

Blood pressure control status on discharge in chronic kidney disease patients having hypertension at Department of Nephrology, Thanh Hoa General Hospital

Thang Xuan Trinh¹, Cuong Van Le¹, Loi Doan Do², Hiep Quang Duong³✉

¹ Thanh Hoa General Hospital

² Hanoi Medical University

³ Hanoi Medical University, Thanh Hoa Branch

► Correspondence to

Hiep Quang Duong, MD, MSc
Hanoi Medical University, Thanh Hoa
Branch, Dong Ve Ward, Thanh Hoa City
Email: duongquanghieptm@gmail.com

► Received 10 March 2023
Accepted 30 March 2023
Published online 31 March 2023

To cite: Trinh TX, Le CV, Do LD, Duong HQ, et al. *J Vietnam Cardiol* 2023;**104**:68-75.

ABSTRACT

Objectives Survey on blood pressure control at the time of hospital discharge of hypertensive patients with chronic kidney disease inpatient treatment at the Department of Nephrology, Thanh Hoa General Hospital.

Subjects and methods: 440 patients \geq 18 years old, diagnosed with hypertension and chronic kidney disease were treated as inpatients at Department of Nephrology, Thanh Hoa General Hospital from August 1, 2021 to August 30, 2022. Patients on admission are clinically examined, blood pressure measured, and paraclinical tests done. Before discharge, the patient's blood pressure was measured on the morning of discharge. Patients who were hospitalized for at least 5 days were included in the study.

Results: In 440 patients included in the study, the average age of study patients was: 59.2 ± 14.6 years old, the highest age was 99 years, the lowest age was 18 years old. The blood pressure of hospitalized patients with high blood pressure levels II and III is 67.5%, blood pressure level I is 32.5%; chronic kidney disease stage V is common 75%, stage IV 20.5%. With mean creatinine and urea concentrations: $519.5 \pm 276.1 \mu\text{mol/l}$ and $24.5 \pm 10.6 \text{mmol/l}$. Drug use: Combination of 2 drug groups in treatment accounted for 53.8%, 3 groups 35.5%, 1 group 6.4%, 4 groups 3.8% and 5 groups 0.5%. The drug used multiple groups of loop diuretics 91.8%, CCB group 81.8%, ACEI group 27.3%, ARB 11.4%. Systolic and diastolic blood pressure when discharged from the hospital decreased significantly compared to when admitted to the hospital ($p < 0.05$); Blood pressure at discharge: Reached the 65% target, missed the 35% target.

Conclusion: 65% of hypertensive patients with chronic kidney disease were treated inpatient at the internal nephrology department of Thanh Hoa General Hospital when they were discharged from the hospital, reaching the target blood pressure.

Keywords: Hypertension, chronic kidney disease.

Thực trạng kiểm soát huyết áp tại thời điểm xuất viện của người bệnh tăng huyết áp có bệnh thận mạn điều trị nội trú tại Khoa Nội Thận - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Trịnh Xuân Thắng¹, Lê Văn Cường¹, Đỗ Doãn Lợi², Dương Quang Hiệp^{3✉}

¹ Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

² Trường Đại học Y Hà Nội

³ Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hóa

► Tác giả liên hệ

ThS.BS. Dương Quang Hiệp

Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội
tại Thanh Hóa

Email: duongquanghieptm@gmail.com

► Nhận ngày 10 tháng 03 năm 2023

Chấp nhận đăng ngày 30 tháng 03
năm 2023

Xuất bản online ngày 31 tháng 03
năm 2023

Mẫu trích dẫn: Trịnh TX, Lê CV,
Do LD, Duong HQ, et al. *J Vietnam
Cardiol* 2023;**104**:68-75.

TÓM TẮT

Mục tiêu Khảo sát kiểm soát huyết áp tại thời điểm xuất viện của người bệnh tăng huyết áp có bệnh thận mạn điều trị nội trú tại khoa Nội thận, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 440 bệnh nhân \geq 18 tuổi, được chẩn đoán tăng huyết áp kèm bệnh thận mạn được điều trị nội trú tại Khoa Nội Thận, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ ngày 01/08/2021 đến 30/08/2022. Bệnh nhân khi nhập viện được khám lâm sàng, đo huyết áp, làm các xét nghiệm cận lâm sàng. Trước khi ra viện, bệnh nhân được đo huyết áp vào buổi sáng ngày ra viện. Những bệnh nhân nằm viện ít nhất 5 ngày mới được đưa vào nghiên cứu.

