

Quản y 354: Trong số 889 cơ hội quan sát có tuân thủ VST tại các thời điểm thì có 76,9% cơ hội quan sát NVYT thực hành VST đúng kỹ thuật và 23,1% cơ hội quan sát NVYT thực hành VST chưa đúng kỹ thuật ($p < 0,05$).

Qua nghiên cứu chúng tôi kiến nghị: Thường xuyên duy trì và thực hiện các biện pháp can thiệp, kiểm tra giám sát và báo cáo kịp thời kết quả hàng tháng để Bệnh viện có hướng xử lý phù hợp thông qua mạng lưới kiểm soát nhiễm khuẩn tại khoa phòng; tăng cường truyền thông vai trò và tầm quan trọng của VST. Bổ sung phương tiện VST theo định kỳ và đột xuất khi cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mahmoud Nabavi et al (2013)**, Knowledge, Attitudes, and Practices Study on Hand Hygiene Among Imam Hossein Hospital's Residents in 2013.
2. **Zahra Goodarzi et al (2020)**, "Investigating the Knowledge, Attitude and Perception of Hand Hygiene of Nursing Employees Working in Intensive Care Units of Iran University of Medical Sciences, 2018-2019", A Journal of Clinical Medicine. 15 (2), pp. 230-237.
3. **Hoàng Thăng Tùng và cs (2021)**, "Thực trạng

- tuân thủ VST của NVYT tại các khoa Lâm sàng, Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2016", Tạp chí Y học Việt Nam, 498 (1), tr. 95-98.
4. **Nguyễn Thị Thu Hà và cs (2020)**, Đánh giá kiến thức và Khảo sát sự tuân thủ vệ sinh tay của nhân viên y tế tại một số khoa lâm sàng Bệnh viện Quân y 103, Hội Nghị Khoa Học Điều Dưỡng 2020, chủ biên, Bệnh viện Quân y 103, Hà Nội.
 5. **Nguyễn Văn Hà (2012)**, Nghiên cứu thực trạng và hiệu quả tăng cường vệ sinh tay trong phòng ngừa nhiễm khuẩn Bệnh viện tại một số Bệnh viện thuộc tỉnh Hưng Yên, 2009-2011, Vệ sinh xã hội học và Tổ chức Y tế, Viện Vệ Sinh Dịch Tễ Trung Ương.
 6. **Lục Thị Thu Quỳnh, Nguyễn Thị Hoài Thu và Lê Kiến Ngãi (2010)**, Hiệu quả của một số chương trình thúc đẩy tuân thủ vệ sinh tay tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2010.
 7. **Đỗ Văn Anh, Nguyễn Thị An, Nguyễn Thị Ánh Hồng (2010)**, Khảo sát vi sinh trên bàn tay trước và sau khi rửa tay của nhân viên y tế Bệnh viện Nhi đồng 2 năm 2010, Hội nghị Khoa học Kỹ thuật Điều dưỡng mở rộng Bệnh viện Nhi đồng 2 - lần V - năm 2010, chủ biên, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, tr. 266-271.
 8. **Ngô Minh Diệu, Nguyễn Thị Kim Liên, Trần Thị Thu Sương, Mai Ngọc Xuân, Đặng Minh Xuân (2013)**, Đánh giá thực hành rửa tay của nhân viên y tế tại Bệnh viện Nhi đồng 2, năm 2013, Hội Nghị Nhi Khoa 2014, chủ biên.

ĐÁNH GIÁ SỬ DỤNG THUỐC TRÊN BỆNH NHÂN RUNG NHĨ KHÔNG DO BỆNH LÝ VAN TIM ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Đặng Thị Soa¹, Nguyễn Huy Lợi², Nguyễn Ngọc Hòa²,
Hoàng Thị Thùy Dương¹, Hắc Thị Ánh¹

TÓM TẮT

Rung nhĩ là một rối loạn nhịp trên thất với đặc trưng bởi tình trạng mất đồng bộ điện học và sự co bóp cơ tâm nhĩ [6]. Thuốc điều trị rung nhĩ gồm nhiều nhóm thuốc khác nhau, lựa chọn thuốc phải dựa trên từng yếu tố của bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành đề tài với 2 **mục tiêu**: Khảo sát sử dụng thuốc điều trị trên bệnh nhân rung nhĩ và phân tích tính hợp lý trong sử dụng thuốc điều trị cho bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh lý van tim tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Mô tả cắt ngang 64 hồ sơ bệnh án bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh lý van tim điều trị tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. **Kết quả**:

