

TÌNH HÌNH KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP MỤC TIÊU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG LÊN KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI PHÒNG KHÁM TIM MẠCH BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Thị Tuyết Hà, Lê Kiều My*, Cao Thị Hạnh*, Võ Duy Bằng*, Trần Quốc Huy*,
Lê Đình Thanh**, Nguyễn Đức Công***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp (THA) là một trong những tình trạng bệnh lý mạn tính phổ biến nhất ở người cao tuổi. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu khảo sát tình hình kiểm soát HA mục tiêu và một số yếu tố ảnh hưởng (tuổi, giới tính, phân độ THA, phân tầng nguy cơ tim mạch, phối hợp thuốc) lên kiểm soát HA trên bệnh nhân cao tuổi tại phòng khám tim mạch bệnh viện Thống Nhất.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, từ 01/11/2017 đến 01/06/2018, phân tích trên các bệnh nhân cao tuổi đang điều trị ngoại trú tại phòng khám Tim mạch Bệnh viện Thống Nhất.

Kết quả: Có 878 bệnh nhân trong nghiên cứu này, tuổi trung bình là $71,9 \pm 7,5$. Kết quả ghi nhận có 79,4% bệnh nhân cao tuổi đạt được HA mục tiêu trong điều trị THA (theo khuyến cáo của Hội tim mạch châu Âu 2013). Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu theo phân độ THA độ 1, độ 2 và độ 3 lần lượt là 84,1%, 80,1% và 76,0%. Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu theo phân tầng nguy cơ tim mạch thấp - trung bình và cao - rất cao lần lượt là 84,8% và 79,1%. Trên tất cả bệnh nhân đã kiểm soát HA mục tiêu cho thấy có 82,8% bệnh nhân đã được sử dụng phác đồ phối hợp thuốc.

Kết luận: Qua nghiên cứu tại phòng khám tim mạch cho thấy: tỷ lệ kiểm soát HA mục tiêu chung ở nhóm bệnh nhân cao tuổi đã đạt ở mức cao; tỷ lệ kiểm soát huyết áp mục tiêu cao ở các nhóm tuổi, giới tính, mức phân độ THA và phân tầng nguy cơ tim mạch. Đa số bệnh nhân cao tuổi đã dùng phối hợp từ hai nhóm thuốc trở lên để kiểm soát HA mục tiêu.

Từ khóa: người cao tuổi, tăng huyết áp, tỷ lệ kiểm soát huyết áp

ABSTRACT

THE SITUATION OF TARGET BLOOD PRESSURE CONTROL AND SOME FACTORS
INFLUENCING BLOOD PRESSURE CONTROL ON ELDERLY PATIENTS IN CARDIOLOGY
OUTPATIENT CLINICS AT THONG NHAT HOSPITAL

Nguyen Thi Tuyen Ha, Le Kieu My, Cao Thi Hanh, Vo Duy Bang, Tran Quoc Huy, Le Dinh Thanh,
Nguyen Duc Cong

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Supplement of Vol. 23 - No 3 - 2019: 134 – 141

Objectives: Hypertension is one of the most common chronic diseases in the elderly. This study was conducted to study the situation of controlling the target blood pressure and some factors (age, gender, grade of hypertension, cardiovascular risk stratification, combination therapy) influencing blood pressure control on elderly patients in cardiology clinics at Thong Nhat Hospital.

Methods: This is a cross-sectional study, from November 20th, 2017 to June 20th, 2018, which analysis

*Khoa Y – Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh

**Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: BS Nguyễn Thị Tuyết Hà

ĐT: 0365814655

Email: nttha2.stu13@medvnu.edu.vn

on elderly patients with hypertension who were receiving outpatient treatment in cardiology clinics at Thong Nhat Hospital.

