

mỡ. Kỹ thuật này có sự chia sẻ nguyên lý sâu sắc với phương pháp của Jung và cộng sự, những người cũng chứng minh rằng việc ly tâm mỡ ở 3000 vòng/phút và tiêm rải đều bằng vi kim giúp tránh hiện tượng vón cục (lumps) và đem lại độ mịn màng cho mí mắt (2). Bên cạnh đó, thao tác tiêm từng lượng mỡ rất nhỏ kết hợp rút kim từ từ trong nghiên cứu của chúng tôi là chìa khóa để tạo sự phân bố đồng đều. Như Lao và Larsson đã nhấn mạnh, ở người châu Á, do đặc thù khoảng cách mày - mí rộng, việc cấy mỡ cần độ tinh tế cao để tránh hiện tượng dư thừa thể tích gây mất tự nhiên (3). Việc chúng tôi lựa chọn cấy mỡ kết hợp với cắt bỏ da có kiểm soát và bảo tồn cơ vòng mí cũng phản ánh đúng triết lý "Tạo hình mí trên thể tích" (Volumetric Upper Blepharoplasty) của Ramil, giúp đem lại kết quả trẻ hóa toàn diện và tự nhiên nhất (6).

Mặc dù đạt được những kết quả khả quan, nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế nhất định cần được nhìn nhận. Việc thiết kế nghiên cứu trên một cỡ mẫu tương đối nhỏ (45 bệnh nhân) và thời gian theo dõi ngắn hạn (12 tháng) có thể chưa phản ánh đầy đủ sự biến đổi hình thái do mỡ cấy trong dài hạn. Trong tương lai, cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi kéo dài trên 12 tháng và kết hợp thiết kế có nhóm chứng để so sánh trực tiếp hiệu quả của phương pháp khác, từ đó hoàn thiện hơn nữa phác đồ điều trị trẻ hóa toàn diện vùng quanh mắt.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình mí mắt trên kết hợp cấy mỡ tự thân là một phương pháp hiệu quả và an toàn để điều trị tình trạng lão hóa vùng mắt kèm

hõm mắt sâu. Phương pháp này không chỉ giải quyết da chùng mà còn phục hồi thể tích hốc mắt, mang lại vẻ đẹp trẻ trung và hài hòa.

## VI. XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Boureaux E, Chaput B, Bannani S, Herlin C, De Runz A, Carloni R, et al.** Eyelid fat grafting: indications, operative technique and complications; a systematic review. *J Craniomaxillofac Surg.* 2016;44(4):374-380.
- Jung JM, Choi WS, Jo MS.** Correction of the sunken upper eyelid depending on dermatochalasis or blepharoptosis using autologous fat grafting. *Arch Aesthetic Plast Surg.* 2014;20(3):148-154.
- Larsson JC, Chen TY, Lao WW.** Integrating fat graft with blepharoplasty to rejuvenate the Asian periorbital. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2019;7(10):e2365.
- Liang Z, Qu L, Liu J, Guo L, Zeng X, Song B, et al.** Modified blepharoplasty combined with autologous fat transplantation into the orbital septum for the correction of dermatochalasis and sunken eyelids. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2024;99:362-368.
- Miotti G, Di Filippo J, Grando M, Salati C, Parodi PC, Spadea L, et al.** Fat management in upper blepharoplasty: addition or subtraction blepharoplasties, how and when. *World J Clin Cases.* 2024;12(16):2796-2802.
- Ramil ME.** Fat grafting in hollow upper eyelids and volumetric upper blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2017;140(5):889-897.
- Tonnard PL, Verpaele AM, Zeltzer AA.** Augmentation blepharoplasty: a review of 500 consecutive patients. *Aesthet Surg J.* 2013;33(3):341-352.

## KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG VƯƠNG

Nguyễn Đình Hùng<sup>1</sup>, Trương Hữu Phương<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Sáu<sup>2</sup>, Nguyễn Hương Thảo<sup>1,2\*</sup>

### TÓM TẮT

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

<sup>2</sup> Bệnh viện Trưng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hương Thảo

Email: thao.nh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2026

Ngày duyệt bài: 31.3.2026

**Đặt vấn đề:** Sử dụng thuốc điều trị hội chứng mạch vành cấp (*Acute coronary syndrome* - ACS) phù hợp giúp cải thiện kết cục điều trị. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm sử dụng thuốc trong 24 giờ đầu nhập viện và khi xuất viện của bệnh nhân (BN) ACS. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên hồ sơ bệnh án (HSBA) của BN ACS tại khoa Tim mạch, Bệnh viện Trưng Vương (01/01/2024-31/12/2024). Dữ liệu thu thập gồm đặc điểm BN, đặc điểm điều trị và sử dụng thuốc. Việc sử dụng thuốc được đánh giá dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế (2020) và Hội Tim mạch

Châu Âu (2023). **Kết quả:** Có 143 HSBA (tuổi trung vị 66,0; nam 65%) của BN ACS được thu thập. Bệnh kèm chủ yếu là tăng huyết áp (80,4%). Tỷ lệ BN được can thiệp mạch vành qua da là 42,7%. Các nhóm thuốc aspirin, P2Y12i, statin và ACEi/ARB được sử dụng phổ biến. Tại thời điểm nhập viện, tỷ lệ sử dụng hợp lý các nhóm thuốc chính là 61,7-90,9%. Khi xuất viện, tỷ lệ này là 75,2-96,5%. Thời gian nằm viện trung vị là 9 (8-12) ngày. **Kết luận:** Việc sử dụng thuốc trên BN ACS tương đối phù hợp với các hướng dẫn điều trị. Can thiệp được lâm sàng có thể giúp cải thiện tính hợp lý trong sử dụng thuốc.

**Từ khóa:** Hội chứng mạch vành cấp, sử dụng thuốc, tính hợp lý.

## ABSTRACT

### INVESTIGATION ON MEDICATION USE IN THE TREATMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROME AT TRUNG VUONG HOSPITAL

**Background:** Appropriate medication use in the treatment of acute coronary syndrome (ACS) helps improve treatment outcomes. **Objectives:** To investigate the medication use in ACS patients within the first 24 hours of admission and on discharge. **Materials and methods:** A descriptive, cross-sectional study was conducted on medical records of ACS inpatients at Department of Cardiology, Trung Vuong hospital (between January 1st, 2024 and December 31st, 2024). Data collected included patients' demographics, treatment characteristics and medication use patterns. The medication use was evaluated using the ACS treatment guidelines of the Ministry of Health (2020) and the European Society of Cardiology (2023). **Results:** A total of 143 medical records of ACS patients were included (median age 66.0; male 65%). Hypertension was predominant comorbidity (80.4%). The proportion of patients underwent percutaneous coronary intervention was 42.7%. Four medication groups, including aspirin, P2Y12i, statin, and ACEi/ARB, were commonly prescribed. On admission, the appropriateness rates of main medications were 61.7-90.9%. On discharge, these rates were 75.2-96.5%. The median hospital stay was 9 (8-12) days. **Conclusions:** The medication use in ACS patients was relatively consistent with current treatment guidelines. Clinical pharmacy intervention may improve the rationality of medication use.

**Keywords:** Acute coronary syndrome, medication use, appropriateness.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng mạch vành cấp (*acute coronary syndrome* - ACS) là một biến cố tim mạch thường gặp và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu [1]. Mỗi năm, trên thế giới có khoảng 7 triệu người mắc ACS và 1,8 triệu trường hợp tử vong [2]. Tại Việt Nam, gánh nặng bệnh tật và tử vong do ACS tăng lên đáng kể trong thời gian gần đây [1]. Chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời và phù hợp giúp cải thiện tiên lượng và giảm nguy cơ tử vong [1, 3]. Nhiều hướng dẫn điều trị ACS

