

ngheñ niệu quản tăng ứ nước thận (2,13%). Tác giả Jasmin Alić ghi nhận tai biến điều trị được phát hiện ở 16 bệnh nhân (10,4%), đau niệu quản đã được báo cáo bởi hầu hết các bệnh nhân và được điều trị bảo tồn¹. Có 12,7% bệnh nhân đái máu sau ESWL, các trường hợp thường gặp đái máu thoáng qua, điều trị nội khoa ổn định, không có trường hợp nào phải nhập viện điều trị. Chúng tôi không có trường hợp nào sốt sau can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi ngoài cơ thể điều trị sỏi niệu quản 1/3 dưới bằng máy HD.ESWL – 109 Kingkong là phương pháp xâm lấn tối thiểu, an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Lê Đông, Nguyễn Phước Lộc & Trần Huỳnh Tuấn.** Đánh giá kết quả tán sỏi niệu quản đoạn xa ngoài cơ thể tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2023-2024. Tạp chí Y dược Cần Thơ 76, 61-65 (2024).
2. **Jasmin Alić, J. H., Osman Hadžiosmanović.** The Efficiency of Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) in the Treatment of Distal Ureteral Stones: An Unjustly Forgotten Option. Cureus 14 (2022).
3. **Kent Kanao 1, J. N., Ken Nakagawa.** Preoperative nomograms for predicting stone-free rate after extracorporeal shock wave lithotripsy. J Urol 176, 1453 (2006).
4. **Vũ Lê Chuyên & Nguyễn Thành Tâm.** Nhận xét về tán sỏi ngoài cơ thể tại Bệnh viện Bình Dân. Tạp chí Y học thực hành thành phố Hồ Chí Minh 5 (2001).
5. **Simon Phipps, C. S., David Tolley.** Extracorporeal shockwave lithotripsy to distal ureteric stones: the transgluteal approach significantly increases stone-free rates. BJUI international (2013).
6. **Ahmed S El-Abd, A. M. T., Shawky A El-Abd.** The effect of stone size on the results of extracorporeal shockwave lithotripsy versus semi-rigid ureteroscopy lithotripsy in the management of upper ureteric stones. Arab J Urol 20, 30-35 (2022).
7. **Ranan Dasgupta, S. C., Lorna Aucott, Graeme MacLennan.** Shockwave lithotripsy compared with ureteroscopy stone treatment for adults with ureteric stones: the TISU non-inferiority RCT. Health Technol Assess 26, 1-70 (2022).

XÁC ĐỊNH TỶ LỆ TƯƠNG TÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ NGUYỄN VĂN THỦ - HUYỆN VŨNG LIÊM, TỈNH VĨNH LONG NĂM 2024

Nguyễn Duy Khánh², Nguyễn Hoàng Thân³, Trương Quốc Kỳ¹

TÓM TẮT⁴⁶

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát thực trạng sử dụng thuốc và xác định tỷ lệ tương tác thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp ngoại trú tại Trung tâm Y tế Nguyễn Văn Thủ-huyện Vũng Liêm, tỉnh Vĩnh Long năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, hồi cứu không can thiệp trên 392 đơn thuốc và số khám bệnh của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Nguyễn Văn Thủ-huyện Vũng Liêm, tỉnh Vĩnh Long từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Số lượng thuốc trung bình là 6,19±1,60 thuốc, 83,4% đơn thuốc có từ 5 thuốc trở lên. Nhóm thuốc chẹn kênh canxi sử dụng nhiều nhất 60,5%. Tỷ lệ đơn thuốc có tương tác thuốc là 87,8%, trong đó 37,8% có tương tác thuốc giữa các thuốc điều trị tăng huyết áp và 82,1% có tương tác thuốc giữa thuốc

điều trị tăng huyết áp với các thuốc khác. Có 71,7% tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng, với 60,5% là tương tác thuốc giữa các thuốc điều trị tăng huyết áp. **Kết luận:** Nghiên cứu đã xác định các yếu tố liên quan đến tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng bao gồm tuổi, số bệnh mắc kèm, số lượng thuốc trong đơn và các bệnh đái tháo đường, cơ thiếu máu não cục bộ, cơn đau thắt ngực, bệnh tim thiếu máu cục bộ.