Results: There were 878 patients in this study, the average age was 71.9 ± 7.5 . Results showed that 79.4% of elderly patients achieved target blood pressure in hypertension treatment (Guideline of ESC 2013). The rate of achieving the target blood pressure by hypertension grade 1, grade 2 and grade 3 was 84.1%, 80.1% and 76.0%, respectively. The rate of target blood pressure achieved by low – moderate risk and high - very high risk was 84.8% and 79.1%, respectively. In all patients who had achieved blood pressure control, 82.8% of patients had already received combination therapy.

Conclusions: Study in cardiology clinics at Thong Nhat hospital showed: The overall control rate of blood pressure in the elderly group was high; The rate of blood pressure target control was high by age, gender, grade of hypertension and cardiovascular risk stratification. The majority of elderly patients used combinations of two or more classes of medications to control the blood pressure target.

Key word: elderly, blood pressure control rates, hypertension

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một yếu tố nguy cơ tim mạch chính⁽⁴⁾ và cũng là nguy cơ hàng đầu dẫn đến tử vong ở người trưởng thành trên toàn thế giới có liên quan đến tăng nguy cơ đột quỵ, nhồi máu cơ tim, suy tim và suy thận⁽¹⁾. Nhóm bệnh nhân cao tuổi có tỉ lệ mắc THA cao nhất so với tất cả các nhóm tuổi khác và những đối tượng trên 55 tuổi có 90% nguy cơ xuất hiện THA⁽¹²⁾.

Điều trị THA là bao gồm đưa trị số huyết áp (HA) về mục tiêu kéo dài, giảm tối đa các biến chứng do THA gây ra. Các hướng dẫn quốc tế hiện nay về quản lý THA thường xếp đối tượng bệnh nhân cao tuổi là một nhóm riêng do sinh lý bệnh và bệnh lý phối hợp có liên quan đến tuổi, THA trên người cao tuổi thường là THA tâm thu đơn độc, đó là sự tăng có HA tâm thu trong khi HA tâm trương bình thường. Mức HA tâm thu cao được xem là một yếu tố dự báo biến cố tim mạch bất lợi⁽¹⁰⁾. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên nhóm bệnh nhân cao tuổi kết quả cho thấy điều trị hạ HA giúp làm giảm đáng kể tỉ lệ mắc biến cố tim mạch, tử vong do tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân^(2,3).

Do đó, kiểm soát HA tốt là vấn đề trung tâm trong việc cải thiện sức khỏe tim mạch. Theo một dữ liệu Y tế của Hoa Kỳ cho thấy 59% các bệnh nhân THA được điều trị và chỉ có 34% được kiểm soát HA mục tiêu⁽⁴⁾. Hội lão khoa tim mạch

về điều trị THA ở người cao tuổi ước tính có hơn 25% dân số mắc THA trên 65 tuổi được điều trị, kiểm soát HA kém dẫn đến tăng xuất hiện những biến cố tim mạch bất lợi, tăng chi phí chăm sóc sức khỏe và giảm chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi.

Cho đến ngày nay, dữ liệu về quản lý điều trị THA ở người cao tuổi có độ tin cậy cao là đến từ thử nghiệm HYVET trên 3,845 bệnh nhân được điều indapamide ± perindopril so với giả dược ± giả dược. Tử vong do đột quỵ, bệnh tim mạch, suy tim giảm lần lượt 39%, 23% và 64% trong thời gian theo dõi trung bình là 1,8 năm. Do đó, thử nghiệm HYVET ủng hộ việc sử dụng nhóm lợi tiểu thiazide, ức chế men chuyển (UCMC) và chẹn kênh canxi (CKCa) cho nhóm bệnh nhân cao tuổi⁽⁸⁾.

