

ứng lâm sàng với liệu pháp kháng histamine trong MĐMT [2]. Điều này gợi ý nhóm bệnh nhân MĐMT có tiền căn gia đình mắc bệnh MĐMT có thể đáp ứng điều trị với kháng histamine tốt hơn nhóm bệnh nhân MĐMT không có tiền căn gia đình mắc bệnh MĐMT.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ LCN2 huyết tương ở nhóm bệnh nhân MĐMT và nhóm chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nồng độ LCN2 huyết tương cao hơn có ý nghĩa thống kê ở những bệnh nhân MĐMT có tiền căn gia đình so với nhóm không có tiền căn gia đình, gợi ý chỉ điểm có thể liên quan đến đáp ứng với điều trị, từ đó làm tiền đề cho các nghiên cứu chuyên sâu hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vena G. A., Cassano N. (2017) The link between chronic spontaneous urticaria and metabolic syndrome. *Eur Ann Allergy Clin Immunol*, 49(5), pp. 208-212.
2. Trinh H. K., Pham L. D., Ban G. Y., et al (2016) Altered systemic adipokines in patients with chronic urticaria. *Int Arch Allergy Immunol*, 171(2), pp. 102-110.
3. Deng Y., Scherer P. E. (2010) Adipokines as novel biomarkers and regulators of the metabolic syndrome. *Annals of the New York academy of sciences*, 1212 (2010), pp. E1-E19.
4. Abella V., Scottee M., Conde J., et al (2015), "The potential of lipocalin-2/ NGAL as biomarker for inflammatory and metabolic diseases", *Biomarkers*, 20(8), pp. 565-571.
5. Chakraborty S., Kaur S., Guha S., et al (2012), "The multifaceted roles of neutrophil gelatinase associated lipocalin (NGAL) in inflammation and cancer", *Biochimica et Biophysica Acta*, 1826(1), pp. 129-169.
6. Zuberbier T., Aberer W., Asero R., et al (2018), "The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria", *Allergy*, 73(7), pp. 1393-1414.
7. Panidis D., Tziomalos K., Koiou E., et al (2010), "The effects of obesity and polycystic ovary syndrome on serum lipocalin-2 levels: a cross-sectional study", *Reproductive Biology and Endocrinology*, 8(1), pp. 1-8.
8. Elkhidir A. E., Eltaher H. B., Mohamed A. O. (2017), "Association of lipocalin-2 level, glycemic status and obesity in type 2 diabetes mellitus", *BMC Res Notes*, 10(1), pp. 2-6.
9. Kamata M., Tada Y., Tatsuda A., et al (2012), "Serum lipocalin-2 levels are increased in patients with psoriasis", *Clin Exp Dermatol*, 37(3), pp. 296-299.
10. Awede B., Adovoeke D., Adehan G., et al (2018), "Adiponectin, in contrast to leptin, is not associated with body mass index, waist circumference and HOMA-IR in subjects of a west-African population", *Physiological Reports*, 6(11), p. e13718.

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN VŨNG TÀU NĂM 2023

Đinh Thị Thúy Hà¹, Trần Phúc²

TÓM TẮT

Tăng huyết áp đang trở thành vấn đề sức khỏe toàn cầu do tuổi thọ ngày càng tăng và tần suất xuất hiện các yếu tố nguy cơ. Theo thống kê của Hội Tim mạch Việt Nam năm 2015, có 47,3% người dân Việt Nam (20,8 triệu người) bị cao huyết áp và 69,0% (8,1 triệu người) bị cao huyết áp không kiểm soát được⁵. **Mục tiêu:** phân tích việc sử dụng thuốc hạ huyết áp và các yếu tố liên quan đến hiệu quả kiểm soát tăng huyết áp ở bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện Vũng Tàu vào năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 306 bệnh nhân tăng huyết áp từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 4 năm 2023. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy 40,2% bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu. Các yếu tố như

nhóm tuổi ($p < 0,01$; OR = 3,005; 95% CI = 1,701-5,311), giáo dục dinh dưỡng ($p = 0,025$; OR = 3,3; 95% CI = 1,161-9,375), tuân thủ dùng thuốc ($p = 0,025$; OR = 3,028; CI 95% = 1,147-7,997) ảnh hưởng đến hiệu quả kiểm soát huyết áp. **Kết luận:** Thuốc điều trị tăng huyết áp hầu hết phù hợp với các hướng dẫn điều trị tham khảo. Tuổi, giáo dục dinh dưỡng và tuân thủ dùng thuốc là các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị. **Từ khóa:** sử dụng thuốc, tăng huyết áp, hiệu quả điều trị, yếu tố liên quan.

