

Tình hình tăng huyết áp và kết quả kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018-2020

Nguyễn Cao Nhật Linh, Trần Ngọc Dung, Nguyễn Thị Diễm
Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh động mạch vành mạn có tăng huyết áp (THA) ngày càng phổ biến. Kết quả điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn vẫn chưa có nhiều khả quan. Hiện nay, một số khuyến cáo mới về mục tiêu huyết áp phải đạt trong điều trị đã có nhiều thay đổi. Đây là vấn đề cần được quan tâm nghiên cứu hiện nay.

Mục tiêu nghiên cứu: 1) Xác định tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn, 2) Đánh giá kết quả kiểm soát HA theo hướng dẫn của ACC/AHA 2017 ở bệnh nhân mắc bệnh mạch vành mạn có THA và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả kiểm soát HA.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang 312 bệnh nhân bệnh mạch vành mạn từ tháng 05/2018 đến tháng 04/2020 tại BV Đakhoa Trung ương Cần Thơ.

Kết quả: Tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn là 78,2%. Tỷ lệ HA đạt mục tiêu theo hướng dẫn ACC/AHA 2017 là 43,4%. Về kết quả điều trị, tỷ lệ phối hợp 2 thuốc HA trong điều trị chiếm nhiều nhất (13,1%), trong đó, phối hợp thuốc chẹn beta với ức chế men chuyển cho kết quả kiểm soát huyết áp tốt nhất (59,1%). Kiểm soát HA ở bệnh nhân BMVM kèm suy thận mạn giai đoạn 3 cho kết quả tốt nhất với 50% bệnh nhân đạt HA mục tiêu so với bệnh nhân suy thận

mạn các giai đoạn còn lại ($p=0,025$). Bệnh nhân có hút thuốc lá và uống rượu có tỷ lệ HA không đạt mục tiêu lần lượt là 64,3% ($p=0,018$) và 66,7% ($p=0,027$), cao hơn so với bệnh nhân không có thói quen trên.

Kết luận: Bệnh nhân bệnh mạch vành mạn có tỷ lệ THA cao. Một số yếu tố liên quan đến kết quả kiểm soát HA mục tiêu được tìm thấy là thói quen sinh hoạt, tình trạng bệnh đi kèm theo.

Từ khóa: Bệnh mạch vành mạn, tăng huyết áp, hướng dẫn của ACC/AHA 2017.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Trong số đó, có khoảng 7,6 triệu người (43,4%) tử vong do bệnh động mạch vành [8]. Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với bệnh động mạch vành. Số bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành mạn có tăng huyết áp chiếm tỷ lệ khá cao qua các nghiên cứu [2]. Mục tiêu điều trị bệnh mạch vành mạn là kéo dài thời gian sống và cải thiện triệu chứng lâm sàng cho bệnh nhân. Để đạt được mục tiêu đó, hiện nay có nhiều phương pháp điều trị bao gồm điều trị nội khoa bảo tồn và tái lưu thông động mạch vành bằng can thiệp mạch vành qua da đã được triển khai, tuy nhiên, kết quả điều trị vẫn còn chưa khả quan do nhiều yếu tố chi phối, trong đó, có các bệnh kèm

theo [15]. Hiện nay, kết quả điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành mạn chưa có nhiều khả quan và các khuyến cáo về mục tiêu kiểm soát huyết áp ngày càng thay đổi. Đây là vấn đề cần thiết cần được đặt ra trong thực tiễn. Để góp phần nhỏ vào chiến lược quản lý và phòng ngừa tăng huyết áp ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn nên chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ tăng huyết áp theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ACC/AHA 2017 ở bệnh nhân mắc bệnh mạch vành mạn.

2. Đánh giá kết quả kiểm soát huyết áp theo hướng dẫn điều trị của ACC/AHA 2017 ở bệnh nhân mắc bệnh mạch vành mạn có tăng huyết áp và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả kiểm soát huyết áp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân mắc bệnh mạch vành mạn, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh động mạch vành mạn, gồm:

+ Đau thắt ngực ổn định: với 3 đặc điểm sau: Khó chịu vùng ngực sau xương ức với các đặc điểm về tính chất và thời gian, thúc đẩy nặng lên bởi gắng sức hoặc stress cảm xúc, giảm khi nghỉ hoặc với nitroglycerin.

