ THA cũng rất cao, thực tế chưa có một mô hình thống nhất và đồng bộ để áp dụng trong điều trị, quản lý tích cực cho bệnh nhân tăng huyết áp (BNTHA). Nhằm góp phần nghiên cứu lựa chọn một phương pháp phù hợp, có tính chất tích cực hơn trong công tác điều trị,

quản lý BNTHA để giảm tỷ lệ THA, giảm biến chứng TBMMN tại tỉnh nhà và địa bàn đang công tác, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Đánh giá kết quả điều trị quản lý 400 bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện ĐKKV Bồng Sơn Bình Định*”. Với 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả đạt huyết áp mục tiêu sau 2 năm điều trị.*

2. *Đánh giá kết quả 2 năm quản lý bệnh nhân tăng huyết áp.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chọn BN ≥ 40 tuổi được chẩn đoán THA, ĐT nội, ngoại trú tại Đơn vị tăng huyết áp BV ĐKKV Bồng Sơn. Thời gian 2 năm từ 2012 đến 2014. Cỡ mẫu nghiên cứu 400 bệnh nhân cả nam và nữ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có can thiệp điều trị và theo dõi.

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Theo phương pháp thuận tiện.

2.4. Tiêu chuẩn chọn đối tượng

BNTHA nguyên phát ≥ 40 tuổi. Loại trừ BNTHA thứ phát, THA cấp cứu, THA khẩn cấp, BNTHA đang có thai, THA kháng trị, BNTHA nhưng đang bị suy gan, thận, suy tim nặng, nhồi máu cơ tim cấp, TBMMN giai đoạn cấp.

2.5. Các bước tiến hành

Chọn 400 BNTHA tại đơn vị THA của bệnh viện và tiến hành sàng lọc theo các tiêu chuẩn chọn mẫu đã đề ra. Khám lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) để đánh giá yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM).

- Phân tầng nguy cơ tim mạch (TNCTM): Bệnh nhân (BN) sau khi đã được thăm khám LS và CLS, đánh giá các YTNCTM, đánh giá tổn thương cơ quan đích và các bệnh phối hợp, sẽ được xếp vào các TNCTM: thấp, trung bình, cao và rất cao theo bảng TNCTM ở BNTHA.

- Điều trị: Sau khi đã phân TNCTM cho từng BNTHA, tiến hành điều trị (ĐT) theo phát đồ qui

định bao gồm dùng thuốc và thay đổi lối sống. Những BNTHA độ 3 có phân

TNCTM rất cao cho nhập viện ĐT nội trú 1-2 tuần đầu.

- Quản lý theo dõi ĐT bệnh nhân: Đồng thời với điều trị, tiến hành quản lý, theo dõi BN trong suốt thời gian nghiên cứu. Đánh giá kết quả ĐT và quản lý sau 2 năm theo dõi BN.

2.6. Các phương pháp đánh giá

Đánh giá THA, YTNCTM, phân TNCTM, Huyết áp mục tiêu (HAMT) theo chương trình THA Quốc gia của Bộ Y tế Việt Nam và Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam 2010 [1]. Đánh giá béo phì dựa vào BMI theo WHO 2000 dành cho người Châu Á – Thái Bình Dương, béo BMI ≥ 25 . Đánh giá ĐTĐ theo ADA 2013, HCCH theo NCEP ATP III. Đánh giá hút thuốc lá theo tiêu chuẩn WHO (đơn vị gói/năm).

- Đánh giá số lần điện thoại liên lạc tư vấn nhắc nhở BN uống thuốc và tái khám: Dựa vào số lần điện thoại liên lạc với từng đối tượng THA độ 1,2 và THA độ 3.

2.7. Xử lý số liệu: Dựa phần mềm Epi info 7.0 và Excell 2003.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu có 400 BNTHA, 150 nam, 250 nữ, tuổi trung bình $66,9 \pm 12,2$. Tuổi thấp nhất 40, tuổi cao nhất 95. Có kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nhóm 70-79 tuổi (32,25%), nhóm 60-69 tuổi (21,25%) nhóm tuổi 50-59 (19,75%) và nhóm tuổi 80-89 (15,25%). Nữ chiếm 62,5% và nam chiếm 37,5%. THA độ 1 (47,75%) THA độ 2 (31,50%) THA độ 3 (20,75%). Có tổng số 822 tần suất YTNCTM của 400 BNTHA, 34,75% BNTHA có 1 YTNC, 35% BNTHA có 2 YTNC, 22,75% BNTHA có 3 YTNC, 5% BNTHA có 4 YTNC và có 2,5% BNTHA có 5 YTNC. Tầng thấp 0%, tầng nguy cơ trung bình (TNC-TB) 65,5%, tầng nguy cơ cao (TNC-C) 12,25% và tầng nguy cơ rất cao (TNC-RC) chiếm 22,25%.