SUMMARY

INVESTIGATION ON DRUG USE AND TREATMENT EFFECTIVENESS IN OUTPATIENTS WITH HYPERTENSION AT VUNG TAU HOSPITAL IN 2023

Hypertension is becoming a global health problem due to the increase in life expectancy and the frequency of risk factors. According to statistics from the Vietnam Cardiology Association in 2015, 47,3% of Vietnamese people (20,8 million people) have high blood pressure and 69,0% (8,1 million people) have uncontrolled high blood pressure⁵. The objectives of

¹Đại học Lạc Hồng

²Văn phòng đại diện Tedis Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Thúy Hà

Email: thuyha@lhu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024

the study are to analyze the antihypertensive medication use and factors related to the effectiveness of controlling hypertension in outpatients at Vung Tau hospital in 2023. A cross-sectional study was conducted on 306 hypertension patients from January 2023 to April 2023. The study showed that 40,2 % of patients achieved target blood pressure. Factors such as age group ($p < 0,01$; OR = 3,005; 95% CI = 1,701-5,311), nutrition education ($p = 0,025$; OR = 3,3; 95% CI = 1,161-9,375), medication adherence ($p = 0,025$; OR = 3,028; 95% CI = 1,147-7,997) affects treatment effectiveness.

Keywords: drug use, hypertension, treatment effectiveness, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) đang trở thành một vấn đề sức khỏe trên toàn cầu do sự gia tăng tuổi thọ và tần suất các yếu tố nguy cơ. Trên toàn cầu hiện có 1,4 tỷ người THA năm 2018, con số này dự kiến tăng lên 1,5 tỷ vào năm 2025¹. Huyết áp (HA) cao làm tăng đáng kể nguy cơ mắc bệnh tim, não, thận và cũng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật trên toàn thế giới. Theo thống kê năm 2015 của Hội tim mạch học Việt Nam cho thấy 47,3% người Việt Nam (20,8 triệu người) bị THA và 69,0% (8,1 triệu người) bị THA chưa kiểm soát². Đề tài được thực hiện nhằm góp phần duy trì và cải thiện tình hình kiểm soát điều trị của bệnh nhân, giảm gánh nặng bệnh tật và tử vong do bệnh tăng huyết áp, với mục tiêu: (1) Khảo sát và phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị THA trên BN ngoại trú tại bệnh viện Vũng Tàu, (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến hiệu quả kiểm soát THA ở BN điều trị ngoại trú tại bệnh viện Vũng Tàu năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. BN ngoại trú có chẩn đoán bệnh THA theo ICD 10, đến khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa Vũng Tàu từ ngày 04/01/2023 đến ngày 30/04/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN THA (mã ICD X: I10) ≥ 18 tuổi, có đầy đủ thông tin hành chính, cận lâm sàng và thông tin thuốc điều trị, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không tinh táo, suy giảm hay mất khả năng nhận thức, được đánh giá bằng thang đánh giá MMSE < 17 ; BN không liên lạc được qua 3 lần điện thoại; BN có hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2}$$

Cỡ mẫu: n: cỡ mẫu bệnh nhân; p: tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc; d: sai số mong muốn, chọn $d=6\%$; z: với

độ tin cậy 95% thì $z = 1,96$; Chọn $p = 0,514$ theo nghiên cứu của Lý Ngọc Tú năm 2020 tỷ lệ tuân thủ của BN THA là 51,4%. Thế các dữ liệu vào công thức ta có $n = 267$. Chúng tôi dự trừ thêm 10% do các tiêu chuẩn loại trừ, tính được cỡ mẫu là 294, thực tế lấy 306 BN.

Phương pháp chọn mẫu: toàn bộ, tiến hành chọn tất cả BN thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Các thông tin của BN được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn trực tiếp. Phần điều trị gồm: chẩn đoán của bác sĩ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng; đặc điểm điều trị (số thuốc trong đơn, thông tin về nhóm thuốc, các loại phác đồ phối hợp thuốc, liều lượng, cách dùng, hiệu quả điều trị và ADE của thuốc).

