

trực tiếp làm gia tăng thời gian tràn khí và mức độ tràn khí của bệnh nhân khi được tiếp nhận từ đó làm gia tăng thời gian MMPTT dẫn lưu khí dịch màng phổi do không thể rút hết khí và dịch ngay trong lần đầu tránh tai biến phù phổi cấp cho bệnh nhân. Mặt khác, chẩn đoán muộn tập trung chủ yếu ở những bệnh nhân TKMP TPTP vốn có bệnh nền hô hấp cũng như các biến chứng của bệnh lý hô hấp. Từ đó ảnh hưởng tới kết quả điều trị của bệnh nhân cụ thể làm tăng khả năng có kết quả điều trị không tốt, tăng gấp 5,922 lần.

TKMP mức độ nặng được đánh giá trên film chụp X-quang phổi phản ánh trực tiếp mức độ TKMP của bệnh nhân. Bệnh nhân được phân loại TKMP mức độ nặng có kết quả điều trị không tốt cao gấp 7,588 lần các mức độ TKMP vừa và nhẹ. Bệnh nhân TKMP TPTP có kết quả điều trị không tốt cao hơn TKMP TPNP gấp 6,563, lần. Điều này được lý giải do trong số các bệnh nhân TKMP TPTP tại bệnh viện chuyên khoa có các bệnh phổi mạn tính và lao chiếm tỷ lệ cao, những bệnh nhân này thường có những di chứng tổn thương phổi trước đó. Điều đó làm giảm hiệu quả quá trình hô hấp đồng thời sự quen với các triệu chứng lâm sàng làm gia tăng khả năng chịu đựng và làm chậm thời gian đến viện khám và được chẩn đoán sớm cho bệnh nhân. Ngoài ra các yếu tố hút thuốc và tiền sử TKMP, TDMP cũng cho thấy xu hướng làm gia tăng kết quả điều trị không tốt. Tuy vậy thống kê chưa thấy có mối liên hệ có ý nghĩa với  $p > 0,05$ .

## V. KẾT LUẬN

TKMP tự phát gặp ở nhiều đối tượng, trong

đó TKMP TPNP thường gặp trên nhóm bệnh nhân nam giới trong độ tuổi lao động và nhóm bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá. X-quang phổi có giá trị trong chẩn đoán tiên lượng điều trị TKMP. Can thiệp MMPTT với các trường hợp mức độ vừa và nặng là một trong các chiến lược hiệu quả giúp làm giảm thời gian điều trị. Tuổi  $> 60$ , mức độ TKMP nặng, chẩn đoán muộn và TKMP TPTP là các yếu tố liên quan tiên lượng kết quả điều trị không tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn, Việt Tiên, (2019), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lý hô hấp. Ban hành kèm theo Quyết định số 4235/QĐ-BYT ngày 31/10/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế."
2. Lê Quốc Việt, Nguyễn Công Minh, (2021), Đánh giá hiệu quả điều trị TKMP TPNP bằng DLMP và NSLN, tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 15, Phụ bản của Số 4, 201. (không viết tắt)
3. Lê Hoàn, Nguyễn Duy Thắng, Nguyễn Đông Dương, (2024), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tràn khí màng phổi tại bệnh viện đại học y hà nội". tạp chí y học việt nam 533 (1b).
4. Mohamed, E. E., & Alaa El Din, A. (2013), Thoracoscopic pleurodesis using iodopovidone versus pleural abrasions in management of recurrent pneumothorax. Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis, 62(1), Tr. 105-109.
5. Nguyễn, Đức Thái, and Bình Giang Trần, (2021) "Kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị tràn khí màng phổi tự phát tiên phát tại bệnh viện hữu nghị việt đức." Tạp chí Y học Việt Nam 504.1.
6. Trần Quốc Kiệt, Phan Thanh Dũng, Khoa Lao, Bệnh viện An Giang, (2016), Nhận xét kết quả gây dính màng phổi qua ống dẫn lưu trong điều trị TKMP tái phát tại khoa lao Bệnh viện An Giang - Kỷ yếu Hội nghị Khoa học Bệnh viện An Giang - Số tháng 10/2016 Tr. 48.