Kết quả: Trong 440 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình bệnh nhân nghiên cứu là: $59,2 \pm 14,6$, cao nhất 99 tuổi, thấp nhất 18 tuổi. Huyết áp bệnh nhân nhập viện gặp nhiều THA độ II và III là 67,5%, THA độ I 32,5%; bệnh thận mạn giai đoạn

V gặp nhiều 75%, giai đoạn IV 20,5%. Với nồng độ Creatinin và ure trung bình: $519,5 \pm 276,1 \mu\text{mol/l}$ và $24,5 \pm 10,6 \text{mmol/l}$. Sử dụng thuốc: Phối hợp 2 nhóm thuốc trong điều trị chiếm tỷ lệ 53,8%, 3 nhóm 35,5%, 1 nhóm 6,4%, 4 nhóm 3,8% và 5 nhóm 0,5%. Thuốc sử dụng nhiều nhóm lợi tiểu quai 91,8%, nhóm CCB 81,8%, nhóm ACEI 27,3%, ARB 11,4%. Huyết áp tâm thu, tâm trương khi xuất viện giảm rõ so với khi vào viện ($p < 0,05$); Huyết áp khi xuất viện: Đạt mục tiêu 65%, không đạt mục tiêu 35%.

Kết luận: Có 65% bệnh nhân tăng huyết áp có bệnh thận mạn được điều trị nội trú tại khoa nội thận BVĐK tỉnh Thanh Hóa khi ra viện đạt mốc huyết áp mục tiêu.

Từ khóa: Tăng huyết áp, bệnh thận mạn.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) và bệnh thận mạn (BTM) là 2 vấn đề song hành thường gặp trên lâm sàng. Tại Hoa Kỳ, THA ảnh hưởng đến 80 triệu người trong khi tỷ lệ BTM trong dân số là 14.8%¹. Ước tính

vào năm 2030, trên 2.2 triệu bệnh nhân BTM giai đoạn cuối cần phải điều trị thay thế và bệnh nhân THA kèm BTM chiếm khoảng 15.8%^{2,3}. Theo thống kê của Hội thận học của Mỹ thì THA là nguyên nhân thứ 2 gây BTM giai đoạn cuối chỉ sau bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), khảo sát của Mỹ trên người trưởng thành, được tính THA xảy ra ở 23,3% người không có BTM và bệnh nhân BTM 35,8% giai đoạn I; 48,1% giai đoạn II; 59,9% giai đoạn III và 84,1% giai đoạn IV và V⁴. Người có BTM thường khó kiểm soát huyết áp hơn, đặc biệt tâm lý bác sỹ nội thận có phần e dè khi sử dụng các thuốc ức chế men chuyển angiotensin (ACEI), ức chế thụ thể (ARB) ở người bệnh có BTM đang tiến triển, thay vào đó chỉ sử dụng chủ yếu thuốc chẹn kênh canxi (CCB). Vì

thế chúng tôi làm nghiên cứu này khảo sát huyết áp tại thời điểm xuất viện của người bệnh có BTM tại khoa nội thận Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) tỉnh Thanh Hóa.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu

Thuận tiện

Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án được thiết kế phù hợp với mục tiêu nghiên cứu.

