

sống cổ. Như đã phân tích ở trên, tầm vận động cột sống cổ thường chịu ảnh hưởng nhiều bởi cảm giác đau của bệnh nhân như một vòng xoắn bệnh lý. Bệnh nhân đau sẽ kéo theo tình trạng "ngại" vận động các khớp hoặc vùng chi phối vận động bị đau, lâu dần sẽ teo cơ, cứng khớp và hạn chế vận động khớp. Điều này cũng là nguyên nhân dẫn đến tàn phế cho bệnh nhân. Vì vậy, phát hiện và đề ra hướng quản lý sớm thoái hóa cột sống cho bệnh nhân theo mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ sẽ giúp cải thiện kết quả điều trị, giảm bớt biến chứng và gánh nặng cho bệnh nhân, gia đình và xã hội. Mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ được chúng tôi đánh giá trên các vận động gấp duỗi, nghiêng trái, nghiêng phải, xoay trái, xoay phải.

Với những bệnh nhân mức độ hạn chế tầm vận động cột sống cổ vừa và nhiều thường là các bệnh nhân mắc bệnh đã lâu, biểu hiện cứng khớp nhiều, đau dữ dội khi vận động và đau cả khi nghỉ ngơi, hiệu quả thường chậm hơn. Ngược lại đối với bệnh nhân có mức độ hạn chế nhẹ và không hạn chế, bệnh nhân lại có hiệu quả cải thiện sau điều trị nhanh và tốt hơn nhóm hạn chế vận động vừa và nhiều [6], [7], [8].

V. KẾT LUẬN

- Phương pháp điện châm, thủy châm kết hợp bài tập dưỡng sinh của Nguyễn Văn Hưởng điều trị hội chứng cổ vai cánh tay do thoái hóa cột sống cổ cho thấy hiệu quả điều trị tốt.

- Yếu tố được ghi nhận có ảnh hưởng tốt đến hiệu quả điều trị gồm tuổi dưới 60, thời gian mắc bệnh ngắn, người bệnh có mức độ đau nhẹ và tầm vận động bị hạn chế ít hoặc không hạn chế ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ** (2016). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Trần Ngọc Ân** (1992) Bệnh thấp khớp, Nhà xuất bản Y học, Tr 193
3. **Nguyễn Thị Ngọc Lan** (2011), "Bệnh học cơ xương khớp nội khoa", Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr. 140-153.
4. **BỘ Y TẾ**. Quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền, Quy trình 46. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học 2008.
5. **Nguyễn Văn Hưởng**. "Phương pháp dưỡng sinh", NXB Y Học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, tr.8 - 82.
6. **Zuo, G., Gao, T. C., Xue, B. H., Gu, C. C., Yan, Y. T., Zhang, Y. W.,... & Du, S. Q.** (2019). Assessment of the efficacy of acupuncture and chiropractic on treating Cervical spondylosis radiculopathy: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 98(48), e17974..
7. **Teixeira, E. B., Santos, M. J., Ramos, B., Machado, J., & Criado, M. B.** (2019). Acute effect of Korean hand acupuncture on neck pain: A randomized controlled preliminary study. *European Journal of Integrative Medicine*, 31, 100954.
8. **Plener, J., Csiernik, B., To, D., da Silva-Oolup, S., Hofkirchner, C., Cox, J.,... & Ammendol, C.** (2023). Conservative management of cervical radiculopathy: a systematic review. *The Clinical Journal of Pain*, 39(3), 138-146.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VIỆC SỬ DỤNG KHÁNG ĐÔNG KÉO DÀI TRÊN BỆNH NHÂN THUYỀN TẮC HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Trương Phi Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Việc sử dụng kháng đông kéo dài trên bệnh nhân thuyền tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) cần phải cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ chảy máu. Tại Việt Nam, hiện tại có ít các nghiên cứu khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng kháng đông kéo dài. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được tiến hành để khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến sử dụng kháng