## TÌNH TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG VÀ KẾT CỤC NGẮN HẠN CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY LIÊN QUAN RUNG NHỈ

Nguyễn Bá Thắng<sup>1</sup>, Đặng Quang Huy<sup>2</sup>, Lê Thụy Minh An<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng chỉ định và lựa chọn thuốc kháng đông đường uống (OAC) và xác định tỷ lệ các biến cố gộp trong vòng 90 ngày sau điều trị thuốc kháng đông ở người bệnh nhồi máu não

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhân dân 115

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thụy Minh An

Email: minhanle@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024

kèm rung nhĩ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu với dân số chọn mẫu là bệnh nhân nhồi máu não cấp hoặc cơn thoáng thiếu máu não kèm rung nhĩ điều trị nội trú tại khoa Thần Kinh bệnh viện Đại Học Y Dược TP.HCM trong thời gian 01/2018 đến 02/2022. **Kết quả:** Kết quả hồi cứu gồm 277 trường hợp người bệnh đột quy nhồi máu não cấp kèm rung nhĩ. Tổng số người bệnh chỉ định sử dụng OAC lúc xuất viện là 227 trường hợp (82,67%). Trong đó, 13,54% trường hợp được chỉ định kháng vitamin K (VKA), 86,46% trường hợp được chỉ định kháng đông trực tiếp (DOAC). Tỷ lệ các biến cố gộp trong quá trình theo dõi lần lượt là: xuất huyết nội sọ, tiêu hóa (4,5%); xuất huyết da niêm (2,7%), thuyên tắc - huyết khối (1,83%). **Kết luận:** Tỷ lệ dùng thuốc kháng đông đặc

biệt là DOAC sau nhồi máu não cấp kèm rung nhĩ phổ biến vì tính hiệu quả và an toàn của nó.

## SUMMARY

### ANTICOAGULATION USE AND SHORT-TERM OUTCOMES OF STROKE ASSOCIATED WITH ATRIAL FIBRILLATION

**Objectives:** To evaluate the status of indications and selection of anticoagulants and to determine the rate of adverse events within 90 days after treatment in patients with cerebral infarction and atrial fibrillation. **Methods:** Retrospective descriptive study with a sample population of patients with acute cerebral infarction or transient ischemic attack with atrial fibrillation treated as an inpatient at the Department of Neurology, University Medical Center HCMC, Ho Chi Minh City from 01/2018 to 02/2022. **Results:** Among 277 cases of patients with acute ischemic stroke and atrial fibrillation, the total number of patients who were prescribed OAC at discharge was 227 cases (82.67%). Of these, 13.54% of cases were prescribed vitamin K antagonist (VKA), and 86.46% were prescribed direct oral anticoagulants (DOACs). Rate of adverse events during follow-up: intracranial hemorrhage, gastrointestinal (4.5%); mucosal bleeding (2.7%); embolism - thrombosis (1.83%). **Conclusion:** The rate of using anticoagulants, especially DOACs, after acute cerebral infarction with atrial fibrillation is common because of their effectiveness and safety.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy đến thời điểm hiện nay là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế và tử vong trên thế giới. Nhồi máu não do thuyên tắc từ tim chiếm tỷ lệ 20% – 30% trong các căn nguyên đột quy. Đây là dạng đột quy với biểu hiện lâm sàng nặng nề, nguy cơ tái phát sớm cao, gây kết cục tàn phế, tử vong cao hơn so với nhồi máu não do các căn nguyên khác. Rung nhĩ là yếu tố nguy cơ hàng đầu trong nhồi máu não do lấp mạch từ tim, làm gia tăng nguy cơ đột quy lên gấp 3 – 5 lần. Kháng đông đường uống được chứng minh là một phương pháp điều trị phòng ngừa có hiệu quả và an toàn đối với đột quy nhồi máu não liên quan rung nhĩ. Ở một số quốc gia, việc sử dụng kháng đông trong điều trị dự phòng trên thực tế ở người bệnh sau nhồi máu não kèm rung nhĩ là ở dưới mức lý tưởng so với lý thuyết, với tỷ lệ chỉ khoảng 28% – 39,8%<sup>3,4</sup>. Điều này là do khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế thấp hơn ở các nước có thu nhập thấp – trung bình, lo ngại về nguy cơ xuất huyết cũng như sự không thống nhất thời điểm khởi động điều trị kháng đông và lựa chọn kháng đông trong dự phòng thứ phát ở người bệnh rung nhĩ không do van tim sau nhồi máu não cấp.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu chủ yếu tập trung vào vấn đề khảo sát tỷ lệ sử dụng kháng

