

Hội thảo khoa học về

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TRONG CỘNG ĐỒNG

TRẦN ĐỒ TRINH

Sau hơn 2 năm nghiên cứu triển khai đề tài Phòng chống bệnh tăng huyết áp (trong chương trình phòng chống các bệnh tim mạch do Bộ y tế quản lý) đã thu được một số kết quả bước đầu.

Hội thảo khoa học về « Bệnh tăng huyết áp trong cộng đồng » do Bộ y tế tổ chức vào tháng 3 vừa qua đã đánh giá tổng nhất kết luận giai đoạn thử nghiệm làm sáng các phương pháp chống tăng huyết áp đồng thời đề ra phương hướng hoạt động của đề tài trong 2 năm 1989 - 1990 với nội dung điều tra dịch tễ học bệnh tăng huyết áp trên qui mô toàn quốc.

THÁNG 3-1989, tại Hà Nội đã tiến hành "Hội thảo về bệnh tăng huyết áp trong cộng đồng lần thứ 2". Đây là một loại bệnh có tỷ lệ mắc bệnh khá cao: 9-18% số người lớn thế giới và có thể tới 6-16% ở Việt Nam. Nếu lấy trung bình và nhân lên với 66% theo tháp dân số người lớn thì cả nước ta có tới 5 triệu người bị tăng huyết áp (THA). Vì thế bệnh này đã được hầu hết các nước, cả giàu lẫn nghèo đặt vào hàng bệnh xã hội nhiều người mắc nhất. Họ đã tiêu tốn nhiều tỷ đôla để nghiên cứu, tạo ra một sự bùng nổ kiến thức rất sâu, về kỹ thuật học, với hàng trăm thứ thuốc mới có hiệu quả cao, có thể khống chế được huyết áp tới 90% bệnh nhân và giảm biến chứng xuất huyết não xuống được 50%.

Thế nhưng trong Hội thảo đã có rất nhiều báo cáo, cho thấy là ở hầu khắp các bệnh viện huyện, tỉnh, trung ương thường xuyên xảy ra có những bệnh nhân, nhiều khi là cán bộ cấp cao, có khi là một nhà khoa học đầy tài năng, bị đột ngột xuất huyết não, chết hoặc liệt, tàn phế nặng nề, mà trước đó bệnh THA của họ không hề được biết đến, hoặc có biết nhưng không được điều trị đúng phương pháp. Tỷ lệ bệnh nhân THA bị thà nđi cho số phận như thế trên thế giới là khoảng 88%, còn ở Việt Nam, qua nhận xét của chúng tôi, khi đi nghiên cứu ở

hầu khắp 40 tỉnh, thành phố là 98%; ngay trong Hội thảo này, báo cáo của Bệnh viện tỉnh Phú Khánh, điều tra trên 1420 người dân chài ven biển cũng lên tới 98,7%. Có nghĩa là trong 5 triệu người THA thì có tới 3 triệu người không được biết là mình có bệnh, và 4,9 triệu người bị thà nđi.

Những người bất hạnh đó không được hưởng những tiến bộ kỹ thuật học lớn lao nói trên, mà sự mâu thuẫn đáng tiếc này chính là do vấn đề tăng huyết áp trong cộng đồng chưa được xử lý tốt.

Lý do là vì chúng ta còn yếu kém và xã hội học trong y tế, và nhất là về phương pháp luận khoa học y tế cộng đồng. Như Bộ trưởng Phạm Song đã nhận xét, "Chúng ta không thạo chữa bệnh cho từng cá nhân hơn là cho 1 cộng đồng" Chính trong sự lúng túng, dò dẫm đó mà các hội thảo viên đã phần khởi tìm thấy ở đây một diễn đàn tranh luận và tìm hiểu về các phương pháp khoa học giải quyết bệnh THA trong cộng đồng. Số đại biểu dự Hội thảo tới hơn 200 người trong đó có gần 30 giáo sư cấp 1 và cấp 2, 20 tiến sĩ và phó tiến sĩ, và các bác sĩ tim mạch ở nhiều tỉnh trong cả nước.

Được Bộ y tế phân công phụ trách « Chương trình nghiên cứu phòng chống các bệnh tim mạch » chúng tôi đã tổ chức Hội thảo chuyên đề

về THA lần thứ nhất từ tháng 12-1986 và đã định ra một kế hoạch khoa học gồm 3 bước:

- Bước 1: Thử nghiệm lâm sàng các phương pháp chống THA ở các cộng đồng địa lý khác nhau trong nước ta.