Các biến số và chỉ số thu thập trên bệnh nhân nghiên cứu

Nội dung	Phương pháp nghiên cứu
1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	
1.1. Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp, chỉ số khối cơ thể (BMI)	- Sử dụng thống kê mô tả để tính số lượng, tỷ lệ % phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới, BMI
1.2. Đặc điểm lâm sàng: Huyết áp (HA) lúc nhập viện, HA tại thời điểm ra viện, lý do nhập viện, tiền sử, các bệnh lý đi kèm, các giai đoạn bệnh thận mạn	- Sử dụng thống kê mô tả để tính số lượng, tỷ lệ % phân bố bệnh nhân theo HA, lý do nhập viện, bệnh lý đi kèm, các giai đoạn BTM
1.3. Đặc điểm cận lâm sàng: Các chỉ số huyết học, sinh hóa máu, nước tiểu	- Trung bình độ lệch chuẩn: Hemoglobin, ure, creatinin...
1.4. Đặc điểm về thuốc sử dụng	- Số lượng, tỷ lệ của từng thuốc trong mỗi nhóm
- Thuốc HA sử dụng	- Số lượng, tỷ lệ của liệu pháp trị liệu phối hợp giữa các nhóm
- Liệu pháp: đơn trị liệu, phối hợp	- Số lượng, tỷ lệ các thuốc dùng trên mỗi bệnh nhân
- Nhóm thuốc kiểm soát HA trên bệnh nhân có bệnh thận mạn	
Khảo sát tình trạng HA tại thời điểm xuất viện và các yếu tố liên quan đến kiểm soát HA bệnh nhân BTM	
- HA mục tiêu: tỷ lệ bệnh nhân đạt HA mục tiêu theo nhóm tuổi, giới, BMI, giai đoạn BTM	- Theo ESC/VNHA (2018) + Bệnh nhân đạt HA mục tiêu HA < 140/90 mmHg + Bệnh nhân không đạt HA mục tiêu khi HATT ≥ 140 mmHg và/ hoặc HATT r ≥ 90 mmHg Dùng phép kiểm chi bình phương - Các phép thống kê được sử dụng
- Khảo sát các yếu tố liên quan đến tỷ lệ đạt HA mục tiêu: số lượng thuốc HA, tuổi, giới, BMI, Hemoglobin, ure, creatinin, kali, mức lọc cầu thận (eGFR)	Thống kê đơn biến dùng phép kiểm chi bình phương Dùng hồi quy logistic đa biến và tỷ số OR

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tổng số có 440 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu được thể hiện trong bảng 1. Đa số các bệnh nhân đều có mức creatinin cao, và thiếu máu là tình trạng thường gặp.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n=440)
Tuổi	59,2±14,6
Giới (%nam)	207 (47%)
Hemoglobin	99,1±39,1
Creatinin	519,2±275,5
Ure	24,5±10,6
Kali	4,5±0,9
Glucose	7,7±4,4
Acid uric	412,2±260,3
BMI bình thường	70.2%
Protein niệu	2,0±2,0

Đặc điểm huyết áp lúc nhập viện

Đặc điểm HA lúc nhập viện theo giới được thể hiện trong Bảng 2. Đa số người bệnh có tăng huyết áp giai đoạn II (42%) và tăng huyết áp giai đoạn III chiếm một số lượng đáng kể (24.5%). Không có sự khác biệt giữa mức tăng huyết áp theo giới (P>0.05).

Bảng 2. Đặc điểm huyết áp lúc nhập viện theo giới

HA vào viện	Chung	Nam	Nữ	p
HA tâm thu	163,4±16,63	163,6±17,5	163,1±15,7	0,7
HA tâm trương	91,2±8,1	91,7±8,5	90,6±7,7	0,2
Tăng HA độ I	143(32,5%)	66(28,4%)	77(37%)	0,06
Tăng HA độ II	185(42%)	103(44,4%)	82(39,4%)	0,3
Tăng HA độ III	112(25,5%)	64(27,6%)	48(23,1%)	0,3

Đặc điểm giai đoạn bệnh thận mạn (CKD)

Đặc điểm giai đoạn CKD theo giới được thể hiện trong Bảng 3. Theo đó đa số người bệnh có bệnh thận giai đoạn muộn (IV, V) chiếm tới 95.6%). Không có sự khác biệt giữa giai đoạn bệnh thận mạn theo giới (p>0.05).

Bảng 3. Đặc điểm giai đoạn CKD theo giới

Giai đoạn	Giới	Chung		Giới tính				p
				Nam		Nữ		
		n	%	n	%	n	%	
GĐ I		1	0,2	0	0	1	0,2	>0,05
GĐ II		4	0,9	2	0,45	2	0,45	
GĐ III		15	3,4	11	2,5	4	0,9	
GĐ IV		91	20,7	53	12	38	8,6	
GĐ V		329	74,9	167	37,9	163	37	