Xử lý số liệu: Dữ liệu tổng hợp và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0; So sánh tỷ lệ các biến nhị phân bằng kiểm định chi bình phương; tính OR và p-value bằng mô hình hồi quy logistic, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm nhóm thuốc sử dụng trong điều trị THA

Bảng 1. Đặc điểm các nhóm thuốc sử dụng trong điều trị THA

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Hàm lượng (mg)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
ACEi (24,5%)	Enalapril	10	13	4,3
	Imidapril	5	27	8,8
	Lisinopril	10; 20	21	6,8
	Perindopril	2; 4; 5	14	4,6
ARB (50,7%)	Candesartan	8; 16	12	3,9
	Losartan	50	110	36
	Telmisartan	40	29	9,5
CCB (69,3%)	Irbesartan	150; 300	4	1,3
	Amlodipin	1,5; 2,5; 5	186	60,8
BB (66,7%)	Nifedipin	20; 40	26	8,5
	Bisoprolol	1,5; 2,5; 5	194	63,4
Lợi tiểu (20,6%)	Nebivolol	2,5; 5	9	3
	Carvedilol	6,25	1	0,3
	Furosemid	20; 40	8	2,6
	Hydrochlorothiazide	12,5	50	16,4
	Indapamide	0,625; 5	4	1,3
	Methyldopa	250	1	0,3

Nhận xét: Có 5 nhóm thuốc sử dụng điều trị THA: ACEi, ARB, CCB, BB và lợi tiểu. Nhóm CCB có tỉ lệ sử dụng nhiều nhất (69,3%), nhóm BB với 66,7%, nhóm ARB với 50,7%, ACEi và lợi tiểu có tỉ lệ kê đơn thấp nhất (24,5% và 20,6%). Carvedilol và Methyldopa là 2 hoạt chất có tỷ lệ

sử dụng như nhau và thấp nhất (0,3%).

Đặc điểm phối hợp thuốc điều trị THA

Bảng 2. Đặc điểm phối hợp thuốc điều trị THA

Phác đồ kết hợp thuốc		Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 thuốc (16,7%)	ACEi/ARB	20	6,5
	CCB	15	4,9
	BB	15	4,9
	LT	1	0,3
2 thuốc (40,2%)	ACEi/ARB + BB	75	24,5
	ACEi/ARB + CCB	39	12,8
	ACEi/ARB + LT	9	2,9
3 thuốc (37,6%)	ACEi/ARB + CCB + BB	82	26,8
	ACEi/ARB + CCB + LT	16	5,3
	ACEi/ARB + BB + LT	14	4,6
	ACEi + LT + LT	1	0,3
	CCB + BB + LT	2	0,7
4 thuốc (5,5%)	ACEi/ARB+CCB+BB+LT	15	4,9
	ACEi + CCB + LT + LT	1	0,3
	CCB + BB + LT + LT	1	0,3

Nhận xét: Tỷ lệ phối hợp thuốc khá cao trong nghiên cứu (83,3%), trong đó phối hợp 2

thuốc chiếm 40,2%, thường gặp nhất là phối hợp giữa RAAs và chẹn beta (24,5%). Phối hợp 3 thuốc chiếm 37,6%, trong đó phối hợp chẹn RAAs + Chẹn Calci + chẹn beta thường được sử dụng (26,8 %). Có khoảng 5,5% BN cần phải sử dụng kết hợp cả 4 nhóm thuốc.

Hiệu quả kiểm soát huyết áp

Bảng 3. Hiệu quả kiểm soát huyết áp

Đặc điểm (n = 306)		Tần số	Tỷ lệ (%)
< 70 tuổi (42,2%)	Không kiểm soát	91	29,7
	Kiểm soát	38	12,4
≥ 70 tuổi (57,8%)	Không kiểm soát	92	30,1
	Kiểm soát	85	27,8
Chung	Không kiểm soát	183	59,8
	Kiểm soát	123	40,2

Nhận xét: Có 123/306 BN đạt được HA mục tiêu (40,2%). Tỷ lệ BN < 70 tuổi không kiểm soát HA theo mục tiêu điều trị là 29,7%, gấp đôi số BN kiểm soát HA mục tiêu (12,4%). BN ≥ 70 tuổi có tỷ lệ kiểm soát và không kiểm soát HA mục tiêu gần như nhau (27,8% và 30,1%).