đông kéo dài > 3 tháng trên bệnh nhân thuyền tắc huyết khối tĩnh mạch được điều trị ngoại trú tại phòng khám Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. **Đối tượng:** Bệnh nhân thuyền tắc huyết khối tĩnh mạch được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu tuyển chọn 220 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn, tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $63,8 \pm 16,4$, tỉ lệ nữ chiếm ưu thế với 65,5% và tỉ lệ bệnh nhân ≥ 65 tuổi là 52,7%. Các bệnh đồng mắc thường gặp trong nghiên cứu là tăng huyết áp (52,7%), béo phì (32,3%) và đái tháo đường (29,1%). Đa số bệnh nhân được sử dụng kháng đông kéo dài trên 3 tháng với 205 bệnh nhân chiếm 93,2%. Qua phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến các yếu tố nhân trắc, tiền

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trương Phi Hùng

Email: truongphihung2007@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

căn, lâm sàng và cận lâm sàng, chúng tôi ghi nhận thuyên tắc phổi thùy và/hoặc phân thùy và những bệnh nhân được đổi thuốc kháng đông trong quá trình điều trị là 2 yếu tố liên quan làm tăng việc sử dụng kháng đông kéo dài trên 3 tháng với OR lần lượt là 4,95 và 31,28. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thuyên tắc phổi thùy và/hoặc phân thùy và những bệnh nhân được đổi thuốc kháng đông trong quá trình điều trị là 2 yếu tố làm tăng nguy cơ việc dùng thuốc kháng đông kéo dài trên bệnh nhân TTHKTM. **Từ khóa:** Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sâu, kháng đông, DOAC

Viết tắt: thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch = TTHKTM, huyết khối tĩnh mạch = HKTM

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH EXTENDED ANTICOAGULANT USE IN OUTPATIENTS WITH VENOUS THROMBOEMBOLISM

Introduction: The use of extended anticoagulation in patients with venous thromboembolism (VTE) requires a careful balance between its benefits and the risk of bleeding. Currently, there are limited studies in Vietnam investigating the factors influencing extended anticoagulation therapy. **Objective:** This study was conducted to assess the factors affecting anticoagulant use for more than 3 months in outpatients with venous thromboembolism treated at the Cardiology Clinic, University Medical Center, Ho Chi Minh City. **Subjects:** Outpatients with venous thromboembolism treated at the University Medical Center, Ho Chi Minh City, from January 2022 to December 2023. **Study design:** A retrospective, cross-sectional descriptive study. **Results:** A total of 220 eligible patients were selected, with a mean age of 63.8 ± 16.4 years. Females made up most of the study population (65.5%), and 52.7% of patients were aged ≥ 65 years. The most common comorbidities were hypertension (52.7%), obesity (32.3%), and diabetes (29.1%). Most patients (93.2%, 205 patients) were treated with anticoagulants for more than 3 months. Logistic regression analysis (both univariate and multivariate) of anthropometric, medical history, clinical, and laboratory factors identified that lobar and/or segmental pulmonary embolism and patients who switched anticoagulants during treatment were two significant factors associated with extended anticoagulant use (>3 months), with odds ratios (OR) of 4.95 and 31.28, respectively. **Conclusion:** The study shows that lobar and/or segmental pulmonary embolism and patients who changed anticoagulants during treatment are two factors that increase the risk of prolonged use of anticoagulants in patients with VTE. **Keywords:** Deep vein thrombosis, anticoagulants, DOAC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng đông là điều trị nền tảng ở phần lớn bệnh nhân thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch. Sau giai đoạn điều trị ban đầu, việc quyết định có nên tiếp tục kháng đông phụ thuộc vào nhiều

yếu tố nguy cơ như nguyên nhân gây TTHKTM, nguy cơ tái phát, và nguy cơ chảy máu của từng bệnh nhân. Việc kéo dài điều trị kháng đông giúp phòng ngừa tái phát TTHKTM, tuy nhiên nó cũng đi kèm với nguy cơ xuất huyết, đặc biệt là xuất huyết nghiêm trọng.^{1,2} Theo khuyến cáo của Trường môn Lồng ngực Hoa Kỳ (ACCP), những bệnh nhân chọn lọc như TTHKTM có yếu tố thúc đẩy dai dẳng (ung thư hoạt động) hoặc không rõ yếu tố thúc đẩy có thể kéo dài kháng đông tận 6 tháng hoặc dài hơn sau khi xem xét đến các lựa chọn của bệnh nhân và nguy cơ tái phát cũng như nguy cơ xuất huyết do kháng đông.³

