

SỰ THAY ĐỔI HÌNH THÁI CUNG RĂNG HÀM TRÊN SAU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÔI TOÀN BỘ MỘT BÊN TRÊN HÌNH ẢNH 3D

Trương Đức Kỳ Trân*, Lâm Hoài Phương*,
Nguyễn Văn Lâm*, Hồ Nguyễn Thanh Chơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích và đánh giá sự thay đổi hình thái cung răng hàm trên ở trẻ sau phẫu thuật tạo hình môi toàn bộ một bên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thực hiện trên 15 trẻ bị dị tật khe hở môi-vòm miệng một bên, điều trị tại bệnh viện Răng- Hàm -Mặt Mỹ Thiện, Tp. Hồ Chí Minh. Các bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu được lấy dấu hàm trên trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng. Mẫu hàm thạch cao sau khi đổ mẫu sẽ được quét 3D, đánh dấu các điểm mốc giải phẫu, đo đặc tuyến tính khoảng cách các điểm mốc và so sánh sự thay đổi kích thước cung răng giữa các thời điểm lấy dấu. **Kết quả:** Độ rộng khe hở cung răng giảm còn gần 1/3 so với trước khi phẫu thuật ($\Delta GL = -8.37\text{mm}$), có sự xoay của mẫu tiền hàm về phía khẩu cái ($\Delta GIC = -13.78^\circ$, $\Delta GCC = -13.96^\circ$). Sự thay đổi theo chiều ngang ở vùng lõm củ, vùng giữa hai ụ nanh và kích thước trước sau dường như không có sự thay đổi đáng kể. **Kết luận:** Ở trẻ bị dị tật khe hở môi toàn bộ một bên, sau phẫu thuật tạo hình môi, có sự tự khép lại của cung răng hai bên khe hở, xuất hiện "hiệu ứng đóng" mảnh khẩu cái làm cho hai mảnh khép lại gần nhau mà không cần sử dụng các khí cụ hỗ trợ. Có sự chậm phát triển độ rộng khẩu cái trước. Độ rộng khẩu cái sau phát triển bình thường.

Từ khóa: Khe hở môi-vòm miệng, tạo hình môi, khe hở cung răng, mẫu tiền hàm,

SUMMARY

THE CHANGE OF MAXILLARY ARCH MORPHOLOGY AFTER CHEILOPLASTY IN UNILATERAL COMPLETE CLEFT LIP INFANTS USING 3-DIMENSIONAL DIGITAL MODELS

Objective: To evaluate the change of dental arch morphology in complete cleft lip (CCL) patients after cheiloplasty. **Material and method:** A follow-up report of 15 nonsyndromic CCL patients at My Thien Odonto-Stomatology Hospital, Ho Chi Minh city was performed to compare the changes of dental arch morphology in CCL patients by surveying their 3D casts from impressions taken before the surgery, 3 months and 6 months after surgery. **Results:** The cleft width was significantly reduced ($\Delta GL = -8.37\text{mm}$), and there was a rotation of the premaxillary process inwards of the palate ($\Delta GIC = -13.78^\circ$, $\Delta GCC = -13.96^\circ$). The horizontal changes in the tubercle's

convex region, the area between the canine germs and the anteroposterior size are unlikely to change.

Conclusion: In children with complete cleft lip defect, after cheiloplasty, there was a self-closing effect of the dental arches on both sides of the cleft palate, in which two pieces of the palate rotate to shorten the distance between them without the support of any assistive orthopedic devices. Delayed development of the anterior palatal width was observed, whereas the posterior palatal width developed normally.

Keywords: Cleft lip-palate, cheiloplasty, alveolar cleft, premaxillary.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi là một loại dị tật ở vùng mặt, gây biến dạng cấu trúc hàm mặt ở trẻ em. Phẫu thuật điều trị khe hở môi giúp tái tạo hình thái môi, hỗ trợ phục hồi thẩm mỹ và chức năng môi của trẻ. Sau khi phẫu thuật, trẻ không còn được đeo khí cụ và sự liền lạc của môi lúc này đóng vai trò như một khí cụ ép hai khối xương cung răng hai bên khe hở vào nhau.