đông trong điều trị dự phòng tiên phát nhồi máu não dựa trên các thang điểm phân tầng nguy cơ<sup>1</sup>. Chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam trước đây nêu lên các dữ liệu về thực trạng điều trị dự phòng ở người bệnh sau đột quy nhồi máu não cấp liên quan rung nhĩ. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá thực trạng chỉ định và lựa chọn thuốc kháng đông và xác định tỷ lệ các biến cố gộp và các yếu tố liên quan trong vòng 90 ngày sau điều trị thuốc kháng đông ở người bệnh nhồi máu não kèm rung nhĩ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu với kỹ thuật chọn mẫu không xác suất

**Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu bao gồm những người bệnh nhập khoa Thần kinh, bệnh viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh với chẩn đoán nhồi máu não cấp (hoặc cơn thoáng thiếu máu não) kèm rung nhĩ từ 01/2018 đến 02/2022.

### Tiêu chuẩn chọn vào

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên.
- Người bệnh được chẩn đoán nhồi máu não cấp dựa trên các tiêu chí về lâm sàng và cận lâm sàng phù hợp.
- Người bệnh được chẩn đoán xác định rung nhĩ (trong quá trình nhập viện hoặc rung nhĩ đã phát hiện trước khi nhập viện).
- Người bệnh được điều trị ổn định (qua giai đoạn nhồi máu não cấp tính), và được chỉ định điều trị một loại OAC lúc xuất viện.

– Người bệnh sau đó được tái khám và theo dõi tại hệ thống phòng khám ngoại trú bệnh viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh trong vòng 90 ngày theo dõi.

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh không được khảo sát đầy đủ các cận lâm sàng phù hợp trong chẩn đoán xác định căn nguyên của đột quy bao gồm: điện tim thường / Holter ECG 24 giờ, siêu âm Doppler tim, siêu âm hệ động mạch cảnh đốt sống, đánh giá hệ mạch máu nội sọ (MRA hoặc CTA).
- Người bệnh không tái khám hoặc mất dấu trước 30 ngày trong quá trình theo dõi ngoại trú.

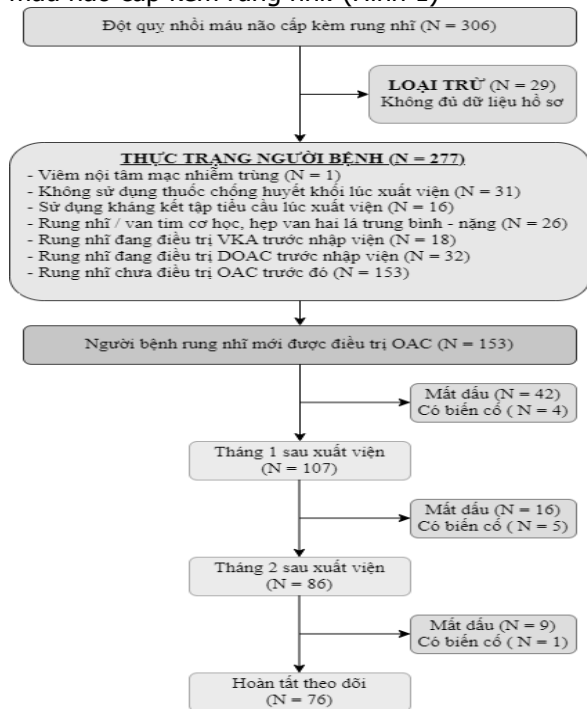
**Quy trình thực hiện nghiên cứu:** Số liệu được thu thập vào biểu mẫu thu thập số liệu nghiên cứu soạn sẵn thông qua tra cứu trên hệ thống bệnh án điện tử của người bệnh, dữ liệu hình ảnh học từ hệ thống PACS của bệnh viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh (hoặc ghi nhận từ trong hồ sơ bệnh án điện tử trong trường hợp người bệnh có sẵn kết quả hình ảnh học từ một cơ sở khác) và dữ liệu tại phòng khám ngoại trú bệnh viện Đại Học Y Dược Thành

Phổ Hồ Chí Minh tại các thời điểm người bệnh tái khám. Số liệu thu thập hồi cứu gồm các biến về dịch tễ học, các biến về tiền căn và bệnh lý đồng mắc, các biến liên quan đến đột quy trong lần nhập viện này, các chỉ số cận lâm sàng, các biến số kết cục theo dõi trong 90 ngày.