Từ khóa: Tăng huyết áp, tương tác thuốc, yếu tố nguy cơ gây tương tác thuốc.

SUMMARY

DETERMINATION OF DRUG INTERACTION RATE IN ANTIHYPERTENSIVE TREATMENT AMONG OUTPATIENTS AT NGUYEN VAN THU MEDICAL CENTER-VUNG LIEM DISTRICT, VINH LONG PROVINCE 2024

Objective: To investigate the current status of drug use and determine the rate of drug-drug interactions among hypertensive outpatients at Nguyen Van Thu Medical Center, Vung Liem District, Vinh Long Province in 2024. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive and analytical study with a retrospective, non-interventional design was conducted on 392 prescriptions and medical records of hypertensive outpatients treated at Nguyen Van Thu

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Trường Đại học Nam Cần Thơ

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trương Quốc Kỳ

Email: kytq@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

Medical Center, Vung Liem District, Vinh Long Province from January 2024 to December 2024. **Results:** The average number of drugs per prescription was 6.19 ± 1.60 , with 83.4% of prescriptions contain 5 or more drugs. Calcium channel blockers were the most frequently used group 60.5%. The proportion of prescriptions with DDIs was 87.8%, of which 37.8% involved interactions among antihypertensive drugs and 82.1% involved interactions between antihypertensive and non-antihypertensive drugs. A total of 71.7% of DDIs were clinically significant, with 60.5% occurring between antihypertensive agents. **Conclusion:** The study identified clinically significant factors associated with drug interactions, including age, number of comorbidities, number of prescribed medications, and the presence of diabetes mellitus, ischemic stroke, angina pectoris, and ischemic heart disease. **Keywords:** Hypertension, drug interactions, risk factors for drug interactions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh mạn tính, một trong những yếu tố nguy cơ chính gây ra các bệnh tim mạch, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm. Để kiểm soát THA, việc phối hợp nhiều thuốc trong điều trị là cần thiết, điều này làm tăng nguy cơ tương tác thuốc (TTT). Các TTT này có thể gây hại, làm giảm hiệu quả điều trị. Vì vậy, việc khảo sát việc sử dụng thuốc, xác định các TTT điều trị THA là hết sức cần thiết, góp phần sử dụng thuốc hợp lý, an toàn và hiệu quả. Xuất phát từ thực tiễn này, nghiên cứu "Xác định tỷ lệ tương tác thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân ngoại trú tại Trung tâm Y tế Nguyễn Văn Thủ-huyện Vũng Liêm, tỉnh Vĩnh Long năm 2024" được thực hiện với hai mục tiêu sau: *Khảo sát thực trạng sử dụng thuốc điều trị THA và xác định tỷ lệ TTT, phân tích các yếu tố nguy cơ gây TTT trong đơn thuốc điều trị THA trên bệnh nhân ngoại trú tại trung tâm Y tế Nguyễn Văn Thủ-huyện Vũng Liêm, tỉnh Vĩnh Long năm 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đơn thuốc và sổ khám bệnh của bệnh nhân từ hệ thống phần mềm quản lý khám chữa bệnh được chẩn đoán THA, điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Nguyễn Văn Thủ-huyện Vũng Liêm, tỉnh Vĩnh Long từ 01/2024 đến 12/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Đơn thuốc bệnh nhân điều trị THA có độ tuổi ≥ 18 , phải ≥ 2 thuốc và nằm trong danh sách sổ khám bệnh ngoại trú của hệ thống phần mềm khám chữa bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân là phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú. Đơn thuốc có thuốc là chế phẩm y học cổ truyền, thuốc từ dược liệu. Đơn thuốc của bệnh nhân không có

đầy đủ thông tin để lấy mẫu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, hồi cứu không can thiệp.

2.2.2. Cỡ mẫu: Công thức ước tính cỡ mẫu theo một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})} \times \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n cỡ mẫu nghiên cứu, α là mức ý nghĩa thống kê với $\alpha=0,05$, Z là trị số tin cậy mong muốn 95% thì $Z=1,96$, d là sai số cho phép chọn $d=0,0478$.