3.2. Kết quả về điều trị

3.2.1. Kết quả đạt huyết áp mục tiêu (HAMT)

3.2.1.1. Kết quả sử dụng thuốc điều trị

100% BN sử dụng thuốc lợi tiểu và UCMC, 33% dùng UCTT-A, 46,25% BN dùng UCKCa và 19,5% dùng UC-Beta.

3.2.1.2. Kết quả phối hợp thuốc điều trị HA (tần suất sử dụng nhiều nhất)

50,5% dùng 1 thuốc, 22% dùng 2 thuốc, 20,5% dùng 3 thuốc và 7% dùng hơn 3 loại thuốc điều trị HA.

3.2.1.3. Kết quả đạt huyết áp mục tiêu (HAMT) theo thời gian điều trị (ĐT)

Bảng 1. Kết quả đạt huyết áp mục tiêu (HAMT) theo thời gian điều trị (ĐT)

	HAMT (+)		HAMT(-)		TỔNG n(%)	p
	n	(%)	n	(%)		
M1 (1)	111	27,75	289	72,25	400	p(1)(2) >0,05
M6 (2)	147	36,75	253	63,25	400	
M12 (3)	309	77,25	91	22,75	400	p(2)(3)<0,001
M18	334	83,50	66	16,50	400	
M 24	367	91,75%	33	8,25%	400	

Nhận xét: Sau 24 tháng, đạt HAMT là 91,75%.

3.2.1.4. Kết quả đạt HAMT theo các tầng NCTM

TNC-TB đạt 97,32% HAMT, TNC-C đạt 95,91% HAMT, TNC-RC đạt 73,03% HAMT.

3.2.1.5. Kết quả đạt HAMT theo độ THA

THA độ 1 đạt HAMT 88,48%, THA độ 2 đạt 92,85% và THA độ 3 đạt 71,08%.

3.2.1.6. Kết quả CLS trước và sau ĐT

Bảng 2. Kết quả CLS trước và sau ĐT

	GLUCO	URE	CRE	CT	TG	HDL-C	LDL-C
M0	5,4±2,3	5,1±1,2	69,9±20,4	4,6±0,9	1,5±0,9	1,1±0,3	2,7±0,7
M12	5,3±1,1	4,8±0,9	68,4±18,8	4,5±0,7	1,4±0,5	1,1±0,4	3,0±0,6
M24	5,5±1,1	4,8±0,9	71,6±14,5	4,8±0,7	1,4±0,5	1,2±0,3	3,1±0,5
p	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001

Nhận xét: Sau tháng thứ 24, glucose huyết trung bình là 5,5±1,1mmol/lit.

3.3. Kết quả về quản lý bệnh nhân

3.3.1. Kết quả về khám bệnh và bỏ khám bệnh của bệnh nhân

Bảng 3. Kết quả về khám bệnh và bỏ khám bệnh của bệnh nhân

BN \ Thời gian	Ko khám bệnh	Tỉ lệ %	P (1)(2)(3)
1 tháng (1)	356	89%	<0,001
2 tháng (2)	21	5,25%	
3 tháng (3)	17	4,25%	
4 tháng	06	1,5%	
TỔNG	400	100%	

Nhận xét: Có 89% người bỏ khám bệnh 1 tháng, bỏ khám bệnh 2 tháng 5,25%.

3.3.2. Kết quả về uống thuốc và bỏ uống thuốc của bệnh nhân

Bảng 4. Kết quả về uống thuốc và bỏ uống thuốc của bệnh nhân

BN Thời gian	Bỏ uống thuốc n	Tỉ lệ %	P (1)(2)(3)
1 tháng (1)	374	93,5%	<0,01
2 tháng (2)	13	3,25%	
3 tháng (3)	11	2,75%	
4 tháng	2	0,5%	
TỔNG	400	100%	

Nhận xét: 93,5% bỏ uống thuốc 1 tháng trong suốt 24 tháng điều trị.

3.3.3. Kết quả về nhập viện ĐT nội trú

Có 47% BN nhập viện ĐT nội trú <5 lần, 44,5% nhập viện ĐT nội trú 5-10 lần, 44,5% nhập viện ĐT nội trú 5-10 lần, 3% nhập viện ĐT nội trú 11-15 lần, 4,75% nhập viện ĐT nội trú 10-20 lần, 0,75% nhập viện ĐT > 20 lần.

3.3.4. Nguyên nhân nhập viện ĐT nội trú

Bảng 5. Nguyên nhân nhập viện ĐT nội trú

Số lần NN	<5 lần n (%)	5-10 lần n (%)	11-15lần n (%)	16-20lần n (%)	>20 lần n (%)	Tổng n (%)
TBMM	0	0	0	1	1	2
NMCT	0	0	1	2	1	4
THA (1)	62 (32,97)	59 (33,14)	4 (33,33)	6 (31,5)	0	131(32,75)
Hạ HA	0	7	1	0	0	8
Khác (2)	126(67,02)	112(68,53)	6 (50)	10 (52,63)	1 (33,33)	255(63,75)
Tổng BN	188	178	12	19	3	
Tổng lần	564	1424	156	342	69	2555 lần

Nhận xét: Có 32,75% nhập viện do nguyên nhân huyết áp và 63,75% do nguyên nhân các bệnh lý khác.