**Phân tích và xử lý số liệu:** các số liệu sẽ được phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê R và Microsoft Excel 2016.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 2 năm 2022, chúng tôi đã ghi nhận tổng số 306 trường hợp người bệnh đột quy nhồi máu não cấp kèm rung nhĩ. (Hình 1)



**Hình 1. Sơ đồ kết quả nghiên cứu**  
**Thực trạng chỉ định và lựa chọn thuốc kháng đông ở người bệnh nhồi máu não kèm rung nhĩ.** Nhóm người bệnh nhồi máu não kèm rung nhĩ được chỉ định OAC lúc xuất viện chiếm tỷ lệ là 82,67%. Trong đó 13,54% trường hợp được chỉ định VKA (Với hầu hết chỉ định do có bệnh van tim gồm hẹp van hai lá trung bình – nặng hoặc van động mạch chủ cơ học), 86,46% trường hợp được chỉ định DOAC. Nhóm người bệnh rung nhĩ không do van tim chiếm 88,64%. Trước nhập viện, 8,87% trường hợp đang điều trị trước đó với VKA, 15,76% trường hợp đang điều trị với DOAC, và 75,37% trường hợp chưa điều trị OAC. Hầu hết những người bệnh này được chỉ định DOAC lúc xuất viện. Tỷ lệ người bệnh nhồi máu não kèm rung nhĩ không được

chỉ định OAC lúc xuất viện là 17,33%. Các lý do người bệnh chưa được khởi động OAC tại thời điểm xuất viện phần lớn là trì hoãn do tổn thương nhồi máu não lớn (75%), xuất huyết điển tiến (10,42%).

**Đặc điểm lâm sàng và chỉ định sử dụng OAC ở người bệnh nhồi máu não và rung nhĩ không do van tim điều trị kháng đông lần đầu.** Trong 153 bệnh nhân, nam giới (n=79) chiếm ưu thế hơn so với nữ giới (n=74), độ tuổi trung bình là 75,8, độ lệch chuẩn là 11,0. Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của nghiên cứu**

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (N=153)	Tỷ lệ (%)
<b>Bệnh lý đồng mắc</b>		
Tăng huyết áp	141	92,20
Đái tháo đường type 2	51	33,30
Rối loạn lipid máu	56	36,60
Bệnh mạch vành	53	34,60
Tiền sử rung nhĩ trước nhập viện	33	21,60
Phân loại rung nhĩ		
• Rung nhĩ cơn	56	36,60
• Rung nhĩ kéo dài	97	63,40
Tiền sử nhồi máu não, cơn thoáng thiếu máu não	28	18,3
Tiền sử xuất huyết não, xuất huyết tiêu hóa	7	4,58
Xuất huyết trong đợt nhập viện này	17	11,11
<b>Mức độ nặng của đột quy</b>		
Nhẹ 0 ≤ NIHSS ≤ 4	55	35,95
Trung bình 5 ≤ NIHSS ≤ 14	71	46,40
Nặng 15 ≤ NIHSS ≤ 25	27	17,65
Rất nặng NIHSS > 25	0	0
<b>Thang điểm HAS-BLED</b>		
0	0	0
1	30	19,61
2	100	65,36
3	18	11,76
4	5	3,27
<b>Điều trị tái thông trong giai đoạn cấp cứu</b>		
Tiêu sợi huyết	16	10,46
Can thiệp lấy huyết khối	8	5,23
Phối hợp tiêu sợi huyết và lấy huyết khối	16	10,46
Không điều trị	113	73,85

Trong mẫu nghiên cứu (n=153), có 2 người bệnh (1,31%) sử dụng VKA, còn lại là sử dụng DOAC. Trong DOAC, 82 người bệnh (53,59%) được lựa chọn Rivaroxaban và 69 (45,10%) sử dụng Dabigatran. Về thời điểm bắt đầu lựa chọn sử dụng loại kháng đông của người bệnh trong nghiên cứu (153 người bệnh), chúng tôi phân chia mốc thời gian sử dụng theo kích thước tổn

thương nhồi máu não trước khi sử dụng OAC, được trình bày trong bảng 2.