Tuổi trung bình $66,63 \pm 13,94$; nam/nữ = 1,4; bệnh lý mắc kèm: 70,3% tăng huyết áp; 40,6% suy tim; 17,2% có đái tháo đường; 12,5% suy thận; 7,8% COPD. 43,8% nguy cơ đột quỵ cao theo thang điểm CHA2DS2- VASc. Yếu tố nguy cơ đột quỵ gặp nhiều nhất là tăng huyết áp (70,3%); suy tim (40,6%), tuổi > 75 (18,8%); hút thuốc là (15,6%), tiền sử đột quỵ/thoảng thiếu máu não (12,5%); Chủ yếu là dùng chống đông kháng vitamin K trong đó acenocoumarol (54,7%), warfarin (3,1%), enoxaparin (35,9%). Nhóm chống kết tập tiểu cầu (aspirin 26,6%; clopidogrel (14,1%). Chẹn β (metoprolol 35,9%; bisoprolol 31,3%); 31,7% dùng digoxin; 1 trường hợp dùng amiodaron. Thuốc UCMC 62,5%; CKCa – DHP 9,4%. 95,3,3% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được chỉ định thuốc dự phòng huyết khối phù hợp. 4,7 % không phù hợp, trong đó có 01 trường hợp chỉ định chống đông trên bệnh nhân nguy cơ đột quỵ thấp theo thang điểm CHA2DS2-VASc (26,7%); có 1 trường hợp nguy cơ đột quỵ cao nhưng không chỉ định sử dụng chống đông; 1 trường hợp chỉ định ức chế tập tiểu cầu trên đối tượng nguy cơ đột quỵ cao. 95,3% lựa chọn thuốc kiểm soát tần số thất phù hợp. Có 3 trường hợp chưa phù hợp, nguyên nhân là bệnh nhân COPD

¹Trường Đại Học Y Khoa Vinh

²Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Soa

Email: Dangsoa@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.4.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2022

Ngày duyệt bài: 27.6.2022

ưu tiên Chẹn Beta (4,7%). 100% liều dùng các thuốc trong nghiên cứu được sử dụng phù hợp. **Kết luận:** Thuốc chống đông chủ yếu dùng kháng vitamin K, phần lớn được chỉ định dự phòng huyết khối, kiểm soát tần số thất phù với hướng dẫn của Bộ Y tế trong điều trị rung nhĩ.

Key word: Rung nhĩ không do bệnh lý van tim, chống đông, kháng vitamin K, kiểm soát tần số thất