+ Đau thắt ngực biến thái Prinzmetal: có những đặc điểm sau. Các cơn đau xuất hiện tự nhiên không do gắng sức, trong cơn, điện tim có đoạn ST chênh lên trên 0,1mV ở các chuyển đạo, các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng biến mất khi sử dụng thuốc giãn vành.

+ Thiếu máu cơ tim im lặng: Bệnh nhân không có triệu chứng đau ngực nhưng có đoạn ST chênh xuống trên 0,1mV trên điện tâm đồ hoặc test gắng sức dương tính.

+ Nhồi máu cơ tim cũ hoặc (trên 2 tháng): có Q hoại tử, đoạn ST đẳng điện, T âm hoặc dương có hoặc không có kèm triệu chứng TMCBCT.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp.

+ Bệnh nhân có các rối loạn về tâm thần.

+ Bệnh nhân có bệnh ung thư, bệnh nhiễm trùng nặng.

+ Bệnh nhân không thể nghe và không trả lời phỏng vấn được.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 05/2018 đến tháng 04/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu cắt ngang mô tả phân tích.

- Cỡ mẫu: được tính theo công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu.

z = 1,96 (với độ tin cậy 95%).

p = 0,28 (Từ tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân bệnh mạch vành là 28%, theo nghiên cứu của M.Krishnan ở Nam Ấn Độ) [13].

d (sai số cho phép) = 0,05.

Tính được cỡ mẫu tối thiểu n = 310, thực tế thu được 312 bệnh nhân.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Ghi nhận các đặc điểm chung (tuổi, giới tính, nghề nghiệp) của bệnh nhân nghiên cứu.

+ Xác định tỷ lệ tăng huyết áp trên bệnh nhân bệnh mạch vành mạn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ACC/AHA 2017 (HATT ≥ 130mmHg và/ hoặc HATTr ≥ 80mmHg).

+ Đánh giá kết quả kiểm soát HA theo hướng dẫn lựa chọn các nhóm thuốc chống THA của ACC/AHA 2017 ở bệnh nhân BMVM có kèm THA: gồm tỷ lệ đạt HA mục tiêu ở BN BMV mạn

(HA mục tiêu < 130/80mmHg) mức độ cải thiện các triệu chứng sau khi kiểm soát HA trên BMVM (hết, giảm hoặc còn triệu chứng).

Thời điểm đánh giá: trong thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện, 1 và 3 tháng sau khi ra viện.

+ Tìm hiểu một số yếu tố liên quan như: các bệnh mắc kèm theo (như: suy tim, đái tháo đường

type 2, bệnh thận mạn); hút thuốc lá, uống rượu, BMI).

- Phương pháp thu thập số liệu: hỏi và khám trực tiếp bệnh nhân, ghi chép từ hồ sơ bệnh án vào phiếu thu thập số liệu.

- Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới tính, nghề nghiệp của bệnh nhân bệnh mạch vành mạn

Đặc điểm (n = 312)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	120	38,5
Nữ	192	61,5
Nhóm tuổi		
< 50	13	4,2
50 - 64	63	20,2
≥ 65	236	75,6
Tuổi trung bình ± Độ lệch chuẩn: 72,61 ± 12,94 Tuổi nhỏ nhất: 32, Tuổi lớn nhất: 104		
Nghề nghiệp		
Lao động chân tay	70	22,4
Công nhân viên chức	5	1,6
Hưu trí hoặc mất sức lao động	209	67
Nghề khác	28	9
Tổng cộng	312	100

* **Nhận xét:** Nam giới chiếm 38,5% và nữ giới chiếm 61,5%. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 72,61 ± 12,94 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân từ 50 tuổi <64 tuổi chiếm 20,2% và độ tuổi từ 65 trở lên chiếm cao nhất 75,6%. Người trẻ tuổi nhất là 32 tuổi, người cao tuổi nhất 104 tuổi. Nhóm bệnh hưu trí và hết tuổi lao động chiếm tỷ lệ cao nhất với 67%, kế đến là lao động chân tay 22,4%, thấp nhất là công nhân viên chức 1,6%.

3.2. Tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn

Bảng 2. Tỷ lệ tăng huyết áp (THA) ở bệnh mạch vành mạn

Tăng huyết áp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	244	78,2
Không	68	21,8
Tổng	312	100

* **Nhận xét:** Tỷ lệ tăng huyết áp trên bệnh nhân bệnh mạch vành mạn là 78,2%.