Các yếu tố liên quan đến hiệu quả kiểm soát huyết áp

Bảng 4. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan hiệu quả kiểm soát huyết áp

Đặc điểm	Kiểm soát HA		Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến	
	Có N (%)	Không N (%)	OR (KTC 95%)	p value	OR (KTC 95%)	p value
Nhóm tuổi						
< 70	57 (44,2)	72 (55,8)	0,406 (0,255-0,647)	<0,001	3,005 (1,701-5,311)	<0,001
≥ 70	117 (66,1)	60 (33,9)	1		1	
Giới tính						
Nam	89 (54,6)	74 (45,4)	0,821 (0,521-1,293)	0,394	0,964 (0,577-1,610)	0,889
Nữ	85 (59,4)	58 (40,6)	1		1	
Bệnh kèm						
Có	171 (57,0)	129 (43,0)	0,754 (0,15-3,799)	0,733	1,178 (0,149-9,340)	0,876
Không	3 (50,0)	3 (50,0)	1		1	
Nghề nghiệp						
Có	17 (44,7)	21 (55,3)	1,747 (0,882-3,463)	0,110	0,915 (0,349-2,126)	0,837
Không	157 (58,6)	111 (41,4)	1		1	
Học vấn						
≤ Cấp 2	58 (60,4)	38 (39,6)	1,237 (0,757-2,021)	0,396	0,696 (0,387-1,253)	0,227
> Cấp 2	116 (55,2)	94 (44,8)	1		1	
Giáo dục dinh dưỡng						
Có	167 (59,2)	115 (40,8)	0,284 (0,114-0,706)	0,007	3,300 (1,161-9,375)	0,025
Không	7 (29,2)	17 (70,8)	1		1	
Hoàn cảnh sống						
Một mình	4 (57,1)	3 (42,9)	0,988 (0,217-4,494)	0,988	1,549 (0,232-10,347)	0,651
Cùng người thân	170 (56,9)	129 (43,1)	1		1	
Nguồn chi trả						
Bảo hiểm	170 (57,2)	127 (42,8)	1,673 (0,440-6,357)	0,45	0,597 (0,577-1,610)	0,509
Tự chi trả	4 (44,4)	5 (55,6)	1		1	
Thời gian mắc bệnh						
< 5 năm	53 (59,6)	36 (40,4)	1,168 (0,708-1,928)	0,543	0,536 (0,279-1,032)	0,062
≥ 5 năm	121 (55,8)	96 (44,2)	1		1	

Chế độ dùng thuốc						
Viên rời	143 (57,0)	108 (43,0)	1,112 (0,591-2,092)	0,741	1,220 (0,559-2,662)	0,618
Viên FDC	6 (66,7)	3 (33,3)	1,680 (0,374-7,548)	0,499	0,810 (0,163-4,030)	0,797
Viên rời và viên FDC	25 (54,3)	21 (45,7)	1		1	
Số thuốc điều trị THA						
1 thuốc	30 (58,8)	21 (41,2)	1,473 (0,766-2,831)	0,246	0,483 (0,208-1,120)	0,090
2 thuốc	79 (64,2)	44 (35,8)	1,851 (1,120-3,058)	0,016	1,109 (0,510-2,410)	0,794
≥ 3 thuốc	65 (49,2)	67 (50,8)	1		1	
Số thuốc dùng trong ngày						
≤ 3 thuốc	19 (59,4)	13 (40,6)	1,155 (0,537-2,480)	0,713	1,206 (0,416-3,497)	0,731
4-5 thuốc	55 (57,9)	40 (42,1)	1,086 (0,657-1,796)	0,747	1,199 (0,436-3,298)	0,725
≥ 6 thuốc	100 (55,9)	79 (44,1)	1		1	
Tuân thủ dùng thuốc						
Có	153 (76,5)	47 (23,5)	0,076 (0,043-0,135)	<	3,028 (1,147-7,997)	0,025
Không	21 (19,8)	85 (80,2)	1	0,001		

Nhận xét: Kết quả cho thấy các yếu tố nhóm tuổi ($p < 0,01$, $OR = 3,005$, $95\% CI = 1,701-5,311$), giáo dục dinh dưỡng ($p = 0,025$, $OR = 3,300$, $95\% CI = 1,161-9,375$), tuân thủ dùng thuốc ($p = 0,025$, $OR = 3,028$, $95\% CI = 1,147-7,997$) có ảnh hưởng đến hiệu quả kiểm soát huyết áp.

