

sang SXHD nặng. Giới nam, tuổi ≥ 60 , biểu hiện đau hạ sườn phải và phát ban là các yếu tố liên quan đến chuyển độ SXHD.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Bệnh nhân SXHD có thể điều trị tại bệnh viện tuyến cơ sở, tuy nhiên cần theo dõi dấu hiệu chuyển độ để xử trí hoặc chuyển viện kịp thời, tránh xuất hiện các biến chứng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dương TN, Dược VT, Anh PT, Anh NTM, Nam VS.** Đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt xuất huyết dengue tại miền Bắc Việt Nam từ năm 1998 - 2020. TC YHDP. 2022;32(2 Phụ bản):16-24. doi:10.51403/0868-2836/2022/604
- Jentes ES, Lash RR, Johansson MA, et al.** Evidence-based risk assessment and communication: a new global dengue-risk map for travellers and clinicians#. Journal of travel medicine. 2016;23(6):taw062.
- Hạnh ĐK.** Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt dengue/sốt xuất huyết dengue tại Hà Nội năm

2009. Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt dengue/sốt xuất huyết dengue tại Hà Nội năm. Published online 2009:3-7.
- Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue (Ban hành theo quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng bộ y tế). Published online 2023.
- Huy BV, Hoa LNM, Thuy DT, et al.** Epidemiological and Clinical Features of Dengue Infection in Adults in the 2017 Outbreak in Vietnam. Biomed Res Int. 2019;2019:3085827. doi:10.1155/2019/3085827
- Dengue and severe dengue.** Accessed October 9, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
- Nguyễn TTT, Nguyễn TTV.** Đặc điểm lâm sàng bệnh sốt xuất huyết Dengue tại bệnh viện đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội năm 2016-2017. VMJ. 2022;511(1). doi:10.51298/vmj.v511i1.2051
- Nguyễn VT, Hà VP.** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết dengue tại bệnh viện đa khoa kiên giang năm 2021-2022. Vmj. 2022;519(2). doi:10.51298/vmj.v519i2.3616

ĐIỀU TRỊ THUỐC HẠ ÁP THEO KHUYẾN CÁO TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 MỚI CHẨN ĐOÁN

Nguyễn Văn Sĩ^{1,2}, Đào Nguyễn Quỳnh Trang¹, Quốc Bảo¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Đái tháo đường type 2 là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến tại Việt Nam. Người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán cần được kiểm soát tích cực các yếu tố nguy cơ tim mạch trong đó có tăng huyết áp để giảm biến chứng và tử vong. Việc điều trị thuốc hạ áp theo khuyến cáo ngay tại thời điểm mới chẩn đoán giúp kiểm soát huyết áp hiệu quả và cải thiện dự hậu. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện để xác định tỉ lệ chỉ định các thuốc hạ huyết áp và sự tương hợp các hướng dẫn hiện hành trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên người bệnh đái tháo đường type 2 được chẩn đoán trong vòng 6 tháng tại phòng khám Nội tiết và phòng khám Y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Đơn thuốc được ghi nhận tại thời điểm người bệnh đến thăm khám. Sự phù hợp với khuyến cáo điều trị thuốc hạ áp được đánh giá dựa trên phác đồ điều trị của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020 và Hội tim mạch học quốc gia Việt Nam (Vietnam National Heart Association – VNHA) năm 2022. **Kết quả:** 275 người bệnh đái tháo đường