Đặc điểm giai đoạn CKD theo độ tăng huyết áp

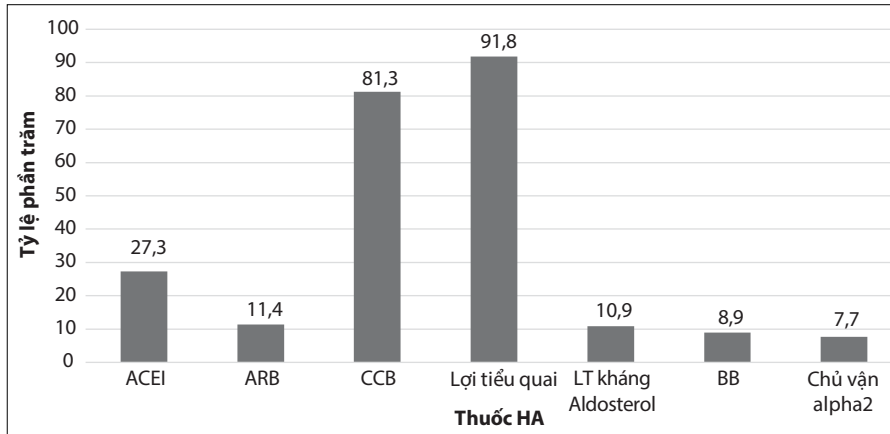
Đặc điểm giai đoạn CKD theo độ tăng HA được thể hiện trong Bảng 4. Giai đoạn CKD không có sự khác biệt theo độ tăng huyết áp (p>0.05).

Bảng 4. Đặc điểm giai đoạn CKD theo độ tăng huyết áp

GĐ	HA	Chung		Mức độ THA						p
				THA độ I		THA độ II		THA độ III		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
GĐ I		1	0,2	0	0	0	0	1	0,2	>0,05
GĐ II		4	0,9	2	0,45	2	0,45	0	0	
GĐ III		15	3,4	10	2,3	3	0,7	2	0,45	
GĐ IV		91	20,7	44	10	24	5,5	23	5,2	
GĐ V		329	74,8	130	29,5	113	25,7	86	19,5	
Tổng		440	100	186	42,3	142	32	112	25,7	

Đặc điểm sử dụng thuốc

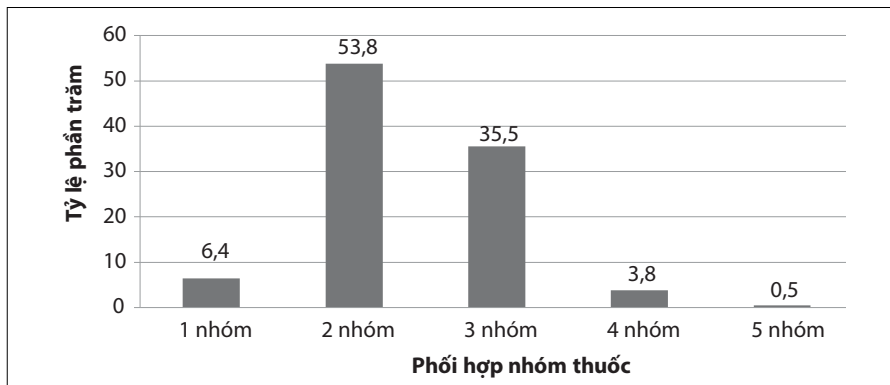
Đặc điểm sử dụng thuốc được thể hiện trong Hình 1. Tỷ lệ bệnh nhân được dùng thuốc nhóm ACEI, ARB khá thấp (27,3 và 11,4% tương ứng). Trong khi đó CCB và lợi tiểu quai được sử dụng rất phổ biến (81,3 và 91,8% tương ứng).



Hình 1. Đặc điểm sử dụng thuốc

Đặc điểm phối hợp sử dụng thuốc

Đặc điểm phối hợp sử dụng thuốc thể hiện trong Hình 2. Đa số người bệnh được sử dụng từ 2 đến 3 nhóm thuốc (53,8% và 35,5% tương ứng), trong khi đó chỉ rất ít người được sử dụng từ 4 đến 5 nhóm thuốc (3,8% và 0,5% tương ứng).



Hình 2. Đặc điểm phối hợp sử dụng thuốc

Đặc điểm huyết áp lúc vào viện và ra viện

Đặc điểm HA lúc vào viện và ra viện được thể hiện trong Bảng 5. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa HA tâm thu cũng như tâm trương lúc vào viện so với lúc ra viện ($p < 0,05$).