3.3.5. Kết quả số lần liên lạc, tư vấn bệnh nhân qua điện thoại

Bảng 6. Kết quả số lần liên lạc, tư vấn bệnh nhân qua điện thoại

Số BN Số lần liên lạc	Số BNTHA (độ 1, 2 và 3)	Tổng số lần liên lạc (%)	P (1)(2)(3)
24 lần (1)	191	4584 (39,54%)	>0,05
24 lần (2)	126	3024 (26,08%)	
48 lần (3)	83	3984 (34,36%)	
TỔNG	400	11592 (100%)	

Nhận xét: 11592 lần điện thoại liên lạc trực tiếp với bệnh nhân để tư vấn, nhắc nhở uống thuốc và tái khám định kỳ.

3.3.6. Kết quả bị TBMMN

Bảng 7. Kết quả bị TBMMN

Số bệnh nhân	n	Tỉ lệ %	p
TBMMN (+)	2	0,5	P<0,001
TBMMN (-)	398	99,5	
TỔNG	400	100%	

Nhận xét: Có 0,5% bệnh nhân THA bị tai biến mạch máu não.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

- Phân bố về tuổi THA chủ yếu là từ 70-79 tuổi (32,25%), tiếp đến là nhóm 60-69 tuổi (21,25%) và thấp hơn là nhóm tuổi 50-59 (19,75%) và nhóm tuổi 80-89 (15,25%) có sự khác biệt. Nữ chiếm 62,5% cao hơn nam chiếm 37,5% có khác biệt, THA độ 1 (47,75%) nhiều nhất đến THA độ 2 (31,50%) và thấp nhất THA độ 3 (20,75%), có sự khác biệt.

- Về YTNCTM, kết quả nghiên cứu cho thấy yếu tố nguy cơ (YTNC) về HA chiếm 25,42%, tuổi chiếm 33,21%, rối loạn lipid máu (RLLPM) chiếm 28,47%. Như vậy, YTNC về HA chiếm 25,42%, là một trong 2 nhóm YTNC chiếm tỷ lệ cao nhất trong 8 nhóm YTNCTM của 400 BNTHA chúng tôi nghiên cứu và có khác biệt đối với các nhóm YTNC khác ($p < 0,001$). Yếu tố tăng cholesterone hoặc tăng LDL-C hoặc giảm HDL-C chiếm 28,47% (rối loạn lipid máu), là nhóm YTNC chiếm tỷ lệ cao nhất, khác biệt với các nhóm nguy cơ khác. Về tăng NCTM, qua nghiên cứu cho thấy không có tăng thấp, TNC-TB 65,50%, TNC-C 12,25% và TNC-RC 22,25%. Ở đây cho thấy TNC-TB chiếm đa số và khác biệt với tăng cao và tăng rất cao có ý nghĩa $p < 0,001$. Kết quả này cũng phù hợp với một nghiên cứu trước đây của chúng tôi về đối tượng tăng huyết áp cùng địa bàn [7].

4.2. Kết quả về điều trị

4.2.1. Kết quả đạt huyết áp mục tiêu (HAMT)

4.2.1.1. Kết quả sử dụng thuốc điều trị

Kết quả về tình sử dụng thuốc điều trị của BN, cho thấy thuốc lợi tiểu và UCMC (chủ yếu là enalapril) là 2 thuốc có 100% BN sử dụng một hoặc nhiều tháng. Điều này là phù hợp vì đa phần BN nghiên cứu của chúng tôi đều là đối tượng bảo hiểm y tế nên được cấp thuốc theo danh mục. Có

33% BN đều có sử dụng một hoặc nhiều tháng thuốc UCTT-A, 46,25% BN đều có sử dụng một hoặc nhiều tháng thuốc UCKCa và có 19,5% BN đều có sử dụng một hoặc nhiều tháng thuốc UC-Beta. Riêng với thuốc UC-Beta là thuốc được dùng phối hợp cho những bệnh nhân có di chứng của nhồi máu cơ tim. Kết quả nghiên cứu này cũng giống với kết quả điều trị THA ngoại trú tại Huế. Kết quả nghiên cứu tại địa bàn này cho thấy UCMC có tỷ lệ sử dụng nhiều nhất 51,41% và UCTT-A cũng được sử dụng tới 33,19%, ngang với địa bàn chúng tôi đã sử dụng (33%). Một nghiên cứu khảo sát điều trị THA tại phòng khám cấp cứu Trung Vương của Nguyễn Thị Thu Vân và cs, cho kết quả số thuốc sử dụng cho BNTHA nhiều nhất vẫn là UCMC 32,1% [9]. Như vậy dù nơi nào thì hiện tại thuốc UCMC vẫn đang là thuốc có tỉ lệ sử dụng nhiều nhất, cho dù UCTT-A có nhiều ưu thế hơn.