type 2 mới chẩn đoán tham gia nghiên cứu. Tỉ lệ đồng mắc tăng huyết áp là 32,7%. Tỉ lệ chỉ định thuốc điều trị tăng huyết áp trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán bao gồm: ARB, CCB, thuốc chẹn beta, lợi tiểu và ACEi lần lượt là: 72,2%, 44,4%, 23,3%, 11,1% và 8,9%. Tỉ lệ chỉ định phác đồ phối hợp thuốc hạ áp là 44,4%. Trong các phác đồ điều trị tăng huyết áp thì phác đồ đơn trị ARB được sử dụng nhiều nhất với tỉ lệ là 37,8%. Tỉ lệ người bệnh được chỉ định thuốc điều trị tăng huyết áp phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế năm 2020 và VNHA 2022 lần lượt là 32,2% và 31,1%. Các thuốc có chỉ định liều dùng không hợp lý bao gồm bisoprolol 1,25 mg, metoprolol 12,5 mg và lercanidipine 5 mg, với liều sử dụng thấp hơn so với khuyến cáo. **Kết luận:** Điều trị thuốc hạ áp theo khuyến cáo trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán cần được tối ưu hơn, đặc biệt cần phối hợp sớm thuốc hạ áp trên những người bệnh có tăng huyết áp đồng mắc. **Từ khóa:** Đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, thuốc hạ áp

SUMMARY

GUIDELINE-DIRECTED ANTIHYPERTENSIVE MEDICAL TREATMENT IN NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES PATIENTS

Introduction: Type 2 diabetes is a common cardiovascular risk factor in Vietnam. Newly diagnosed type 2 diabetes patients require intensive management of cardiovascular risk factors, including hypertension, to reduce complications and mortality.

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 11.2.2025

Initiating guideline-directed antihypertensive medical treatment at diagnosis effectively controls blood pressure and improves the prognosis for these patients. **Objective:** This study was conducted to determine the prescription rate of antihypertensive medications according to current guidelines in newly diagnosed type 2 diabetes patients. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on type 2 diabetes patients diagnosed within six months at the Endocrinology and Family Medicine clinics of the University Medical Center, Ho Chi Minh City. Prescriptions were recorded at the time of the patient's visit. Adherence to guideline-directed antihypertensive treatment was evaluated based on the 2020 guidelines from the Ministry of Health of Vietnam and the 2022 guidelines from the Vietnam National Heart Association (VNHA). **Results:** 275 newly diagnosed type 2 diabetes patients participated in the study. The prevalence of comorbid hypertension was 32,7%. The prescription rates of antihypertensive medications in these patients were as follows: ARB (72,2%), CCB (44,4%), beta-blockers (23,3%), diuretics (11,1%) and ACEi (8,9%). The rate of combination antihypertensive therapy was 44,4%. Among the antihypertensive regimens, ARB monotherapy was the most commonly used, with a rate of 37,8%. The proportion of patients prescribed antihypertensive medications following the 2020 Ministry of Health guidelines and the 2022 VNHA guidelines was 32,2% and 31,1%, respectively. Medications with inappropriate dosing included bisoprolol 1,25 mg, metoprolol 12,5 mg, and lercanidipine 5 mg, all prescribed at doses lower than recommended. **Conclusion:** Guideline-directed antihypertensive treatment in newly diagnosed type 2 diabetes patients requires further optimization, especially with early combination therapy in patients with comorbid hypertension.

Keywords: Newly diagnosed type 2 diabetes, antihypertensive medications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 là một bệnh lý chuyển hóa phổ biến và là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với các bệnh lý tim mạch. Dự đoán số người mắc bệnh này sẽ tiếp tục gia tăng trong tương lai.¹ Bệnh đái tháo đường type 2 có thể dẫn đến các biến chứng về mạch máu nhỏ và các biến chứng mạch máu lớn và việc kiểm soát đồng thời các yếu tố nguy cơ mạch trong đó có tăng huyết áp giúp phòng ngừa những hậu quả này. Điều trị thuốc hạ áp theo khuyến cáo được chứng minh giúp kiểm soát huyết áp hiệu quả và cải thiện tiên lượng và dự hậu cho người bệnh đái tháo đường type 2.^{2,3}

Nghiên cứu này được thực hiện để khảo sát tỉ lệ chỉ định các thuốc hạ áp và sự tương hợp với khuyến cáo điều trị hiện hành trên dân số đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Dân số nghiên cứu

- Dân số mục tiêu: Người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại các bệnh viện tuyến cuối.