trong và ngoài nước được ban hành, cung cấp các bằng chứng và khuyến cáo mới, hỗ trợ cho công tác điều trị [1, 3]. Theo đó, nguyên tắc điều trị ACS bao gồm tái tưới máu kết hợp điều trị nội khoa [1, 3]. Trong đó, điều trị nội khoa là bắt buộc với tất cả bệnh nhân (BN) ACS nhập viện [1, 3]. Tuy nhiên, tỷ lệ BN ACS được chỉ định đầy đủ các nhóm thuốc chính (chống kết tập tiểu cầu, statin, chẹn beta giao cảm (*beta-blockers* - BB) và ức chế men chuyển/ức chế thụ thể angiotensin II (ACEi/ARB)) còn hạn chế, khoảng 52-69% [4, 5]. Tại Việt Nam, tỷ lệ hợp lý chung của các thuốc điều trị nhồi máu cơ tim (NMCT) trong 24 giờ đầu nhập viện là 41,6% [6]. Tỷ lệ BN ACS được kê đơn đủ 4 nhóm thuốc chính lúc xuất viện khoảng 52-67% [4, 5, 7]. Tại Bệnh viện Trưng Vương, ACS là một bệnh lý phổ biến ở Khoa Tim mạch. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào khảo sát tình hình sử dụng thuốc trên những BN này kể từ khi Hướng dẫn điều trị ACS của Bộ Y tế (2020) và Hội Tim mạch Châu Âu (ESC 2023) được ban hành [1, 3]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị hội chứng mạch vành cấp tại Bệnh viện Trưng Vương" nhằm khảo sát đặc điểm sử dụng thuốc trong 24 giờ đầu nhập viện và khi xuất viện của BN ACS.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án (HSBA) của BN xuất viện (từ 01/01/2024 đến 31/12/2024) tại khoa Tim mạch, Bệnh viện Trưng Vương, có chẩn đoán bệnh chính là đau thắt ngực không ổn định (*unstable angina* - UA), NMCT có ST chênh lên (*ST-elevation myocardial infarction* - STEMI) hoặc NMCT không ST chênh lên (*non-ST-elevation myocardial infarction* - NSTEMI).

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN từ 18 tuổi trở lên.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- BN đã được điều trị ACS tại cơ sở y tế khác.
- BN tái nhập viện do ACS trong thời gian khảo sát.
- BN xin về, chuyển viện, trốn viện.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

#### 2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Chúng tôi thu thập tất cả các HSBA của BN xuất viện tại khoa Tim mạch, Bệnh viện Trưng Vương trong thời gian 01/01/2024-31/12/2024,

thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

**2.2.3. Biến số nghiên cứu**

- Đặc điểm của mẫu nghiên cứu gồm: tuổi (năm), giới tính, chỉ số khối cơ thể (*body mass index* - BMI), tiền sử bệnh, lối sống, bệnh kèm, chẩn đoán.

- Đặc điểm điều trị gồm: loại can thiệp mạch vành, kết quả điều trị và thời gian nằm viện.

- Đặc điểm sử dụng các thuốc chính (aspirin, ức chế P2Y12 (P2Y12i), chống đông đường tiêm, statin, BB và ACEI/ARB) gồm: tên thuốc, liều dùng và đường dùng [1, 3]. Tính hợp lý trong sử dụng thuốc được đánh giá theo Hướng dẫn điều trị ACS của Bộ Y tế (2020) và ESC (2023) [1, 3] (**Bảng 1**).

**Bảng 1. Tiêu chí đánh giá tính hợp lý trong sử dụng thuốc**

Tính hợp lý	Định nghĩa
Hợp lý về chỉ định	Thuốc sử dụng phù hợp với Hướng dẫn điều trị ACS của Bộ Y tế (2020) và/hoặc ESC (2023) [1, 3].
Hợp lý về liều dùng và đường dùng	Thuốc sử dụng phù hợp với liều và đường dùng khuyến cáo của ít nhất một trong các tài liệu sau: Hướng dẫn điều trị ACS của Bộ Y tế (2020), ESC (2023), Dược thư Quốc gia Việt Nam (2022) [1, 3, 8] và tờ hướng dẫn sử dụng thuốc.
Hợp lý chung	Thuốc sử dụng hợp lý tất cả các tiêu chí về chỉ định, liều dùng và đường dùng.