Từ những lý do trên cho thấy THA trên nhóm bệnh nhân cao tuổi là một vấn đề đang rất được các hệ thống y tế đặc biệt quan tâm. Do đó hiểu biết về tình hình kiểm soát HA mục tiêu và một số yếu tố ảnh hưởng lên kiểm soát HA là điều rất quan trọng. Bệnh viện Thống Nhất, là một bệnh viện đa khoa hạng I của Bộ Y tế tại thành phố Hồ Chí Minh với thế mạnh là lão khoa và tim mạch có số lượng lớn bệnh nhân THA đang điều trị tại các phòng khám ngoại trú.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu khảo sát tình hình kiểm soát HA mục tiêu và một số yếu tố ảnh hưởng (tuổi, giới tính, phân

độ THA, phân tầng nguy cơ tim mạch, phối hợp thuốc) lên kiểm soát HA trên bệnh nhân cao tuổi tại phòng khám tim mạch bệnh viện Thống Nhất.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng trong nghiên cứu này là những bệnh nhân trên cao tuổi (≥ 60 tuổi theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới) đến khám tại các phòng khám tim mạch bệnh viện Thống Nhất từ ngày 20/11/2017 – 20/06/2018 đã được chẩn đoán THA và đang điều trị bằng thuốc chống THA trong thời gian ít nhất là 3 tháng mà nhóm nghiên cứu quan sát được.

Bệnh nhân loại trừ không được chọn trong đối tượng nghiên cứu khi có một trong các trường hợp sau: (1) bệnh nhân đang trong giai đoạn mắc bệnh cấp tính, bệnh mạn tính giai đoạn cuối, các bệnh lý ngoại khoa, (2) không có đủ các tiêu chí dùng cho nghiên cứu trong thời gian 1 tháng trở lại tại thời điểm lấy mẫu, (3) bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Đây là nghiên cứu cắt ngang. Bệnh nhân đến khám tại các phòng khám tim mạch sau khi được đánh giá thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được thu thập thông tin vào trong mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn bằng cách hỏi bệnh, khám lâm sàng, đo HA, ghi nhận kết quả cận lâm sàng và đặc điểm thuốc chống THA mà bệnh nhân được sử dụng.

Trị số HA và kiểm soát HA mục tiêu: trị số HA được đo tại phòng khám bởi nhân viên y tế có kinh nghiệm bằng máy đo HA thủy ngân ở vị trí cánh tay với kích thước băng quấn phù hợp và đánh giá kiểm soát huyết áp mục tiêu theo khuyến cáo của hội tim mạch châu Âu 2013 (European Society of Cardiology 2013: ESC 2013).

Phân độ THA bằng cách hỏi trị số HA cao nhất từ lúc được chẩn đoán THA sau đó được phân độ theo khuyến cáo của ESC 2013 với THA độ 1 HA tâm thu từ 140-159 mmHg hoặc HA tâm trương từ 90-99 mmHg, THA độ 2 HA tâm

thu từ 160-179 mmHg hoặc HA tâm trương từ 100-109 mmHg và THA độ 3 khi HA tâm thu ≥ 180 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 110 mmHg.

Phân tầng nguy cơ tim mạch toàn thể dựa vào phân độ THA, các bệnh lý phối hợp sau đó đánh giá theo khuyến cáo của ESC 2013.

Các nhóm thuốc chống THA được sử dụng trên mỗi bệnh nhân trong 5 nhóm theo khuyến cáo ESC 2013 bao gồm: lợi tiểu, ỨCMC, chẹn thụ thể angiotensin (CTTA), CKCa, chẹn beta (CB).

Từ những dữ liệu trên chúng tôi đã tiến hành phân tích mô tả một số đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu (tuổi, giới tính, phân độ THA, phân tầng nguy cơ tim mạch), đánh giá hiệu quả kiểm soát HA mục tiêu chung và ảnh hưởng của tuổi, phân độ THA, phân tầng nguy cơ tim mạch lên tỉ lệ kiểm soát HA.

Đề cương nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng y đức của bệnh viện Thống Nhất. Đây là nghiên cứu không can thiệp cho nên không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân. Mọi thông tin của bệnh nhân sẽ được bảo mật.

Phân tích số liệu

Phần mềm R 3.4.3 (<http://www.r-project.org>) được dùng phân tích thống kê tất cả các số liệu ghi nhận được trong nghiên cứu này.