- Dân số khảo sát: Người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- **Tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu:** Người từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán đái tháo đường type 2 trong vòng 6 tháng đang theo dõi và điều trị tại phòng khám Nội tiết và phòng khám Y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

Cắt ngang mô tả.
2.4. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức $N = 1,96.p.(1-p)/m^2$. Với $p = 0,34$ là tỉ lệ chỉ định ACEi/ARB trên nhóm đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán đồng mắc tăng huyết áp theo nghiên cứu của tác giả Muddu và cộng sự⁴ và m được chọn là 0,05, N tối thiểu là 176. Thực tế thực hiện nghiên cứu, số lượng người bệnh tham gia là 275 người.

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu liên tục thuận tiện. Nếu người bệnh thỏa tiêu chí đưa vào và không có tiêu chí loại ra sẽ được đưa vào nghiên cứu.

2.6. Định nghĩa biến số

- Đái tháo đường type 2 được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn của phác đồ Bộ y tế 2020 hoặc chẩn đoán hiện có của người bệnh trên hồ sơ bệnh án.³

- Tăng huyết áp được xác định dựa trên chẩn đoán của bác sĩ khám bệnh.

- Huyết áp đo tại phòng khám được thực hiện theo hướng dẫn.²

- Điều trị thuốc hạ áp theo khuyến cáo: Đơn thuốc bao gồm loại thuốc, liều lượng thuốc được ghi nhận tại thời điểm người bệnh đến thăm khám. Thuốc được xác định là phù hợp về khuyến cáo và liều dùng khi thỏa mãn ít nhất 1 trong các tài liệu tham chiếu sau:

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2 của Bộ Y tế 2020.³

- Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam năm 2022.²

2.7. Xử lý số liệu.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ %. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn hoặc

trung vị - tứ phân vị đối với biến định lượng không có phân phối chuẩn.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, số 833/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 28/9/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu (N=275)

Tuổi (năm)	50,0 ± 12,5
Tuổi < 60	218 (79,3)
Nam	138 (50,2)
BMI (kg/m²)	24,4 ± 3,6
Thừa cân/béo phì	181 (65,8)
Sống ở nông thôn	177 (64,4)
Sống với gia đình	260 (94,5)
Hút thuốc lá	47 (17,1)
Có bệnh đồng mắc	266 (96,7)
- Tăng huyết áp	90 (32,7)
- Rối loạn lipid máu	225 (81,8)
- Khác	182 (66,2)
Trị số huyết áp	
- Tâm thu (mmHg)	130 (119,2 – 140)
- Tâm trương (mmHg)	80 (76 – 89,7)

BMI: chỉ số khối cơ thể

Nhận xét: Đa số người bệnh dưới 60 tuổi. Tỷ lệ nam:nữ cân bằng. Tỷ lệ được chẩn đoán tăng huyết áp là 32,7%.

3.2 Điều trị tăng huyết áp theo khuyến cáo

Bảng 2. Tỷ lệ chỉ định các nhóm thuốc hạ áp

ACEi	8 (8,9)
ARB	65 (72,2)
BB	21 (23,3)
CCB	40 (44,4)
Lợi tiểu	10 (11,1)

Chú thích: BB: chẹn beta, ACEi: ức chế men chuyển, ARB: chẹn thụ thể angiotensin, CCB: chẹn kênh calcium.

Nhận xét: ARB là loại thuốc hạ áp được sử dụng nhiều nhất, kế đến là CCB và chẹn beta. ACEi có tỷ lệ chỉ định thấp nhất.