Phẫu thuật tạo hình khe hở môi một mặt giúp sự đóng lại của 2 mảnh xương hàm trên, mặt khác có thể gây lùi hàm trên. Nhiều nghiên cứu đã đánh giá ảnh hưởng của tạo hình môi- vòm lên sự phát triển hàm trên. Bằng chứng là những bệnh nhân đã được tạo hình môi có biểu hiện lùi tầng mặt giữa và những bệnh nhân bị dị tật chưa điều trị có sự phát triển mặt gần như là bình thường cả tầng mặt giữa và cung răng.

Sự thay đổi về hình thái cung răng như thế nào sau phẫu thuật môi vẫn chưa được rõ ràng. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá sự thay đổi hình thái cung răng sau phẫu thuật tạo hình môi ở bệnh nhân bị dị tật khe hở môi toàn bộ một bên.

II. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu báo cáo loạt ca, mô tả sự thay đổi cung răng trước và sau phẫu thuật tạo hình môi. Mẫu gồm 15 bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Răng-Hàm-Mặt Mỹ Thiện, thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 6 năm 2022. Tiêu chuẩn chọn mẫu là các bệnh nhân từ 3 tháng tuổi trở lên, bị dị tật khe hở môi toàn bộ một bên, không mắc các hội chứng toàn thân và chưa điều trị khí cụ NAM trước phẫu thuật.. Bệnh nhân được lấy dấu hàm trên vào thời điểm trước phẫu thuật bằng cao su lấy dấu đặc (Silagum,

*Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đức Kỳ Trân

Email: Kytrantu@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2022

Ngày duyệt bài: 12.7.2022

DMG, Đức). Tư thế trẻ khi lấy dấu là tư thế nằm, đầu thấp. Bệnh nhân sau phẫu thuật sẽ được tái khám định kỳ vào thời điểm 1 tuần hậu phẫu, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Ở thời điểm 3, 6 tháng; trẻ sẽ được lấy dấu lại để đánh giá. Quy trình lấy dấu tương tự quy trình trước phẫu thuật. Phẫu thuật môi thực hiện bằng phương pháp đo đạc theo Fisher, bởi 1 phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm. Trong quá trình theo dõi, tất cả các bệnh nhân đều trong tình trạng sức khỏe ổn định.

Dấu sau khi lấy sẽ đem đi đổ mẫu bằng thạch cao Snow Rock (MUNGYO, Hàn Quốc). Mẫu hàm thạch cao sẽ được quét 3D bằng máy quét 3D 3shape E2 (3Shape, Đan Mạch). Tập tin mẫu hàm (định dạng đuôi .STL) được đánh dấu các điểm mốc mô tả trong nghiên cứu của tác giả Kongprasert (2019), bằng phần mềm Meshlab phiên bản 2022.02 (Italia). Các thông số độ dài là khoảng cách tuyến tính giữa các điểm. Riêng độ sâu khẩu cái trước (I-CC') và độ sâu xương hàm trên (I-TT') được tính theo ứng dụng của công thức Heron:

$$I-CC' = \frac{2\sqrt{P_1(P_1-CC')(P_1-GC)(P_1-GC')}}{CC'};$$

$$I-TT' = \frac{2\sqrt{P_2(P_2-TT')(P_2-GT)(P_2-GT')}}{TT'}$$

Với P1, P2 lần lượt là 1/2 chu vi của tam giác ICC' và ITT'

Bảng 1: Các thông số đo đạc

STT	Tên biến	Định nghĩa
1	GL	Độ rộng khe hở
2	GIC	Góc nền trước

Bảng 2: Hình thái khẩu cái trước (*khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm T0 với p<0.05)