Chọn $p=0,631$, tỷ lệ TTT điều trị THA với thuốc khác theo nghiên cứu của Vương Thái Qui và cộng sự năm 2022 [6]. Thay vào công thức, cỡ mẫu cần khảo sát là 392 mẫu.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu. Ngẫu nhiên hệ thống, phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu. Từ 392 mẫu đã chọn tiến hành thu thập, lựa chọn, đánh giá và ghi nhận thông tin theo mẫu thu thập thông tin đã được thiết kế sẵn. Thông tin cá nhân, thuốc, nhóm thuốc, phác đồ điều trị THA được thu thập và ghi nhận. Thực hiện tra TTT trên cơ sở dữ liệu về TTT đã được lựa chọn trước, thực hiện thống kê các yếu tố gây TTT.

2.2.5. Phương pháp phân tích và sử lý số liệu. Nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2019. Xử lý số liệu, kiểm định các tỷ lệ được thực hiện bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả tính toán các thông số như tần số, tỷ lệ %, giá trị cao nhất, thấp nhất, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Phân tích tương quan sử dụng các hệ số tương quan Pearson để phân tích mối liên quan. Hồi quy logistic xây dựng mô hình để dự báo các yếu tố nguy cơ. TTT được phân tích bằng công cụ Drugs.com, Medscape.com và Micromedex® Solutions.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp nhận, thông qua bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cấp cơ sở và cơ quan triển khai nghiên cứu. Quá trình thu thập và xử lý thông tin tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu, thông tin thu thập được giữ bí mật đảm bảo tuân thủ các quy định pháp luật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n=392)

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	184	46,9
	Nữ	208	53,1
Tuổi	<60	93	23,7

	≥60	299	76,3
	Tuổi nhỏ nhất	18	
	Tuổi lớn nhất	98	
	Tuổi trung bình	66,7±10,52	
Bệnh mắc kèm	<3 bệnh	98	25,0
	≥3 bệnh	294	75,0
Mức độ THA	THA độ 1	328	83,7
	THA độ 2	56	14,3
	THA độ 3	8	2,0

Nhận xét: Giới tính nữ chiếm 53,1%, nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 76,3%, nhỏ nhất 18 tuổi, cao nhất 98 tuổi và độ tuổi trung bình 66,7±10,52 tuổi, bệnh mắc kèm từ 3 bệnh trở lên chiếm 75,0%, THA độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 83,7%.

Bảng 3.2. Số lượng thuốc trong đơn thuốc (n=392)

Số lượng thuốc	Tần số	Tỷ lệ (%)
<5 thuốc	65	16,6
≥5 thuốc	327	83,4
Trung bình	6,19±1,60	
Tổng	392	100

Nhận xét: Trung bình trong mỗi đơn thuốc có 6,19±1,60 thuốc, số lượng thuốc từ 5 thuốc trở lên chiếm tỷ lệ cao 83,4%.

Bảng 3.5. Phác đồ đa trị liệu sử dụng trong điều trị tăng huyết áp (n=392)

Đa trị liệu		Tần số	Tỷ lệ (%)
Phác đồ hai nhóm thuốc		131	33,4
ACEI+BB	Captopril+Bisoprolol	2	0,5
ACEI+CCB	Captopril+Amlodipin	2	0,5
BB+CBB	Bisoprolol+Amlodipin	5	1,3
	Bisoprolol+Nifedipin	2	0,5
LT+ARB	Hydrochlorothiazid+Telmisartan	120	30,6
Phác đồ ba nhóm thuốc		29	7,4
LT+ARB+ACEI	Hydrochlorothiazid+Telmisartan+Captopril	1	0,3
LT+ARB+BB	Hydrochlorothiazid+Telmisartan+Bisoprolol	17	4,3
LT+ARB+CCB	Hydrochlorothiazid+Telmisartan+Amlodipin	11	2,8
Phác đồ bốn nhóm thuốc		1	0,3
LT+ARB+ BB+ACEI	Hydrochlorothiazid+Telmisartan+Bisoprolol+Captopril	1	0,3

Nhận xét: Phác đồ đa trị liệu chiếm 41,1%, trong đó phác đồ hai nhóm thuốc LT+ARB chiếm tỷ lệ cao nhất 30,6%, phác đồ ba nhóm thuốc LT+ARB+BB chiếm tỷ lệ cao nhất 4,3% và phác đồ bốn nhóm thuốc LT+ARB+ BB+ACEI chiếm 0,3%.