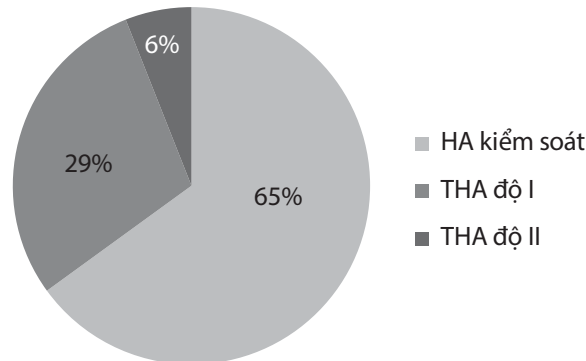
Bảng 5. Đặc điểm huyết áp lúc vào viện và ra viện

Đặc điểm	Tăng HA ở bệnh nhân CKD		p
	HA khi vào viện ($\bar{X} \pm SD$) n = 440	HA khi ra viện ($\bar{X} \pm SD$) n = 440	
HA tâm thu (mmHg)	163,4 ± 16,6	133,6 ± 12,8	<0,001 ^a
HA tâm trương (mmHg)	91,2 ± 8,1	80,5 ± 6,0	<0,001 ^a

a: giá trị P từ kiểm định pair samples test.

Kiểm soát được huyết áp tại thời điểm xuất viện

Kiểm soát được HA tại thời điểm xuất viện thể hiện trong Hình 3. Có 65% bệnh nhân kiểm soát được HA lúc ra viện.



Hình 3. Tỷ lệ kiểm soát được huyết áp tại thời điểm xuất viện

Mối liên quan giữa các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng kiểm soát huyết áp

Bảng 5. Mối liên quan giữa các yếu tố tới khả năng kiểm soát huyết áp

Các yếu tố liên quan	Mô hình hồi quy logistic đơn biến		
	OR	KTC 95%	P
Tuổi > 60	1,59	1,06 – 2,38	0,025
ĐTĐ type II	1,56	1,03 – 2,35	0,034
Viêm cầu thận	2,11	1,15 – 3,88	0,016
Gout	0,49	0,25 – 0,97	0,04
Suy tim	0,87	0,67 – 1,14	0,31
Thiếu máu	0,97	0,83 – 1,14	0,75
Thừa cân	1,94	1,2 – 3,13	0,007
CKD V	1,75	1,08 – 2,84	0,024
Acid uric cao	0,56	0,38 – 0,83	0,004
Protein niệu (+)	1,71	1,15 – 2,55	0,008

Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng tới kiểm soát huyết áp cho thấy các bệnh nhân có độ tuổi ≥ 60, viêm cầu thận, thừa cân, CKD giai đoạn V, có Protein niệu là các yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng tỷ lệ khó kiểm soát huyết áp mục tiêu ở bệnh nhân có bệnh thận mạn.

Bảng 6. Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng tới kiểm soát huyết áp

Các yếu tố liên quan	Mô hình hồi quy đa biến		
	OR	KTC 95%	P
Tuổi > 60	1,63	1,05 – 2,53	0,028
Viêm cầu thận	2,26	1,18 – 4,36	0,014
Gout	0,63	0,31 – 1,32	0,22
ĐTĐ II	1,28	0,82 – 2,01	0,28
Thừa cân	2,28	1,35 – 3,84	0,002
Acid uric cao	0,65	0,42 – 1,001	0,05
CKD V	1,85	1,09 – 3,10	0,02
Protein niệu (+)	1,66	1,09 – 2,53	0,017
Giá trị P	0,16		

BÀN LUẬN

Đặc điểm thuốc sử dụng

Trong nghiên cứu của chúng tôi phác đồ điều trị với 1 thuốc HA 6,4%, phối hợp 2 thuốc 53,8%, phối hợp 3 thuốc 35,5%, phối hợp 4 thuốc 3,8%, phối hợp 5 thuốc 0,5%, như vậy phác đồ điều trị cho bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là phối hợp 2 thuốc. Trong nghiên cứu C-STRIDE thì phác đồ 1 thuốc là 34,2%, phác đồ 2 thuốc là 31,8%, phác đồ 3 thuốc là 20,7%. Nghiên cứu gần đây cho thấy phối hợp thuốc, 2 thuốc, 3 thuốc, 4 thuốc, 5 thuốc, 6 thuốc trong kiểm soát huyết áp trên bệnh nhân CKD ở Trung Quốc

chiếm tỷ lệ lần lượt là 37,7%, 38,7%, 15,8%, 3,9%, 0,7%, và 0,1%⁵.