	Trước PT	Sau PT 3 tháng	Sau PT 6 tháng	Δ=T2-T0
GL (mm)	14.21±3.55	10.39±3.08*	5.84±3.21*	-8.37
GIC (°)	152,28±7.75	144.1±7.52*	138.5±7.73*	-13.78
GCC' (°)	48.9±3.76	39.3±4.62*	34.94±8.17*	-13.96

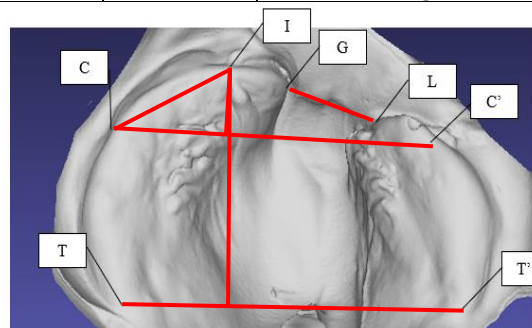
Nhận xét: Có sự giảm rõ rệt độ rộng khe hở giữa hai cung răng, góc nền trước, độ cong khẩu cái trước. Kết quả GL0=14.21±3.55mm, GL2=5.84±3.21mm. Độ rộng khe hở giảm gần bằng 1/3 so với ban đầu. GIC0, GIC2 có sự giảm đáng kể (= -13.78°) (p<0.05). Tương tự, GCC' cũng có sự giảm đáng kể từ 48.9° còn 34.94° sau 6 tháng phẫu thuật.

Bảng 3: Kích thước khẩu cái trước và sau khi phẫu thuật (*khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm T0 với p<0.05)

Kích thước (mm)	Trước PT	Sau PT 3 tháng	Sau PT 6 tháng
CC'	32.08±3.16	32.43±3.02	32.25±3.36
TT'	34.41±3.88	34.98±3.89	35.17±2.28
I-CC'	9.68±0.23	9.64±0.60	9.03±0.49
I-TT'	26.35±1.82	27.59±2.25	27.51±2.03

Nhận xét: Kích thước khẩu cái theo chiều trước sau và chiều ngang gồm: độ rộng khẩu cái trước (CC'), độ rộng khẩu cái sau (TT'), độ sâu

3	GCC'	Góc độ cong khẩu cái trước (mảnh lớn)
4	CC'	Độ rộng khẩu cái trước
5	I-CC'	Độ sâu khẩu cái trước
6	I-TT'	Độ sâu xương hàm trên



Hình 1: Các điểm mốc giải phẫu và các thông số khoảng cách

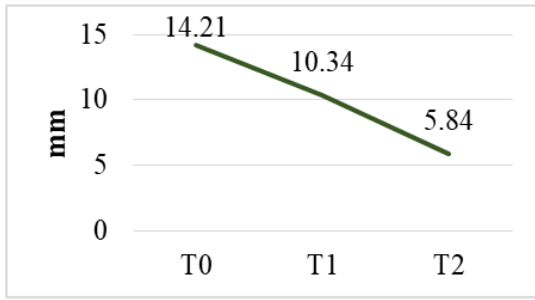
Mỗi mẫu hàm được đo bởi cùng 1 nghiên cứu viên.

Phân tích thống kê sự thay đổi mô cứng sử dụng phương pháp thống kê Kruskal-Wallis test. Độ tin cậy 95%. Sức mạnh thống kê là 80%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên tổng 15 bệnh nhân, bao gồm 11 bệnh nhân nam và 4 bệnh nhân nữ. Trong đó 13 ca có khe hở môi toàn bộ bên trái và 2 ca khe hở bên phải. Độ tuổi trung bình trước phẫu thuật là 5.5 (±1.23 tháng). Thời gian theo dõi trung bình khoảng 5.7 tháng.

khẩu cái trước (I-CC'), độ sâu xương hàm trên (I-TT') không có khác biệt ý nghĩa thống kê (p>0.05).