3.3. Kết quả điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn (BMVM) và một số yếu tố liên quan

Bảng 3. Tỷ lệ huyết áp đạt mục tiêu theo hướng dẫn của ACC/AHA 2017

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đạt HA mục tiêu	106	43,4%
Không đạt HA mục tiêu	138	56,6%
Tổng cộng	244	100

* **Nhận xét:** Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là 43,4%.

Bảng 4. Liên quan giữa đặc điểm chung của bệnh nhân với kiểm soát THA ở bệnh nhân BMVM nghiên cứu

Tuổi	Đạt HA mục tiêu		Không đạt HA mục tiêu		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
< 50	6	66,7	3	33,3	p = 0,337
50 – 64	22	45,8	26	54,2	
≥ 65	79	42,2	108	57,8	
Giới tính					p = 0,611
Nam	41	45,6	49	54,4	
Nữ	65	42,2	89	57,8	
Nghề nghiệp					p (fisher) = 0,332
Lao động chân tay	27	54	23	46	
Công nhân viên chức	1	0	0	100	
Hưu trí hoặc mất sức lao động	70	41,4	99	58,6	
Nghề khác	8	33,3	16	66,7	

* **Nhận xét:** Bệnh nhân ở nhóm <50 có tỷ lệ đạt HA mục tiêu cao nhất với 66,7%. Nam giới có tỷ lệ kiểm soát được HA cao hơn so với nữ tương ứng là 45,6% và 42,2%. Việc kiểm soát HA đạt mục tiêu ở nhóm lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất 54%.

Bảng 5. Liên quan giữa có bệnh kèm theo với kết quả kiểm soát HA ở bệnh nhân BMVM

Bệnh kèm theo	Đạt HA mục tiêu		Không đạt HA mục tiêu		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Suy tim					p = 0,489
PXTM giảm	18	38,3	29	61,7	
PXTM bảo tồn	20	45,5	24	54,5	
ĐTĐ type 2					p = 0,522
Kiểm soát	10	34,5	19	65,5	
Không kiểm soát	14	42,4	19	57,6	
Bệnh thận mạn					p (fisher) = 0,025
Giai đoạn 3	29	50,0	29	50,0	
Giai đoạn 4	3	21,4	11	78,6	
Giai đoạn 5	1	11,1	8	88,9	

* **Nhận xét:** Ở bệnh nhân BMVM có kèm suy thận mạn, tỷ lệ HA đạt mục tiêu liên quan có ý nghĩa đến giai đoạn suy thận mạn: tỷ lệ đạt HA mục tiêu giảm dần theo giai đoạn suy thận mạn với p = 0,025.

Bảng 6. Liên quan giữa số loại thuốc điều trị với tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu

Số thuốc	Đạt HA mục tiêu		Không đạt HA mục tiêu		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
1	14	38,9	22	61,1	p = 0,028
2	42	59,2	29	40,8	
3	31	44,9	38	55,1	
4	13	31,7	28	68,3	

* **Nhận xét:** Kết hợp 2 thuốc huyết áp có tỷ lệ đạt HA mục tiêu cao nhất (59,2%) với p = 0,028.

Bảng 7. Liên quan giữa loại thuốc hạ HA sử dụng với tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu

Thuốc	Đạt HA mục tiêu		Không đạt HA mục tiêu		p (fisher)
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Chẹn beta + UCMC	13	59,1	9	40,9	0,729
Chẹn beta + UCTT	7	46,7	8	53,3	
UCMC + Chẹn Ca	1	50	1	50	
UCMC + Lợi tiểu	9	56,2	7	43,8	
UCTT + Chẹn Ca	1	20	4	80	
UCTT + Lợi tiểu	15	46,9	17	53,1	

* **Nhận xét:** Phối hợp thuốc chẹn beta và ức chế men chuyển (UCMC) cho tỷ lệ kiểm soát HA cao nhất (59,1%), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 8. Liên quan giữa cải thiện triệu chứng lâm sàng sau điều trị với tỷ lệ đạt HA mục tiêu ở bệnh nhân

Đau ngực	Đạt HA mục tiêu		Không đạt HA mục tiêu		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Còn đau ngực	0	0	16	100	p (fisher) < 0,001
Giảm đau ngực	6	8,2	67	91,8	
Hết đau ngực	101	65,2	54	34,8	
Khó thở					
Còn khó thở	1	4,2	23	95,8	p (fisher) < 0,001
Hết khó thở	106	48,2	114	51,8	
Lo lắng vã mồ hôi					
Không giảm	5	55,6	4	44,4	p (fisher) = 0,511
Hết	102	43,4	133	55,1	