Các biến số phân nhóm sẽ cho ra tỷ lệ được trình bày dưới dạng phần trăm và dùng kiểm định Chi bình phương để kiểm định sự khác nhau giữa hai hoặc nhiều tỷ lệ phần trăm. Các biến số liên tục sẽ được kiểm định biến số có tuân theo luật phân phối chuẩn không, những biến số tuân theo luật phân phối chuẩn sẽ được trình bày dưới dạng số trung bình \pm độ lệch chuẩn và dùng kiểm định t-student để đánh giá sự khác biệt. Khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

KẾT QUẢ

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Ghi nhận có 878 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu trong thời gian 7 tháng thực hiện. Tỉ lệ nam/nữ ghi nhận được là 1,58/1. Tuổi

trung bình của đối tượng nghiên cứu là 71,9±7,5 tuổi và không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Nhóm bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên chiếm 16,7%, phân bố theo nhóm tuổi cho thấy nam có xu hướng cao hơn nữ và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$).

Số bệnh nhân có phân độ THA độ 2 và độ 3 chiếm đa số (cụ thể độ 2 với 39,0% và độ 3 là

38,8%) và số lượng bệnh nhân THA độ 1 có tỉ lệ thấp nhất với 22,2% và không có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p = 0,098$). Bệnh nhân có nguy cơ tim mạch toàn thể từ cao – rất cao chiếm hầu hết toàn bộ đối tượng nghiên cứu với 94,8%, nguy cơ tim mạch cao – rất cao ở nhóm nam giới (96,7%) cao hơn nữ giới (91,8%) có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$) (Bảng 1).

Bảng 1. Một số đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu

	Toàn bộ (N = 878)	Nam (n = 538)	Nữ (n = 340)	p
Tuổi				
Tuổi trung bình, năm	71,9 ± 7,5	72,1 ± 7,9	71,5 ± 6,7	0,183
60 – 69, n (%)	356 (40,6)	218 (40,5)	138 (40,6)	
70 – 79, n (%)	375 (42,7)	212 (39,4)	163 (47,9)	0,001
≥ 80, n (%)	147 (16,7)	108 (20,1)	39 (11,5)	
Phân độ THA				
THA độ 1, n (%)	195 (22,2)	120 (22,3)	75 (22,1)	
THA độ 2, n (%)	342 (39,0)	223 (41,4)	119 (35,0)	0,098
THA độ 3, n (%)	341 (38,8)	195 (36,2)	146 (42,9)	
Phân tầng nguy cơ tim mạch				
Thấp - trung bình, n (%)	46 (5,2)	18 (3,3)	28 (8,2)	
Cao - rất cao, n (%)	832 (94,8)	520 (96,7)	312 (91,8)	0,001

Hiệu quả kiểm soát huyết áp mục tiêu

Nghiên cứu này áp dụng theo tiêu chuẩn khuyến cáo của ESC 2013 để đánh giá kiểm soát HA mục tiêu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân cao tuổi đang điều trị THA tại các

phòng khám tim mạch bệnh viện Thống Nhất đạt được HA mục tiêu là 79,4% bệnh nhân. Phân tích theo các phân nhóm tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu cho thấy tỉ lệ kiểm soát HA mục tiêu không có sự khác biệt (Bảng 2).

Bảng 2. Tỉ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu chung và theo nhóm tuổi

	Toàn bộ (N = 878)	Nam (n=538)	Nữ (n=340)	p
Kiểm soát HA mục tiêu chung, n (%)	697 (79,4)	423 (78,6)	274 (80,6)	0,483
Kiểm soát HA mục tiêu theo tuổi				
60 – 69, n (%)	285 (80,1)	171 (78,4)	114 (82,6)	0,337
70 – 79, n (%)	295 (78,7)	167 (78,8)	128 (78,5)	0,954
≥ 80, n (%)	117 (79,6)	85 (78,7)	32 (82,1)	0,656
p	0,895	0,996	0,651	

Ảnh hưởng của phân độ THA và phân tầng nguy cơ tim mạch lên kiểm soát HA mục tiêu

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân kiểm soát HA theo phân độ THA không có sự khác biệt có ý nghĩa, cụ thể tỉ lệ đạt HA mục tiêu theo THA độ 1, độ 2 và độ 3 lần lượt là 84,1%, 80,1% và 76,0% nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,073$). Sự khác biệt giữa các phân độ THA theo giới tính không có ý nghĩa thống kê.