Hiện nay việc sử dụng kháng đông kéo dài trên bệnh nhân TTHKTM còn chưa thống nhất ở nhiều trung tâm, điều này có thể do một số lý do như sự đa dạng về nguy cơ tái phát, phối hợp nhiều bệnh lý đồng mắc và cũng như chưa thống nhất giữa các hướng dẫn. Hiện nay các thang điểm như DASH, Vienna và HERDOO2 được phát triển để xác định nguy cơ tái phát TTHKTM và từ đó đưa ra quyết định điều trị kháng đông kéo dài. Chúng giúp cá thể hóa điều trị, giảm thiểu nguy cơ tái phát mà không làm tăng nguy cơ chảy máu không cần thiết.⁴

Mặc dù vậy, các dữ liệu về tỉ lệ và các yếu tố ảnh hưởng thực tế lên việc điều trị kháng đông kéo dài trên nhóm bệnh nhân TTHKTM ngoại trú còn rất hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định các yếu tố có ảnh hưởng đến việc sử dụng kháng đông kéo dài trên 3 tháng trên bệnh nhân thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch được điều trị ngoại trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu được tiến hành trên những bệnh nhân được chẩn đoán thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch điều trị ngoại trú, tại phòng khám Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn nhận vào gồm: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch lần đầu và có tái khám sau 3 tháng tại BV Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn loại trừ gồm: (1) đã được chẩn đoán thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch mạn tính hoặc tái phát, hội chứng May Thurner, rung nhĩ, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, (2) có toa thuốc kháng đông trước khi chẩn đoán thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch hoặc đang dùng kháng kết tập tiểu cầu, (3) có tiền sử đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới, (4) phụ nữ có thai, (5) bệnh nhân không theo dõi sau khi xuất viện và (6) hồ

sơ thiếu dữ liệu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y Sinh học tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Trong nghiên cứu này, chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Tất cả người bệnh huyết khối tĩnh mạch đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh trong thời gian nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn nhận bệnh sẽ được đưa vào nghiên cứu.

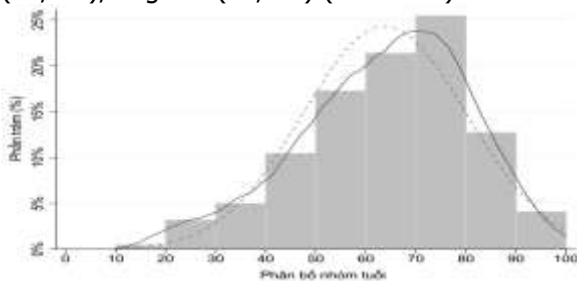
Biến số nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu chính gồm hành chính (tên, tuổi, giới tính), đặc điểm tiền căn (các bệnh lý đồng mắc), đặc điểm lâm sàng (vị trí thuyên tắc huyết khối, các yếu tố nguy cơ), đặc điểm cận lâm sàng (công thức máu, đông máu toàn bộ, d-dimer, protein C, protein S, Antithrombin III, yếu tố V Leiden) và tỉ lệ bệnh nhân được sử dụng kháng đông trên 3 tháng.

Xử lý thống kê. Dữ liệu được nhập liệu và xử lý số liệu bằng Stata 14.5. Thống kê mô tả: các biến số định lượng sẽ được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính sẽ được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Thống kê phân tích: kiểm tra biến định lượng có phân phối chuẩn hay không. Chúng tôi dựa vào giá trị trung bình, trung vị gần bằng nhau, biểu đồ phân phối chuẩn có dạng hình chuông và Skewness gần bằng 0. Được coi là phân phối chuẩn khi mức ý nghĩa $p > 0,05$. Nếu không phân phối chuẩn chúng tôi dùng phép kiểm Mann Whitney để so sánh trung vị của 2 nhóm.