* **Nhận xét:** Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng có liên quan đến đạt HA mục tiêu (p<0,001). Cụ thể, tỷ lệ đạt HA mục tiêu tăng dần theo mức độ giảm (8,2%) và hết đau ngực của bệnh nhân (65,2%). Tương tự với biểu hiện khó thở, tỷ lệ đạt HA mục tiêu cũng tăng dần theo sự cải thiện mức độ khó thở của bệnh nhân.

Bảng 9. Liên quan giữa một số yếu tố khác với tỷ lệ đạt HA mục tiêu

Hút thuốc lá	Đạt HA mục tiêu		Không đạt HA mục tiêu		
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Có	40	35,7	72	64,3	p = 0,018
Không	67	50,8	65	49,2	
Uống rượu					
Có	25	33,3	50	66,7	p = 0,027
Không	82	48,5	87	51,5	
BMI					
< 23 kg/m ²	59	41,8	82	58,2	p = 0,459
≥ 23 kg/m ²	48	46,6	55	53,4	

* **Nhận xét:** Bệnh nhân không hút thuốc lá có tỷ lệ đạt HA mục tiêu cao hơn bệnh nhân có hút thuốc (50,8% so với 35,7%, p=0,018). Bệnh nhân không uống rượu có tỷ lệ đạt HA mục tiêu cao hơn so với bệnh nhân có uống rượu (48,5% so với 33,3%, p=0,027). Không tìm thấy mối liên quan giữa BMI với tỷ lệ đạt HA mục tiêu.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ THA ở nam chiếm 38,5%, nữ chiếm 61,5%, gần giống với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Thịnh, với nam chiếm 39,7%, nữ chiếm 60,3% [7]. Nhưng, khác với kết quả nghiên cứu của Trương Yến Nhi, với nam chiếm 52,9%, nữ chiếm 47,1% [5]. Qua đó cho thấy, sự khác nhau giữ tỷ lệ THA ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn ở nam và nữ, có thể do sự khác nhau về thói quen sinh hoạt như chế độ ăn, hoạt động thể lực, hút thuốc, uống rượu ở hai giới. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 72,61 ± 12,94 tuổi, tương tự như kết quả nghiên cứu của Trương Yến Nhi, với tuổi trung bình của bệnh nhân là 68,1 ± 11,4 [5], Nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm 95,8%, cao hơn so với 89,4% trong kết quả nghiên cứu của Cao Hoàng Anh [1]. Các y văn ghi nhận, tuổi càng cao thì hệ động mạch càng xơ cứng, sự đàn hồi giảm, lòng mạch hẹp đi dẫn đến THA. Theo WHO, ở tuổi >59, cứ 3 người thì có 1 người THA [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người hết tuổi lao động và hưu trí chiếm 67%, tiếp đó lao động chân tay 22,5% và nghề khác như buôn bán, nội trợ và thợ hồ chiếm 9% tương

ứng như nghiên cứu của Nguyễn Thị Mụi, người hết tuổi lao động chiếm 72,6%, nông dân chiếm 14,9% và nghề khác chiếm 11% [4]. Kết quả cho thấy đối tượng phần lớn là người cao tuổi và lao động chân tay thường ở vùng xa trung tâm (nông thôn), còn vùng trung tâm (thành thị) chủ yếu là công nhân, buôn bán và nội trợ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ THA ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn là 78,2%, phù hợp với kết quả nghiên cứu của Huỳnh Trung Cang (71,3%) [2], nhưng cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Krishnan (28%) [13]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trước đây, có thể do chúng tôi chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn của ACC/AHA 2017 với mức HA tăng là ≥130/80mmHg, mức HA này thấp hơn so với tiêu chuẩn chẩn đoán THA được quy định trước đây (mức THA là ≥140/90mmHg theo khuyến cáo của hội Tim mạch Việt Nam). Mức chẩn đoán THA mới sẽ làm tăng số đối tượng THA, nhưng sẽ giúp cho việc kiểm soát HA mục tiêu ở các bệnh nhân được chặt chẽ hơn.