Tỉ lệ bệnh nhân kiểm soát HA theo phân tầng nguy cơ tim mạch thấp - trung bình và cao -

rất cao đạt lần lượt là 84,8% và 79,1%, sự khác biệt được ghi nhận này là đáng kể về mặt lâm sàng nhưng chưa có ý nghĩa trên phương diện thống kê ($p = 0,352$). Sự khác biệt giữa các nhóm phân tầng nguy cơ tim mạch theo giới tính không có ý nghĩa thống kê (Bảng 3).

Phác đồ số lượng nhóm thuốc được sử dụng trên bệnh nhân kiểm soát HA mục tiêu

Đa số bệnh nhân đã được phối hợp từ hai nhóm thuốc trở lên để kiểm soát HA mục tiêu. Cụ thể trên tất cả bệnh nhân đã kiểm soát HA mục tiêu thì nhóm sử dụng liệu pháp phối hợp

thuốc chiếm tỉ lệ rất cao với 82,8%, trong đó cần phối hợp 2 thuốc và 3 thuốc chiếm tỉ lệ cao nhất với 45,6% và 32,9%. Kết quả cũng ghi nhận nam

giới (85,8%) sử dụng phối hợp thuốc cao hơn nữ giới (78,1%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,004$) (Bảng 4).

Bảng 3. Tỉ lệ bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu theo phân độ THA và phân tầng nguy cơ tim mạch

	Toàn bộ (N = 878)	Nam (n = 538)	Nữ (n = 340)	p
Phân độ THA				
THA độ 1, n (%)	164 (84,1)	100 (83,3)	64 (85,3)	0,710
THA độ 2, n (%)	274 (80,1)	179 (80,3)	95 (79,8)	0,923
THA độ 3, n (%)	259 (76,0)	144 (73,8)	115 (78,8)	0,292
p	0,073	0,100	0,488	
Phân tầng nguy cơ tim mạch				
Thấp - trung bình, n (%)	39 (84,8)	14 (77,8)	25 (89,3)	0,288
Cao - rất cao, n (%)	658 (79,1)	409 (78,7)	249 (79,8)	0,691
p	0,352	0,928	0,224	

Bảng 4. Tỉ lệ sử dụng đơn trị liệu hoặc phối hợp thuốc được sử dụng trên những bệnh nhân đã kiểm soát đạt huyết áp mục tiêu

	Toàn bộ (N = 697)	Nam (n = 423)	Nữ (n = 274)	p
Đơn trị, n (%)	120 (17,2)	60 (14,2)	60 (21,9)	0,004
Phối hợp, n (%)	577 (82,8)	363 (85,8)	214 (78,1)	
Số lượng nhóm thuốc phối hợp				0,038
2 thuốc, n (%)	318 (45,6)	198 (46,8)	120 (43,8)	
3 thuốc, n (%)	229 (32,9)	143 (33,8)	86 (31,4)	
4 thuốc, n (%)	30 (4,3)	22 (5,2)	8 (2,9)	

BÀN LUẬN

Đây là một nghiên cứu không chỉ cung cấp thông tin về một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, tình hình kiểm soát HA mục tiêu và một số yếu tố ảnh hưởng lên kiểm soát HA trên bệnh nhân cao tuổi tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Thống Nhất. Đây là một bệnh viên đa khoa hạng I có một trung tâm tim mạch với nhiều chuyên gia tim mạch và lão khoa, là nơi thực hành của nhiều trường đại học tại thành phố Hồ Chí Minh. Bệnh viện luôn cập nhật khuyến cáo của các Hội tim mạch trong và ngoài nước để các bác sĩ áp dụng vào thực hiện.