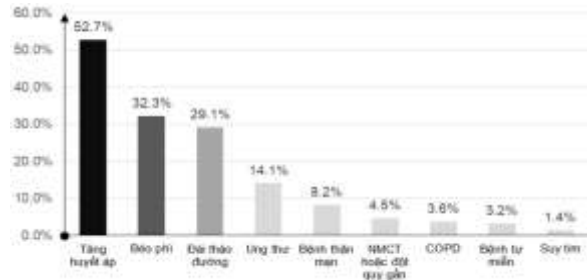
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 220 bệnh nhân với độ tuổi trung bình $63,8 \pm 16,4$, nữ giới chiếm 65,5% và tỉ lệ bệnh nhân ≥ 65 tuổi là 52,7%. Trong đó nhóm bệnh nhân từ 60-70 tuổi và 70-80 tuổi chiếm ưu thế (Biểu đồ 1). Các bệnh đồng mắc thường gặp nhất là tăng huyết áp với 52,7%, béo phì (32,3%), đái tháo đường (29,1%), ung thư (14,1%) (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 1. Phân bố nhóm tuổi trong nghiên cứu (n=220)



Biểu đồ 2. Các bệnh đồng mắc trong dân số nghiên cứu (n=220)

Tỉ lệ bệnh nhân sử dụng kháng đông trên 3 tháng. Đa số bệnh nhân được sử dụng kháng đông > 3 tháng với 205 bệnh nhân chiếm 93,2% (Biểu đồ 3).



Biểu đồ 3. Tỉ lệ bệnh nhân dùng kháng đông kéo dài > 3 tháng trong nghiên cứu (n=220)

Các yếu tố liên quan đến sử dụng kháng đông kéo dài trong dân số nghiên cứu

Mối liên quan với các yếu tố nhân trắc, tiền căn, lâm sàng. Không ghi nhận mối liên quan giữa sử dụng kháng đông kéo dài > 3 tháng với các yếu tố tuổi ≥ 65 , giới tính, tiền căn bệnh lý, thuyên tắc phổi kèm theo và các vị trí huyết khối TM sâu ở chi dưới, chi trên và tạng. Tuy nhiên thuyên tắc phổi thùy và/hoặc phân thùy là yếu tố làm tăng việc sử dụng kháng đông kéo dài với OR 5,17 (khoảng tin cậy 95% là 1,41 – 18,8) với $p = 0,013$ và đổi thuốc kháng đông với OR 32,3 (khoảng tin cậy 95% là 4,15 – 250,96) với $p = 0,001$ (Bảng 1).

Bảng 1. Tiên đoán khả năng sử dụng kháng đông trên 3 tháng bằng các yếu tố nhân trắc, tiền căn, lâm sàng

Yếu tố	Sử dụng kháng đông trên 3 tháng		
	OR*	KTC 95%	Giá trị p
Yếu tố nhân trắc, tiền căn			
Tuổi ≥ 65	1,30	0,45-3,71	0,627
Nam giới	0,58	0,20-1,67	0,311
Béo phì	0,95	0,31-2,89	0,927
Tăng huyết áp	1,74	0,60-5,06	0,311
Đái tháo đường	0,81	0,26-2,47	0,708

Bệnh thận mạn	1,27	0,15-10,22	0,825
COPD	0,49	0,06-4,31	0,524
Tự miễn	1,00	-	-
Yếu tố lâm sàng			
Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch kèm thuyên tắc phổi	0,97	0,16-6,04	0,977
HKTM sâu chi dưới đoạn gần	0,5	0,16-1,53	0,227
HKTM sâu chi dưới đoạn xa	0,53	0,16-1,76	0,298
HKTM sâu chi trên hoặc tạng	1,07	0,23-4,99	0,930
Thuyên tắc phổi thùy và/hoặc phân thùy	5,17	1,41-18,8	0,013
Thuyên tắc phổi thân và/hoặc hai nhánh phải, trái	2,44	0,53-11,17	0,249
Theo dõi điều trị			
Biến cố xuất huyết	0,48	0,13-1,84	0,284
Đổi thuốc kháng đông	32,3	4,15-250,96	0,001