Bảng 3.6. Tỷ lệ tương tác thuốc (n=392)

Tương tác thuốc	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có tương tác thuốc	344	87,8
Không tương tác thuốc	48	12,2
Có thuốc điều trị THA tương tác với nhau	148	37,8
Không có thuốc điều trị THA tương tác với nhau	244	62,2

Bảng 3.3. Các nhóm thuốc sử dụng trong điều trị tăng huyết áp (n=392)

Nhóm thuốc	Hoạt chất	Tần số	Tỷ lệ (%)
Chẹn kênh canxi (CCB)	Amlodipin	194	49,5
	Nifedipin	43	11,0
Ức chế men chuyển (ACEI)	Captopril	21	5,4
Chẹn thụ thể Angiotensin II (ARB)	Telmisartan	151	38,5
Chẹn beta (BB)	Bisoprolol	28	7,1
Lợi tiểu (LT)	Hydrochlorothiazid	151	38,5

Nhận xét: Nhóm CCB chiếm tỷ lệ cao nhất 60,5% với hoạt chất Amlodipin 49,5%, nhóm BB chiếm tỷ lệ thấp nhất với hoạt chất Bisoprolol chiếm 7,1%.

Bảng 3.4. Phác đồ đơn trị liệu sử dụng trong điều trị tăng huyết áp (n=392)

Đơn trị liệu		Tần số	Tỷ lệ (%)
CCB	Amlodipin	174	44,3
	Nifedipin	41	10,5
ACEI	Captopril	15	3,8
BB	Bisoprolol	1	0,3
Tổng		231	58,9

Nhận xét: Phác đồ đơn trị liệu chiếm 58,9%, nhóm CCB chiếm tỷ lệ cao nhất 54,8%.

Có thuốc điều trị THA tương tác với thuốc khác	322	82,1
Không có thuốc điều trị THA tương tác với thuốc khác	70	17,9

Nhận xét: TTT chiếm tỷ lệ 87,8%, có thuốc điều trị THA tương tác với nhau chiếm 37,8%, Có thuốc điều trị THA tương tác với thuốc khác chiếm 82,1%.

Bảng 3.7. Phân loại đơn thuốc theo số cặp tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng (n=344)

Tương tác thuốc		Tần số	Tỷ lệ (%)
Đơn thuốc	Có YNLS	281	71,7

có TTT có ý nghĩa lâm sàng (YNLS)	Không có YNLS	63	16,1
	Mức độ nghiêm trọng	45	11,5
	Mức độ trung bình	236	60,2
Đơn thuốc có TTT điều trị THA có YNLS	Có YNLS	237	60,5
	Không có YNLS	107	27,3
	Mức độ nghiêm trọng	43	11,0
	Mức độ trung bình	194	49,5

Nhận xét: TTT có YNLS chiếm 71,7%, mức độ nghiêm trọng chiếm 11,5%. Trong đó TTT điều trị THA có YNLS chiếm 60,5%, mức nghiêm trọng chiếm 11,0%

Bảng 3.8. Cặp tương tác thuốc điều trị tăng huyết áp có ý nghĩa lâm sàng mức nghiêm trọng thường gặp trong mẫu

nghiên cứu

Cặp tương tác	Tần số	Tỷ lệ (%)
Captopril-Acetylsalicylic Acid	3	0,8
Captopril-Telmisartan	2	0,5
Hydrochlorothiazid-Acetylsalicylic Acid	18	4,6
Hydrochlorothiazid-Celecoxib	8	2,0
Hydrochlorothiazid-Insulin Degludec	10	2,6
Nifedipine-Methylprednisolon	2	0,5

Nhận xét: Có 06 cặp TTT điều trị THA có YNLS mức độ nghiêm trọng thường gặp đáng chú ý, trong đó cặp TTT Hydrochlorothiazid-Acetylsalicylic Acid chiếm tỷ lệ cao nhất 4,6%.