**Bảng 2: Thời gian sử dụng OAC dựa theo kích thước tổn thương não**

Phân loại theo kích thước tổn thương	Tổng số N=153	Cơ thoáng thiếu máu não N=6	Nhồi máu não mức độ nhẹ N=30	Nhồi máu não mức độ trung bình N=80	Nhồi máu não mức độ nặng N=37
Ngày khởi động OAC	7[4-9]	3,5 [1,5-5,5]	4[3-5]	7[5-8]	11 [8-14]

**Tỷ lệ biến cố trong 90 ngày theo dõi.**

Trong quá trình theo dõi người bệnh ngoại trú, thời gian theo dõi trung vị của chúng tôi đạt trung vị 90 ngày. Có 42 trường hợp đã mất dấu trước 30 ngày (ngay sau thời điểm xuất viện), nên đã bị loại khỏi quá trình theo dõi trong nghiên cứu của chúng tôi. Chúng tôi tập trung phân tích và đánh giá kết cục ngắn hạn ở 111 người bệnh (Với quá trình theo dõi ít nhất từ 30 ngày trở lên kể từ thời điểm xuất viện sau đợt đột quỵ nhồi máu não cấp), với 109 người bệnh chỉ định DOAC, 2 người bệnh dùng VKA. Trong 90 ngày theo dõi, có 7 trường hợp (6,33%) xảy ra biến cố được trình bày trong bảng 3.

**Bảng 0: Các biến cố xảy ra trong quá trình theo dõi**

Loại biến cố	Tên biến cố	Số lượng	Tỷ lệ
Biến cố thuyên tắc – huyết khối	Cơ thoáng thiếu máu não	1	1,83%
	Nhồi máu não tái phát	1	
Biến cố xuất huyết	Xuất huyết tiêu hóa	3	4,50%
	Xuất huyết nội sọ	2	
Biến cố khác	Xuất huyết da, niêm mạc	3	2,70%
Biến cố gộp (bao gồm biến cố thuyên tắc – huyết khối và xuất huyết)		7	6,33%

**IV. BÀN LUẬN**

**Thực trạng chỉ định và lựa chọn OAC ở người bệnh nhồi máu não kèm rung nhĩ.** Khi khảo sát về thực trạng chỉ định sử dụng OAC sau nhồi máu não cấp liên quan rung nhĩ, chúng tôi thấy có sự khác biệt khi so sánh với mô hình tương tự của Rodríguez-Bernal và cộng sự<sup>6</sup> và nghiên cứu của Wen Yea Hwong và cộng sự<sup>3</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khoảng 17% người bệnh không chỉ định sử dụng OAC lúc xuất viện. Tỷ lệ sử dụng OAC cao hơn và kháng kết

tập tiểu cầu (KKTTC) thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu của Rodríguez-Bernal và Wen Yea Hwong là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành muộn hơn. Vì sau khuyến cáo về sử dụng DOAC (năm 2014) cho thấy liệu pháp sử dụng OAC dài hạn là chỉ định cần thiết ở người bệnh nhồi máu não kèm rung nhĩ nên việc sử dụng OAC đã phổ biến hơn trên thế giới. Các trường hợp không chỉ định sử dụng OAC tại thời điểm xuất viện trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết đều do các yếu tố khách quan: người bệnh xuất viện (hoặc chuyển viện) trước thời điểm dự kiến sử dụng OAC (trì hoãn tình trạng nhồi máu não hoặc dự kiến sử dụng khi theo dõi ngoại trú), hoặc các tình trạng trong đó kháng đông bị chống chỉ định do tình trạng xuất huyết đang hoạt động hoặc nguy cơ xuất huyết cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rung nhĩ đã được chẩn đoán trước nhập viện không nhiều (khoảng 21,60%), còn gần 80% các trường hợp lại được chẩn đoán trong quá trình theo dõi nội trú. Tỷ lệ rung nhĩ cơn thấp hơn so với tỷ lệ rung nhĩ kéo dài. Nghiên cứu Seiffge và Arihiro<sup>2</sup> ghi nhận tỷ lệ rung nhĩ chẩn đoán trước nhập viện cao hơn là 51 và 39,1%. Có sự khác biệt và gần như tỷ lệ người bệnh rung nhĩ phát hiện trước nhập viện của chúng tôi đều thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả khác do nhiều lý do sau đây: Chúng tôi đã không đánh giá các trường hợp người bệnh rung nhĩ đang điều trị OAC trước đó, trong khi đó các nghiên cứu còn lại hầu hết đều thu nhận những trường hợp người bệnh này. Ngoài ra, tại Việt Nam, vấn đề quan tâm đến sức khỏe và tầm soát hàng năm các bệnh lý người cao tuổi còn chưa cao, dẫn đến một bộ phận người bệnh dù đã có rung nhĩ từ trước đó nhưng không phát hiện được. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ điều trị tái thông trong giai đoạn cấp chiếm khoảng 26%. Trong đó tỷ lệ người bệnh điều trị can thiệp phổi hợp (tiêu sợi huyết và can thiệp nội mạch) khoảng 10,46%. Còn lại, chỉ định tiêu sợi huyết chiếm tỷ lệ khoảng 10,46% và can thiệp nội mạch lấy huyết khối chiếm tỷ lệ khoảng 5,23%. Có sự khác biệt với các nghiên cứu tác giả Seiffge và Arihiro có thể liên quan do đặc điểm lựa chọn của dân số vào trong mẫu nghiên cứu, đồng thời có thể do vấn đề liên quan đến đặc điểm nhận dạng sớm của người bệnh hoặc thân nhân liên quan đến đột quỵ cấp, đặc điểm về địa lý (để đến được các bệnh viện có các trung tâm đột quỵ trong thời gian và chỉ định cho phép), vấn đề đạt được đồng thuận trong quá trình thực hiện điều trị.