4.2.1.2. Kết quả phối hợp thuốc điều trị HA

Kết quả phối hợp thuốc điều trị HA (tần suất sử dụng nhiều nhất) cho thấy 50,5% BN có tần suất dùng nhiều nhất 1 loại thuốc, 22% BN dùng 2 loại, 20,5% BN dùng cao nhất 3 và 7% BN có tần suất dùng cao nhất hơn 3 loại thuốc HA trong suốt thời gian điều trị 24 tháng. Điều này cũng phù hợp vì trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi BNTHA chủ yếu là độ 1 (47,75%) và được chỉ định 1 loại thuốc và chủ yếu là UCMC. Một nghiên cứu tại Hà Nam cho kết quả dùng 1 loại thuốc chiếm 18,1%, dùng 2 loại thuốc 44,3%, phối hợp 3 thuốc 28,9% và phối hợp 4 loại thuốc 8,8% [8]. Và một nghiên cứu điều trị BNTHA ngoại trú tại Huế cho thấy tỷ lệ 32,74% cho 1 loại thuốc, 46,96% cho 2 loại thuốc, 13,56% cho 3 loại thuốc và 4,74% cho phối hợp 4 loại thuốc [4]. Điều này do mẫu nghiên cứu tại Hà Nam và Huế có đối tượng THA độ 2 và độ 3 là chủ yếu.

4.2.1.3. Kết quả đạt huyết áp mục tiêu (HAMT) theo thời gian ĐT

Kết quả đạt huyết áp mục tiêu (HAMT) là: đạt 27,7% HAMT tháng thứ nhất, 36,7% HAMT tháng thứ 6, đạt 77,25% HAMT tháng thứ 12, đạt 83,5% HAMT ở tháng thứ 18 và sau đợt ĐT 24 tháng 91,75% BNTHA đạt HAMT, 8,25% BNTHA không đạt HAMT. Đây là một kết quả rất tốt, khẳng định hiệu quả của ĐT và quản lý BN. Nguyễn Trung Anh tại Viện Lão khoa Trung ương, theo dõi định kỳ hàng tháng cho thấy 80,7% BN được kiểm soát HA tốt, 16,7% BN kiểm soát ở mức trung bình và tỷ lệ BN chưa kiểm soát được HA là thấp 1,7% [2]. Chương trình đã ghi nhận việc hẹn thăm khám định kỳ giúp kiểm soát HA ổn định hơn, tâm lý bệnh nhân thoải mái hơn. Một nghiên cứu khác của Nguyễn Tá Đông tại Huế cho kết quả đạt HAMT chung là 90,81% [4], tương đương với tỉ lệ đạt HAMT sau 24 tháng ĐT quản lý của nhóm BN chúng tôi nghiên cứu 91,75%.

Để đạt được HAMT chắc chắn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: Độ tăng HA, số YTNCTM, Phân tầng NCTM, tổn thương cơ quan đích và thuốc sử dụng. HA càng cao, nhiều YTNC, phân tầng NCTM càng cao thì càng khó điều trị đạt HAMT. Trong nghiên cứu tại Huế này cho thấy BNTHA khi chưa có tổn thương cơ quan đích đều cần ≥ 2 loại thuốc phối hợp để đạt được HA mục tiêu chiếm 19-47%. Nhưng khi có tổn thương cơ quan đích cần ≥ 03 loại thuốc để đạt HAMT chiếm 78- 93%. Một nghiên cứu nước ngoài, Kaplan – 2007, cho kết quả tỷ lệ BNTHA cần ≥ 03 loại thuốc để đạt HAMT chiếm 27.3%, nhưng trong số đó tỷ lệ đạt HA mục tiêu cũng chỉ đạt 66%. Và trong một nghiên cứu lớn, đa trung tâm ALLHAT (Antihypertensive and Lipid – Lowering Treatment) trên 42.448 bệnh nhân, trong thời gian 05 năm, các tác giả thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân phải sử dụng ≥ 03 loại thuốc để đạt huyết áp mục tiêu chiếm 30% [11]. Trong nghiên cứu LIFE mặc dù đã điều trị tích cực nhưng vẫn còn 40 -50 % bệnh nhân chưa đạt HAMT. Trong nghiên cứu RIAT (Reasons for not intensifying antihypertensive treatment) trên 2.621 BNTHA. Người ta thấy rằng tỷ lệ BN cần phối hợp ≥ 02 loại thuốc để đạt HAMT chiếm 31%; ≥ 03 loại thuốc chiếm 12%; nhiều loại