SUMMARY

EVALUATION OF DRUG USE IN PATIENTS WITH NON – VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION AT CARDIOVASCULAR CENTER OF NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Atrial fibrillation is a supraventricular arrhythmia characterized by electrical insynchrony and atrial contractility [1]. Drugs to treat atrial fibrillation include many different classes of drugs, the choice of drug must be based on each patient's factors. We conducted the study with **2 objectives:** To survey the use of drugs for treatment of patients with atrial fibrillation and to analyze the rationality of drug use in patients with non-valvular atrial fibrillation at Cardiovascular Center of Nghe An Friendship General Hospital. **Subjects and research methods:** A cross-sectional description of 64 medical records of patients with nonvalvular atrial fibrillation treated at the Cardiovascular Center of Nghe An General Hospital. **Results:** Mean age 66.63 ± 13.94 ; male/female = 1.4; comorbidities: 70.3% hypertension; 40, 6% heart failure; 17.2% have diabetes; 12.5% renal failure; 7.8% COPD. 43.8% high risk of stroke according to the CHA2DS2-VASc score. The most common stroke risk factor is high blood pressure (70.3%); heart failure (40.6%), age > 75 (18.8%); smoking (15.6%), history of stroke/transient ischemic attack (12.5%); Mainly used anticoagulant vitamin K, including acenocoumarol (54.7%), warfarin (3.1%), enoxaparin (35.9%). Antiplatelet group (aspirin 26.6%; clopidogrel (14.1%), β -blocker (metoprolol 35.9%; bisoprolol 31.3%); 31.7% used digoxin; 1 case used amiodarone; ACEi 62.5%; CKCa – DHP 9.4%. 95.3% of patients in the study sample were prescribed appropriate thromboprophylaxis. 4.7% were not suitable, in which there was 1 case of anticoagulation in patients with low stroke risk according to the CHA2DS2-VASC scale (26.7%); there was 1 case of high stroke risk but no anticoagulation was indicated; 1 case indicated platelet aggregation inhibitors in subjects at high risk of stroke. 95.3% choose appropriate ventricular rate control drugs. There were 3 unsuitable cases, the unsuitable cause was in COPD patients with priority Beta Blocker (4.7%). 100% of the doses of the drugs in the study were used appropriately. **Conclusion:** Anticoagulants are mainly used vitamin K antagonists, mostly indicated for thromboprophylaxis, control of ventricular rate in accordance with the guidelines of the Ministry of Health on clinical pharmacological practice in the treatment of atrial fibrillation. **Key word:** Non-valvular atrial fibrillation, anticoagulation, vitamin K antagonists, ventricular rate control.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ là một rối loạn nhịp trên thất với đặc trưng bởi tình trạng mất đồng bộ điện học và sự co bóp cơ tâm nhĩ [6]. Đây là một loại rối loạn nhịp thường gặp và có tỷ lệ mắc tăng lên theo tuổi. Trên thế giới, có khoảng 33,5 triệu người mắc rung nhĩ, chiếm 2,5 -3,2% dân số toàn cầu. Hàng năm, có thêm khoảng 5 triệu ca mắc mới [2]. Gánh nặng bệnh tật liên quan đến rung nhĩ bao gồm nhập viện do rối loạn huyết động, biến cố tắc mạch, suy tim, đột quỵ và tử vong [8]. Bên cạnh đó, thuốc điều trị rung nhĩ gồm nhiều nhóm thuốc khác nhau, lựa chọn thuốc phải dựa trên từng yếu tố của bệnh nhân. Đặc biệt, để lựa chọn thuốc chống đông dự phòng đột quỵ trong rung nhĩ phải dựa trên các đánh giá về nguy cơ đột quỵ của bệnh nhân. Thuốc gây nhiều tác dụng không mong muốn nên gặp rất nhiều khó khăn trong lựa chọn thuốc cho bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá sử dụng thuốc trên bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh lý van tim điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An" với 2 mục tiêu: *Khảo sát sử dụng thuốc điều trị trên bệnh nhân rung nhĩ và phân tích tính hợp lý trong sử dụng thuốc điều trị rung nhĩ cho bệnh nhân tại Bv Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 64 hồ sơ bệnh án bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh lý van tim điều trị tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

3.1.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Thông tin chung về đối tượng

Thông tin chung		Số BN	Tỷ lệ(%)
Tuổi	≤ 60	17	26,6
	60 < - < 80	36	56,3
	≥ 80	11	17,2
	$\bar{x} \pm SD$	66,63 ± 13,94	
Giới tính	Nam	37	57,8
	Nữ	27	42,2
	Tổng	64	100

Nhận xét: Tuổi trung bình mẫu nghiên cứu là $66,63 \pm 13,94$ trong đó chủ yếu là nhóm tuổi từ 60- 80 tuổi chiếm 56,3%. Tỷ lệ nam/nữ = 1,4

3.1.2. Bệnh lý mắc kèm

Bảng 3.3. Bệnh lý mắc kèm

Bệnh lý mắc kèm	Số BN	Tỷ lệ %
Suy tim	26	40,6

Tăng huyết áp	45	70,3
Đái tháo đường	11	17,2
COPD	5	7,8
Suy thận	8	12,5
Khác	18	28,1

Nhận xét: 70,3% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có tăng huyết áp mắc kèm; 40,6% bệnh nhân có suy tim; 17,2% có đái tháo đường; suy thận 12,5%; COPD 7,8%.