**2.2.4. Xử lý số liệu**

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 365 và SPSS 27.0. Thống kê mô tả được sử dụng để xác định các số trung bình (độ lệch chuẩn), trung vị (khoảng tứ phân vị), tần số và tỷ lệ % của các biến.

**2.2.5. Đạo đức trong nghiên cứu**

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Trưng Vương (Quyết định số 1812/BVTV-HĐĐĐ, ngày 25 tháng 12 năm 2024).

**III. KẾT QUẢ**

**3.1. Đặc điểm chung và đặc điểm điều trị của mẫu nghiên cứu**

Tổng cộng có 143 HSBA được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung vị là 66,0 (56,0-73,0), BN $\geq$ 65 tuổi chiếm 55,2%. Đa số BN (65,0%) là nam giới và gần một nửa (46,9%) có thừa cân-béo phì (**Bảng 2**).

**Bảng 2. Đặc điểm chung và đặc điểm điều trị của mẫu nghiên cứu (N=143)**

Đặc điểm chung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	66,0 (56,0-73,0)	
	<65 tuổi	64	44,8
	$\geq$ 65 tuổi	79	55,2
Giới tính	Nam	93	65,0
	Nữ	50	35,0
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	Thiếu cân (BMI<18,5)	14	9,8
	Bình thường (18,5 $\leq$ BMI<23,0)	62	43,3
	Thừa cân (23,0 $\leq$ BMI<25,0)	33	23,1
	Béo phì (BMI $\geq$ 25,0)	34	23,8
Hút thuốc lá	Không	106	74,1
	Có	37	25,9
Số bệnh kèm	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	5,0 (4,0-7,0)	
	Không	2	1,4
	1-<5	57	39,9
	$\geq$ 5	84	58,7
Loại bệnh kèm*	Tăng huyết áp	115	80,4
	Suy tim	66	46,2
	Đái tháo đường typ 2	63	44,1
	Rối loạn lipid máu	42	29,4
	Suy thận	34	23,8
Chẩn đoán	NSTEMI	98	68,5
	STEMI	30	21,0
	UA	15	10,5
Đặc điểm điều trị		Tần số	Tỷ lệ (%)
Can thiệp mạch vành	Can thiệp mạch vành qua da	61	42,7
	Không thực hiện	82	57,3
Kết quả điều trị	Thành công: Khỏi/đỡ, giảm	143	100,0
	Thất bại: Không thay đổi/nặng hơn/tử vong	0	0
Thời gian nằm viện (ngày)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	9,0 (8,0-12,0)	

\*Một BN có thể có nhiều bệnh kèm.

Hầu hết BN có ít nhất một bệnh kèm (98,6%), phổ biến là tăng huyết áp (80,4%), số lượng bệnh kèm trung vị là 5,0 (4,0-7,0). Phần lớn BN có chẩn đoán NSTEMI (68,5%). Tỷ lệ BN được can thiệp mạch vành qua da (*percutaneous coronary intervention-PCI*) là 42,7%. Tất cả BN đều được điều trị thành công. Thời gian nằm viện trung vị là 9,0 (8,0-12,0) ngày.

**3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị hội chứng mạch vành cấp**

Đặc điểm sử dụng thuốc trên BN ACS trong vòng 24 giờ đầu nhập viện được trình bày tại **Bảng 3**.