3%. Cũng trong nghiên cứu này các tác giả thấy rằng tỷ lệ BN không đạt HAMT chiếm khá cao 26 – 31% so với HAMT đạt ra trước nghiên cứu. Trong nghiên cứu tại Huế, tỷ lệ BNTHA không đạt HAMT chỉ là 9,19% [4], nghiên cứu chúng tôi sau 24 tháng không đạt HAMT là 8,25%. Như vậy 2 nghiên cứu trong nước này đều có tỉ lệ HAMT tốt hơn, điều này có lẽ vì chúng tôi chọn mẫu nghiên cứu là BN điều trị ngoại trú chủ yếu, nên tỉ lệ BN nặng và kháng trị đã giảm hơn so với các nghiên cứu khác. Người ta nhận thấy rằng tỷ lệ BNTHA kháng trị là khoảng 5% (Kaplan – 2007), Theo sandra J -2000 thì tỷ lệ kháng trị ở các phòng khám y khoa là $<1\%$. Ngoài ra, còn có lý do làm cho việc điều trị THA khó đạt HAMT là việc tuân thủ ĐT của BN. ĐT thường xuyên sẽ giúp BN dễ đạt HAMT hơn ĐT không thường xuyên. Với mẫu nghiên cứu của chúng tôi ngoài việc khám bệnh thường xuyên, uống thuốc hàng tháng, BNTHA của chúng tôi quản lý còn được gọi điện thoại đều đặn để tư vấn, nhắc nhở kiểm soát việc uống thuốc, chính điều này đã làm cho tỷ lệ đạt HAMT cao hơn các nghiên cứu khác.

4.2.1.4. Kết quả đạt HAMT theo các tầng NCTM

Kết quả đạt HAMT theo các tầng NCTM là: TNC-TB đạt 97,32% HAMT, TNC-C đạt 95,91% HAMT và TNC-RC đạt 73,03% HAMT sau 24 tháng ĐT. Kết quả này cho thấy đạt HAMT của TNC-TB và TNC-C là ngang nhau không khác biệt, và kết quả đạt HAMT của TNC-RC là thấp hơn so với 2 tầng NC-TB và NC-C và có khác biệt $p<0,05$. Kết quả này cũng phù hợp nghiên cứu của Nguyễn Tá Đông tại Huế, cho kết quả đạt HAMT của TNC-C chỉ 52,78% so với TNC-TB đạt 74,06% [4]. Nghiên cứu này cho thấy TNC-C đạt HAMT thấp hơn TNC-TB.

4.2.1.5. Kết quả đạt HAMT theo độ THA

THA độ 1 đạt 88,48% HAMT, THA độ 2 đạt 92,85% HAMT và THA độ 3 đạt 71,08% HAMT sau 24 tháng điều trị. Tỷ lệ đạt HAMT ở nhóm BNTHA độ 1 cao nhất, và không đạt HAMT thường gặp ở nhóm BNTHA độ 3.

4.2.1.6. Kết quả CLS trước và sau ĐT

Kết quả CLS trước và sau ĐT cho thấy các thành tố glucose, ure, cholesterone, triglycerit,

HDL-C không có thay đổi đáng kể. Riêng 2 thành tố creatin và LDL-C có tăng hơn sau điều trị, creatinin từ $69,9 \pm 20,4$ micromol/lít tăng lên $71,6 \pm 14,5$ micromol/lít nhưng không có khác biệt ($p > 0,05$) và vẫn nằm trong giới hạn bình thường. Với LDL-C cũng tương tự tăng nhẹ từ $2,7 \pm 0,7$ mmol/lít lên $3,1 \pm 0,5$ mmol/lít cũng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) và lượng LDL-C này vẫn còn trong giới hạn bình thường $< 3,4$ mmol/lít. Kết quả này cũng cho thấy sự an toàn của các thuốc hạ HA đang sử dụng, mà trong đó chủ yếu là nhóm thuốc UCMC và đa phần là enalapril. Như vậy, sau 24 tháng ĐT, không có sự thay đổi bất lợi về xét nghiệm.

4.3. Kết quả về quản lý bệnh nhân

4.3.1. Kết quả về khám bệnh và bỏ khám bệnh

Kết quả về khám bệnh và bỏ khám bệnh cho thấy: 89% BN không khám bệnh 1 tháng, 5,25% BN không khám bệnh 2 tháng, 4,25% BN không khám bệnh 3 tháng và có 1,5% BN không khám bệnh 4 tháng. Kết quả về uống thuốc và bỏ uống thuốc cho thấy: Có 93,5% bỏ uống thuốc 1 tháng, có 3,25% BN bỏ uống thuốc 2 tháng, có 2,75% BN bỏ uống thuốc 3 tháng và có 0,5% BN bỏ uống thuốc 4 tháng. Như vậy BNTHA chúng tôi ĐT và quản lý việc bỏ khám bệnh hoặc bỏ uống thuốc 2,3 lần trở lên trong suốt 24 tháng điều trị là rất thấp $< 10\%$. Chủ yếu BN bỏ khám bệnh hoặc bỏ uống thuốc 1 lần trong suốt quá trình theo dõi quản lý 24 tháng. Và đồng nghĩa với việc đạt kết quả ĐT thường xuyên là 89-93,5% (bỏ 1 tháng trong 24 tháng). Đây cũng là một kết quả tốt. Thêm vào đó trong số BN nghiên cứu của chúng tôi mặc dù bỏ không khám bệnh do nhiều lý do và thường gặp nhất là công việc vào mùa đồng áng nhưng BN không bỏ uống thuốc mà tự túc mua thuốc uống theo đơn trước đó đã cho. Điều này thể hiện vì sao có 374 BN bỏ khám bệnh 01 tháng nhưng chỉ có 356 BN bỏ uống thuốc 01 tháng. Đây cũng là một ý thức tốt của BNTHA tại địa bàn chúng tôi quản lý và một mặt nhờ vào sự điện thoại liên lạc nhắc nhở uống thuốc thường xuyên của cán bộ làm chương trình.