3.1.3. Các yếu tố nguy cơ đột quỵ

Bảng 3.4. Các yếu tố nguy cơ đột quỵ

Các yếu tố	Số BN	Tỷ lệ % (N= 64)
Suy tim	26	40,6
Tăng huyết áp	45	70,3
Tuổi > 75 tuổi	12	18,8
Đái tháo đường typ 2	11	17,2
Tiền sử đột quỵ/ thoáng thiếu máu não	8	12,5
Hút thuốc là	10	15,6

Nhận xét: Yếu tố nguy cơ đột quỵ gặp nhiều nhất là tăng huyết áp (70,3%); suy tim (40,6%), tuổi > 75 (18,8%); hút thuốc (15,6%), tiền sử đột quỵ/thoáng thiếu máu não (12,5%)

3.1.4. Phân bố nguy cơ đột quỵ theo thang điểm CHA2DS2- VASc

Bảng 3.5. Nguy cơ đột quỵ theo thang CHA2DS2- VASc

Nguy cơ đột quỵ	Điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Nguy cơ thấp	Nam = 0, nữ ≤1	21	32,8
Nguy cơ trung bình	Nam = 1; nữ = 2	15	23,4
Nguy cơ cao	Nam ≥ 2, nữ ≥ 3	28	43,8
Tổng		64	100

Nhận xét: Có 28/ 64 bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có nguy cơ đột quỵ cao theo thang điểm CHA2DS2- VASc (chiếm 43,8%), nguy cơ thấp 32,8%; nguy cơ trung bình 23,4%

3.1.5. Nguy cơ chảy máu theo thang điểm HAS- BLED

Bảng 3.6. Nguy cơ chảy máu

Nguy cơ chảy máu	Điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Nguy cơ thấp	< 3	52	81,2
Nguy cơ cao	≥ 3	12	18,8
Tổng		64	100

Nhận xét: Đa phần bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có nguy cơ chảy máu thấp theo thang điểm HAS- BLED (chiếm 81,2%), nguy cơ cao (18,8%)

3.2. Khảo sát sử dụng thuốc điều trị trên

bệnh nhân rung nhĩ

3.2.1. Các thuốc được sử dụng trong mẫu nghiên cứu

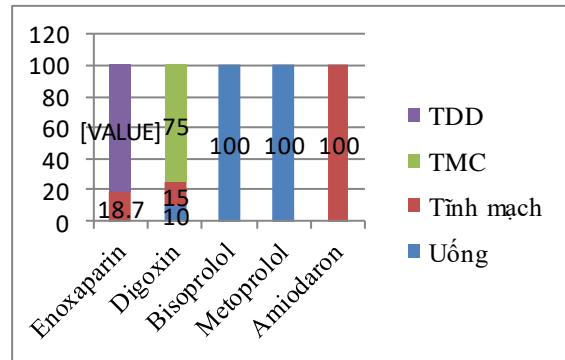
Bảng 3.7. Các thuốc được sử dụng trong mẫu nghiên cứu

Nhóm thuốc	Thuốc	Số BN	Tỷ lệ %
Chống đông kháng vitamin K	Warfarin	2	3,1
	Acenocoumarol	35	54,7
Chống đông LWHP	Enoxaparin	23	35,9
Ức chế kết tập tiểu cầu	Aspirin	17	26,6
	Clopidogrel	9	14,1
Chẹn β	Metoprolol	23	35,9
	Bisoprolol	20	31,3
Glycosid	Digoxin	20	31,7
Thuốc điều trị rối loạn nhịp tim	Amiodaron	1	1,6
UCMC	Perindopril	40	62,5
CKCa – DHP	Amlodipin	6	9,4

Nhận xét: Thuốc chống đông: Chủ yếu là dùng chống đông kháng vitamin K trong đó acenocoumarol (54,7%), warfarin (3,1%). Chống đông LMWH có enoxaparin (35,9%).

Nhóm chống kết tập tiểu cầu (aspirin 26,6%; clopidogrel 14,1%). Chẹn β (metoprolol 35,9%; bisoprolol 31,3%); 31,7% dùng digoxin; 1 trường hợp dùng amiodaron.

Thuốc UCMC 62,5%; CKCa – DHP 9,4%



Biểu đồ 3.1. Cách dùng các thuốc trong mẫu nghiên cứu

Nhận xét: Các thuốc Chẹn Beta 100% dùng đường uống. 75% digoxin sử dụng đường tĩnh mạch chậm, 81,3% enoxaparin dùng đường tiêm dưới da.