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ sử dụng các nhóm thuốc. Trong 5 nhóm thuốc điều trị THA, nhóm CCB có tỷ lệ sử dụng nhiều nhất (69,3%), nhóm BB với 66,7%, ARB với 50,7%, ACEI và lợi tiểu có tỷ lệ kê đơn thấp nhất (tương ứng 24,5% và 20,6%). Theo khuyến cáo điều trị chẹn beta, CCB là nhóm thuốc được sử dụng đầu tay trong điều trị THA do hiệu quả hạ áp cũng như khả năng phòng ngừa các biến cố tim mạch. Kết quả này tương đồng nghiên cứu của Alkaabi và cộng sự tại Ả Rập Xê út cho thấy thuốc CCB là nhóm được kê đơn thường xuyên nhất (51%) cả trong đơn trị liệu và điều trị kết hợp, trong khi thuốc ARB hoặc ACEI (55,9%) là những thuốc được ưu tiên nhất cho đơn trị liệu⁵. Sau chẹn beta và chẹn calci thì nhóm ARB được chỉ định với tỷ lệ khá cao (50,7%). Có thể lý giải do tỷ lệ khá cao BN có chỉ định bắt buộc như suy tim, bệnh thận, ĐTDĐ, sau nhồi máu cơ tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ. Theo nhiều thử nghiệm lâm sàng cũng như các khuyến cáo của ISH, Hội Tim mạch học Việt Nam thì ARB được sử dụng trong tất cả các trường hợp có chỉ định bắt buộc. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm ACEI được sử dụng với tỷ lệ thấp hơn đáng kể so với ARB (24,5% so với 50,7%) có thể lý giải do nhóm ARB được chứng minh trên lâm sàng có hiệu quả và ít gặp nguy cơ phù mạch, ho. Như vậy chỉ định thuốc điều trị THA phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: mô hình kê đơn tại bệnh viện, số thuốc BHYT hiện có tại khoa Dược và chi phí điều trị.

Chẹn Calci là nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất (69,3%), trong đó phổ biến nhất là amlodipine (60,8%). Nifedipin là thuốc hạ áp nhanh và mạnh nên thường được chỉ định cho BN THA giai đoạn III, tuy nhiên nifedipin được dùng không phổ biến (8,5%). Trong mẫu nghiên cứu sử dụng 3 thuốc thuộc nhóm chẹn beta, trong đó có 1 thuốc chẹn beta chọn lọc trên tim có hoạt tính giao cảm nội tại (bisoprolol), 2 thuốc chẹn cả beta và alpha (nebivolol, carvedilol). Các thuốc này dung nạp tốt, có thể dùng đơn độc hay phối hợp với các thuốc hạ áp khác, đặc biệt trong điều trị suy tim. Chẹn thụ thể Angiotensin là nhóm thuốc mới, giá thành cao nhưng được sử dụng khá nhiều với tỷ lệ 50,7%. Trong đó thuốc losartan được sử dụng nhiều nhất (36%), irbesartan ít được chỉ định (1,3%). Tỷ lệ sử dụng thuốc lợi tiểu trong mẫu nghiên cứu tương đối ít (20,6%), trong đó đa phần là thuốc dạng phối hợp với ACEi/ARB (khoảng 13,1%).