4.3.2. Kết quả về uống thuốc và bỏ uống thuốc

Có 93,5% bỏ uống thuốc 1 tháng, có 3,25% BN bỏ uống thuốc 2 tháng, có 2,75% BN bỏ uống thuốc

3 tháng và có 0,5% BN bỏ uống thuốc 4 tháng.

4.3.3. Kết quả về nhập viện ĐT nội trú

Kết quả về nhập viện ĐT nội trú cho thấy: Trong 24 tháng theo dõi có 47 % BNTHA nhập viện ĐT nội trú < 5 lần, có 44,5% BNTHA nhập viện ĐT nội trú từ 5-10 lần, có 3% BNTHA nhập viện ĐT nội trú từ 11-15 lần, có 4,75% BNTHA nhập viện ĐT nội trú từ 16-20 lần và có 0,75% BNTHA nhập viện ĐT nội trú > 20 lần. Kết quả này cũng phù hợp vì bệnh nhân địa bàn chúng tôi nghiên cứu đa phần là người nông thôn, thường thì sau những đợt làm mùa rảnh rỗi hơn lại quan tâm đến bệnh và thường nhập viện nội trú để trị bệnh và kiểm tra lại sức khỏe của mình để chuẩn bị cho mùa kế tiếp. Kèm theo đối tượng của mẫu nghiên cứu chúng tôi một số là cán bộ hưu trí, nên vẫn thường nhập viện để điều trị, kiểm tra sức khỏe đầy đủ hơn.

4.3.4. Nguyên nhân nhập viện ĐT nội trú

Kết quả nguyên nhân nhập viện ĐT nội trú cho thấy: Có 32,75% BN nhập viện nội trú vì lý do liên quan đến bệnh THA và có 63,75% BN nhập viện điều trị nội trú vì các bệnh lý chung khác. Như vậy kết quả này cho thấy tình hình BN nhập viện để điều trị trong mẫu BN nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là do các bệnh lý khác, còn nguyên nhân do bệnh THA thì thấp hơn nhiều và khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Tỷ lệ nhập viện ĐT do HA trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu tại Huế [3],[4]. Nghiên cứu của Nguyễn Tá Đông tại Huế cho kết quả tỷ lệ tái nhập viện là 6,37% trong đó chủ yếu là do HA không đạt mục tiêu chiếm 74,42% và các nguyên nhân khác 25,57%. Một số nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ tái nhập viện thấp hơn nghiên cứu chúng tôi như:

Trong nghiên cứu tại Hà Nam cho kết quả nhập viện chiếm 5,7% trong đó TBMMN 2,2%, NMCT 0,5%, hen tim-phù phổi cấp 0,8%, hạ HA tư thế 0,3% và các bệnh lý khác 2% [8]. Nghiên cứu tại khoa Nội tim – Lão học Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh có kết quả tái nhập viện là 41,7% [5].

Trong nghiên cứu chúng tôi mặc dù tỷ lệ tái nhập viện do có liên quan đến THA chiếm 32,75%, có cao hơn những nơi khác nhưng điều này cũng phù hợp vì trong nghiên cứu chúng tôi trước tiên

là thời gian kéo dài tới 24 tháng. Thời gian kéo dài BN cũng có tâm lý muốn nhập viện để kiểm tra sức khỏe toàn diện hơn trong khi bản thân bị THA, chưa kể còn tâm lý bị những bệnh lý liên quan khác. Điều thứ hai đây là một địa bàn nông thôn nông nghiệp, phụ thuộc rất nhiều vào mùa màng thời vụ. Thường sau đợt mùa màng vất vả người lao động thường có thói quen nhập viện ĐT bệnh đang có của mình và kết hợp kiểm tra sức khỏe tổng thể nhằm chuẩn bị cho một mùa tới. Cũng chính vì đặc điểm này mà mẫu nghiên cứu chúng tôi cũng có tỷ lệ bỏ khám bệnh cao hơn cũng là vì liên quan đến mùa và thời vụ.