Bảng 3.8. Liều dùng các thuốc trong mẫu nghiên cứu

Thuốc	Liều dùng trung bình	
	(mg/lần)	(mg/ngày)
Warfarin	1,25±0,35	1,25±0,35
Acenocoumarol	1,16±0,37	1,16±0,37
Enoxaparin	40±0	73,03±15,5

Aspirin	89,94±9,78	89,94±9,78
Clopidogrel	75±0	75±0
Metoprolol	25±0	25±0
Bisoprolol	2,5±0	2,5±0
Digoxin	0,13±0,03	0,13±0,03
Perindopril	4,9±0,57	5,16±1,53
Amiodaron	300±0	300±0
Amlodipin	2,92± 1,02	4,17±3,03

Nhận xét: Các thuốc trong mẫu nghiên cứu chủ yếu dùng 1 lần trong ngày

3.3. Đánh giá tính hợp lý trong sử dụng thuốc

3.3.1. Đánh giá tính hợp lý trong sử dụng thuốc dự phòng huyết khối

Bảng 3.9. Đánh giá tính hợp lý trong chỉ định thuốc dự phòng huyết khối

Đánh giá		Số BN	Tỷ lệ % (N= 64)
Phù hợp		61	95,3
Không phù hợp		3	4,7
Nội dung chưa phù hợp	Sử dụng thuốc chống đông máu khi điểm CHA2DS2-VASC = 0 ở nam; 1 ở nữ	1	1,6
	Không chỉ định thuốc chống đông máu khi điểm CHA2DS2-VASC ≥ ở nam; ≥ 3 ở nữ	1	1,6
	Aspirin hoặc clopidogrel khi điểm CHA2DS2-VASC ≥2 ở nam; ≥3 ở nữ	1	1,6

Nhận xét: 95,3% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được chỉ định thuốc dự phòng huyết khối phù hợp. 4,7% không phù hợp, trong đó có 01 trường hợp chỉ định chống đông trên bệnh nhân nguy cơ đột quỵ thấp theo thang điểm CHA2DS2-VASC, có 1 trường hợp nguy cơ đột quỵ cao nhưng không chỉ định sử dụng chống đông; 1 trường hợp chỉ định ức chế kết tập tiểu cầu trên đối tượng nguy cơ đột quỵ cao

Bảng 3.10. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng liều phù hợp với khuyến cáo

Đánh giá	Số BN	Tỷ lệ % (N= 64)
Phù hợp	64	100
Không phù hợp	0	0

Nhận xét: 100% bệnh nhân sử dụng liều phù hợp

3.3.2. Đánh giá tính hợp lý sử dụng thuốc kiểm soát tần số thất

Bảng 3.11. Đánh giá phù hợp về lựa chọn thuốc kiểm soát tần số thất

Đánh giá	Số BN	Tỷ lệ %
Phù hợp	61	95,3

Không phù hợp		3	4,7
Nội dung chưa phù hợp	Lựa chọn chẹn kênh Ca ²⁺ non- DHP ở bệnh nhân có LVEF < 40%	0	0
	COPD nhưng ưu tiên Chẹn Beta	3	4,7

Nhận xét: Đa phần bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được chỉ định thuốc kiểm soát tần số thất phù hợp (95,3%). Nguyên nhân chưa phù hợp là trên bệnh nhân COPD nhưng vẫn ưu tiên chỉ định thuốc Chẹn Beta (4,7%).

Bảng 3.12. Đánh giá phù hợp về liều dung thuốc kiểm soát tần số thất

Đánh giá	Số BN	Tỷ lệ % (N= 64)
Phù hợp	64	100
Không phù hợp	0	0

Nhận xét: 100% bệnh nhân sử dụng liều phù hợp

3.3.4. Đánh giá tương tác thuốc xảy ra

Bảng 3.13. Tần suất và mức độ tương tác thuốc

Đặc điểm tương tác	Số BN	Tỷ lệ %
Không có tương tác thuốc	3	4,7
Có tương tác thuốc	61	95,3
Mức độ nặng	21	32,8
Cặp tương tác mức độ nặng		
Aspirin + Perindopril	10	15,6
Pantoprazol + Digoxin	3	4,7
Digoxin + Bisoprolol	3	4,7
Piperacillin + Enoxaparin	1	1,6
Telmisartan + Perindopril	1	1,6
Digoxin + Metoprolol	4	6,3
Digoxin + Nebivolol	1	1,6
Methylprednisolone + Simvastatin	1	1,6
Tương tác chống chỉ định	0	0