Bệnh nhân ở nhóm <50 tuổi có tỷ lệ đạt HA mục tiêu cao nhất (66,7%) và nhóm ≥65 tuổi chỉ

có 42,2% đạt HA mục tiêu. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Yến Nhi, bệnh nhân từ 50-64 tuổi, tỷ lệ đạt HA mục tiêu là 65,4%, bệnh nhân trên 65 tuổi là 43% [5]. Tuổi càng cao thì động mạch càng xơ cứng, dẫn đến khó kiểm soát HA mục tiêu. Nam có tỷ lệ kiểm soát HA mục tiêu gần giống so với nữ (45,6% ở nam so với 42,2% ở nữ). Phù hợp với nghiên cứu của Trương Yến Nhi, tỷ lệ kiểm soát HA mục tiêu của nam (55,5%) gần với nữ là 54,5% [5]. Kết quả này cho thấy, khi tuổi càng lớn thì chế độ ăn uống, sinh hoạt, luyện tập và nguy cơ tim mạch của nam gần giống với nữ. Bệnh nhân mất sức lao động hoặc hưu trí có tỷ lệ kiểm soát HA mục tiêu chiếm 41,4% so với bệnh nhân làm lao động chân tay, tỷ lệ này là 54%. Sự khác biệt này có thể do ảnh hưởng của tuổi, đối tượng lao động chân tay, đa số còn trẻ, nên kiểm soát HA mục tiêu tốt hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 43,4% bệnh nhân bệnh mạch vành mạn đạt HA mục tiêu, còn lại 56,6% là không đạt HA mục tiêu. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Chin-Chou Huang với cộng đồng người Trung Quốc ở Đài Loan, ở bệnh nhân bệnh mạch vành có THA, có 43% đạt HA mục tiêu và 57% không đạt [10], kết quả chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Yến Nhi, với 56% bệnh nhân bệnh mạch vành mạn đạt HA mục tiêu [5]. Nhìn chung, sự khác nhau về tỷ lệ đạt HA mục tiêu ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn phụ thuộc vào việc sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán THA và nơi thực hiện nghiên cứu, ở cộng đồng hay bệnh viện.

Trong kiểm soát HA, việc sử dụng kết hợp 2 thuốc hạ HA cho kết quả kiểm soát đạt HA mục tiêu cao nhất, với 59,2%, kể đó là, với kết hợp 3 thuốc (44,9%), liên quan có ý nghĩa thống kê ($p=0,028$). Phù hợp với nghiên cứu của Trương Yến Nhi [5], tỷ lệ đạt HA mục tiêu với 2 thuốc chiếm 62,7%, với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mụi là 52,6% [4]. Tuy nhiên, cách phối hợp thuốc ở bệnh nhân khác nhau phụ thuộc vào mức độ THA của bệnh nhân và biến chứng đi kèm. Sự phối hợp thuốc chẹn beta và ức chế men chuyển (UCMC)

cho tỷ lệ đạt HA mục tiêu cao nhất với 59,1%, phù hợp với nghiên cứu của Trương Yến Nhi [5], với tỷ lệ đạt HA mục tiêu là 62,2%. Điều này phù hợp với hướng dẫn của AHA/ACC/ASH (2017) [9], đó là ưu tiên phối hợp thuốc UCMC và chẹn beta đối với bệnh nhân THA có bệnh mạch vành mạn, các thay đổi khác chỉ xảy ra khi 2 loại thuốc này có chống chỉ định hay có tác dụng phụ.

Tỷ lệ hết đau ngực khi đạt HA mục tiêu là 65,2%, 16 bệnh nhân còn đau ngực khi không đạt HA mục tiêu, có ý nghĩa thống kê $p<0,001$. Hết khó thở khi đạt HA mục tiêu là 48,2%, $p<0,001$. Lo lắng và mồ hôi không giảm khi đạt và không đạt HA mục tiêu 55,6% và 44,4%. Tương tự như nghiên cứu của Trương Yến Nhi [5] ghi nhận, tỷ lệ bệnh nhân còn đau ngực thì tỷ lệ đạt HA mục tiêu thấp (29,8%). Từ đó cho thấy, kiểm soát HATT dưới 130mmHg, có lợi trong việc làm giảm cường độ, tần số cơn đau ngực và giảm khó thở, các triệu chứng này có liên quan đến THA trên bệnh nhân BMVM. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đạt HA mục tiêu ở 2 nhóm hết và không giảm lo lắng và mồ hôi gần như nhau.