- Bước 2: Điều tra dịch tễ học bệnh THA trên qui mô toàn quốc để xác định các nhu cầu phòng chống cụ thể.

- Bước 3: Đề xuất 1 chiến lược khoa học phòng chống bệnh THA có khả năng triển khai rộng rãi trong nhân dân.

Bước 1 đã tiến hành từ 1987 đến nay, với sự tham gia của 21 đơn vị miền Bắc và miền Trung trong đó có 3 đơn vị địa phương nghiên cứu xuất sắc nhất là Hà Tĩnh, Thái Bình và Qui Nhơn, đã được giải thưởng của Ban chủ nhiệm chương trình. Nói chung, chúng tôi đã tiến hành với một phương pháp nghiên cứu hết sức chặt chẽ và thống nhất, có ngẫu nhiên hóa và mù kép, đồng thời áp dụng 17 bảng chỉ tiêu đánh giá kết quả nghiên cứu. Chúng tôi đã sử dụng nhiều phương pháp toán thống kê, ứng dụng chương trình SPSS/PC của máy tính điện tử AT, là một chương trình mới của thế giới và ở Việt Nam. Sơ kết lần này chúng tôi đã nghiên cứu hiệu quả của 16 phương án điều trị THA có so sánh với nhau và đã rút ra được một số kết luận có giá trị. Thí dụ, chúng tôi thấy được liệu trong nước *Rauwolfia Canescens* do Viện dược liệu Việt Nam trồng cây và chiết xuất cho kết quả tốt, có thể làm hạ được huyết áp tâm thu (HATT) xuống 31 mmHg và huyết áp tâm trương (HATC) xuống 18 mmHg, do đó có thể đưa vào sản xuất được. Còn được liệu trong nước *Rauwolfia Vomitoria* cũng tốt, hạ được HATT 18 mmHg và HCTC 15 mmHg, đặc biệt hơn hẳn Reserpin (là 1 biệt dược cùng loại nhập ngoại) ở chỗ rất ít gây phản ứng phụ, suy nhược, mệt mỏi, khó chịu do đó làm cho bệnh nhân thoải mái uống thuốc đều. Hơn nữa, hiệu quả cũng không kém các biệt dược nhập ngoại như Hypothiazide và Trandate (một biệt dược hiện đại vừa chẹn giao cảm beta, vừa chẹn alpha). Một dược liệu trong nước mà được như vậy là rất đáng mừng vì Nhà nước sẽ đỡ tốn ngoại tệ nhập các biệt dược cùng loại. Chúng tôi còn so sánh 2 liều Hypothiazide liều 2 viên/ngày với liều 1 viên/ngày thì thấy hiệu quả khác nhau rất ít, không có ý nghĩa thống kê. Từ đó có thể kết luận là trong lâm sàng chỉ nên dùng liều 1 viên/ngày vì tránh được các phản ứng như mất Kali quá nhiều khi dùng thuốc lâu dài.

Một điều vô cùng quan trọng trong việc điều trị bệnh THA bằng thuốc là phải uống thuốc đều hàng ngày và uống lâu dài nhiều năm mới ngăn chặn được tai biến xuất huyết não. Đó là

điều đặc biệt lưu tâm với những bệnh nhân ngại uống thuốc, nhất là những người chỉ bị tăng huyết áp nhẹ. (Số đo huyết áp chỉ 160/100 mmHg, không cao lắm). Vấn đề này đã được tranh luận rất nhiều nhưng đến nay đã ngã ngũ. Công trình nghiên cứu quốc gia của Australia khám 104.000 người dân, sàng lọc được 3900 bệnh nhân THA nhẹ, với con số huyết áp khoảng trên dưới 160/100 mmHg và chưa có biến chứng. Sau khi cho điều trị thuốc và theo dõi 6 năm thì thấy tổng biến chứng tim não giảm đi 7 lần, tử vong giảm 70% so với nhóm chứng. Ngay trong Hội thảo này chúng tôi cũng có báo cáo về nhiều ca bệnh tăng huyết áp nhẹ như vậy, nhưng vì không uống thuốc huyết áp, nên dễ bị các cơn huyết áp cao vọt lên và xuất huyết não dễ xảy ra. Như vậy, uống thuốc rõ ràng là có lợi. Nó như một người lính đứng canh gác huyết áp cho ta vậy. Mặc dù rất nhiều khi bệnh nhân tăng THA không cảm thấy nhức đầu khó chịu gì, nhưng nên nhớ rằng nó chính là một quả bom nổ chậm nằm chờ sẵn trong cơ thể người. Hơn nữa, xét về mặt cộng đồng, số lượng người bị THA nhẹ, đông nhiều gấp bội số người bị THA nặng. Do đó tổng số nguy cơ biến chứng, tử vong và tàn phế mà họ mang lại cho cộng đồng xã hội cũng cao gấp bội.