Hình 2: Sự thay đổi kích thước khe hở trước và sau khi phẫu thuật 6 tháng

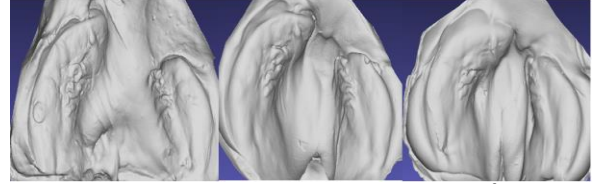
IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, đánh giá sự thay đổi khách quan dựa trên hình ảnh quét 3D của mẫu hàm thạch cao và so sánh sự sai biệt trước và sau điều trị phẫu thuật môi. Những sự thay đổi chi tiết về mô cứng có thể theo dõi trên hình ảnh này. Nhiều nghiên cứu cho rằng vị trí điểm mốc là yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến sự sai lệch trong đo đạc [4]. Để phân tích được sự thay đổi về hình thái giữa các mẫu hàm, tính tái lập là rất cần thiết để định vị lại các điểm mốc đó giữa các mẫu hàm khác nhau [4]. Các điểm mốc không phải lúc nào cũng dễ dàng nhìn thấy được, nhiều ca không thể xác định được vị trí rõ ràng. Các điểm mốc được lựa chọn chủ yếu dựa trên sự lồi và sự lõm của các cấu trúc lân cận [8]. Điều này là điểm mấu chốt trong việc chọn điểm mốc có giá trị và có thể tái lập được qua mỗi lần đo đạc.

Khó khăn của điều trị chủ yếu dựa trên độ rộng khe hở trước phẫu thuật. Trong các trường hợp khe hở rộng, cơ vòng môi hai bên cần phải bóc tách rộng và giảm căng đủ mới có thể tái tạo lại sự liền lạc. Bên cạnh đó, khe hở càng rộng, có khả năng hình thành sẹo, sẹo càng cứng càng dễ gây ra thiếu sản xương hàm trên. Do đó, việc đánh giá độ rộng của khe hở đóng vai trò cực kỳ quan trọng trong việc lượng giá độ khó của kỹ thuật phẫu thuật, cũng như tiên lượng sự thay đổi xương hàm sau phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, sau phẫu thuật tạo hình môi, hai mảnh khẩu cái xương hàm trên có khuynh hướng tiến gần lại nhau [1],[2],[4],[7].

Với vùng khẩu cái trước, nghiên cứu đã thực hiện các phép đo tuyến tính và kết quả cho thấy các thông số GL, GCC', GIC có đều khuynh hướng giảm, điều này giống với kết quả của nhiều nghiên cứu trước đó [4]. Độ rộng khe hở

(GL) có sự giảm đáng kể ($\Delta GL = -8.37\text{mm}$). Nhiều nghiên cứu cho rằng sự giảm này áp lực từ mô môi tái tạo sau khi sửa môi là nguyên nhân chính gây ra sự hẹp lại của độ rộng khe hở [3],[4],[7].



Hình 3: Hình ảnh trực quan tại thời điểm trước điều trị, sau điều trị 3 tháng, sau điều trị 6 tháng

Ngoài ra, sự tiến gần về phía khe hở cũng có thể do "hiệu ứng khuôn" được tác giả Mazaheri mô tả năm 1993, khi tác giả quan sát thấy sự tiến về phía nhau của hai mảnh khẩu cái. Do có sự giảm dần này, việc sử dụng một khí cụ có lực sau phẫu thuật môi có vẻ là không cần thiết. Sự giảm của góc GIC và GCC' trong kết quả này có khác biệt cho thấy sự thay đổi về hình thái cung răng vùng phía trước, có sự xoay nhẹ cung răng phía khe hở của mảnh lớn (điểm G) để tiến gần về phía mảnh nhỏ (điểm L). Việc hai điểm này tiến sát lại với nhau là một điểm thuận lợi cho phẫu thuật nướu-màng xương (phẫu thuật đóng lỗ thông tiền đình) trong các trường hợp khe hở tiền đình-cung răng sau này.

Độ rộng khẩu cái trước CC' có sự giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê. Tác giả Bruggink trong một kết quả nghiên cứu trên trẻ bình thường và thấy rằng khoảng cách này tương đối nhỏ hơn so với trẻ dị tật [1]. Sau phẫu thuật môi, khoảng cách giữa 2 điểm răng nanh sẽ có khuynh hướng bình thường hóa về độ lớn [1],[2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thông số này trước khi phẫu thuật tương đối cao hơn so với các nghiên cứu trước đó, nguyên nhân có thể do trẻ ở Việt Nam không có nhiều điều kiện để tiếp cận điều trị sớm, các trẻ khi đến số tháng đã tương đối lớn, kèm theo việc không phải trẻ nào cũng có điều kiện làm khí cụ chỉnh hình trước phẫu thuật. Chúng tôi quan sát thấy khoảng cách 2 răng nanh CC'=35.74mm, lớn hơn so với Bruggink (2019) và Mello (2019). Để giúp dễ dàng quan sát, chúng tôi thống kê các thông số của chúng tôi và so sánh với một số nghiên cứu gần đây thông qua bảng dưới đây [4].

Bảng 4: So sánh kết quả các thông số của nghiên cứu này với một số các nghiên cứu khác

Thông số		T0	T2
GL	Nghiên cứu này	14.21 ±3.55	5.84 ±3.21
	Kongprasert	5.99 ±2.48	1.63 ±1.54

	Bruggink	8.84 ±4.75	6.33 ±3.46
CC'	Nghiên cứu này	32.08 ±3.16	32.25 ±3.36
	Kongprasert	24.89 ±4.08	26.13 ±3.33
	Bruggink	34.23 ±3.46	33.53 ±3.15
TT'	Nghiên cứu này	34.41 ±3.88	32.25 ±3.36
	Kongprasert	31.94 ±2.90	33.64 ±2.30
	Bruggink	35.16 ±3.18	35.41 ±3.60
I-CC'	Nghiên cứu này	9.68 ± 0.23	9.03+ ±0.49
	Kongprasert	5.46 ±1.67	5.36 ±1.62
	Bruggink	9.69 ±1.65	9.01 ±1.69
I-TT'	Nghiên cứu này	26.35 ±1.82	27.51 ±2.03
	Kongprasert	23.11 ±2.38	22.06 ±2.72
	Bruggink	28.71 ±2.11	28.72 ±2.63
GIC	Nghiên cứu này	152.28 ±7.75	138.5 ±7.73
	Kongprasert	132.58 ±6.84	127.95 ±6.51
GCC'	Nghiên cứu này	48.9 ±3.76	34.94 ±8.17
	Kongprasert	28.76 ±6.39	21.61 ±3.31

Trong nghiên cứu này, độ sâu khẩu cái trước (I-CC') trước và sau phẫu thuật không có khác biệt có ý nghĩa, điều này tương đồng với kết quả của tác giả Kongprasert (2019), Bruggink (2020), Neuschulz (2013) [1],[4],[6]. Tuy nhiên, theo tác giả Huang (2002), độ sâu này có khuynh hướng giảm. Theo Krammer (1992), sự thay đổi nhỏ ở số đo này là do sự tăng trưởng theo chiều dài, chủ yếu chỉ diễn ra ở phần phía sau mầm răng nanh.

Về độ sâu xương hàm trên I-TT', chúng tôi quan sát thấy có sự tăng trưởng nhẹ từ 24,48mm (trước phẫu thuật) đến 25,23mm sau phẫu thuật. Rõ ràng, sự tiến về phía trong của khẩu cái của điểm G sẽ làm độ sâu xương hàm ngăn lại, tuy nhiên, sự ngăn này có thể sẽ được bù trừ bằng sự tăng trưởng của toàn bộ cung hàm trong năm đầu tiên theo chiều trước sau. Tương tự, khoảng cách giữa hai lõi củ TT' có sự tăng nhẹ, nhưng không có ý nghĩa thống kê. Lực ép từ môi gây ra sự xoay nhẹ mảnh lớn quanh vùng chân bướm, vừa gây hẹp vùng phía trước, vừa làm rộng vùng phía sau. Kết quả này tương ứng với kết quả của tác giả Mello (2019), trong khi Bruggink và một số nghiên cứu khác cũng thấy rằng đa phần các ca đều có số đo TT' chỉ tăng nhẹ hoặc gần như không đổi [1],[5].

Về lâu dài, thiếu sản xương hàm trên và tăng mặt giữa là một tình trạng rất phổ biến ở trẻ bị dị tật khe hở môi-vòm miệng. Những bệnh nhân bị khe hở môi nhưng chưa phẫu thuật lại có độ lõm bình thường, chỉ có cung răng không đều đặn[4]. Có nhiều nguyên nhân có thể gây ra sự lùi hàm trên, tuy nhiên một số tác giả cho rằng nhiều khả năng do ảnh hưởng của can thiệp điều trị, gây ra áp lực từ môi và sẹo quanh xương hàm trên chính là nguyên nhân gây ra sự phát

triển mất cân bằng này [1],[4],[7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này chỉ ra có sự thay đổi đáng kể về hình thái cung hàm của trẻ trước và sau phẫu thuật môi, có sự tự khép lại của hai bên khe hở, đặc biệt là vùng phía trước. Vùng phía sau ít thay đổi. Tái tạo môi mặc dù tái tạo lại chức năng và thẩm mỹ cho trẻ nhưng có thể gây ra lực ép qua mức lên mặt trước của cung răng hàm trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bruggink Robin, Baan Frank, Kramer Gem, Claessens Colet, Kuijpers-Jagtman Anne Marie, et al. (2020)**, "The effect of lip closure on palatal growth in patients with unilateral clefts". 8, pp. e9631.
- Ambrosio Eloá Cristina Passucci, Sforza Chiarella, De Menezes Márcio, Carrara Cleide Felício Carvalho, Machado Maria Aparecida Andrade Moreira, et al. (2018)**, "Post-surgical effects on the maxillary segments of children with oral clefts: New three-dimensional anthropometric analysis". 46 (9), pp. 1511-1514.
- Braumann Bert, Keilig Ludger, Stelzig-Eisenhauer Angelika, Bourauel Christoph, Bergé Stefaan, et al. (2003)**, "Patterns of maxillary alveolar arch growth changes of infants with unilateral cleft lip and palate: preliminary findings". 40 (4), pp. 363-372.
- Kongprasert Thanawut, Winaikosol Kengkart, Pisek Araya, Manosudprasit Aggasit, Manosudprasit Amornrut, et al. (2019)**, "Evaluation of the Effects of Cheiloplasty on Maxillary Arch in UCLP Infants Using Three-Dimensional Digital Models". 56 (8), pp. 1013-1019.
- Mello Bianca Zeponi Fernandes, Ambrosio Eloá Cristina Passucci, Jorge Paula Karine, de Menezes Márcio, Carrara Cleide Felício Carvalho, et al. (2019)**, "Analysis of Dental Arch in Children With Oral Cleft Before and After the Primary Surgeries". 30 (8), pp. 2456-2458.

6. Neuschulz J., Schaefer I., Scheer M., Christ H., Braumann B. (2013), "Maxillary reaction patterns identified by three-dimensional analysis of casts from infants with unilateral cleft lip and palate". J Orofac Orthop, 74 (4), pp. 275-86.
7. Rousseau Pascal, Metzger Marc, Frucht Sibylle, Schupp Wipke, Hempel Mareike, et al. (2013), "Effect of lip closure on early maxillary

growth in patients with cleft lip and palate". 15 (5), pp. 369-373.

8. Braumann Bert, Keilig Ludger, Bourauel Christoph, Niederhagen Bernd, Jäger Andreas %J Annals of Anatomy-Anatomischer Anzeiger (1999), "3-dimensional analysis of cleft palate casts". 181 (1), pp. 95-98.

KHẢO SÁT TỶ LỆ SỬ DỤNG CÁC THUỐC ỨNG CHẾ HỆ RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERON Ở NGƯỜI SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI GIẢM THEO HƯỚNG DẪN NĂM 2020 CỦA BỘ Y TẾ VIỆT NAM

Nguyễn Tấn Đạt*, Trần Kim Trang*

TÓM TẮT

Vấn đề: Nhóm thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin-Aldosteron (RAA) là một trong những chỉ định điều trị cho người suy tim phân suất tổng máu thất trái (ST PSTMTT) giảm theo phác đồ của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định và liều trung bình của thuốc ức chế men chuyển (UCMC), ức chế thụ thể (UCTT), kháng Aldosteron (MRA) và thuốc ức chế kép thụ thể Angiotensin Nephilysin (ARNI) là Sacubitril/Valsartan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả trên 164 người suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm điều trị nội trú tại khoa Nội Tim Mạch Bệnh Viện Chợ Rẫy từ tháng 3- 6/2022. **Kết quả:** Có 99,4% bệnh nhân được điều trị với ít nhất một trong những thuốc ức chế hệ RAA, 72,6% bệnh nhân sử dụng đồng thời một trong ba thuốc UCMC/UCTT/ARNI kết hợp MRA. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế men chuyển là 56,7%, thuốc ức chế thụ thể 4,3%, thuốc kháng Aldosteron 84,1% và Sacubitril/Valsartan là 26,8%. Số bệnh nhân dùng thuốc gần đạt liều đích cao nhất với nhóm kháng Aldosteron: 53,6% người đạt 50-<75% liều đích, 46,5% đạt ≥75% liều đích; và thấp nhất với thuốc ARNI: 22,7% người bệnh đạt <25% liều đích, 59,1% đạt 25-<50% liều đích, 18,2% đạt 50-<75% liều đích, không trường hợp nào đạt ≥75% liều đích. **Kết luận:** Tỷ lệ sử dụng các thuốc nhóm ức chế hệ RAA cao nhưng đa số chưa đạt liều đích.

Từ khóa: suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, lợi tiểu kháng Aldosterone, ARNI

SUMMARY

SURVEYING RATE OF USING RENIN-

*Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Đạt

Email: ntdyct@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022

Ngày duyệt bài: 11.7.2022

ANGIOTENSIN-ALDOSTERON SYSTEM INHIBITORS IN HEART FAILURE PATIENTS WITH REDUCED LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION ACCORDING TO THE VIETNAMESE MINISTRY OF HEALTH'S GUIDANCE IN 2020

Background: RAASi are one of the indications for treatment of heart failure patients with reduced left ventricular ejection fraction (LVEF) recommended by Vietnam Ministry of Health in 2020. **Objectives:** To determine the rate of patients prescribed and the average dose of Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACE inhibitors), angiotensin receptor blockers (ARB), mineralocorticoid receptor antagonists (MRAs) and angiotensin receptor–nephilysin inhibitor (ARNI) drug. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 164 heart failure patients with reduced LVEF at the Cardiology Department of Cho Ray Hospital from March to June 2022. **Results:** 99.4% of patients were treated with at least 1 out of 4 RAASi drugs. 72.6% of patients were used both ACEI/UCTT/ARNI and MRA. The percentage of patients using ACE inhibitors was 56.7%, ARB inhibitors 4.3%, MRA 84.1% and ARNI 26.8%. The rate of patient using medication dose close to target dose was highest with MRA: 53.6% of patients reached 50-<75% of the target dose, 46.5% reached ≥75% of the target dose; and lowest with ARNI: 22.7% of patients reached <25% of target dose, 59.1% reached 25-<50% of target dose, 18.2% reached 50-<75% of target dose, none of them reached ≥75% of target dose. **Conclusion:** The prescribed proportion of RAA inhibitors was high but almost under target dose.

Keywords: heart failure, reduced left ventricular ejection fraction, ACE inhibitors, angiotensin receptor blockers, mineralocorticoid receptor antagonist, angiotensin receptor–nephilysin inhibitor, Sacubitril/Valsartan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là vấn đề sức khỏe cộng đồng, ảnh