**Bảng 3. Đặc điểm sử dụng thuốc trong vòng 24 giờ đầu nhập viện (N=143)**

Thuốc		Đặc điểm sử dụng Tần số (tỷ lệ %)	Tính hợp lý Tần số (tỷ lệ %)			
			Chỉ định	Liều dùng	Đường dùng	Chung
Aspirin		143 (100,0)	134 (93,7)	115 (80,4)	115 (80,4)	115 (80,4)
Ức chế P2Y12	Clopidogrel	116 (81,1)	125 (88,7)	87 (61,7)	87 (61,7)	87 (61,7)
	Ticagrelor	25 (17,5)				
Chống đông đường tiêm	Enoxaparin	122 (85,3)	123 (100,0)	104 (84,6)	104 (84,6)	104 (84,6)
	Heparin	1 (0,7)				
Statin	Rosuvastatin	89 (62,2)	132 (92,3)	130 (90,9)	130 (90,9)	130 (90,9)
	Atorvastatin	54 (37,8)				
Chẹn beta giao cảm	Bisoprolol	30 (21,0)	32 (94,1)	28 (82,4)	28 (82,4)	28 (82,4)
	Metoprolol	4 (2,8)				
ACEI/ ARB*	ACEI	Captopril	61 (42,7)	116 (97,5)	74 (62,2)	74 (62,2)
		Lisinopril	13 (9,1)			
		Perindopril	5 (3,5)			
		Enalapril	4 (2,8)			
	ARB	Losartan	33 (23,1)			
		Telmisartan	2 (1,4)			
Valsartan	1 (0,7)					

\*ACEI: thuốc ức chế men chuyển; ARB: thuốc ức chế thụ thể angiotensin II

Trong vòng 24 giờ đầu nhập viện, tất cả BN đều được chỉ định aspirin và statin. Tỷ lệ sử dụng các thuốc P2Y12i, ACEI/ARB, chống đông đường tiêm và BB lần lượt là 98,6%; 90,3%;

86,0% và 23,8%. Tỷ lệ sử dụng hợp lý các nhóm thuốc lần lượt là statin (90,9%), chống đông đường tiêm (84,6%), BB (82,4%), aspirin (80,4%), ACEI/ARB (62,2%) và P2Y12i (61,7%).

Đặc điểm sử dụng thuốc trên BN ACS khi xuất viện được trình bày tại **Bảng 4**.

**Bảng 4. Đặc điểm sử dụng thuốc khi xuất viện (N=143)**

Thuốc		Đặc điểm sử dụng Tần số (tỷ lệ %)	Tính hợp lý Tần số (tỷ lệ %)			
			Chỉ định	Liều dùng	Đường dùng	Chung
Aspirin		135 (94,4)	123 (91,1)	123 (91,1)	123 (91,1)	123 (91,1)
Ức chế P2Y12	Clopidogrel	107 (74,8)	129 (93,5)	129 (93,5)	129 (93,5)	129 (93,5)
	Ticagrelor	31 (21,7)				
Statin	Rosuvastatin	89 (62,2)	138 (96,5)	138 (96,5)	138 (96,5)	138 (96,5)
	Atorvastatin	54 (37,8)				
Chẹn beta giao cảm	Bisoprolol	89 (62,2)	94 (100,0)	72 (76,6)	72 (76,6)	72 (76,6)
	Metoprolol	5 (3,5)				
ACEI/ ARB*	ACEI	Lisinopril	50 (35,0)	129 (100,0)	97 (75,2)	97 (75,2)
		Captopril	13 (9,1)			
		Perindopril	12 (8,4)			
		Enalapril	9 (6,3)			
	ARB	Losartan	42 (29,4)			
		Telmisartan	2 (1,4)			
Valsartan	1 (0,7)					

\*ACEI: thuốc ức chế men chuyển; ARB: thuốc ức chế thụ thể angiotensin II

Khi xuất viện, tất cả BN đều được chỉ định statin. Tỷ lệ sử dụng các thuốc P2Y12i, aspirin, ACEI/ARB và BB lần lượt là 96,5%; 94,4%;

90,3% và 65,7%. Nhóm thuốc có tỷ lệ hợp lý cao nhất là statin (96,5%), tiếp theo là P2Y12i (93,5%), aspirin (91,1%), BB (76,6%) và ACEI/ARB (75,2%).