Trong nhóm các người bệnh xuất viện được chỉ định sử dụng kháng đông, tỷ lệ người bệnh được lựa chọn sử dụng DOAC chiếm đa số (đến 98,7%). Chỉ có 2 trường hợp người bệnh trong nghiên cứu được sử dụng Warfarin, trong đó có 1 trường hợp với chức năng thận kém (eGFR 15 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup> da), 1 trường hợp còn lại người bệnh sau khi thảo luận rõ về mặt lợi ích – nguy cơ với bác sĩ điều trị, đồng thuận lựa chọn Warfarin. Dân số trong nghiên cứu của chúng tôi được lựa chọn sử dụng DOAC nhiều hơn hẳn so với Warfarin, có thể do các yếu tố sau đây: sự đồng thuận khuyến cáo về việc lựa chọn DOAC ưu tiên hơn; và, nhóm dân số trong nghiên cứu của chúng tôi có thể có mức sinh sống và điều kiện kinh tế cho phép hơn. Trong nghiên cứu này, Rivaroxaban là loại DOAC được sử dụng nhiều hơn so với Dabigatran. Có sự khác biệt nhau về tỷ lệ lựa chọn loại DOAC giữa các nghiên cứu, và việc lựa chọn loại DOAC nào cho người bệnh cần được cá thể hóa dựa theo nhiều yếu tố: chúng bao gồm tổng trạng của người bệnh, rối loạn chức năng ruột, mức độ và khả năng tự chăm sóc bản thân, và khả năng chăm sóc của thân nhân, khả năng tuân thủ điều trị, tác dụng phụ của thuốc, tương tác thuốc, quan trọng nhất, chính là cân bằng giữa yếu tố thuyên tắc – huyết khối và yếu tố xuất huyết. Trong 3 loại DOAC được sử dụng trong các nghiên cứu này, chỉ có Rivaroxaban và Apixaban là có thể nghiên cứu được và có thể sử dụng đối với người bệnh có rối loạn chức năng ruột sau đột quỵ. Ngoài ra, với số lần sử dụng ít (Rivaroxaban 1 lần/ngày) có thể làm tăng mức độ tuân thủ điều trị và giảm thiểu phần nào khả năng khi quên liều thuốc.

Có sự khác biệt về thời gian trung vị sử dụng OAC giữa nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của Seiffge và Arihiro trong đó thời gian trung vị sử dụng DOAC lần lượt là 5 ngày và 4 ngày<sup>2,7</sup>. Trong nghiên cứu của tác giả Paciaroni và cộng sự không mô tả thời gian sử dụng DOAC trung bình chung trong toàn bộ dân số nghiên cứu, thời gian sử dụng lại kháng đông được phân chia theo loại DOAC: Dabigatran và Rivaroxaban được sử dụng lại trong khoảng thời gian trung vị 8 ngày, Apixaban có thời gian sử dụng lại là 7 ngày<sup>5</sup>. Có sự khác biệt về thời gian sử dụng DOAC, chủ yếu do liên quan đến sự khác biệt trong tỷ lệ các phân nhóm kích thước tổn thương não, cũng như tỷ lệ chuyển dạng xuất huyết trong ổ nhồi máu.