So với các nghiên cứu khác thì nghiên cứu của tôi và các nghiên cứu khác đều giống nhau ở phác đồ 2 thuốc là đều chiếm tỷ lệ cao so với các phác đồ còn lại. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân sử dụng nhóm thuốc lợi tiểu quai chiếm tỷ lệ cao nhất (91,8%%), tiếp đến là CCB (81,8%%) và nhóm ức chế men chuyển (27,3%), chẹn thụ thể (11,4%), nhóm lợi tiểu kháng Aldosterol 10,9%, nhóm chẹn beta 8,9% và nhóm chẹn alpha 2 chiếm tỷ lệ thấp (7,7%).

Nghiên cứu Oluseyi Adejumo và cộng sự (2017) hay của Oluseyi Adejumo và cộng sự (2017)^{6,7} thì nhóm thuốc ức chế men chuyển/ức chế thụ thể được sử dụng phổ biến hơn. Điều này khá phù hợp với các khuyến cáo sử dụng 2 nhóm thuốc này ở người có bệnh thận mạn, nhất là khi có kèm protein niệu. Tuy nhiên nhóm nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả ngược lại, chẹn kênh calci lại được sử dụng nhiều nhất. Có thể lý do lo ngại tăng kali máu hoặc người bệnh đang có tăng kali làm tỷ lệ sử dụng ức chế men chuyển/ức chế thụ thể thấp đáng kể.

Đặc điểm kiểm soát huyết áp

Theo Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam, một cá nhân được xem là có kiểm soát HA khi mức HA được kiểm soát dưới 140/90mmHg. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ kiểm soát HA 65%, không kiểm soát được HA 35%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của một số tác giả khác^{8,9}.

Một số yếu tố liên quan đến kiểm soát HA trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở nam, người dưới 40 tuổi, BMI thấp có khả năng kiểm soát HA tốt hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi HA trung bình tâm thu và tâm trương khi vào viện điều trị là: 163,4±16,6mmHg và 91,2±8,1mmHg, HA trung bình tâm thu và tâm trương khi xuất viện là: 133,6 ±12,8 mmHg và 80,5±6,0 mmHg có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P< 0,05). Tuy vậy chỉ có 65% số bệnh nhân khi ra viện đạt HA mục tiêu. Vì vậy cần đẩy mạnh công tác quản lý và kiểm soát HA có hiệu quả để dự phòng biến chứng của tăng HA. Kết quả

đạt được này cần được suy trì khi bệnh nhân đến tái khám. Những người chưa kiểm soát được HA trong lần ra viện này cần được kiểm soát sớm nhất có thể.

Các yếu tố liên quan đến kiểm soát huyết áp

Trong mô hình hồi quy logistic đơn biến chúng tôi xác định được một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ kiểm soát HA ở bệnh nhân có bệnh thận mạn như sau: bệnh nhân cao tuổi >60 tuổi (OR = 1,59, p = 0.025), bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường (OR = 1,56, p = 0,034), tiền sử viêm cầu thận (OR = 2,11, P = 0,016), bệnh nhân thừa cân (OR= 1,94, p= 0,007), bệnh nhân tăng HA kèm bệnh thận mạn giai đoạn V (OR = 1,75, p= 0,024), bệnh nhân có Acid uric nhập viện cao (OR =0,56, p =0,004), và bệnh nhân có protein niệu (OR= 1,71, p=0,008) là các yếu tố làm khó khăn hơn cho việc kiểm soát HA đạt mục tiêu.

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến chúng tôi xây dựng dựa trên biến phụ thuộc là tỷ lệ kiểm soát HA ở bệnh nhân có bệnh thận mạn và các biến số độc lập là các yếu tố có liên quan được xác định trong mô hình hồi quy logistic đơn biến trong mô hình chúng tôi nhận thấy: Bệnh nhân có độ tuổi ≥ 60 tuổi (OR= 1,63, p =0,028), có tiền sử bệnh viêm cầu thận mạn tính (OR = 2,26 p =0,014), thừa cân béo phì (OR= 2,28, p =0,002), tiền sử bệnh thận mạn tính giai đoạn V (OR= 1,85 , p = 0,02), protein niệu dương tính (OR= 1,66, p= 0,017) là các yếu tố độc lập làm khó kiểm soát huyết áp hơn. Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường, gout trong mô hình hồi quy logistic đa biến không thấy liên quan đến tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân có bệnh thận mạn.