Bảng 3. Tỷ lệ chỉ định các dạng phối hợp thuốc hạ áp trong nhóm có chẩn đoán tăng huyết áp (N=90)

Số thuốc	Các phác đồ	Chung (N=90)
----------	-------------	--------------

Bảng 5. Khảo sát phù hợp liều dùng thuốc điều trị tăng huyết áp

Hoạt chất	Liều dùng trong ngày	n (%)	Tổng	Phù hợp về liều dùng	
				Không phù hợp	Phù hợp
Nhóm thuốc ức chế men chuyển (n=8)					
Perindopril	5 mg	6 (75)	8	0	8 (100)

1 thuốc	BB	6 (6,6)
	ARB	34 (37,8)
	CCB	9 (10)
2 thuốc	BB + ARB	3 (3,3)
	BB + CCB	1 (1,1)
	ARB + CCB	13 (14,4)
	ARB + lợi tiểu	4 (4,4)
	ACEI + CCB	6 (6,6)
3 thuốc	ARB + BB + CCB	6 (6,6)
	ARB + BB + lợi tiểu	2 (2,2)
	ARB + CCB + lợi tiểu	1 (1,1)
	ACEI + CCB + lợi tiểu	1 (1,1)
4 thuốc	ACEI + BB + CCB	1 (1,1)
	BB + ARB + CCB + lợi tiểu	2 (2,2)

Nhận xét: trong nghiên cứu có tất cả 14 phác đồ thuốc hạ áp được áp dụng điều trị, trong đó 3 phác đồ đơn trị, 5 phác đồ phối hợp 2 thuốc, 5 phác đồ phối hợp 3 thuốc và 1 phác đồ phối hợp 4 thuốc. Trong phác đồ đơn trị, ARB được sử dụng nhiều nhất. Phối hợp ARB và CCB là phối hợp chiếm ưu thế trong phác đồ 2 thuốc với tỷ lệ là 14,4%. Có 1 người bệnh trong nhóm được chẩn đoán tăng huyết áp không sử dụng thuốc hạ áp.

Bảng 4. Lựa chọn thuốc hạ áp ở người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán kèm tăng huyết áp theo Bộ Y tế 2020 và VNHA 2022 (N = 90)

Đôi tượng	Khuyến cáo	Phù hợp với khuyến cáo	Không phù hợp với khuyến cáo
BN ĐTD kèm tăng huyết áp (n=90)	Phối hợp sớm thuốc	40(44,4)	50(55,6)
	Đúng theo khuyến cáo Bộ Y tế*	29(32,2)	61(67,8)
	Đúng theo khuyến cáo VNHA**	28(31,1)	62(68,9)

* Phối hợp 2 thuốc: ACEI/ARB và CCB hoặc lợi tiểu. Phối hợp 3 thuốc bắt buộc phải có lợi tiểu thiazide hoặc thiazide – like.

** Phối hợp ACEI/ARB và/hoặc CCB và/hoặc lợi tiểu thiazide/thiazide – like. Thêm BB phù hợp khi BN có chỉ định bắt buộc (đau thắt ngực sau nhồi máu cơ tim, suy tim, kiểm soát tần số tim).

Nhận xét: hơn một nửa số người có chẩn đoán tăng huyết áp không được phối hợp sớm thuốc hạ áp theo khuyến cáo. Gần 70% phác đồ điều trị thuốc hạ áp không theo khuyến cáo.