**Tỷ lệ biến cố trong thời gian 90 ngày theo dõi.** Một cách tổng quát, tỷ lệ các biến cố xuất huyết nội sọ và biến cố thuyên tắc – huyết

khối trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đối thấp và tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác. Điều này có thể cho thấy việc chỉ định OAC sớm sau đột quỵ nhồi máu não cấp liên quan rung nhĩ theo các khuyến cáo hiện hành có thể đem lại hiệu quả, cũng như an toàn cho người bệnh. Tỷ lệ xảy ra biến cố thuyên tắc – huyết khối của chúng tôi sau 90 ngày theo dõi là 1,8%, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả khác. Nghiên cứu của Arihiro ghi nhận tỷ lệ xảy ra biến cố thuyên tắc huyết khối tích lũy là 2,84% (Trong đó tỷ lệ nhồi máu não/TIA chiếm 2,82%)<sup>2</sup>; trong nghiên cứu của Paciaroni và cộng sự có tỷ lệ nhồi máu não/TIA là 2,6%<sup>5</sup>. Điều này có thể xảy ra do điểm số CHA2DS2-VASc của nghiên cứu có trung vị thấp hơn, cách lựa chọn mẫu và vấn đề điều trị khác nhau. Tỷ lệ xảy ra biến cố xuất huyết trong nghiên cứu của chúng tôi sau 90 ngày theo dõi là 4,5% với tỷ lệ xuất huyết nội sọ là 1,8%, xuất huyết tiêu hóa là 2,7%. Khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ xuất huyết nghiêm trọng trong nghiên cứu của Arihiro và cộng sự là 1,11% (0,46%-2,64%), trong đó tỷ lệ xuất huyết nội sọ là 0,23%<sup>2</sup>; còn trong nghiên cứu của Paciaroni và cộng sự, tỷ lệ biến cố xuất huyết nội sọ là 1,6%, và tỷ lệ xuất huyết ngoại sọ là 2,4%<sup>5</sup>. Tỷ lệ xuất huyết nội sọ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tỷ lệ xuất huyết trong nghiên cứu của Paciaroni và cộng sự, trong khi đó có vẻ cao hơn so với nghiên cứu của Arihiro và cộng sự. Có thể là do chỉ số HAS-BLED cao hơn, tỷ lệ giảm liều kháng đông Rivaroxaban cao hơn trong nghiên cứu của Arihiro đã ảnh hưởng đến sự khác biệt này.

## V. KẾT LUẬN

Nhóm người bệnh nhồi máu não kèm rung nhĩ được chỉ định OAC lúc xuất viện chiếm tỷ lệ là 82,67%. 86,46% trường hợp được chỉ định DOAC. Thời điểm sử dụng OAC: Thời gian trung vị sử dụng OAC sau nhồi máu não trong dân số nghiên cứu là 7 ngày. Tỷ lệ biến cố gộp (thuyên tắc – huyết khối và xuất huyết) trong quá trình theo dõi 90 ngày và các yếu tố liên quan là thấp (6,3%). Nghiên cứu cho thấy việc sử dụng kháng đông an toàn và hiệu quả khi áp dụng các khuyến cáo hiện hành trên thực hành lâm sàng về thời điểm sử dụng kháng đông sau nhồi máu não cấp kèm rung nhĩ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thị Thùy Quyên, Nguyễn Văn Tân, Nguyễn Đức Công.** Tỷ lệ điều trị thuốc chống huyết khối theo thang điểm chads2/cha2ds2-vasc trên người cao tuổi rung nhĩ không do bệnh lí van

- tim. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2015; 19 (1):37.
- Arihiro S, Todo K, Koga M, et al.** Three-month risk-benefit profile of anticoagulation after stroke with atrial fibrillation: The SAMURAI-Nonvalvular Atrial Fibrillation (NVAf) study. 2016;11(5):565-574. doi:10.1177/1747493016632239
  - Hwong WY, Abdul Aziz Z, Sidek NN, et al.** Prescription of secondary preventive drugs after ischemic stroke: results from the Malaysian National Stroke Registry. BMC Neurology. 2017/11/23 2017;17(1):203. doi:10.1186/s12883-017-0984-1
  - Nilanont Y, Nidhinandana S, Suwanwela NC, et al.** Quality of Acute Ischemic Stroke Care in Thailand: A Prospective Multicenter Countrywide Cohort Study. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. 2014/02/01/ 2014; 23(2): 213-219. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis. 2012.12.001
  - Paciaroni M, Agnelli G, Falocci N, et al.** Early Recurrence and Major Bleeding in Patients With Acute Ischemic Stroke and Atrial Fibrillation Treated With Non-Vitamin-K Oral Anticoagulants (RAF-NOACs) Study. Journal of the American Heart Association. Nov 29 2017;6(12) doi:10.1161/jaha.117.007034
  - Rodríguez-Bernal CL, Sanchez-Saez F, Bejarano-Quisoboni D, Riera-Arnau J, Sanfélix-Gimeno G, Hurtado I.** Real-World Management and Clinical Outcomes of Stroke Survivors With Atrial Fibrillation: A Population-Based Cohort in Spain. Original Research. 2021-December-13 2021;12doi: 10.3389/fphar.2021.789783
  - Seiffge DJ, Traenka C, Polymeris A, et al.** Early start of DOAC after ischemic stroke: Risk of intracranial hemorrhage and recurrent events. Neurology. Nov 1 2016;87(18):1856-1862. doi:10.1212/wnl.0000000000003283