Về dự kiến tiến hành trong năm 1989 - 1990, Hội thảo lần này qua sơ kết những kết quả và kinh nghiệm thu lượm được trong 2 năm nghiên cứu vừa qua đã nhất trí đề ra hai kế hoạch lớn:

- Tiếp tục thử nghiệm lâm sàng.

- Điều tra dịch tễ học bệnh THA.

Hội thảo đã thiết lập được một bảng phân loại bệnh THA và trên cơ sở đó, qui ước cách đánh giá các mức hiệu quả điều trị giảm áp hợp lý hơn.

Về thử nghiệm lâm sàng: Chúng tôi sẽ nghiên cứu và so sánh mức độ hiệu quả của các phương pháp ăn giảm muối đủ mức (3 gam/ngày), ăn giảm muối trung bình (8 gam/ngày), thư giãn hoàn chỉnh và thư giãn đơn giản, một dược liệu mới trong nước mang ký hiệu H.A.B Hypothiazide với liều nhỏ đồng thời nghiên cứu thêm một số biệt dược cổ điển và hiện đại với cơ chế khác nhau, tổng cộng là 19 phương án, tức 19 lô điều trị.

Trong sơ kết kỳ này, tỷ lệ kết quả điều trị tốt chiếm 69,7%, còn 30,3% là kém kết quả, trong đó nhiều ca THA do một nguyên nhân nào đó rất gay go như viêm thận, hẹp động mạch thận... có khi do tăng hoặc giảm thể tích nước trong cơ thể. Về các nguyên nhân thất bại trong điều trị THA, người ta còn thấy có trường hợp bệnh nhân dùng một số thuốc đối kháng với thuốc THA, hoặc bệnh nhân quá lo

lãng cang thẳng khi đến bệnh viện khám bệnh. Giáo sư IBRANHIM đã có nhiều lần thắc mắc thấy rõ rằng mình điều trị bệnh nhân tốt, điện tâm đồ tốt hẳn lên mà số đo huyết áp vẫn cao. Khi ông đã đến tận nhà bệnh nhân thăm hỏi và đo lại thì thấy huyết áp xuống rất tốt. Rõ ràng là ở nhà, bệnh nhân cảm thấy yên tâm, dễ chịu nên huyết áp ổn định hơn.

Tuy nhiên, đại đa số ca điều trị thất bại là do bệnh nhân không uống thuốc đều, vì ngại hoặc quên, hoặc thuốc không thích hợp với bệnh nhân, hoặc thuốc mất hoạt tính nhanh chóng. Hơn nữa thông qua máy tính điện tử, chúng tôi còn chứng minh thêm được một nhận xét nữa là, khi điều trị huyết áp hạ xuống tới con số càng thấp thì càng khó ép xuống thêm, giống hệt như khi ta ép 1 cái lò xo xuống vậy, trong các trường hợp thất bại. Tờ chức y tế thế giới đã khuyến cáo nên phối hợp 2 hay 3 hay 4 thứ thuốc giảm áp với nhau thường gọi là «phác đồ 4 bậc thang».

Trong chương trình nghiên cứu này, chúng tôi cũng đã thiết lập 13 phác đồ phối hợp thuốc. Nhưng cần nhớ rằng dùng thuốc phải rất có nghệ thuật, phải nghiên cứu kỹ cách tránh các thuốc không thích hợp hoặc trùng cơ chế tác dụng với nhau. Như thế tổng số của chúng tôi lên tới 32 phác đồ tức 32 lò xo nghiên cứu sắp xếp vào một phác đồ bậc thang mà chúng tôi cải tiến làm 6 bậc, sao cho phù hợp với điều kiện Việt Nam, qua kinh nghiệm 2 năm qua. Đặc biệt ưu tiên các dược liệu trong nước, các thuốc rẻ tiền, dễ kiếm hoặc ta có sẵn trong tay. Chúng tôi cũng đã thiết lập một đường lối ehi định các lò xo thuốc đó vào các ca huyết áp cao ở các mức độ nặng nhẹ và có tổn thương phủ tạng khác nhau, cũng như cách thức và thời hạn chuyển lò khi bị thất bại.