Về bệnh đi kèm, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận, tỷ lệ đạt HA mục tiêu ở bệnh nhân suy tim phân xuất tổng máu (PXTM) giảm 38,3% thấp hơn so với bệnh nhân suy tim PXTM bảo tồn 45,5%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,489$. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Ettehad và cộng sự (2015) [11]. Nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ HA đạt mục tiêu ở nhóm có và không kiểm soát đường huyết lần lượt là 34,5% và 42,4%, tương tự như nghiên cứu của Kamali và cộng sự (2018) ghi nhận 38% bệnh nhân đạt HA mục ở nhóm không kiểm soát đường huyết [14]. Khảo sát bệnh nhân BMVM có kèm suy thận mạn (STM) ở các giai đoạn 3, 4, 5 cho thấy, bệnh nhân có STM giai đoạn 3 có tỷ lệ đạt HA mục tiêu cao nhất với 50% và tỷ lệ này giảm dần ở giai đoạn 4 21,4% và giai đoạn 5 là 11,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,025$, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Koutroumpakis và cộng sự (2019) [12] ghi nhận bệnh nhân có bệnh mạch vành và

BTM, có tỷ lệ đạt HA mục tiêu là 51,4%, $p=0,26$. Do đó, có thể thấy rằng, bệnh nhân BMVM có nhiều bệnh nền kèm theo và độ nặng bệnh nền khác nhau thì việc kiểm soát HA đạt mục tiêu càng khó khăn.

Ngoài ra, bệnh nhân BMVM không hút thuốc lá có tỷ lệ đạt HA mục tiêu cao hơn bệnh nhân có hút thuốc (50,8% so với 35,7%, $p=0,018$). Tương tự nghiên cứu của Trương Yến Nhi, ghi nhận người hút thuốc lá có tỷ lệ đạt HA mục tiêu thấp hơn (43,3%) so với người không hút thuốc (60,6%) [5]. Bệnh nhân không uống rượu có tỷ lệ đạt HA mục tiêu cao hơn so với bệnh nhân có uống rượu (48,5% so với 33,3%, $p=0,027$). Không tìm thấy mối liên quan giữa BMI với tỷ lệ đạt HA mục tiêu, phù hợp với kết quả của Trần Bá Thành ghi nhận tỷ lệ uống rượu bia có nguy cơ THA là 84,6% nhóm không uống rượu là 80,8% [6]. Người có BMI > 23kg/m² và < 23kg/m² có tỷ lệ đạt HA mục tiêu

tương ứng 41,8% và 46,6% gần bằng nhau tương tự như nghiên cứu của Trương Yến Nhi ở 2 nhóm tương ứng 46,8% và 41,2% [5].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng huyết áp trên bệnh nhân có bệnh mạch vành mạn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ACC/AHA 2017 là 78,2%. Tỷ lệ đạt HA mục tiêu sau điều trị theo hướng dẫn là 43,4%. Tỷ lệ điều trị phối hợp 2 thuốc HA trong điều trị chiếm nhiều nhất (13,1%), trong đó, phối hợp thuốc chẹn beta với ức chế men chuyển cho kết quả kiểm soát huyết áp tốt nhất (59,1%). Tỷ lệ đạt HA mục tiêu ở bệnh nhân BMVM kèm suy thận mạn giảm dần theo giai đoạn của suy thận mạn, với $p=0,025$. Tỷ lệ đạt HA đạt mục tiêu cũng giảm dần ở bệnh nhân BMVM có hút thuốc lá và uống rượu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là $p=0,018$ và 0,027.

ABSTRACT

THE HYPERTENSION ON PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY ARTERY DISEASES AND RESULTS OF BLOOD PRESSURE CONTROL AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Chronic coronary artery disease with hypertension is common increasingly. This treatment results on patients with chronic coronary artery disease have not been much got good achieved in Vietnam. Nowadays, the new recommendations on blood pressure goals have changed, which is a necessary issue raised in current concern.

Objectives: 1) Determine the hypertensive rate of patients with chronic coronary artery disease, 2) Evaluate the results of blood pressure control under the guidance of ACC/AHA 2017 in patients with chronic coronary artery disease and find out some factors related to the results.

Subjects and methods: a cross-sectional descriptive study was carried out of 312 patients with chronic coronary artery disease from May 2018 to April 2020 at Can Tho Central General Hospital.