4.3.5. Kết quả số lần liên lạc, tư vấn bệnh nhân qua điện thoại

Kết quả số lần liên lạc, tư vấn bệnh nhân qua điện thoại cho thấy: Có tổng số 11.592 lần liên lạc, tư vấn, nhắc nhở BN uống thuốc và tái khám trong suốt 24 tháng quản lý BN. Trong đó mỗi một bệnh nhân THA độ 1 và độ 2, người phụ trách theo dõi BN phải trực tiếp gọi BN hay người nhà BN để hỏi thăm, nhắc nhở uống thuốc và nhắc tái khám định kỳ 1 lần cho một tháng. Tần suất liên lạc chiếm 39,54% ở BN THA độ 1 và chiếm 26,06% ở BN THA độ 2. Và với BN tăng huyết áp độ 3, mỗi một BN phải gọi trực tiếp 2 lần chiếm 34,36% tổng số lần liên lạc theo qui định. Không có sự khác biệt về tần suất liên lạc giữa các độ THA ($p < 0,05$). Liên lạc trực tiếp BN hoặc người nhà BN thông qua phương tiện điện thoại cũng là một mô hình quản lý mới nhờ vào sự tiến bộ của nền kinh tế nước nhà và sự tiến bộ của công nghệ. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng chưa có điều kiện và cũng chưa chuẩn bị trước để có thể tổng kết một cách cụ thể sự hao tốn về thời gian và tiền bạc vì không nằm trong yêu cầu nghiên cứu. Nhưng chắc chắn một điều được khẳng định qua kết quả nghiên cứu này là: Việc trực tiếp nhắc nhở bệnh nhân đều đặn, định kỳ hàng tháng 1-2- 3 lần (qui định theo mức độ THA) về uống thuốc, về khám bệnh cũng như một số tư vấn dẫn dò khác đã góp phần rất lớn trong thành công ĐT. Điều này cũng được khẳng định qua kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Anh tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương “Chương trình đã ghi nhận việc hẹn thăm khám định kỳ giúp kiểm soát HA ổn định

hơn, tâm lý BN thoải mái hơn. Hơn nữa chương trình còn giúp nâng cao năng lực chuyên môn và quản lý của cán bộ làm chương trình”. Rõ ràng phương thức điện thoại dẫn dò, nhắc nhở hay hẹn khám định kỳ, đã thật sự là những cách tiếp cận đúng giúp cho công tác quản lý điều trị BNTHA đạt kết quả hơn.

4.3.6. Kết quả bị TBMMN

Kết quả bị TBMMN cho thấy có 2 BN bị TBMMN chiếm 0,5%. Đây là một tỷ lệ thấp so với nhiều nghiên cứu khác. Tại Huế tỷ lệ TBMMN 1,93%. Tại Hà Nam nghiên cứu của Lê Anh Phong, Lê Quang Minh TBMMN chiếm tỉ lệ 2,2% [8]. Điều này cũng phù hợp vì trong mẫu nghiên cứu chúng tôi có tỷ lệ THA độ 1 nhiều hơn THA độ 2 và 3, và TNCTM chủ yếu tăng trung bình. Trong khi mẫu nghiên cứu của các tác giả trên THA chủ yếu độ 2 và 3. THA là nguyên nhân chủ yếu gây TBMMN. Có khoảng 50% trường hợp TBMMN là do THA. HA càng tăng thì nguy cơ TBMMN càng cao. Chính vì vậy mà điều trị làm giảm HA và ĐT lâu dài là biện pháp hữu hiệu nhất để phòng ngừa TBMMN.

5. KẾT LUẬN

Qua 24 tháng ĐT và quản lý 400 BNTHA. Chúng tôi có kết luận sau:

5.1. Điều trị

100% BN sử dụng lợi tiểu và UCMC, 33% BN dùng UCTT-A, 46,25% BN sử dụng UCKCa và 19,5% BN sử dụng UCBeta. 50,5% BN dùng 1 loại thuốc HA, 22% BN dùng 2 thuốc HA, 20,5% BN dùng 3 thuốc và 7% BN dùng hơn 3 loại thuốc HA.

- Có 91,75% BNTHA đạt ổn định HAMT và 8,25% BNTHA không đạt HAMT.

- TNC-TB đạt 97,32% HAMT, TNC-C đạt 95,91% HAMT và TNC-RC đạt 73,03% HAMT, THA độ 1 đạt 88,48% HAMT, THA độ 2 đạt 92,85% HAMT và THA độ 3 đạt 71,08%. Kết quả HA trước ĐT là: HATT-TB $159,80 \pm 20,22$ mmHg và HATT-TB $82,97 \pm 5,82$ mmHg. Kết quả HA sau ĐT: HATT-TB $125,38 \pm 6,88$ mmHg và HATT-TB $79,83 \pm 1,79$ mmHg.

- Không có thay đổi bất lợi về các chỉ số xét nghiệm của BNTHA và không có trường hợp nào ghi nhận có tác dụng phụ của thuốc.