Về nội dung lớn thứ hai của Hội thảo là «Điều tra dịch tễ học bệnh THA trong cộng đồng» trên phạm vi cả nước chúng tôi nghĩ rằng logic cơ bản của cuộc đấu tranh chung phòng chống một loại bệnh là phải biết thật rõ bộ mặt lâm sàng và dịch tễ học của bệnh đó trong cộng đồng như thế nào? Có một điều nhấn mạnh trong cuộc điều tra kỳ này là cần một phương pháp nghiên cứu chặt chẽ, thống nhất để dẫn đến những kết luận đáng tin cậy và mang tính đại diện cho cả nước, điều mà hơn 20 cuộc điều tra tán mạn trong các năm qua chưa đạt được.

Mục tiêu tóm tắt là đánh giá tỷ lệ bệnh THA ở các lứa tuổi, giới, nghề nghiệp và ở các vùng sinh thái khác nhau, tìm hiểu vai trò của các

yếu tố nguy cơ như ăn mặn, stress, cang thẳng, di truyền... về tỷ lệ người được điều trị đúng cách và không đúng cách.

Nhiều đồng nghiệp hoài nghi cho rằng, trong điều kiện kinh tế vô cùng khó khăn như hiện nay, công trình rộng lớn như thế khó mà thực hiện được. Chúng tôi nghĩ, kinh tế xuống nhưng bệnh tật thì không giảm mà lại càng tăng. Dù sao cũng phải khắc phục khó khăn mà chặn đứng cái vòng luẩn quẩn này lại.

Nhưng đây là vấn đề quá lớn và phức tạp không thể trình bày được trong khuôn khổ bài báo này. Nói tóm lại chúng tôi sẽ chọn cỡ mẫu điều tra dân số có phân tầng theo lứa tuổi và bắt thăm từng đơn vị điều tra để ngẫu nhiên hóa rồi sử dụng một loại phiếu điều tra huyết áp đặc biệt bao gồm một số câu hỏi dễ hiểu cho bệnh nhân và dễ ghi cho bác sĩ. Các bác sĩ chuyên khoa tim mạch sau khi được tập huấn kỹ phương pháp ở tuyến trung ương, sẽ về tranh thủ sự giúp đỡ của các cấp lãnh đạo y tế và chính quyền địa phương, rồi tờ chức tập huấn cho các bác sĩ điều tra, trước khi tờ chức điều tra ở đâu, cần tuyên truyền rộng rãi trên loa, đài báo chí cho nhân dân hiểu biết ích lợi thiết thân của họ khi được khám chữa bệnh tim mạch và huyết áp.

Vừa qua đã có 32 bệnh viện ở các tỉnh Bắc, Trung, Nam từ Cao Bằng — Lạng Sơn cho đến Cửu Long đăng ký tham gia công trình điều tra. Đến tháng 11-1989, chúng tôi sẽ tờ chức «Hội thảo tăng huyết áp lần thứ 3» tại Phú Khánh đề sơ kết các việc đang làm và đề các tỉnh miền Nam tiện về dự.

Nói chung, qua ý kiến của nhiều giáo sư tới dự Hội thảo, đặc biệt là qua thống kê kết quả của cuộc điều tra ý kiến bằng phiếu thăm dò của Ban tờ chức Hội thảo thì công trình này đã tiến hành nghiêm túc và có những kết quả bước đầu có sức thuyết phục. Nhiều nước đang phát triển khác cũng chưa làm được như vậy. Vì thế công trình đã tập hợp được đông đảo cán bộ khoa học thuộc chuyên khoa tim mạch và của ngành. Song vừa qua, cũng còn một số bệnh viện tỉnh không kịp về dự Hội thảo nên chưa đăng ký tham gia chương trình. Chúng tôi đề nghị các đơn vị đó, nhất là các tỉnh cực nam về đăng ký tham gia đề tài, góp phần mang lại lợi ích cho việc phòng chống bệnh tăng huyết áp, chăm sóc sức khỏe tim mạch ban đầu, hạ thấp tỷ lệ mắc bệnh, hạn chế đến mức thấp nhất các tai biến gây tàn phế và tử vong vì tăng huyết áp ở nước ta.

Biên tập: Nguyễn Chân Giác