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân cao tuổi mắc THA đến khám tại các phòng khám tim mạch và có 16,7% bệnh nhân trên 80 tuổi và nam giới chiếm đa số với tỉ lệ nam/nữ là 1,58/1. Đa số bệnh nhân thuộc phân độ THA từ độ 2 - độ 3 và nhóm nguy cơ tim mạch cao - rất cao và điều đó cho thấy những bệnh nhân hiện điều trị THA tại đây đã có những biến chứng tổn thương cơ quan

đích rõ rệt với nhiều bệnh lý phối hợp kèm theo và trị số HA cao trước khi được điều trị HA tích cực. Trong nhóm bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao - rất cao ghi nhận nam có tỉ lệ cao hơn nữ giới và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Hiệu quả kiểm soát huyết áp mục tiêu

Nghiên cứu này áp dụng theo tiêu chuẩn của ESC 2013 để đánh giá kiểm soát HA mục tiêu cho các đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu này ghi nhận được tỉ lệ kiểm soát HA mục tiêu chung của toàn bộ đối tượng nghiên cứu là khoảng 80% và tỉ lệ này không có sự khác biệt nhiều về ý nghĩa lâm sàng và thống kê giữa các phân nhóm tuổi và giới tính. Do đó nhìn chung hiệu quả kiểm soát HA mục tiêu đạt ở mức cao và duy trì ổn định giữa các nhóm tuổi và giới tính.

So sánh với một cuộc khảo sát dân số của tác giả Sung Sug Yoon và cộng sự về tỉ lệ tăng huyết áp và kiểm soát HA của Hoa Kỳ giai đoạn 2011 - 2014 cho thấy có 52,5% bệnh nhân ≥ 60 tuổi đã điều trị kiểm soát được HA mục tiêu⁽¹⁶⁾. Theo các công bố khác tại Việt Nam như một nghiên cứu cắt ngang của tác giả Đôn Thị Thanh Thủy tại bệnh viện cấp cứu Trung Vương năm 2011 - 2013 được điều trị tại khoa Tim mạch. Nghiên cứu áp dụng ngưỡng kiểm soát HA mục tiêu theo ESC 2007 ghi nhận tỉ lệ kiểm soát HA mục tiêu trên những bệnh nhân cao tuổi là này là 69,4%⁽¹¹⁾.

Sự thay đổi của tỉ lệ này tùy thuộc vào nhiều

Yếu tố như: tiêu chuẩn áp dụng khác nhau, sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân, trình độ chuyên môn của bác sĩ điều trị và còn nhiều yếu tố khác tác động vào. Tỷ lệ này không có sự khác biệt nhiều về ý nghĩa lâm sàng giữa các nhóm tuổi có thể do nghiên cứu này áp dụng tiêu chuẩn của ESC 2013⁽¹³⁾, khi mà mục tiêu HA dành riêng cho nhóm bệnh nhân > 80 tuổi là 150/90 mmHg thay vì vẫn là 140/90 mmHg như một số nghiên cứu khác, sự thay đổi này làm cho hiệu quả kiểm soát HA trở nên dễ dàng hơn do đó số lượng bệnh nhân cao tuổi kiểm soát HA đã được duy ở mức cao.

Nhưng nhìn chung kết quả trên đã cho thấy tại bệnh viện Thống Nhất hiệu quả điều trị THA cho các bệnh nhân đến khám tại các phòng khám tim mạch đã đạt ở mức cao so với các công bố khác trên thế giới. Tuy nhiên kết quả này vẫn còn một số hạn chế như: không lấy được mẫu toàn bộ bệnh nhân đến khám, không theo dõi được hiệu quả điều trị bằng holter huyết áp 24 giờ để đánh giá chính xác hơn ở nhóm bệnh nhân THA áo choàng trắng và THA ẩn giấu.