*Hồi quy logistic đơn biến

Mối liên quan với các yếu tố nguy cơ

Không ghi nhận mối liên quan giữa sử dụng kháng đông kéo dài > 3 tháng với các yếu tố nguy cơ tăng đông như ung thư hoạt động, bệnh lý tăng đông, chấn thương phẫu thuật gần đây.

Bảng 2. Tiên đoán khả năng sử dụng kháng đông trên 3 tháng bằng các yếu tố nguy cơ

Yếu tố	Sử dụng kháng đông trên 3 tháng		
	OR*	Khoảng tin cậy 95%	Giá trị p
Không rõ yếu tố nguy cơ	1,03	0,22 – 4,80	0,972
Ung thư hoạt động	1,07	0,23 – 4,99	0,930
Bệnh lý tăng đông	1,77	0,22 – 14,08	0,590
Chấn thương, phẫu thuật gần đây	0,66	0,14 – 3,17	0,607
Điều trị hormone sau sinh	0,51	0,11 – 2,49	0,408
Nhiễm COVID 19 gần đây	0,49	0,06 – 4,31	0,524
Nhiễm trùng	1,43	0,18 – 11,48	0,736
Bất động	0,98	0,30 – 3,22	0,978

* Hồi quy logistic đơn biến

Mối liên quan với các cận lâm sàng

Bảng 3. Tiên đoán khả năng sử dụng kháng đông trên 3 tháng bằng các cận lâm sàng

Yếu tố	Sử dụng kháng đông trên 3 tháng		
	OR*	Khoảng tin cậy 95%	Giá trị p
Hemoglobin (G/L)	1,08	0,86 - 1,36	0,487
Số lượng tiểu cầu (K/mm ³)	1,01	0,99 - 1,01	0,081

INR	1,29	0,22 - 7,63	0,776
D-dimer	1,00	0,99 - 1,00	0,227
CRP (mg/L)	1,00	0,99 - 1,01	0,735
Fibrinogen (g/L)	0,90	0,62 - 1,29	0,550
Protein C (U/dL)	0,99	0,97 - 1,01	0,249
Protein S (U/dL)	1,01	0,99 - 1,03	0,368
Antithrombin III (mg/L)	0,99	0,96 - 1,03	0,860
Yếu tố V Leiden	4,84	0,38 - 61,77	0,224

*Hồi quy logistic đơn biến

Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến dùng kháng đông kéo dài.

Chúng tôi phân tích hồi quy đa biến các yếu tố nhân trắc, tiền căn, lâm sàng, cận lâm sàng có chỉ số p < 0,25. Kết quả ghi nhận yếu tố thuyên tắc phổi thùy và/hoặc phân thùy và có sự đổi thuốc kháng đông là các yếu tố tăng nguy cơ dùng kháng đông kéo dài với OR lần lượt là 4,95 và 31,28.

Bảng 6. Hồi quy logistic đa biến tiên đoán sử dụng kháng đông kéo dài

Yếu tố	Sử dụng kháng đông trên 3 tháng		
	OR	Khoảng tin cậy 95%	Giá trị p
Giới tính	0,75	0,21 - 2,71	0,666
Tuổi	1,02	0,99 - 1,06	0,212
Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới đoạn gần	0,39	0,09 - 1,61	0,192
Thuyên tắc phổi thân và/ hoặc hai nhánh phải, trái	0,85	0,12 - 6,21	0,872
Thuyên tắc phổi thùy và/ hoặc phân thùy	4,95	1,29 - 19,04	0,020
Số lượng tiểu cầu (10 ³ /mm ³)	1,01	0,99 - 1,01	0,110
Đổi thuốc kháng đông	31,28	3,98 - 245,69	0,001