Vấn đề phối hợp thuốc. Tỷ lệ sử dụng phác đồ phối hợp thuốc khá cao trong nghiên cứu của chúng tôi (83,33%) do đặc điểm mẫu có đa số (78,5%) BN thuộc nhóm THA phân độ II và tăng HATT đơn độc. Đối với nhóm BN này để đạt được HA mục tiêu cần phối hợp từ hai thuốc trở lên. Trong các kiểu phối hợp thuốc, chiếm tỷ lệ cao nhất là phối hợp 2 thuốc (40,2%), thường gặp nhất là phối hợp giữa ARB và chẹn beta. Đây là các kiểu phối hợp được ISH, Hội Tim mạch học Việt Nam khuyến cáo nên sử dụng trong điều trị THA. Phối hợp 3 thuốc chiếm tỷ lệ 37,6%, trong đó kiểu phối hợp chẹn RAAs + Chẹn Calci + chẹn beta thường được sử dụng với tỷ lệ 26,8%. Có khoảng 5,5% BN cần phải sử dụng kết hợp cả 4 nhóm thuốc.

Trong nhóm phối hợp tỷ lệ BN sử dụng hoàn toàn viên rời là 82,03% cao hơn nhóm sử dụng hai loại viên rời - viên phối hợp cố định liều

(fixed - dose drug combinations: FDCs) (15,03%) và chỉ sử dụng viên FDCs là 2,94%. Kết quả này tương đồng nghiên cứu Chanthavong (2021) với tỷ lệ sử dụng viên phối hợp liều cố định chiếm xấp xỉ 1/2 đơn thuốc⁶.

Vấn đề kiểm soát huyết áp và các yếu tố liên quan. 183 BN chưa đạt được HA mục tiêu (59,8%). Con số này vẫn là khá lớn mặc dù thấp hơn tỷ lệ không kiểm soát huyết áp đưa ra bởi WHO. Theo WHO, mặc dù có sẵn phương pháp điều trị hiệu quả, hơn một nửa số BN được điều trị THA bỏ việc chăm sóc hoàn toàn trong vòng một năm sau khi được chẩn đoán và trong số những người vẫn được giám sát y tế chỉ có khoảng 50% dùng ít nhất 80% lượng thuốc theo chỉ định của họ. Do đó, vì TTDT hạ HA kém, khoảng 75% BN được chẩn đoán THA không đạt được kiểm soát HA tối ưu⁹. Kết quả chúng tôi tương đồng các nghiên cứu khác về tỷ lệ kiểm soát HA: Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2013) với (46%); Zeller thực hiện tại Anh (32%); Krousel-Wood thực hiện tại Mỹ (66,3%)^{4,7,8}. Theo JNC 7 của Hoa Kỳ, một trong những nguyên nhân chính khiến cho tỷ lệ kiểm soát HA trên thực tế còn chưa cao là sự trì trệ lâm sàng (clinical inertia) của thầy thuốc khi không thay đổi điều trị dù biết HA BN chưa được kiểm soát. Mặc dù y giới đã cố gắng nỗ lực để cải thiện điều trị THA, tỷ lệ kiểm soát HA trên thực tế vẫn chưa cao. Ngay tại Hoa Kỳ, các con số thống kê gần đây cho thấy tỷ lệ kiểm soát HA tuy có tăng nhưng cũng không vượt quá 70%⁹. Ở Việt Nam, do thói quen và quan niệm của người dân chỉ đi khám bệnh khi thấy trong người khó chịu, khi đã bị biến chứng của bệnh trong khi đó bệnh THA là bệnh mạn tính, diễn biến thầm lặng, ít triệu chứng lâm sàng. THA không được điều trị và kiểm soát tốt sẽ dẫn đến tổn thương nặng các cơ quan đích và gây các biến chứng nguy hiểm.

Kết quả cho thấy các yếu tố nhóm tuổi ($p < 0,01$; OR = 3,005; 95% CI = 1,701-5,311), giáo dục dinh dưỡng ($p = 0,025$; OR = 3,3; 95% CI = 1,161-9,375), tuân thủ dùng thuốc ($p = 0,025$; OR = 3,028; 95% CI = 1,147-7,997) có ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Nhóm tuổi ≥ 70 có khả năng kiểm soát HA tốt hơn ($p < 0,01$; OR = 3,005; 95% CI = 1,701-5,311). Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2013) với nhóm tuổi ≥ 60 có tỷ lệ kiểm soát HA thấp hơn nhóm tuổi còn lại ($p < 0,05$)⁴. Số liệu điều tra tại các tỉnh phía Bắc năm 2001-2002, tỷ lệ BN có HA được kiểm soát/số người được điều trị ở nhóm tuổi ≥ 65 rất thấp chỉ có 9,5%⁹. Trong nghiên cứu chúng tôi, BN được giáo dục dinh dưỡng và TTDT có tỷ lệ đạt HA mục tiêu tốt hơn

nhóm còn lại: tuân thủ dinh dưỡng ($p = 0,025$; OR = 3,300; 95%CI = 1,161-9,375) và tuân thủ dùng thuốc ($p = 0,025$; OR = 3,028; 95%CI = 1,147-7,997). Kết quả này tương tự nghiên cứu Trần Thị Thùy Linh (2019) cho thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa việc tuân thủ điều trị chung và hiệu quả kiểm soát HA ($p = 0,003$; OR = 3,250; 95%CI = 1,485 - 7,112)³.

V. KẾT LUẬN

Tại bệnh viện Vũng Tàu, CCB là nhóm thuốc được chỉ định rộng rãi nhất trên nhóm bệnh nhân THA. Hầu hết bệnh nhân THA được chỉ định sử dụng phác đồ phối hợp thuốc (83,3%). 59,8% bệnh nhân kiểm soát được HA mục tiêu; trong đó nhóm tuổi, giáo dục dinh dưỡng và tuân thủ dùng thuốc có liên quan kiểm soát HA ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- National Institutes of Health.** The seventh report of the Joint National Committee: Prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure. JNC 7. 2003. Retrieved [Electronic Version] from <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/express.pdf>.
- <https://moh.gov.vn/tin-tong-hop/-/assetpublisher/k206Q9qkZOqn/content/thuc-trang-ang-bao-ong-ve-benh-tang-huyet-ap-tai-viet-nam?inheritRedirect=false>.
- Trần Thị Thùy Linh, Phạm Hồng Thắm, Võ Phùng Nguyên.** Tuân thủ dùng thuốc, tuân thủ lối sống ở bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện nhân dân Gia Định. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2019; 6(23).
- Nguyễn Thị Mỹ Hạnh, Nguyễn Thị Mỹ Duyên, Lý Huy Khanh và cộng sự.** Khảo sát mối liên quan giữa sự tuân thủ dùng thuốc và kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú. Tạp chí y học thành phố HCM. 2013; 4(17).
- Alkaabi M.S., Rabbani S.A., Rao P.G.M., et al.** Prescription Pattern of Antihypertensive Drugs: An Experience from a Secondary Care Hospital in the United Arab Emirates. J Res Pharm Pract. 2019; 8:92-100.
- Chanthavong Phouvanh, Trần Kim Trang.** Thực trạng điều trị thuốc hạ áp trên bệnh nhân tăng huyết áp ngoại trú theo hướng dẫn của esc/esh 2018. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2021; 2(25).
- Zeller A, Schroeder K & Peters T (2007).** Cigarette smoking and adherence to antihypertensive medication in patients from primary care. Eur J Gen Pract., 13 (3), 161-162.
- Krousel - Wood MA, et al (2009).** Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: perspective of the cohort study of medication adherence among older adults. Med Clin North Am, 93(3), 753-769.
- Hadi N & Rostami Gooran N.** Determinant factors of medication compliance in hypertensive patients of Shiraz, Iran. Arch Iranian Med. 2004; 7(4):292-296.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ HBcrAg Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN VÀ UNG THƯ GAN DO VIÊM GAN VIRUS B MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Tạ Thị Diệu Ngân^{1,2}, Nguyễn Thị Ngọc Lan^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 45 bệnh nhân xơ gan và 59 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) do viêm gan virus B mạn tính điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2022-2023 nhằm khảo sát nồng độ HBcrAg ở hai nhóm bệnh nhân này. **Kết quả:** Nồng độ HBcrAg ở nhóm bệnh nhân xơ gan là 5,70 (IQR, 4,3-7,0) và ở nhóm UTBMTBG là 6,00 (IQR, 4,3-6,5). Không có sự khác biệt về nồng độ HBcrAg giữa nhóm bệnh nhân xơ gan và UTBMTBG, giữa nhóm có HBeAg dương tính và HBeAg âm tính. Tuy nhiên, nồng độ HBcrAg ở nhóm có HBV DNA trên 10^5 cp/ml cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có HBV DNA dưới 10^5 cp/ml. Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy các bệnh nhân xơ gan Child Pugh C và UTBMTBG Barcelona D có nồng độ HBcrAg cao nhất, tuy nhiên chưa có sự khác biệt rõ về HBcrAg giữa các giai đoạn của xơ gan theo phân loại Child-Pugh, giữa các giai đoạn UTBMTBG theo tiêu chuẩn Barcelona, không có mối liên quan giữa số lượng khối u và kích thước khối u với nồng độ HBcrAg. **Kết luận:** HBcrAg tăng cao ở bệnh nhân xơ gan và UTBMTBG. Cần có nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi thay đổi HBcrAg theo thời gian để đánh giá chính xác vai trò của HBcrAg ở các bệnh nhân VGVRB mạn, xơ gan và UTBMTBG.

Từ khóa: HBcrAg, viêm gan virus B mạn, xơ gan, ung thư biểu mô tế bào gan

SUMMARY

A SURVEY OF HBcrAg LEVELS IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS AND HEPATOCELLULAR CARCINOMA DUE TO CHRONIC HEPATITIS B TREATED AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

A retrospective descriptive study was conducted on 45 patients with cirrhosis and 59 patients with hepatocellular carcinoma (HCC) due to chronic hepatitis B at Hanoi Medical University Hospital between 2022 and 2023 to investigate changes in HBcrAg levels. **Results:** The median HBcrAg level was 5.70 (IQR, 4.3-7.0) in the cirrhosis group and 6.00 (IQR, 4.3-6.5) in the HCC group. There was no significant difference in the HBcrAg levels between the cirrhosis and HCC groups, nor between HBeAg-positive and HBeAg-negative groups. However, HBcrAg levels

were significantly higher in patients with HBV DNA levels above 10^5 cp/ml compared to those with HBV DNA levels below 10^5 cp/ml. Initial findings indicated that patients with cirrhosis of class C on Child-Pugh score and HCC of stage D on Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) staging have the highest HBcrAg levels, though no significance differences were observed between stages of cirrhosis or HCC according to these two classification systems. In addition, no association was identified between the number or size of tumors and HBcrAg levels in HCC patients. **Conclusion:** HBcrAg levels were elevated in patients with cirrhosis and HCC. Further studies with larger samples sizes and longitudinal monitoring of HBcrAg are necessary to accurately assess its role in patients with chronic hepatitis B, cirrhosis, and HCC. **Keywords:** HBcrAg, chronic hepatitis B, cirrhosis, hepatocellular carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus B là một bệnh truyền nhiễm phổ biến trên thế giới và ở Việt Nam. Mặc dù chương trình tiêm chủng phòng viêm gan virus B đã được triển khai rộng rãi trong thời gian gần đây làm giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm, nhưng virus viêm gan B vẫn là nguyên nhân quan trọng gây ra hậu quả lâu dài như viêm gan mạn tính, xơ gan và ung thư gan.¹ Người nhiễm virus viêm gan B mạn tính cần được theo dõi định kỳ, phát hiện sớm tình trạng tổn thương gan và được tiếp cận điều trị sớm để hạn chế các hậu quả lâu dài trên. Đáp ứng với nhu cầu này, nhiều xét nghiệm mới đã được nghiên cứu và được áp dụng để tăng khả năng tiếp cận điều trị đồng thời theo dõi đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh nhân tốt hơn^{2,3}. Xét nghiệm HBcrAg là một xét nghiệm mới, có nhiều ưu điểm vượt trội, phát hiện được đồng thời 3 thành phần kháng nguyên: HBcAg, HBeAg và p22cr^{2,4}. Được nghiên cứu từ 2002 nhưng phải sau 15 năm HBcrAg mới được chứng minh là có ứng dụng trên thực hành lâm sàng. Các nghiên cứu ở Nhật đã chứng minh được HBcrAg có nhiều giá trị ứng dụng như đánh giá hoạt động của virus và đáp ứng sau điều trị thuốc kháng virus, góp phần vào việc ra quyết định ngưng thuốc điều trị ở bệnh nhân VGVRB mạn tính và đánh giá nguy cơ ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) ở bệnh nhân VGVR B mạn tính.

Cho đến thời điểm hiện tại, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về thay đổi HBcrAg ở bệnh nhân VGVRB mạn tính, đặc biệt

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024

Ngày duyệt bài: 29.8.2024