5.2. Quản lý bệnh nhân

Có 89% BN không khám bệnh 1 tháng, 5,25% không khám 2 tháng, 4,25% BN không khám 3 tháng và có 1,5% BN không khám bệnh 4 tháng. Có 93,5% bỏ uống thuốc 1 tháng, 3,25% BN bỏ uống thuốc 2 tháng, 4,25% BN bỏ uống thuốc 3 tháng và không có BN nào bỏ uống thuốc từ 4 tháng trở lên. Trong 24 tháng theo dõi có 47% BNTHA nhập viện ĐT nội trú < 5 lần, 44,5% BNTHA nhập viện ĐT nội trú từ 5-10 lần, 3% BNTHA nhập viện ĐT nội trú từ 11-15 lần, 4,75% BNTHA nhập viện ĐT nội trú từ 16-20 lần và có 0,75% BNTHA nhập viện ĐT nội trú > 20 lần. Có 32,75% BN nhập viện ĐT vì lý do liên quan đến THA và có 63,75% BN nhập viện ĐT nội trú vì các bệnh lý chung khác.

- Có tổng số 11.592 lần liên lạc trực tiếp bằng

điện thoại để tư vấn, nhắc nhở BN uống thuốc và tái khám trong suốt 24 tháng quản lý BN.

- Có 0,5% bệnh nhân bị TBMMN trong suốt thời gian 24 tháng điều trị quản lý.

6. KHUYẾN NGHỊ

6.1. BNTA phải uống thuốc thường xuyên và khám bệnh định kỳ để đạt huyết áp mục tiêu. Điều trị và quản lý chặt BNTHA để giảm nguy cơ tai biến mạch máu não.

6.2. Phương thức liên lạc trực tiếp với bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân thông qua phương tiện điện thoại để tư vấn nhắc nhở uống thuốc và tái khám định kỳ là phương thức đem lại kết quả cao. Nên chọn là phương thức ưu tiên số 1 để quản lý bệnh nhân tăng huyết áp hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2011), Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA – Dự án phòng chống THA*, Nxb Y học.
2. Nguyễn Trung Anh (2012), “Một vài nhận xét về điều trị THA tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương”, Kỷ yếu tóm tắt báo cáo. Đại hội Tim mạch toàn quốc lần thứ XIII, tại TP Hạ Long tháng 03 năm 2012. *Phụ san Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, tr 110-111.
3. Lê Ánh Dũng, Nguyễn Anh Vũ (2011), “Nghiên cứu tình hình ĐT ngoại trú THA tại phường Phú Hậu - Thành phố Huế”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam số 59, tr 175-179*.
4. Nguyễn Tá Đông (2014), “Tỷ lệ tử vong chung và các biến cố tim mạch trong 3 năm ở bệnh nhân THA – kiểm soát HA qua thực hành ĐT ngoại trú”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam số 66, tr 91-300*.
5. Tô Thị Mai Hoa, Đàm Thận Hiền, Nguyễn Thanh Phương (2012), “Tình hình quản lý và điều trị bệnh tăng huyết áp tại khoa Nội tim mạch – Lão học bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam số 62, tr 50- 61*.
6. Hồ Lan, Trần Đình Nhường, Nguyễn Vĩnh Phú và cs (2007), “Tìm hiểu các yếu tố nguy cơ và thực trạng quản lý bệnh THA ở tập thể cán bộ diện tỉnh quản lý tại phòng khám Bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Nghệ An”, *Tim Mạch học*, (47), tr 66-71.
7. Phan Long Nhơn (2014), “Nghiên cứu tăng nguy cơ tim mạch của bệnh nhân lớn tuổi tăng huyết áp”, *Tạp chí Nội tiết đái tháo đường*, (12/2014), tr 767-776.
8. Phan Anh Phong, Lê Quang Minh (2011), “Nghiên cứu đánh giá hiệu quả mô hình quản lý, theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh tăng huyết áp ở Hà Nam”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, số 59, tr 229-235.
9. Nguyễn Thị Thu Vân, Lý Huy Khanh, Đỗ Công Tâm, Huỳnh Thị Lệ Thu, Hoàng Lê Thủy (2011), “Khảo sát điều trị tăng huyết áp tại phòng khám bệnh viện cấp cứu Trung Vương (từ 01/2008 đến 06/2009)”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam số 59, tr 202-208*.
10. Nguyễn Anh Vũ, Nguyễn Hoàng Sa (2011), “Nghiên cứu tình hình và quản lý bệnh THA ở cán bộ trung cao cấp tỉnh Cà Mau”, *Tim mạch học Việt Nam số 59, tr 209-2015*.
11. ALLHAT (2002) (Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to prevent Heart Attack Trial) *JAMA, The Journal of the American Medical*.
12. Aram V. Chobanian, M.D (1997), “The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of high blood pressure”, U.S. Department of health and human services, pp 20-51.