Ảnh hưởng của phân độ THA và phân tầng nguy cơ tim mạch lên kiểm soát HA mục tiêu

Theo các y văn đã báo cáo trước đây cho thấy phân độ THA và phân tầng nguy cơ tim mạch là một trong những yếu tố quan trọng đánh giá độ nặng của bệnh, nguy cơ xuất hiện những biến cố tim mạch và tử vong tim mạch. Do đó việc kiểm soát HA tối ưu trên nhóm bệnh nhân có phân độ HA ban đầu cao và thuộc nhóm nguy cơ tim mạch cao – rất cao là rất quan trọng.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ kiểm soát HA không có sự khác biệt giữa các nhóm phân độ THA, cụ thể tỷ lệ đạt HA mục tiêu theo phân độ THA độ 1, độ 2 và độ 3 lần lượt là 84,1%, 80,1% và 76,0% nhưng sự khác biệt giữa các nhóm này chưa có ý nghĩa thống kê.

So với các báo cáo y văn trước đây cho thấy phân độ THA ban đầu càng cao càng khó kiểm soát HA hơn. Theo kết quả nghiên cứu này tương tự theo một nghiên cứu đoàn hệ lớn tại

Anh của tác giả **Sharada Weir** và cộng sự, hồi cứu dữ liệu của 48131 bệnh nhân trong 3 năm từ 2008-2010, ngưỡng áp dụng kiểm soát HA mục tiêu cho tất cả bệnh nhân là > 140/90 mmHg. Một phân tích cho thấy tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát THA giảm khi phân độ THA trước khi điều trị càng cao. Kiểm soát HA ở THA độ 1 (OR: 0,583; 95%CI: 0,527-0,644) cao hơn THA độ 2 (OR: 0,374; 95%CI: 0,339-0,413), và THA độ 2 cao hơn THA độ 3 (OR: 0,234; 95%CI: 0,211-0,259)⁽¹⁴⁾.

Do nhiều thử nghiệm trước đây cho thấy kiểm soát HA khó khăn trên bệnh nhân có phân độ THA càng cao, vì vậy theo khuyến cáo quản lý THA hiện nay của các Hội tim mạch lớn trên thế giới, trong đó có ESC 2013 cũng đã đưa ra hướng dẫn phối hợp ít nhất hai nhóm thuốc cho những bệnh nhân có THA từ độ 2 – độ 3 tối ưu hiệu quả kiểm soát HA⁽¹⁵⁾. Từ các khuyến cáo hiện hành và sự tuân thủ áp dụng theo khuyến cáo của các bác sĩ điều trị đã giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ kiểm soát HA ở các mức phân độ THA khác nhau.

Kết quả kiểm soát HA theo các nhóm phân tầng nguy cơ tim mạch ghi nhận không có sự khác biệt, cụ thể nguy cơ thấp – trung bình là 84,8% và cao – rất cao là 79,1% và không có ý nghĩa về mặt thống kê.

So sánh với một nghiên cứu đã công bố trước đây của tác giả Yu Ting Li và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu cắt ngang trên 2445 bệnh nhân điều trị thuốc chống THA trong thời ít nhất 4 tuần tại các phòng khám ngoại trú cho thấy kiểm soát HA mục tiêu kém hơn ở nhóm có các bệnh lý mạn tính kèm theo so với không có bệnh mạn tính kèm theo như bệnh tim (11,9% so với 19,2%), đái tháo đường (19,7% so với 38,6%), bệnh thận mạn tính (9,1% so với 14,5%)⁽⁵⁾. Cũng theo một cứu cắt ngang tại Việt Nam của tác giả Nguyễn Văn Trí từ 01/2015 đến 04/2015 có 9148 bệnh nhân tại phòng khám của một số bệnh viện trên cả nước. Kết quả cho thấy hiệu quả kiểm soát HA hiệu quả nhất ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ tim mạch thấp là 60,2%, tỷ lệ này càng giảm khi phân tầng nguy cơ tim mạch càng cao,