Results: The incidence of hypertension in patients with chronic coronary artery disease was 78.2%. In treatment results, the rate of the target blood pressure (BP) was 43.4%. Combine of 2 drugs for blood pressure control is the most used therapy, accounted for 13.1%. The Beta-blockers combined with ACE inhibitors are the best blood pressure (BP) control therapy, accounted for 59.1%. The chronic coronary artery disease patients with stage 3 chronic renal failure have had the highest BP control (50%) than the other patients ($p = 0.025$). By the way, the patients have had not reaching the target BP control if they have smoked (64.3%, $p=0,018$) and drank alcohol (66.7%, $p=0.027$), compared with the others.

Conclusion: Hypertension has a high proportion of patients with chronic coronary artery disease. Related factors such as smoking and alcohol habit and comorbidities influence target BP control of patients with chronic coronary artery disease.

Keywords: Chronic coronary artery disease, hypertension, American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Hoàng Anh (2015), *Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp và đánh giá kết quả điều trị ở cán bộ do Ban Bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ Thành ủy Cần Thơ quản lý năm 2014-2015*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. Huỳnh Trung Cang (2014), *Nghiên cứu ứng dụng phân suất dự trữ lưu lượng động mạch vành trong can thiệp mạch vành qua da*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Hồ Chí Minh.
3. Lý Huy Khanh và cộng sự (2010), “*Khảo sát sự biến đổi mô hình bệnh tật điều trị nội trú tại bệnh viện cấp cứu Trưng Vương từ năm 2008-2009*”, Chuyên đề tim mạch học, Nhà xuất bản Y học, tr. 7-16.
4. Nguyễn Thị Mụi (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thuốc chống tăng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại khoa Nội tim mạch, bệnh viện đa khoa TỰ Cần Thơ năm 2015-2016*, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. Trương Yến Nhi (2018), *Đánh giá hiệu quả điều trị tăng huyết áp và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân tăng huyết áp có bệnh mạch vành mạn tại phòng khám khoa Nội tim mạch – Lão học Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2017 - 2018*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Trần Bá Thành (2016), *Nghiên cứu tình hình, đánh giá kết quả kiểm soát huyết áp và một số biến chứng ở bệnh nhân tăng huyết áp tại bệnh viện huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ, năm 2015-2016*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
7. Nguyễn Văn Thịnh (2013), *Nguyên cứu kiến thức, thực hành của người cao tuổi về các yếu tố liên quan tăng huyết áp trước và sau can thiệp tại quận Cái Răng, thành phố Cần Thơ năm 2012*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
8. Nguyễn Lâm Việt (2015), “*Nhồi máu cơ tim cấp, Biến chứng của nhồi máu cơ tim, Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn*”, *Tạp chí Thực hành bệnh tim mạch*, Nhà xuất bản Hà Nội, tr. 20-93.
9. *AHA/ACC/ASH Scientific Statement (2017), “Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults”, Hypertension, pp. 73.*
10. Chi-chou Huang, Hsin-Bang Leu and Wei-Hsian Yin (2017), “*Optimal achieved blood pressure for patients with stable coronary artery disease*”, *Scientific Reports*, pp. 1-47.
11. Dena Ettehad, Connor A Emdin and Amit Kiran (2016), “*Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis*”, *Lancet*, 387, pp. 957-967.

12. Efstratios Koutroumpakis, Elvira O. Gosmanova and Heather Stahura (2019), "Attainment of Guideline-Directed Medical Treatment in Stable Ischemic Heart Disease Patients With and Without Chronic Kidney Disease", *Cardiovascular Drugs and Therapy*, 33, pp. 443-451.
13. M. N. Krishnan, G. Zachariah and K. Venugopal (2016), "Prevalence of coronary artery disease and its risk factors in Kerala, South India: a community-based cross-sectional study", *BMC Cardiovascular Disorders*, 12, pp. 1-12.
14. Kunal N. Karmali, Donald M. Lloyd-Jones and Joep van der Leeuw (2018), "Blood pressure-lowering treatment strategies based on cardiovascular risk versus blood pressure: A meta-analysis of individual participant data", *PLOS Medicine*, 15(3), pp. 1-20.
15. Zeev Vlodaver, Robert F. Wilson and Daniel J. Garry (2012), "Chronic Stable Angina", *Coronary heart disease*, Springer, pp. 274.