## THỰC TRẠNG VÀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA HÀNH VI CHĂM SÓC SỨC KHOẺ RĂNG MIỆNG VỚI BỆNH SÂU RĂNG Ở HỌC SINH LỚP 5 TẠI HÀ NỘI

Hà Ngọc Chiêu<sup>1</sup>, Lê Thị Thuỳ Linh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng và mối liên quan giữa hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng với bệnh sâu răng ở học sinh lớp 5. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 502 học sinh lớp 5 (12 tuổi), đang học tại trường Trường Tiểu học Kim Liên - Đống Đa và Trường Tiểu học Lý Thái Tổ - Trung Hoà - Cầu Giấy - Hà Nội. **Kết quả:** Có 79,5% số học sinh chải răng 2 lần một ngày, 9,5% số học sinh chải răng ngay sau khi ăn. Thời điểm chải răng chủ yếu là sáng và tối (80,7%), thời gian chải răng chủ yếu là khoảng 2 (40,6%) và từ 2-3 phút (46,0%). Những trẻ chải răng vào buổi tối hoặc cả sáng và tối có nguy cơ mắc sâu răng cao gấp 3,43 và 2,69 lần so với những trẻ chải răng ngay sau khi ăn. Những trẻ chải răng từ 2-3 phút có nguy cơ mắc sâu răng giảm 0,64 lần những trẻ chỉ chải răng trong 2 phút. **Kết luận:** Hành vi chăm sóc sức khỏe răng miệng của trẻ chưa tốt. Thời điểm và thời gian chải răng là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh sâu răng.

**Từ khóa:** sâu răng, hành vi, yếu tố liên quan

### SUMMARY

#### THE CURRENT SITUATION AND RELATIONSHIP BETWEEN ORAL HEALTH CARE BEHAVIORS AND TOOTH DECAY IN 5TH GRADE STUDENTS

<sup>1</sup>Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chiêu

Email: ngocchieu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 26.6.2024

**Purpose:** Describe the current situation and relationship between oral health care behaviors and tooth decay in 5th grade students. **Subjects and methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted in 502 12-year-old students (5th grade), studying at Kim Lien - Dong Da Primary School - Hanoi and Ly Thai To Primary School - Trung Hoa - Cau Giay - Hanoi. **Results:** 79.5% of students brushed their teeth twice a day; 9.5% of students brushed their teeth immediately after eating. The main brushing time is morning and evening (80.7%). Besides, 40.6% students brush their teeth for 2 minutes, while the figure for those brushing their teeth for 2-3 minutes is 46%. Children who brush their teeth only in the evening or both morning and evening have 3.43 and 2.69 times higher risk of tooth decay than children who brush their teeth right after eating. Children who brush their teeth for 2-3 minutes have a 0.64-fold reduced risk of tooth decay compared to children who only brush their teeth for 2 minutes. **Conclusion:** Children's oral health care behavior is not good. Time and duration of tooth brushing are factors that increase the risk of tooth decay.

**Keywords:** Tooth decay, behavior, related factor.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức Y tế thế giới, sâu răng là một trong hai gánh nặng hàng đầu của chăm sóc sức khỏe răng miệng, bên cạnh bệnh nha chu. Bệnh ảnh hưởng tới 60-90% học sinh và phần lớn người trưởng thành ở hầu hết các nước công nghiệp, là bệnh răng miệng có tỷ lệ mắc cao nhất ở một số nước châu Á và Mỹ La tinh<sup>1</sup>.

Sâu răng là bệnh lý do nhiều nguyên nhân gây nên. Ở trẻ em, kiến thức và hành vi về việc