Kết quả nghiên cứu của tôi khá tương đồng với nghiên cứu Seulbi Lee và cộng sự (2017) trong phân tích đa biến thì tuổi, giới tính là nữ, BMI, tăng huyết áp, giai đoạn CKD và mức đường huyết lúc đói, cholesterol toàn phần, huyết sắc tố và protein niệu là những yếu tố quan trọng liên quan đến việc kiểm soát HA kém ở bệnh nhân suy thận kèm tăng huyết áp¹⁰ and blood pressure (BP). Tỷ lệ tăng huyết áp được kiểm soát kém đã giảm ở những bệnh nhân dùng thuốc chống tăng huyết áp so với những người không dùng thuốc. Tuy nhiên, huyết áp và CKD giai đoạn IV, V vẫn có liên quan

đáng kể đến việc gia tăng kiểm soát huyết áp không đạt ngay cả khi đã kiểm soát bệnh đái tháo đường và sử dụng thuốc hạ huyết áp.

KẾT LUẬN

Trong 440 bệnh nhân bệnh thận mạn có tăng huyết áp được điều trị nội trú tại khoa nội thận BVĐK tỉnh Thanh Hóa, huyết áp trung bình lúc ra viện giảm đáng kể so với lúc vào viện. Có 65% người bệnh tăng huyết áp được kiểm soát đạt huyết áp mục tiêu. Thuốc được sử dụng phổ biến là lợi tiểu quai, chẹn kênh can ci, ức chế men chuyển, chẹn thụ thể. Các yếu tố làm khó khăn cho kiểm soát huyết áp mục tiêu gồm: độ tuổi ≥ 60 tuổi, có tiền sử bệnh viêm cầu thận mạn tính, thừa cân béo phì, tiền sử bệnh thận mạn tính giai đoạn V, protein niệu dương tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Muntner P, Anderson A, Charleston J, et al. Hypertension Awareness, Treatment, and Control in Adults With CKD: Results From the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study. *Am J Kidney Dis.* 2010;55(3):441-451. doi:10.1053/j.ajkd.2009.09.014
- Sarafidis PA, Li S, Chen SC, et al. Hypertension Awareness, Treatment, and Control in Chronic Kidney Disease. *Am J Med.* 2008;121(4):332-340. doi:10.1016/j.amjmed.2007.11.025
- Cheung AK, Chang TI, Cushman WC, et al. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2021;99(3):S1-S87. doi:10.1016/j.kint.2020.11.003
- Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. *The Lancet.* 2017;389(10075):1238-1252. doi:10.1016/S0140-6736(16)32064-5
- Bixia G, Luxia Z, Haiyan W, Minghui Z. Chinese cohort study of chronic kidney disease: design and methods. *Chin Med J (Engl).*
- Chiang HP, Lee JJ, Chiu YW, et al. Systolic Blood Pressure and Outcomes in Stage 3–4 Chronic Kidney Disease Patients: Evidence from a Taiwanese Cohort. *Am J Hypertens.* 2014;27(11):1396-1407. doi:10.1093/ajh/hpu056
- Adejumo O, Okaka E, Iyawe I. Prescription pattern of antihypertensive medications and blood pressure control among hypertensive outpatients at the University of Benin Teaching Hospital in Benin City, Nigeria. *Malawi Med J.* Published online 2017.
- Peralta CA, Hicks LS, Chertow GM, et al. Control of Hypertension in Adults With Chronic Kidney Disease in the United States. *Hypertension.* 2005; 45(6):1119-1124. doi:10.1161/01.HYP.0000164577.81087.70
- Ying Z, Guang-yan C, Xiang-mei C, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the non-dialysis chronic kidney disease patients. *Chin Med J (Engl).*
- Lee S, Oh HJ, Lee EK, et al. Blood Pressure Control During Chronic Kidney Disease Progression. *Am J Hypertens.* 2017;30(6):610-616. doi:10.1093/ajh/hpx017