Bảng 3.9. Yếu tố đặc điểm của người bệnh dẫn đến tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng

Yếu tố		TTT có YNLS		TTT không có YNLS		P	OR
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)		
Giới tính	Nam	121	65,8	34	18,5	0,160	0,592 0,285-1,229
	Nữ	160	76,9	29	13,9		
Tuổi	≥60 tuổi	209	69,9	50	16,7	0,035	2,567 1,070-6,162
	<60 tuổi	72	77,4	13	14,0		
Số bệnh mắc kèm	≥3 bệnh	209	71,1	46	15,6	0,011	4,263 1,398-13,000
	<3 bệnh	72	73,5	17	17,3		
Số lượng thuốc	≥5 thuốc	244	74,6	45	13,8	0,000	0,112 0,035-0,356
	<5 thuốc	37	56,9	18	27,7		

Nhận xét: Tuổi, số bệnh mắc kèm và số lượng thuốc liên quan đến TTT có YNLS trong mẫu nghiên cứu ($p < 0,05$).

Bảng 3.10. Yếu tố bệnh mắc kèm của người bệnh dẫn đến tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng

Yếu tố		TTT có YNLS		TTT không có YNLS		P	OR
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)		
Đái tháo đường	Có	165	96,5	4	2,3	0,000	64,103 19,171-214,345
	Không	116	52,5	59	26,7		
Rối loạn lipid máu	Có	123	84,2	21	14,4	0,141	1,803 0,823-3,952
	Không	158	64,2	42	17,1		
Cơ thiếu máu não cục bộ	Có	60	75,9	7	8,9	0,027	3,027 1,136-8,068
	Không	221	70,6	56	17,9		
Cơ đau thắt ngực	Có	79	76,0	15	14,4	0,049	2,421 1,005-5,830
	Không	202	70,1	48	16,7		
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	Có	85	88,5	8	8,3	0,000	8,288 2,892-23,753
	Không	196	66,2	55	18,6		
Bệnh mạch máu ngoại vi	Có	51	70,8	11	15,3	0,958	0,974 0,369-2,573
	Không	230	71,9	52	16,3		
Bệnh về dạ dày	Có	104	71,2	25	17,1	0,170	1,819 0,775-4,270
	Không	177	72,0	38	15,4		
Bệnh về khớp	Có	165	96,5	4	2,3	0,064	2,425 0,951-6,184
	Không	116	52,5	59	26,7		

Nhận xét: Yếu tố bệnh mắc kèm đái tháo đường, cơ thiếu máu não cục bộ, cơ đau thắt ngực, bệnh tim thiếu máu cục bộ liên quan đến TTT có YNLS trong mẫu nghiên cứu ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm của đối tượng: Nữ giới

chiếm tỷ lệ 53,1% cao hơn nam giới. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Vương Thái Qui và cộng sự, nữ giới chiếm 67,9% [7]. Giới tính nữ thường có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn, có thể sau giai đoạn mãn kinh, phụ nữ mất đi tác dụng bảo vệ tim mạch của estrogen, dẫn đến nguy cơ THA tăng lên đáng kể. Nhóm tuổi từ 60 tuổi trở