*Hồi quy logistic đơn biến

IV. BÀN LUẬN

Dân số nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là 63,8 ± 16,4, nữ giới chiếm ưu thế với 65,5% và tỉ lệ bệnh nhân có độ tuổi ≥ 65 chiếm 52,7%. Tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Lee và cộng sự⁵ với 60,1% bệnh nhân trên 65 tuổi. Phân nhóm tuổi thường gặp nhất trong nghiên cứu là từ 60-70 và 70-80 tuổi. Điều này cho thấy TTHKTM xảy ra ở người cao tuổi nhiều hơn người trẻ và tuổi càng cao, nguy cơ càng cao. Bệnh nhân trên 80 tuổi bị TTP gấp 8 lần bệnh nhân dưới 50 tuổi. Người cao tuổi thường có nhiều bệnh nền và yếu tố nguy cơ hơn, nhất là bệnh nhân cao tuổi đang nằm viện hoặc có phẫu thuật chỉnh hình (ví dụ như bất động, gãy xương đùi, đột quỵ, ung thư). Bệnh đông máu thường gặp trong nghiên cứu

chúng tôi là tăng huyết áp (52,7%), béo phì (32,3%), đái tháo đường (29,1%). Kết quả khá tương đồng với Lee⁵ và Nguyễn Thị Tuyết Mai⁶ cũng ghi nhận các bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất là tăng huyết áp, đái tháo đường và béo phì.

Số bệnh nhân điều trị kháng đông kéo dài trên 3 tháng chiếm đa số với 93,2% (205 bệnh nhân). Sau khi phân tích hồi quy logistic đơn biến tiên đoán việc sử dụng kháng đông kéo dài chúng tôi ghi nhận một số kết quả sau. Sử dụng kháng đông kéo dài không liên quan đến các yếu tố nhân trắc như tuổi ≥ 65 , giới tính nam nữ và các bệnh lý đồng mắc như tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì, bệnh thận mạn, COPD bệnh lý tự miễn cũng như các yếu tố nguy cơ tăng đông như bất động, bệnh lý tăng đông, chấn thương, phẫu thuật gần đây, điều trị hormone sau sinh, nhiễm COVID 19 gần đây hay nhiễm trùng (p đều $> 0,05$). Các chỉ số cận lâm sàng bao gồm hemoglobin, số lượng tiểu cầu, INR, d-dimer, CRP, fibrinogen, Protein C, Protein S, Antithrombin III, yếu tố V Leiden cũng không cho thấy liên quan đến sử dụng kháng đông kéo dài ($p > 0,05$). Các yếu tố lâm sàng về tình trạng về phổi hợp HKTМ kèm thuyên tắc phổi, các vị trí HKTМ sâu chi dưới đoạn gần, đoạn xa, chi trên hay tạng cũng không cho thấy liên quan đến sử dụng kháng đông kéo dài ($p > 0,05$). Tuy nhiên 2 yếu tố thuyên tắc phổi thùy và/hoặc phân thùy và những bệnh nhân được thay đổi kháng đông trong quá trình điều trị là các yếu tố tăng nguy cơ dùng kháng đông kéo dài với OR lần lượt là 4,95 và 31,28. Để lý giải kết quả nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy huyết khối ở động mạch phân thùy và hoặc phân thùy là những vị trí mạch máu lớn có thể gây hậu quả nghiêm trọng hơn các nhánh xa. Do đó việc sử dụng kháng đông kéo dài có thể giúp giảm thiểu nguy cơ tái phát. Việc phải thay đổi thuốc kháng đông trong quá trình điều trị có thể phản ánh một số vấn đề như bệnh nhân không đáp ứng tốt với điều trị ban đầu, khó kiểm soát hiệu quả kháng đông hoặc có tác dụng phụ. Điều này có thể gợi ý rằng bệnh nhân có nguy cơ tái phát hoặc biến cố cao hơn. Để đảm bảo an toàn, bác sĩ có thể quyết định kéo dài liệu pháp kháng đông để giảm nguy cơ tái phát.