Nhận xét: Đa phần trong bệnh án xuất hiện tương tác thuốc (95,3%), trong đó tương tác mức độ nặng có 32,8%. Cặp tương tác mức độ nặng thường gặp nhất Aspirin + Perindopril (15,6%). Tuy nhiên, tra cứu trên nguồn tương tác chống chỉ định của Bộ Y tế (2022), không có trường hợp nào tương tác chống chỉ định trên lâm sàng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Tuổi trung bình mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 66,63 ± 13,94 trong đó chủ yếu là nhóm tuổi từ 60- 80 tuổi chiếm 56,3%, tỷ lệ nam/nữ = 1, 4. Kết quả này thấp hơn so với tác giả Nguyễn Thị Tuyết,

ngiên cứu tại Bệnh viện Tim Mạch An Giang 69,9±13,5 và Nguyễn Văn Sĩ là 70,77 ± 13,35; theo 2 tác giả trên thì tỷ lệ nữ lại cao hơn nam. Sự khác biệt này có thể cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ. Yếu tố nguy cơ đột quy gặp nhiều nhất trong mẫu nghiên cứu là tăng huyết áp (70,3%); tiếp đến là suy tim (40,6%), tuổi > 75 (18,8%); hút thuốc là (15,6%), tiền sử đột quy/thoáng thiếu máu não (12,5%) kết quả này cũng tương tự với hai nghiên cứu trên, yếu tố nguy cơ đột quy gặp nhiều nhất là huyết áp (lần lượt là 81,6%; 56%; 56%), suy tim (65,3%; 47%; 60%).

Kết quả phân tầng nguy cơ đột quy theo thang điểm CHA2DS2- VASc trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Có 43,8% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có nguy cơ đột quy cao, 32,8% nguy cơ thấp; nguy cơ trung bình 23,4%. Kết quả này cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nguy cơ đột quy cao thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết và Nguyễn Văn Sỹ, cho kết quả tỷ lệ nguy cơ cao lần lượt là (62%; 77,6%). Điều này là do tuổi trung bình, tỷ lệ bệnh nhân có yếu tố suy tim, tăng huyết áp, đái tháo đường trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với 2 nghiên cứu trên.

4.2. Về sử dụng thuốc

- Thuốc chống đông: Chủ yếu là dùng chống đông kháng vitamin K, trong đó acenocoumarol (54,7%), warfarin (3,1%). Enoxaparin (35,9%), không có trường hợp nào dùng NOAC. Theo tác giả Nguyễn Thị Tuyết nghiên cứu tại Bệnh viện Tim Mạch An Giang (2012), cho kết quả thuốc chống đông được sử dụng trong nghiên cứu là Sintrom (acenocoumarol) không có trường hợp nào dùng warfarin, chống đông đường uống thể hệ mới, LMWH. Theo nghiên cứu Nguyễn Chí Thành tại Viện Tim Thành Phố Hồ Chí Minh (2017) cũng cho kết quả thuốc chống đông chỉ dùng thuốc kháng vitamin K, không có trường hợp nào dùng chống đông đường uống thể hệ mới hay LMWH [7]. Như vậy, qua một số nghiên cứu trên cho chúng ta thấy tỷ lệ dùng NOAC dự phòng huyết khối trên bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh lý vẫn còn thấp. Điều này có thể là do NOAC có một số hạn chế như chế độ dùng 2 lần/ngày (ngoại trừ rivaroxaban), thiếu thông tin lâu dài về an toàn, thiếu thuốc giải độc khi quá liều, rào cản không kém phần quan trọng của NOAC là chi phí điều trị cao.

95,3% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được chỉ định thuốc dự phòng huyết khối phù hợp. 4,7% không phù hợp, trong đó có 01