	7 mg	2 (25)			
Nhóm thuốc chẹn thụ thể angiotensin II (n=65)					
Valsartan	80 mg	7 (70)	10	0	10 (100)
	160 mg	3 (30)			
Telmisartan	40 mg	11 (84,6)	13	0	13 (100)
	80 mg	2 (15,4)			
Losartan	25 mg	2 (4,8)	42	0	42 (100)
	50 mg	29 (69)			
	100 mg	11 (26,2)			
Nhóm thuốc chẹn beta (n=23)					
Bisoprolol	1,25 mg	1 (6,3)	16	1 (6,2)	15 (93,8)
	2,5 mg	14 (87,5)			
	5 mg	1 (6,3)			
Metoprolol	12,5 mg	1 (20)	5	1 (20)	4 (80)
	25 mg	3 (60)			
	50 mg	1 (20)			
Nebivolol	2,5 mg	1 (50)	2	0	2 (100)
	5 mg	1 (50)			
Nhóm thuốc chẹn kênh calci (n=40)					
Amlodipine	5 mg	32 (88,9)	36	0	36 (100)
	10 mg	4 (11,1)			
Felodipine	2,5 mg	1 (100)	1	0	1 (100)
Lecarnidipine	5 mg	1 (100)	2	1 (50)	1 (50)
	10 mg	1 (100)			
Nifedipine	40 mg	1 (100)	1	0	1 (100)
Nhóm lợi tiểu (n=10)					
HCTZ	12,5 mg	9 (100)	9	0	9 (100)
Indapamide	1,25	1 (100)	1	0	1 (100)

Chú thích: HCTZ: Hydrochlorothiazide

Nhận xét: các thuốc có chỉ định liều dùng không hợp lý là bisoprolol 1,25 mg, metoprolol 12,5 mg và lecanidipine 5 mg. Người bệnh sử dụng liều thấp hơn so với khuyến cáo.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ được chẩn đoán tăng huyết áp trên đối tượng đại tháo đường type 2 mới chẩn đoán xấp xỉ 1/3, thấp hơn đáng kể hơn so với nghiên cứu tương tự của tác giả Muddu.⁴ Nguyên nhân có thể do sự khác biệt về điều kiện địa lý và dân số khảo sát. Nghiên cứu của Muddu được thực hiện tại Uganda, nơi việc tầm soát các bệnh lý mạn tính có thể chưa được phổ biến. Ngoài ra, dân số da màu có tỉ lệ mắc tăng huyết áp cao hơn các sắc dân khác.⁵

Chúng tôi ghi nhận có tất cả 14 phác đồ thuốc hạ áp trong nghiên cứu và tất cả thuốc này đều thuộc danh mục khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam (2022)³⁰ chủ yếu là nhóm thuốc ACEI/ARB và CCB. Trên dân số người bệnh tăng huyết áp kèm đại tháo đường, tỉ lệ sử dụng CCB và ARB là cao nhất chiếm hơn 80% các thuốc hạ áp trong nghiên cứu của Trần Thái Hà (2021)⁶ và Lê Trường Giang (2022)⁷. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận cũng cho kết quả tương

tự trên nhóm người bệnh này nhưng với tỉ lệ nhỏ hơn (72,2%). Ngoài việc hạ huyết áp, phác đồ phối hợp ARB và CCB được chứng minh làm cải thiện tình trạng bệnh kèm và nguy cơ tử vong.

Chúng tôi phát hiện một trường hợp người bệnh tăng huyết áp không sử dụng thuốc hạ áp. Điều này có thể do chẩn đoán tăng huyết áp đang trong quá trình xác minh, dẫn đến người bệnh được hướng dẫn thay đổi lối sống và tự theo dõi huyết áp trước khi quyết định điều trị bằng thuốc. Điều này có thể do chẩn đoán đang được xác lập nên người bệnh được hướng dẫn tự theo dõi huyết áp, thay đổi lối sống và thuốc hạ áp sẽ được cân nhắc cho lần khám sau. Một số ít người bệnh cần thuốc thứ ba hoặc thứ tư để có thể kiểm soát được huyết áp. Các thuốc hạ áp nên được ưu tiên lựa chọn nên là một nhóm thuốc khác với 2 thuốc ban đầu trong phác đồ phối hợp. Việc thêm spironolactone sau khi đánh giá chức năng thận có thể được xem xét trong các trường hợp này.⁸ Dạng phối hợp 3 thuốc phổ biến nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là ARB + BB + CCB, tương tự với kết quả nghiên cứu của Phan Vũ Quỳnh Thi (2023).⁹

Phác đồ 4 thuốc là phác đồ ít được sử dụng nhất trong mẫu nghiên cứu. Dạng phối hợp 4 thuốc được sử dụng trong nghiên cứu của chúng

tôi là BB + ARB + CCB + lợi tiểu, tương tự kết quả nghiên cứu của Phan Vũ Quỳnh Thi (2023)⁹, tuy nhiên tỉ lệ (5,08%) cao hơn nghiên cứu của chúng tôi (2,2%). Các lựa chọn 1 thuốc, 2 thuốc và 4 thuốc hạ áp của nghiên cứu chúng tôi có kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của Phan Vũ Quỳnh Thi và cộng sự (2023)⁹, tuy nhiên tỉ lệ trong nghiên cứu của Phan Vũ Quỳnh Thi lại cao hơn tỉ lệ trong nghiên cứu chúng tôi do tất cả dân số của nghiên cứu này là người bệnh đái tháo đường có kèm tăng huyết áp. Tuy vậy, qua kết quả cũng cho thấy sự tương đồng về đặc điểm dạng phối hợp trong điều trị hạ áp giữa hai nghiên cứu.

Tỉ lệ người bệnh sử dụng thuốc hạ áp đúng theo khuyến cáo trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ đạt khoảng 1/3, thấp hơn đáng kể so với 96,9% trong nghiên cứu của Trần Thị Bích Ngọc.¹⁰ Điều này có thể liên quan đến việc chưa phối hợp thuốc sớm trên người bệnh tăng huyết áp, dẫn đến hiệu quả điều trị chưa đạt mức tối ưu.

Liều lượng một số thuốc như bisoprolol 1,25 mg, metoprolol 12,5 mg và lercanidipine 5 mg thấp hơn khuyến cáo. Điều này có thể xuất phát từ sự thận trọng của bác sĩ khi điều trị các người bệnh lớn tuổi hoặc có nhiều bệnh nền. Đối với nhóm chẹn beta, liều thấp có thể được chỉ định cho người bệnh có kèm đau thắt ngực hoặc cần kiểm soát nhịp tim.² Sử dụng liều thấp giúp giảm nguy cơ gặp tác dụng phụ như hạ huyết áp quá mức hoặc nhịp tim chậm, đồng thời tạo điều kiện theo dõi sát sao và điều chỉnh liều từ từ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đại diện cho nhóm người bệnh đái tháo đường type 2 mới được chẩn đoán tại các bệnh viện tuyến cuối. Tuy nhiên, đây là nghiên cứu cắt ngang nên không có sự theo dõi theo thời gian nên chưa đánh giá được sự điều chỉnh liều của thuốc, hiệu quả lên chỉ số xét nghiệm. Tiếp theo, khảo sát chỉ triển khai tại một trung tâm, ảnh hưởng đến khả năng khái quát hoá cho dân số đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán trong cộng đồng. Nghiên cứu trong tương lai cần mở rộng quy mô và theo dõi dài hạn để có cái nhìn toàn diện hơn về hiệu quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu nhấn mạnh rằng điều trị tăng huyết áp trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán vẫn còn nhiều hạn chế, đặc biệt trong việc phối hợp thuốc sớm theo khuyến cáo. Tăng cường tuân thủ các hướng dẫn điều trị và áp dụng phác đồ phù hợp là yếu tố then chốt để cải thiện hiệu quả kiểm soát huyết áp, từ đó

giảm nguy cơ biến chứng tim mạch và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. International Diabetes Federation.** IDF Diabetes Atlas. <https://diabetesatlas.org/>. Accessed June 2, 2024.
- 2. Van Minh H, Van Huy T, Long DPP, et al.** Highlights of the 2022 Vietnamese Society of Hypertension guidelines for the diagnosis and treatment of arterial hypertension: The collaboration of the Vietnamese Society of Hypertension (VSH) task force with the contribution of the Vietnam National Heart Association (VNHA): The collaboration of the Vietnamese Society of Hypertension (VSH) task force with the contribution of the Vietnam National Heart Association (VNHA). *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2022 Sep;24(9):1121-1138. doi: 10.1111/jch.14580.
- 3. Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 (Ban hành kèm theo Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020).
- 4. Muddu M, Mutebi E, Ssinabulya I, Kizito S, Mondo CK.** Hypertension among newly diagnosed diabetic patients at Mulago National Referral Hospital in Uganda: a cross sectional study. *Cardiovascular journal of Africa*. Jul/Aug 23 2018;29(4):218-224. doi:10.5830/cvja-2018-015.
- 5. Aggarwal R, Chiu N, Wadhera RK, et al.** Racial/Ethnic Disparities in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in the United States, 2013 to 2018. *Hypertension (Dallas, Tex : 1979)*. Dec 2021;78(6):1719-1726. doi:10.1161/hypertensionaha.121.17570.
- 6. Trần Thái Hà, Trần Đình Thắng.** Nghiên cứu đặc điểm sử dụng thuốc hạ huyết áp và hạ đường máu ở bệnh nhân tăng huyết áp có kèm đái tháo đường typ 2. *Journal of 108 – Clinical Medicine Pharmacy*. 2021.
- 7. Lê Trường Giang, Nguyễn Thị Ngọc Vân, Lê Thanh Tâm, Trần Hoàng Thúy Phương.** Tình hình sử dụng thuốc tăng huyết áp và đánh giá kết quả điều trị tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021 – 2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 09/20 2022;(51):221 – 228. doi:10.58490/ctump.2022i51.334.
- 8. Kalra S, Kalra B, Agrawal N.** Combination therapy in hypertension: An update. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2010/06/24 2010;2(1):44. doi:10.1186/1758-5996-2-44.
- 9. Phan Vũ Quỳnh Thi.** Khảo sát hiệu quả điều trị tăng huyết áp kèm đái tháo đường chưa kiểm soát trên bệnh nhân đái tháo đường mắc kèm tăng huyết áp tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Luận văn thạc sĩ Dược học. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; 2023. Accessed 12/07/2024. <https://library.ump.edu.vn/opac/search/Eview/index.asp>
- 10. Trần Thị Bích Ngọc, Dương Xuân Chử, Trần Kim Sơn.** Tình hình sử dụng thuốc theo khuyến cáo Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2022 trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022 – 2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 09/15 2023;(63):92-98. doi:10.58490/ctump.2023i63.1037.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY TRONG CHẨN ĐOÁN NHỒI MÁU NÃO TRƯỚC TRONG VÒNG 24H KỂ TỪ KHI PHÁT HIỆN BỆNH

Nguyễn Văn Sang^{1,2}, Nguyễn Thị Hoa², Nguyễn Văn Kiên²,
Nguyễn Minh Châu^{1,2}, Trần Quang Lục^{2,3}, Trần Phan Ninh^{2,4}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quy là nguyên nhân tử vong thứ hai trên thế giới, gánh nặng của đột quy không chỉ nằm ở tỷ lệ tử vong cao cùng với tỷ lệ mắc bệnh cao mà còn dẫn đến 50% số người sống sót bị tàn tật². Đột quy phân thành hai loại chính gồm nhồi máu não và xuất huyết não. Chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng việc chẩn đoán xác định loại đột quy não, định hướng điều trị và theo dõi bệnh nhân. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán nhồi máu não trước trong vòng 24h kể từ khi phát hiện bệnh. **Đối tượng và phương pháp:** 130 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán nhồi máu não (NMN) cấp do tắc tuần hoàn não trước đã điều trị bằng can thiệp lấy huyết khối cơ học tại Bệnh viện E. Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính não - mạch não và đánh giá mối liên quan giữa hình ảnh cắt lớp vi tính não - mạch não với một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc tuần hoàn não trước. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ = 1,55/1. Tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 73,9%, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất 54,6%. Dấu hiệu giảm đậm độ nhân bèo và xóa dài bằng thủy đảo là hai dấu hiệu thường gặp nhất trên cắt lớp vi tính sọ não không tiêm thuốc cản quang với tỷ lệ lần lượt là 70% và 53,8%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm Glasgow, thang điểm đột quy (NIHSS), điểm của hội đồng y học Vương Quốc Anh (MRC) và thang điểm Rankin (mRS) với mức độ tuần hoàn bàng hệ (THBH) với $p < 0,05$. **Kết luận:** CLVT não - mạch não có giá trị trong chẩn đoán NMN cấp do tắc tuần hoàn não trước. **Từ khóa:** Nhồi máu não cấp, tắc tuần hoàn não trước, cắt lớp vi tính mạch não.

SUMMARY

MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY CHARACTERISTICS IN DIAGNOSING ANTERIOR CIRCULATION INFARCTION WITHIN 24 HOURS OF SYMPTOM ONSET

Background: Stroke is the second leading cause of death worldwide. The burden of stroke lies not only in its high mortality and morbidity rates but also in the fact that 50% of survivors are left disabled. Stroke is mainly classified into two types: cerebral infarction

and cerebral hemorrhage. Imaging diagnostics play a crucial role in determining the type of stroke, guiding treatment, and monitoring patients. **Objective:** To study the characteristics of multi-slice computed tomography in diagnosing anterior circulation infarction within 24 hours of symptom onset. **Subjects and Methods:** 130 patients diagnosed with acute cerebral infarction due to anterior circulation occlusion who were treated with mechanical thrombectomy at E Hospital. Describe the characteristics of brain and cerebral vascular on MSCT and evaluate the relationship between brain and cerebral vascular CT characteristics with some clinical features in patients with acute circulation infarction. **Results:** The male/female ratio was 1.55/1. Patients aged ≥ 60 accounted for the highest proportion at 73.9%, with hypertension being the most common risk factor at 54.6%. The signs of hypodensity of the lentiform nucleus and loss of insular ribbon were the two most common signs on non-contrast brain CT scans, with rates of 70% and 53.8% respectively. There was a statistically significant relationship between Glasgow Coma Scale, National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Medical Research Council (MRC) scale, and modified Rankin Scale (mRS) with the degree of collateral circulation ($p < 0.05$). **Conclusion:** Brain and cerebral vascular CT characteristics are valuable in diagnosing acute circulation infarction. **Keywords:** Acute cerebral infarction, anterior circulation occlusion, cerebral vascular computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não bao gồm nhồi máu não (NMN) và xuất huyết não (XHN), trong đó có khoảng 85% là nhồi máu não. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm có 15 triệu người bị đột quy não trên toàn thế giới, trong đó 5 triệu người chết và 5 triệu người bị tàn tật vĩnh viễn¹. Tại Việt Nam, tỷ lệ người bị đột quy ngày càng gia tăng từ 200/100.000 người/năm (1990) lên đến 250/100.000 người/năm (2010). Mỗi năm Việt Nam ghi nhận thêm 200.000 ca mắc mới đột quy và 11.000 tử vong do đột quy. Nhồi máu não và XHN khó có thể phân biệt được nếu như chỉ căn cứ vào các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng. Vì vậy, chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ não hiện nay là bắt buộc². Đột quy là nguyên nhân tử vong thứ hai trên thế giới, gánh nặng của đột quy không chỉ nằm ở tỷ lệ tử vong cao cùng với tỷ lệ mắc bệnh cao mà còn dẫn đến 50% số người sống sót bị tàn tật³. Đột quy phân thành hai loại chính gồm NMN và xuất huyết

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

³Bệnh viện Tỉnh Phú Thọ

⁴Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sang

Email: dr.nguyensang@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025