Trường môn lồng ngực Hoa Kỳ (American College of Chest Physicians, CHEST) khuyến cáo những bệnh nhân thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch nên được sử dụng kháng đông kéo dài khi bệnh nhân không có yếu tố thúc đẩy (unprovoked VTE) hoặc có các yếu tố nguy cơ dai dẳng (persistent risk factor).⁷ Tuy nhiên không phải mặc định mọi bệnh nhân TTHKTM

không có yếu tố thúc đẩy sẽ được điều trị kháng đông kéo dài mà chúng ta cần phải xem xét đến lựa chọn của bệnh nhân, nguy cơ tái phát TTHKTM hoặc nguy cơ xuất huyết để quyết định có nên tiếp tục dùng kháng đông hay không.⁷ Khi sử dụng kháng đông kéo dài, chúng ta cần cân bằng giữa lợi ích tránh tái phát và nguy cơ xuất huyết cho bệnh nhân TTHKTM. Do đó hiện nay cũng đã có nhiều thang điểm được đưa ra như DASH, Vienna hay HERDOO2 để hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng trong việc quyết định dùng kháng đông kéo dài hay không. Trong đó thang điểm HERDOO2 là thang điểm có thể xác định được những đối tượng nguy cơ thấp sau khi ngừng kháng đông.⁴

Trong nghiên cứu của chúng tôi, một phần hạn chế là nghiên cứu hồi cứu và chỉ là nghiên cứu quan sát do đó sẽ không ứng dụng được các thang điểm tiên đoán trên vào việc xác định việc sử dụng kháng đông kéo dài hay không. Nghiên cứu chưa khảo sát được lý do đổi thuốc hoặc ngưng tái khám của bệnh nhân. Nghiên cứu đơn trung tâm nên dân số chưa đại diện được cho dân số chung.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thuyên tắc phổi thùy và/hoặc phân thùy và những bệnh nhân được đổi thuốc kháng đông trong quá trình điều trị là các yếu tố làm tăng nguy cơ việc dùng thuốc kháng đông kéo dài trên bệnh nhân TTHKTM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Oral Rivaroxaban for Symptomatic Venous Thromboembolism.** 2010;363(26):2499-2510. doi:doi:10.1056/NEJMoa1007903
2. **Agnelli G, Buller HR, Cohen A, et al.** Apixaban for Extended Treatment of Venous Thromboembolism. 2013;368(8): 699-708. doi: doi:10.1056/NEJMoa1207541
3. **Stevens SM, Woller SC, Kreuziger LB, et al.** Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Second Update of the CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. Dec 2021;160(6):e545-e608. doi:10.1016/j.chest.2021.07.055
4. **Raj L, Presles E, Le Mao R, et al.** Evaluation of Venous Thromboembolism Recurrence Scores in an Unprovoked Pulmonary Embolism Population: A Post-hoc Analysis of the PADIS-PE trial. The American Journal of Medicine. 2020;133(8):e406-e421. doi:10.1016/j.amjmed.2020.03.040
5. **Lee MC, Liao CT, Feng IJ, et al.** Recurrent thromboembolism, bleeding, and mortality in Asian patients with venous thromboembolism receiving different oral anticoagulants: A nationwide analysis. Medicine. Sep 16 2022; 101(37): e30412. doi:10.1097/md.00000000000030551
6. **Nguyễn Thị Tuyết Mai TTXA, Bùi Thế Dũng,**

et al. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thuyên tắc phổi do huyết khối tại bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Y học Tp Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2019;23(2):208-213

7. Stevens SM, Woller SC, Kreuziger LB, et al. Antithrombotic Therapy for VTE Disease: Second Update of the CHEST Guideline and Expert Panel Report. CHEST. 2021;160(6):e545-e608. doi:10.1016/j.chest.2021.07.055

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHÁC ĐỒ CÓ PHỐI HỢP THUỐC DAPAGLIFLOZIN Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI GIẢM TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nông Thị Huyền Trang¹, Nguyễn Trọng Hiếu²

TÓM TẮT

55 bệnh nhân điều trị suy tim tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên thời gian tiến hành từ ngày 01 tháng 7 năm 2023 đến 31 tháng 8 năm 2024. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của Dapagliflozin ở bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu thất trái giảm. **Kết quả:** Bệnh nhân nam cao hơn, tỷ lệ nam/nữ = 2/1, trong các bệnh nhân có tiền sử thì tăng huyết áp chiếm cao nhất là 87,3%, rối loạn nhịp gặp ở 43,6%, 29,1% bệnh nhân có đái tháo đường. Phân độ theo NYHA II, NYHA III, NYHA IV là 20%; 69,1%;10,9%. Có sự thay đổi về nhịp tim, huyết áp của bệnh nhân sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. EF trước điều trị là $28,72 \pm 9,04$, sau điều trị là $40,1 \pm 11,65$. Có 41,8% bệnh nhân có rung nhĩ trên điện tim, ngoại tâm thu thất là 14,5%. 49,1% bệnh nhân trên phim chụp Xquang có phổi ứ huyết, có 85,5% bệnh nhân có tim to trên Xquang. Các bệnh nhân điều trị 4 loại thuốc chiếm 58,2%. **Từ khóa:** Suy tim, NYHA

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES USING A REGIMEN INCLUDING DAPAGLIFLOZIN IN PATIENTS WITH HEART FAILURE AND REDUCED LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Fifty-five patients were treated for heart failure at Thai Nguyen National Hospital between July 1, 2023, and August 31, 2024. **Objective:** To describe the clinical and subclinical characteristics and treatment outcomes of Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced left ventricular ejection fraction. **Results:** Male patients accounted for a higher proportion, with a male-to-female ratio of 2:1. Among patients with prior medical histories, hypertension was the most common at 87.3%, arrhythmias were present in 43.6%, and 29.1% of patients had diabetes. NYHA functional classification was as follows: NYHA II -

20%, NYHA III - 69.1%, and NYHA IV - 10.9%. Changes in heart rate and blood pressure were not statistically significant ($p < 0.05$). The ejection fraction (EF) before treatment was $28.72 \pm 9.04\%$, and after treatment, it improved to $40.1 \pm 11.65\%$. Atrial fibrillation was observed in 41.8% of patients, and ventricular extrasystoles in 14.5%. Chest X-rays showed pulmonary congestion in 49.1% of patients, and 85.5% of patients had cardiomegaly. Patients receiving treatment with four types of medication accounted for 58.2%. **Keywords:** Heart failure, NYHA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các bệnh lý tim mạch hiện nay, suy tim được coi là nguyên nhân hàng đầu gây tái nhập viện trong các bệnh lý tim mạch, làm giảm kỳ vọng sống cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh. Khoảng 64,3 triệu người đang sống chung với bệnh suy tim trên toàn thế giới. Tỷ lệ mắc bệnh suy tim dự kiến sẽ tăng 50% ở các nước có thu nhập thấp và trung bình vào năm 2030. Điều này sẽ làm tăng tỷ lệ nhập viện và do đó làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe [9] Có nhiều phương pháp điều trị suy tim. Trong điều trị nội khoa đã có các nhóm thuốc điều trị nền tảng như: thuốc chẹn beta giao cảm, thuốc ức chế men chuyển hay nhóm thuốc lợi tiểu,... tuy nhiên gần đây đã có nhiều thuốc mới được phát hiện có tác dụng điều trị rất hiệu quả trong suy tim như: sự xuất hiện của ARNI, SGLT2 góp phần quan trọng trong thay đổi phác đồ điều trị suy tim.

Tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên hàng năm có rất nhiều các bệnh nhân suy tim mạn vào điều trị tại khoa tim mạch có những bệnh nhân điều trị theo phác đồ chuẩn có bệnh nhân điều trị có sử dụng Dapagliflozin. Kết quả điều trị bằng phác đồ có phối hợp thuốc Dapagliflozin ở bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu thất trái giảm tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên" nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của Dapagliflozin ở bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu thất trái giảm.*

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nông Thị Huyền Trang

Email: drtrangbk@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 26.11.2024