trường hợp chỉ định chống đông trên bệnh nhân nguy cơ đột quy thấp theo thang điểm CHA2DS2-VASC, có 1 trường hợp nguy cơ đột quy cao nhưng không chỉ định sử dụng chống đông; 1 trường hợp chỉ định ức chế kết tập tiểu cầu trên đối tượng nguy cơ đột quy cao. Kết quả sử dụng chống đông phù hợp với hướng dẫn điều trị nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết (2012), Nguyễn Văn Sỹ (2012), cụ thể trong nghiên cứu chúng tôi, nhóm nguy cơ đột quy cao và trung bình có tỷ lệ được sử dụng dự phòng huyết khối chung là (44/46 chiếm 95,7%, có 1 trường hợp nguy cơ cao nhưng không chỉ định và 1 trường hợp chỉ định dùng ức chế kết tập tiểu cầu), nhóm nguy cơ thấp chỉ có 1 trường hợp có sử dụng chống đông. Trong khi đó theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết chỉ có 50% bệnh nhân nguy cơ cao (CHADS2 ≥ 2), 60% bệnh nhân nguy cơ trung bình (CHADS2 = 1) được dùng Sintrom, 50% không có chỉ định kháng đông vẫn được sử dụng kháng đông. Theo Nghiên cứu Nguyễn Văn Sỹ Dựa theo phân tầng CHADS2, chỉ có 12,9% bệnh nhân nguy cơ cao được cho dùng kháng đông uống; Nhóm có CHADS2 = 0, có 8,33% trường hợp được dùng kháng đông uống và 15% với CHADS2 = 1. Kết của này của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Chí Thành (2017), tại Bệnh viện Tim Tp HCM cho kết quả tỉ lệ bệnh nhân thuộc nhóm rung nhĩ không do bệnh van tim có nguy cơ đột quy cao (điểm CHA2DS2-VASC ≥ 2) được chỉ định thuốc kháng đông là 96,4% [7]. Một nghiên cứu thu thập dữ liệu tại 3 bệnh viện lớn của Tasmania từ tháng 1 năm 2011 đến tháng 6 năm 2012 cho kết quả 53,8% bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh lý van tim sử dụng chống đông. Trong đó tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ đột quy cao có chỉ định chống đông là 52,5%, khoảng 10% bệnh nhân có điểm CHADS2 ≥2 không được điều trị bằng thuốc chống đông nào, trong khi những người có nguy cơ thấp (điểm 0) tỷ lệ chỉ định chống đông là 48,5% [1]. Một nghiên cứu đa trung tâm khác tại Thái Lan từ năm 2014 đến năm 2017 về sử dụng thuốc trên nhân bị rung nhĩ không do van tim cho kết quả: nhóm bệnh nhân có nguy cơ đột quy cao có tỷ lệ dùng chống đông là 80,5 % ở nhóm người cao tuổi (≥ 65) và 82,1% ở nhóm trẻ (< 65), vẫn có tỷ lệ nhất định bệnh nhân có nguy cơ đột quy thấp nhưng vẫn được chỉ định dùng chống đông 32,3% (nhóm ≥ 65), nhóm trẻ tuổi không có trường hợp nào nguy cơ đột quy thấp được sử dụng chống đông [4]. Một nghiên cứu tại Trung Quốc từ 2012- 2017 cho thấy 287 bệnh nhân có

điểm CHA2DS2 - VASc ≥ 2 , 41,10% được dùng thuốc chống đông kháng vitamin K, 27,20% được dùng thuốc chống đông đường uống mới (NOAC), có 16,70% không được chỉ định sử dụng thuốc dự phòng đột quỵ [5]. Một nghiên cứu tại Hàn Quốc (2016- 2017) cho kết quả 82,7% bệnh nhân có nguy cơ đột quỵ cao được sử dụng chống đông. Tuy nhiên, liệu pháp chống đông không được sử dụng phù hợp ở 53,4% bệnh nhân có nguy cơ đột quỵ thấp [3].

Như vậy có thể thấy nghiên cứu chúng tôi và một số nghiên cứu được tiến hành vào những năm gần đây hơn thì tỷ lệ dùng phù hợp với khuyến cáo cao hơn so với những nghiên cứu trước đây. Điều đó chứng tỏ các khuyến cáo, hướng dẫn điều trị ngày một được các bác sỹ quan tâm, cập nhật, áp dụng vào lâm sàng nhiều hơn. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi được lấy từ chuyên khoa tim mạch, đây cũng có thể là lý do mà tỷ lệ phù hợp khuyến cáo cao hơn so với nghiên cứu lấy từ nhiều khoa không phải chuyên khoa tim mạch.