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung và đặc điểm điều trị của mẫu nghiên cứu

Tuổi trung vị của 143 BN trong nghiên cứu là 66,0 (56,0-73,0). Hơn một nửa BN  $\geq 65$  tuổi (55,2%) và nam giới chiếm đa số (65,0%). Đặc điểm này phù hợp với sinh lý bệnh của ACS: phổ biến ở nam giới với tuổi cao là yếu tố nguy cơ chính [1]. Nghiên cứu ghi nhận gần 50% BN thừa cân-béo phì và >25% BN hút thuốc lá. Đây là những yếu tố nguy cơ chính của ACS. Việc điều chỉnh lối sống (duy trì cân nặng hợp lý, cai thuốc lá) giúp giảm nguy cơ biến cố tim mạch thứ phát [1, 3].

Bên cạnh đó, hầu hết các BN đều có bệnh kèm (98,6%) và hơn một nửa BN có  $\geq 5$  bệnh kèm (58,7%). Các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, suy tim hay đái tháo đường làm tăng nguy cơ biến chứng của ACS, gây khó khăn trong điều trị và ảnh hưởng tiêu cực đến tiên lượng dài hạn của BN [1, 3]. Ngoài ra, suy thận làm hạn chế việc sử dụng thuốc, như phải hiệu chỉnh liều và/hoặc làm tăng nguy cơ xảy ra tương tác thuốc hoặc biến cố có hại [8].

Đa số BN có chẩn đoán là hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên (*non-ST-elevation acute coronary syndrome*-NSTEMI-ACS) (79,0%), tương tự ghi nhận của Vo (2024) là 68,7% [4]. Tỷ lệ BN được chỉ định PCI là 42,7%, thấp hơn ghi nhận của Nguyễn Khánh Gia Bảo (2022) và Tran (2025) lần lượt là 71,1% và 57,1% [6, 9]. Điều này có thể do sự khác nhau về đặc điểm lâm sàng của BN trong các nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận 100% BN ACS được điều trị thành công, cho thấy điểm tích cực trong điều trị ACS tại bệnh viện nghiên cứu. Thời gian nằm viện trung vị của BN là 9,0 (8,0-12,0) ngày, tương tự kết quả của Tran (2025) là 8,0 (6,0-13,0) ngày [6].

### 4.2. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị hội chứng mạch vành cấp

Tất cả BN được sử dụng aspirin trong vòng 24 giờ đầu nhập viện, khá tương đồng với kết quả của Tran (2025) (97,0%) [6]. Điều này phù hợp với các hướng dẫn điều trị hiện hành, aspirin được khuyến cáo cho tất cả BN ACS nhập viện [1, 3]. Tỷ lệ BN được kê đơn aspirin tại thời điểm xuất viện là 94,4%. Aspirin được khuyến cáo điều trị duy trì lâu dài cho hầu hết BN ACS nhằm dự phòng huyết khối, giảm nguy cơ biến cố thứ phát, tái nhập viện và tử vong [1, 3]. Tỷ lệ BN được chỉ định aspirin hợp lý trong vòng 24 giờ đầu nhập viện và khi xuất viện lần lượt là 93,7% và 91,1%. Các trường hợp sử dụng không phù hợp bao gồm không dùng liều nạp ở giai đoạn

cấp hoặc chống chỉ định với aspirin [8]. Những BN này có thể được chỉ định thuốc P2Y12i để thay thế [1].

Trong 24 giờ đầu nhập viện và khi xuất viện, tỷ lệ BN ACS được chỉ định thuốc P2Y12i lần lượt là 98,6% và 95,5%, tương tự ghi nhận của Tran (2025) với tỷ lệ chỉ định thuốc này trong 24 giờ đầu nhập viện là 98,2% [6] và kết quả của Nguyễn Hữu Duy (2023) với tỷ lệ chỉ định nhóm thuốc này khi xuất viện là 100,0% [7]. Theo các hướng dẫn điều trị, tất cả BN ACS đều cần phối hợp P2Y12i với aspirin ở giai đoạn cấp nhằm đạt được hiệu quả chống kết tập tiểu cầu cao nhất [3]. Thuốc P2Y12i cần được duy trì trên hầu hết BN ACS để giảm nguy cơ huyết khối và biến cố thứ phát [1, 3]. Tỷ lệ hợp lý chung của thuốc P2Y12i trong vòng 24 giờ đầu nhập viện và khi xuất viện lần lượt là 61,7% và 93,5%. Lý do sử dụng chưa phù hợp là không dùng liều nạp ở giai đoạn cấp và chỉ định ticagrelor trên BN có nguy cơ xuất huyết cao [3].

Tỷ lệ BN được sử dụng thuốc chống đông đường tiêm trong 24 giờ đầu nhập viện là 86,0%, thấp hơn kết quả của Trần Quốc Tường (2023) (91,7%) [10]. Chống đông đường tiêm là thuốc quan trọng trong điều trị ACS giai đoạn cấp, nhằm ngăn ngừa huyết khối tiến triển [1]. Tỷ lệ hợp lý chung của nhóm thuốc này là 84,6%. Các trường hợp sử dụng thuốc chưa phù hợp chủ yếu do liều không theo khuyến cáo [8].

Toàn bộ BN ACS được chỉ định statin trong vòng 24 giờ đầu nhập viện và khi xuất viện, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Khánh Gia Bảo (2022) với 98,9% và 100,0% [9]. Statin là thuốc được khuyến cáo dùng sớm và duy trì cho tất cả BN ACS nhằm giảm nguy cơ biến cố thứ phát và tử vong [1, 3]. Tỷ lệ hợp lý chung của statin trong vòng 24 giờ đầu và khi xuất viện lần lượt là 92,3% và 96,5%. Các trường hợp chưa hợp lý gồm dùng rosuvastatin liều cao hơn khuyến cáo, ở BN có độ thanh thải creatinin <30 mL/phút hoặc tăng transaminase >3 lần giới hạn trên [8].

Tỷ lệ BN được chỉ định BB trong vòng 24 giờ đầu là 23,8%, thấp hơn kết quả của Nguyễn Khánh Gia Bảo (2022) (36,8%) [9]. Tỷ lệ này cải thiện đáng kể khi xuất viện (65,7%), tuy nhiên, thấp hơn ghi nhận của Vo (2024) (70,0%) [4]. Điều này có thể do bác sĩ lo ngại việc sử dụng BB ở BN cao tuổi hoặc đang dùng nhiều thuốc có thể làm tăng nguy cơ hạ huyết áp quá mức, ngất hay rối loạn nhịp tim [7]. BB đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát nhịp tim, giảm nhu cầu oxy cơ tim, cải thiện tiên lượng, được khuyến cáo cân nhắc sử dụng sớm và duy trì lâu dài ở

mọi BN ACS [1, 3]. Tỷ lệ hợp lý chung của BB trong 24 giờ đầu nhập viện và khi xuất viện lần lượt là 82,4% và 76,6%. Các trường hợp còn lại chủ yếu là dùng liều thấp hơn so với khuyến cáo hoặc sử dụng trên BN có nhịp tim chậm [8].

Tỷ lệ BN ACS được chỉ định ACEI/ARB khá cao: 83,8% trong 24 giờ đầu nhập viện và 90,3% khi xuất viện, cao hơn so với các nghiên cứu trước (67-80% khi nhập viện [9, 10] và 84,4-86,3% khi xuất viện [4, 7]). Thuốc được chỉ định phổ biến nhất là lisinopril (35,0%), có thể do lisinopril có tác dụng kéo dài, sử dụng 1 lần/ngày, nên thuận tiện và dễ tuân thủ hơn [8]. Ngoài ra, một số BN được đổi từ ACEI sang ARB khi xuất viện do họ khan hoặc phù mạch. ACEI/ARB được khuyến cáo khởi trị sớm và duy trì cho BN ACS, đặc biệt là BN có phân suất tổng máu  $\leq 40\%$ , suy tim, tăng huyết áp, đái tháo đường và/hoặc bệnh thận mạn [3]. Tỷ lệ hợp lý chung của ACEI/ARB trong 24 giờ đầu nhập viện và khi xuất viện lần lượt là 62,2% và 75,2%. Các trường hợp chưa hợp lý chủ yếu do liều dùng thấp hơn so với hướng dẫn [1, 8].

## V. KẾT LUẬN

Việc sử dụng thuốc trên BN ACS tương đối phù hợp với các hướng dẫn điều trị. Can thiệp được lâm sàng có thể giúp cải thiện tính hợp lý trong sử dụng thuốc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Quyết định 5332/QĐ-BYT năm 2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành.". Bộ Y tế; 2020.
- Bueno H, Camm AJ, Lüscher TF, Maurer G, Serruys PW.** Epidemiology of acute coronary syndromes. In: James S, editor. The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine: Oxford University Press; 2018. p. 0.

- Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al.** 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2023;44(38):3720-826.
- Vo MTT, Truong HV, Nguyen T, Nguyen TH.** Physicians' perception and adherence to clinical guidelines for the management of acute coronary syndrome in Vietnamese hospitals. *Vietnam Medical Journal*. 2024;538:129-39.
- Nguyễn Hương Thảo, Võ Thị Bích Phượng, Huỳnh Ngọc Hoàn Mỹ, Mai Trần Khánh Linh, Nguyễn Thắng.** Đánh giá sử dụng thuốc theo khuyến cáo điều trị ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2020;24:153-8.
- Tran NQ, Nguyen TV, Bui QTH.** Effectiveness of clinical pharmacist interventions on improving the appropriateness of prescription and treatment outcomes for acute myocardial infarction patients: a before-after study at a Vietnamese hospital. *MedPharmRes*. 2025;9(3):353-66.
- Nguyễn Hữu Duy, Hoàng Hà Trang, Nguyễn Thị Liên Hương, Vũ Quỳnh Nga.** Đánh giá thực trạng kê đơn trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp quản lý ngoại trú tại Bệnh viện tim Hà Nội. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam*. 2023;43:224-31.
- BỘ Y TẾ.** Dược Thư Quốc gia Việt Nam. Lần xuất bản thứ ba. Hà Nội: Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật; 2022.
- Nguyễn Khánh Gia Bảo, Nguyễn Văn Tân, Trần Quỳnh Như, Bùi Thị Hương Quỳnh.** Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trên người bệnh hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Thống Nhất. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;511:39-45.
- Trần Quốc Tường, Phạm Thành Suôi, Nguyễn Hoàng Bách, Trần Trọng Tuấn, Lâm Vĩnh Thoại, Đặng Minh Sang.** Tình hình sử dụng thuốc trong điều trị hội chứng vành cấp trên bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022-2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;529:189-93.

## TƯƠNG QUAN GIỮA IMPLANT TỨC THÌ VÀ XƯƠNG Ồ RĂNG NANH HÀM DƯỚI

Nguyễn Ngọc Phúc<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup> Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Văn Lang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Phúc

Email: phuc.nn@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2026

Ngày duyệt bài: 1.4.2026

**Mở đầu:** Implant tức thì là phương pháp đặt implant ngay sau khi nhổ răng, mang lại nhiều lợi ích như giảm thời gian điều trị và giảm thiểu sự tiêu xương ổ răng sau nhổ. Tuy nhiên, implant tức thì có thể làm giảm độ ổn định ban đầu của implant do lượng xương hiện có bị giảm. Vùng răng nanh hàm dưới được xem là khu vực có nguy cơ xảy ra các biến chứng cao do sự hạn chế về thể tích xương và hình thái giải phẫu đặc trưng, vì ở vùng này, implant được