lên chiếm 76,3%, tuổi trung bình là $66,7 \pm 10,52$ tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 98 tuổi. Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Cao Minh và cộng sự, nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 55,25%, tuổi trung bình $60,14 \pm 8,99$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 28 tuổi và tuổi lớn nhất là 92 tuổi [4]. THA có xu hướng gia tăng tỷ lệ mắc theo tuổi và đang có su hướng trẻ hóa. Khi tuổi tác tăng lên, các mạch máu trở nên xơ cứng và mất đi tính đàn hồi, dẫn đến THA. Bệnh mắc kèm ≥ 3 bệnh chiếm 75,0%. Nghiên cứu của Đào Ngọc Sử và cộng sự cũng ghi nhận tỷ lệ tương đồng với tỷ lệ bệnh mắc kèm ≥ 3 bệnh chiếm 83,3% [1]. THA thường đồng mắc với nhiều bệnh mạn tính khác kèm theo, các bệnh này cũng góp phần làm THA nặng thêm. THA độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 83,7%. Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Nhân và cộng sự với tỷ lệ THA độ 1 là 79,8% [5]. THA ngày càng gia tăng, sàng lọc và phát hiện bệnh trong cộng đồng cao là một vấn đề đáng lo ngại.

Về tình hình sử dụng thuốc THA: Số thuốc trung bình trong đơn $6,19 \pm 1,60$ thuốc, từ 5 thuốc trở lên chiếm tỷ lệ cao 83,4%. THA thường đi kèm với bệnh mắc kèm để kiểm soát các bệnh cần sử dụng nhiều loại thuốc cùng lúc để điều trị THA và kiểm soát bệnh mắc kèm. Nhóm CCB sử dụng nhiều nhất chiếm 60,5% với Amlodipin chiếm 49,5%. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Thúy Hà và cộng sự với nhóm CCB được sử dụng nhiều nhất 69,3%, với Amlodipin chiếm 60,8% [2]. CCB nhóm thuốc hạ áp khởi đầu điều trị, hiệu quả, an toàn và có thể sử dụng rộng rãi cho nhiều đối tượng THA, bao gồm cả người cao tuổi. Phác đồ đơn trị liệu chiếm 58,9% cao hơn đa trị liệu chiếm 41,1%. Nghiên cứu của Huỳnh Thanh Vũ và cộng sự có sự tương đồng, phác đồ đơn trị liệu chiếm 73,7%, phác đồ đa trị liệu chiếm 26,3% [3]. Tỷ lệ lớn phác đồ đơn trị liệu có thể do mức độ THA độ 1 chiếm tỷ lệ cao, phác đồ đơn trị liệu được ưu tiên sử dụng.

Tương tác thuốc: 87,8% đơn thuốc có TTT xảy ra, có 37,8% đơn thuốc có TTT giữa các thuốc điều trị THA với nhau và 82,1% đơn thuốc có TTT giữa thuốc điều trị THA với các thuốc khác. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Vương Thái Qui và cộng sự, tỷ lệ TTT là 69%, có thuốc THA tương tác với nhau 0,3%, có thuốc THA tương tác với thuốc khác 63,1% [7]. Sử dụng nhiều thuốc để điều trị THA và bệnh mắc kèm dẫn đến tỷ lệ TTT cao là không tránh khỏi. TTT có YNLS chiếm 71,7%, TTT điều trị THA có YNLS chiếm 60,5%, TTT điều trị THA có YNLS mức tương tác nghiêm trọng chiếm 11,0%,

trung bình chiếm 49,5%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trọng Nhân và cộng sự cũng cho thấy sự tương đồng, TTT CYNLS chiếm 71,2%, TTT mức độ nghiêm trọng 5,8%, mức độ trung bình 95,2% [5]. Các TTT được xác định có khả năng ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và an toàn của bệnh nhân.

Các yếu tố nguy cơ gây tương tác thuốc: Yếu tố từ đặc điểm của bệnh nhân có liên quan TTT có YNLS là tuổi, số bệnh mắc kèm và số lượng thuốc ($p < 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Ansha Subramanian và cộng sự cũng cho thấy kết quả yếu tố số lượng thuốc trong đơn có mối liên quan tới TTT ($p < 0,05$) [8]. Tuổi cao, ngoài THA còn có xu hướng mắc nhiều bệnh mạn tính cùng lúc, dẫn đến việc phải dùng nhiều thuốc kết hợp điều trị hơn và do đó tăng nguy cơ TTT. Yếu tố bệnh mắc kèm đái tháo đường, cơn thiếu máu não cục bộ, cơn đau thắt ngực, bệnh tim thiếu máu cục bộ của người bệnh có liên quan TTT có YNLS ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Phạm Văn Thành và cộng sự cũng cho kết quả tương đồng, có mối liên quan yếu tố về bệnh mắc kèm đái tháo đường của người bệnh dẫn đến sử dụng thuốc gây TTT [6]. Trong quá trình ghi nhận lại các bệnh mắc kèm, nhận thấy đây là các bệnh lý kèm theo THA xuất hiện nhiều nhất và chiếm tỷ lệ đa số so với các bệnh lý mắc kèm khác chỉ chiếm một tỷ lệ rất nhỏ. Bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính này cùng với THA thường phải kết hợp nhiều loại thuốc để kiểm soát bệnh lý và các biến chứng liên quan nên làm tăng nguy cơ TTT.

V. KẾT LUẬN

Nhóm CCB được sử dụng phổ biến nhất 60,5% với Amlodipin 49,5%. Phác đồ đơn trị liệu 58,9% cao hơn đa trị liệu 41,1%. Nghiên cứu đã khảo sát thực trạng sử dụng thuốc và phác đồ điều trị THA, những số liệu này cung cấp cơ sở để đánh giá lại và điều chỉnh các hướng dẫn điều trị nội bộ, đảm bảo phù hợp với thực trạng lâm sàng của bệnh nhân. Tỷ lệ đơn thuốc có TTT chiếm tỷ lệ cao 87,8%. 37,8% đơn thuốc có TTT giữa các thuốc điều trị THA với nhau và 82,1% đơn thuốc có TTT giữa thuốc điều trị THA với các thuốc khác. 71,7% các TTT có YNLS, 60,5% các TTT điều trị THA có YNLS. Phát hiện này là một cảnh báo quan trọng, giúp nhận thức rõ hơn về rủi ro và chủ động hơn trong việc sàng lọc, phát hiện và quản lý TTT. Dựa trên những phát hiện này, có thể xây dựng các quy trình sàng lọc và cảnh báo tự động trong phần mềm quản lý, hoặc tập huấn cho đội ngũ y tế về quản lý TTT, đặc biệt là các cặp tương tác nghiêm trọng từ đó đảm

bảo an toàn và hiệu quả điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Ngọc Sử, Phan Hùng Duy Hậu, Nguyễn Ngọc Thanh, Hà Minh Hiền, Đỗ Văn Mãi.** Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị bệnh nhân tăng huyết áp tại Trung tâm Y tế huyện Giồng Riềng, tỉnh Kiên Giang. Tạp chí Nghiên cứu khoa học và Phát triển kinh tế Trường Đại học Tây Đô. 2024;19:164-174
2. **Đinh Thị Thúy Hà, Trần Phúc.** 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. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;542(2):doi:10.51298/vmj.v542i2.11076 1
3. **Huỳnh Thanh Vũ, Nguyễn Ngọc Lý.** Tình hình điều trị bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố ảnh hưởng tại Trung tâm Y tế huyện Trà Cú, tỉnh Trà Vinh năm 2024. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;551(1):doi:10.51298/vmj.v551i1.14502 2
4. **Nguyễn Cao Minh, Hà Minh Hiền, Trần Công Luận, Lư Bích Ngọc Giàu.** Đặc điểm điều trị ở bệnh nhân tăng huyết áp ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Giồng Trôm, tỉnh Bến Tre năm 2024. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;553(2):doi:10.51298/vmj.v553i2.15415 3
5. **Nguyễn Trọng Nhân, Trần Công Luận, Võ Thụy Lữ Tâm và cộng sự.** Tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại trung tâm y tế huyện Thới Lai, Thành phố Cần Thơ. Tạp chí Nghiên cứu khoa học và Phát triển kinh tế Trường Đại học Tây Đô. 2022;16:213-226.
6. **Phạm Văn Thành, Nguyễn Đức Trọng.** Thực trạng bệnh tăng huyết áp và một số yếu tố liên quan của người dân từ 18 - 60 tuổi khám ngoại trú tại Bệnh viện Giao Thông Vận Tải năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;534(2):doi:10.51298/vmj.v534i2.8187
7. **Vương Thái Qui, Đỗ Văn Mãi, Trần Thị Thư, Trần Đỗ Hùng.** Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị tăng huyết áp tại trung tâm Y tế huyện Tam Nông, tỉnh Đồng Tháp. Tạp chí Nghiên cứu khoa học và Phát triển kinh tế Trường Đại học Tây Đô. 2022;15:203-211.
8. **Subramanian A, Adhimoolam M, Kannan S.** Study of drug-Drug interactions among the hypertensive patients in a tertiary care teaching hospital. Perspect Clin Res. 2018;9(1):9-14. doi:10.4103/picr.PICR_145_16

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG NGẮN HẠN CỦA CHỈ SỐ TAPSE/PASP TRÊN SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI NHẬP VIỆN VÌ SUY TIM CẤP

Lê Bá Khánh Hùng¹, Phạm Minh Tuấn¹, Đỗ Phương Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát chỉ số TAPSE/PASP bằng siêu âm tim ở bệnh nhân tuổi (≥ 60 tuổi) mắc suy tim cấp nhập viện tại Viện Tim mạch. Bước đầu tìm hiểu giá trị tiên lượng ngắn hạn (trong 3 đến 6 tháng) của chỉ số TAPSE/PASP ở nhóm bệnh nhân trên. **Phương pháp:** 154 bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì suy tim cấp được đưa vào nghiên cứu, theo dõi và đánh giá trong thời gian nằm viện và sau khi ra viện 6 tháng. **Kết quả:** 154 bệnh nhân, tuổi $74,14 \pm 8,83$, nam giới chiếm 53,89%. Sau 6 tháng (180 ngày) theo dõi kể từ khi xuất viện, số lượng bệnh nhân xuất hiện biến cố gộp (tử vong hoặc tái nhập viện do suy tim) là 83 bệnh nhân (tử vong 40 bệnh nhân, tái nhập viện vì suy tim 43 bệnh nhân) chiếm 53,97%. Nhóm bệnh nhân có biến cố gộp có chỉ số TAPSE/PASP thấp hơn so với nhóm không có biến cố ($p < 0,001$). Phân tích hồi quy COX đa biến cho thấy chỉ số TAPSE/PASP là một yếu tố tiên lượng độc lập biến cố tử vong, tái nhập viện trong vòng 6 tháng với HR = 0,117 (95% CI, 0,026 - 0,515) với $p = 0,005$. **Kết luận:** Chỉ số TAPSE/PASP trên siêu âm tim là một yếu tố tiên lượng độc lập trên

bệnh nhân suy tim cấp nhập viện.

Từ khóa: chỉ số TAPSE/PASP, suy tim cấp.

SUMMARY

SHORT-TERM PROGNOSTIC VALUE OF TAPSE/PASP INDEX ON ECHOCARDIOGRAPHY IN ELDERLY PATIENTS HOSPITALIZED WITH ACUTE HEART FAILURE

Objective: To assess the TAPSE/PASP ratio by echocardiography in patients aged ≥ 60 years admitted with acute heart failure at the Institute of Cardiology, and to preliminarily investigate the short-term prognostic value (within 3 to 6 months) of this ratio in this patient group. **Methods:** A total of 154 elderly patients hospitalized for acute heart failure were enrolled in the study, followed, and evaluated during hospitalization and up to 6 months after discharge. Results: The study included 154 patients with a mean age of 74.14 ± 8.83 years, of whom 53.89% were male. After 6 months (180 days) of follow-up from discharge, 83 patients (53.97%) experienced the composite endpoint (death or rehospitalization due to heart failure), including 40 deaths and 43 rehospitalizations. Patients with adverse events had a lower TAPSE/PASP ratio compared to those without events ($p < 0.001$). Multivariate Cox regression analysis showed that the TAPSE/PASP ratio was an independent predictor of mortality and rehospitalization within 6 months, with HR = 0.117 (95% CI, 0.026–0.515), $p = 0.005$. **Conclusion:** The TAPSE/PASP ratio measured by

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Bá Khánh Hùng

Email: lebakhanhhung93@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025