Nghiên cứu chúng tôi có 67,2% bệnh nhân dùng Chẹn β , trong đó (metoprolol 35,9%; bisoprolol 31,3%); 31,7% dùng digoxin; 1 trường hợp dùng amiodaron. Các nghiên cứu trong nước về sử dụng thuốc kiểm soát tần số thất và chuyển nhịp, duy trì nhịp xoang còn rất hạn chế. Một nghiên cứu rung nhĩ trên bệnh nhân cường giáp, thuốc kiểm soát tần số thất chủ yếu được sử dụng là chẹn beta: metoprolol (Betaloc, Betaloc zok) viên 25 và 50 mg, liều 12,5-100 mg/ngày; bisoprolol (Concor) viên 2,5 và 5mg, liều 1,25 - 10mg/ngày) [9]. Một nghiên cứu tại Hàn Quốc, dữ liệu thu thập từ 2016- 2017, cho kết quả, thuốc kiểm soát tần số thất trên bệnh nhân suy tim có LVEF <40% là chẹn β (65,6%), digoxin (5,2%), vẫn có 9,9% sử dụng chưa phù hợp do dùng Chẹn kênh Canxi trên bệnh nhân có LVEF <40% [3] Ở những bệnh nhân có LVEF $\geq 40\%$, thuốc chẹn β (73,4%), chẹn kênh canxi (13,4%), digoxin (4,1%) [3]

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình $66,63 \pm 13,94$; nam/nữ = 1,4; bệnh lý mắc kèm gặp nhiều nhất tăng huyết áp (70,3%); 43,8% nguy cơ đột quỵ cao theo thang điểm CHA2DS2- VASc.

Yếu tố nguy cơ đột quỵ gặp nhiều nhất là tăng huyết áp (70,3%); sử dụng chống đông chủ yếu acenocoumarol (79,7%), warfarin (3,1%); enoxaparin (35,9%).

Chủ yếu là dùng chống đông kháng vitamin K trong đó acenocoumarol (54,7%), warfarin (3,1%).

Chống đông LMWH có enoxaparin (35,9%).

Nhóm chống kết tập tiểu cầu (aspirin 26,6%; clopidogrel 14,1%)

Chẹn β (metoprolol 35,9%; bisoprolol 31,3%) 31,7% dùng digoxin; 1 trường hợp dùng amiodaron.

Thuốc UCMC 62,5%; CKCa – DHP 9,4%

95,3% bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được chỉ định thuốc dự phòng huyết khối phù hợp. 4,7 % không phù hợp, trong đó có 01 trường hợp chỉ định chống đông trên bệnh nhân nguy cơ đột quỵ thấp theo thang điểm CHA2DS2-VASC (26,7%); có 1 trường hợp nguy cơ đột quỵ cao nhưng không chỉ định sử dụng chống đông; 1 trường hợp chỉ định ức chế kết tập tiểu cầu trên đối tượng nguy cơ đột quỵ cao

95,3% lựa chọn thuốc kiểm soát tần số thất phù hợp. Có 3 trường hợp chưa phù hợp, nguyên nhân chưa phù hợp là trên bệnh nhân COPD ưu tiên Chẹn Beta (4,7%).

100% liệu dùng các thuốc trong nghiên cứu được sử dụng phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bista D. et al. (2017)**, "Anticoagulant Use in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation: Has Prescribing Improved?", *Clin Appl Thromb Hemost.* **23** (6), pp. 573-578.
- Chugh S. S. et al. (2014)**, "Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study", *Circulation.* **129** (8), pp. 837-847.
- Kim H. et al. (2017)**, "A Prospective Survey of Atrial Fibrillation Management for Real-world Guideline Adherence: COMparison study of Drugs for symptom control and complication prEvention of Atrial Fibrillation (CODE-AF) Registry", *Korean Circ J.* **47** (6), pp. 877-887.
- Krittayaphong R. et al. (2019)**, "Rate of anticoagulant use, and factors associated with not prescribing anticoagulant in older Thai adults with non-valvular atrial fibrillation: A multicenter registry", *J Geriatr Cardiol.* **16** (3), pp. 242-250.
- Yu L. J. et al. (2018)**, "Clinical analysis of antithrombotic treatment and occurrence of stroke in elderly patients with nonvalvular persistent atrial fibrillation", *Clin Cardiol.* **41** (10), pp. 1353-1357.
- Hội T. M. V. N. (2016)**, "Khuyến cáo chuẩn đoán và điều trị rung nhĩ", <http://www.vnha.org.vn/>.
- https://timmachhoc.vn/ (2017)**, Khảo sát thực trạng sử dụng thuốc chống huyết khối trong điều trị rung nhĩ tại Viện tim TP Hồ Chí Minh, ngày truy cập 30/4/2022.
- Nguyễn A. Đ. (2011)**, Cẩm nang xử trí tai biến mạch máu não, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- Nguyễn Q. B. (2017)**, Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến rung nhĩ ở bệnh nhân cường giáp và đánh giá kết quả điều trị, Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội