

3. Nguyễn Quang Nghĩa, Lê Tuấn Linh, Ngô Lê Tâm và cộng sự (2007), "Đánh giá hiệu quả của phương pháp dẫn lưu mật qua da trong ung thư đường mật: chỉ định và kỹ thuật", Y học Việt Nam, 1, trang 15-20.
4. Nguyễn Quốc Vinh, Đặng Văn Tâm (2009), "Vai trò dẫn lưu đường mật và đặt stent qua da trong điều trị giảm nhẹ tắc mật do bệnh lý ác tính", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 14, trang 98-103.
5. Yang X., Qin Y., Hu J., et al. (2017), "Application of continuity nursing model in caring patients receiving percutaneous transhepatic biliary drainage", Journal of Interventional Radiology (China), 26, trang 180-183.
6. Sayed S. A., Abu-Aisha H., Ahmed M. E., et al. (2013), "Effect of the patient's knowledge on peritonitis rates in peritoneal dialysis", Perit Dial Int, 33 (4), trang 362-366.
7. Nguyễn Thị Thu Hà, Trần Đức Hùng, Kiều Chí Thành (2015), "Đánh giá Kiến thức và Khả năng sát khuẩn tay của nhân viên y tế một số khoa lâm sàng Bệnh viện Quân Y 103", Hội nghị Khoa học Điều Dưỡng Bý Quân y 103.
8. Trần Thị Thu Trang, Nguyễn Tấn Thuận, Nguyễn Phú Ngọc Hân (2017), "Đánh giá Hiệu quả can thiệp về vệ sinh tay cho nhân viên y tế tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh năm 2017", Thời sự Y học. trang 55-59.

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

Trần Quốc Tường¹, Phạm Thành Suôi¹, Nguyễn Hoàng Bách¹,
Trần Trọng Tuấn², Lâm Vĩnh Thoại³, Đặng Minh Sang⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng vành cấp là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Theo thống kê của Hội Tim mạch Hoa Kỳ năm 2021, ước tính mỗi năm có 805.000 trường hợp mắc hội chứng vành cấp, số ca mới mắc chiếm 605.000 trường hợp, cứ mỗi 40 giây có thêm một trường hợp mắc hội chứng vành cấp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm sử dụng thuốc, tính hợp lý về chỉ định và liều dùng của các nhóm thuốc: Chống đông, kháng kết tập tiểu cầu, ACEIs/ARBs, chẹn beta, và statin điều trị tại khoa Tim mạch - Lão học trong vòng 24 giờ đầu kể từ lúc nhập viện, tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 230 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu tại khoa Tim mạch - Lão học (bệnh chính) mắc bệnh hội chứng vành cấp từ 15/02/2022-15/05/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của 230 mẫu nghiên cứu là (67,7 ± 13,6) tuổi. Đa phần bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tim mạch như: Rối loạn lipid máu (87,4%), tăng huyết áp (84,3%). Trong 24 giờ đầu nhập viện, tỷ lệ nhóm thuốc chống đông, kháng kết tập tiểu cầu, ACEIs/ARBs, chẹn beta và statin được kê đơn chiếm tỷ lệ lần lượt là 91,7%; 98,3%; 80%; 15,2%; 88,7%. Tỷ lệ hợp lý chỉ định và liều dùng của các nhóm thuốc: Chống đông, kháng kết tập tiểu cầu, ACEIs/ARBs, chẹn beta, statin chiếm tỷ lệ

là (92,6%-83,5); (95,2%-78,9%); (89,2%-100%); (70,8%-100%); (88,8%-72,3%). **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn điều trị hội chứng vành cấp trên bệnh nhân nội trú tại khoa Tim mạch - Lão học trong vòng 24 giờ đầu nhập viện cao, tại bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

Từ khóa: Hội chứng vành cấp, hướng dẫn, nội trú, tỷ lệ sử dụng thuốc.

SUMMARY

THE SITUATION OF MEDICATION USE IN THE TREATMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN INPATIENTS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL IN 2022-2023

Background: Acute coronary syndrome is the cause of death. According to the American Heart Association's 2021 statistics, an estimated 805,000 cases of acute coronary syndrome occur each year, with 605,000 new cases, and one new case occurs every 40 seconds. **Objectives:** To describe the characteristics of medication use, rationality of indications and dosages of drug groups: Anticoagulants, antiplatelet agents, ACEIs/ARBs, beta-blockers, and statins used in the cardiology-geriatrics department within the first 24 hours of admission to Can Tho General Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study of 230 medical records of patients diagnosed with acute coronary syndrome on admission to the cardiology-geriatrics department (main disease) from February 15, 2022 to May 15, 2023. **Results:** The average age of the 230 study subjects was (67.7 ± 13.6) years. Most patients had cardiovascular risk factors: Dyslipidemia (87.4%) and hypertension (84.3%). In the first 24 hours of admission, the proportion of anticoagulants, antiplatelet agents, ACEIs/ARBs, beta-blockers, and statins prescribed was 91.7%, 98.3%, 80%, 15.2%, 88.7%, respectively. The proportion of rational

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại Học Tây Đô

³Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Thuận

⁴Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Tường

Email: tranquocuong0806@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.6.2023

Ngày duyệt bài: 7.7.2023

indications and dosages of drug groups: Anticoagulants, antiplatelet agents, ACEIs/ARBs, beta-blockers, statins were (92.6%-83.5%), (95.2%-78.9%), (89.2%-100%), (70.8%-100%), and (88.8%-72.3%), respectively. **Conclusions:** The rate of compliance with acute coronary syndrome treatment guidelines in hospitalized patients in the cardiology-geriatrics department within the first 24 hours of admission is high at Can Tho General Hospital.

Keywords: Acute coronary syndrome, guidelines, inpatient, rate of drug use.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù đã có những tiến bộ đáng kể trong chẩn đoán và điều trị, hội chứng vành cấp (HCVC) vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới và tại Việt Nam [2], [6]. Theo Hội Tim mạch Hoa Kỳ năm 2021, số ca mắc mới hàng năm ước tính 605.000 ca [10]. Hút thuốc lá, nồng độ cholesterol cao, đái tháo đường, tăng huyết áp, thừa cân/béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ tim mạch [7]. Với sự tiến bộ của khoa học các hướng dẫn điều trị thường xuyên được sửa đổi, bổ sung nhằm phù hợp với điều trị. Từ năm 2019 đến nay, Bộ Y tế Việt Nam cũng như các hiệp hội tim mạch quốc tế đã ban hành hướng dẫn chuyên môn trong chuẩn đoán và điều trị HCVC [1], [2], [7]. Hiện nay, chưa có số liệu chính thức về tỷ lệ kê đơn hợp lý theo các hướng dẫn điều trị HCVC tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. Do đó, chúng tôi tiến hành phân tích đặc điểm sử dụng thuốc, tính hợp lý về chỉ định và liều dùng của các nhóm thuốc theo các hướng dẫn điều trị HCVC trên BN nội trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án của BN chẩn đoán mắc NMCT cấp có ST chênh lên (STEMI), NMCT cấp không ST chênh lên (NSTEMI), đau thắt ngực không ổn định (AU), điều trị nội trú tại khoa Tim mạch - Lão học, bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ 15/02/2022 - 15/05/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Hồ sơ bệnh án của BN được chẩn đoán ban đầu tại khoa Tim mạch - Lão học (bệnh chính) mắc HCVC, theo hướng dẫn chẩn đoán và xử trí HCVC của Bộ Y tế 2019.

- Có đầy đủ hoặc được chỉ định làm xét nghiệm hoá sinh: (Creatinine huyết thanh, AST/ALT, kali máu) và có tần số tim khi khoa Tim mạch - Lão học điều trị ban đầu.

- Hồ sơ bệnh án của BN ≥ 18 tuổi, điều trị tại khoa Tim mạch - Lão học trong vòng 24 giờ đầu

nhập viện.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ các thông tin: Tuổi, thời gian vào khoa Tim mạch - Lão học.

- BN mắc các bệnh lý đi kèm: Nhiễm trùng huyết, ung thư, lao phổi.

Địa điểm nghiên cứu: Phòng lưu trữ hồ sơ bệnh án, bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu:

$$n = z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

- n: Cỡ mẫu nghiên cứu (số hồ sơ bệnh án)

- Z: Hệ số tin cậy, Z = 1,96 với độ tin cậy 95%.

- p: Tỷ lệ sử dụng hợp lý của nhóm thuốc Statin ở bệnh nhân HCVC. Theo nghiên cứu của Nguyễn Khánh Gia Bảo và cộng sự, tỷ lệ sử dụng hợp lý của nhóm Statin điều trị HCVC là 81,6%. Chọn p = 0,816.

- d: Sai số cho phép 5%. Chọn d = 0,05.

Thay các giá trị trên vào công thức, chúng tôi tính được n = 230 hồ sơ bệnh án.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Dựa vào số số lượng thực tế BN được tiếp nhận tại Khoa Tim Mạch - Lão Học, bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ 15/02/2022 - 15/05/2023.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Tuổi, giới tính, BMI, tần số tim, huyết áp tâm thu (HATT), mức lọc cầu thận, AST/ALT, EF và một số yếu tố nguy cơ tim mạch.

- Tỷ lệ kê đơn và hợp lý các nhóm thuốc (Chống đông, kháng kết tập tiểu cầu (KTTC), ACEIs/ARBs, chẹn beta, chẹn kênh calci, lợi tiểu kháng aldosterone, statin).

Nhận xét tính hợp lý: Tiêu chí đánh giá tính hợp lý chỉ định và liều dùng của các nhóm thuốc được căn cứ dựa trên các nguồn tài liệu: (1) Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí HCVC của Bộ Y tế năm 2019; (2) Hướng dẫn quản lý NMCT cấp có ST chênh lên năm 2013 của (ACCF/AHA); (3) Hướng dẫn quản lý hội chứng vành cấp không ST chênh lên năm 2014 của (AHA/ACC); (4) Hướng dẫn quản lý NMCT cấp có ST chênh lên năm 2017 của (ESC); (5) Hướng dẫn quản lý hội chứng vành cấp không ST chênh lên dai dẳng năm 2020 của (ESC). Đánh giá hợp lý chỉ định các nhóm thuốc, tiếp tục đánh giá tiếp hợp lý liều dùng. Được trình bày ở bảng 1 và bảng 2.

Bảng 1. Tiêu chí đánh giá tính hợp lý của chỉ định thuốc trong 24 giờ đầu nhập viện

Thuốc	Chỉ định hợp lý	Chỉ định không hợp lý	Cơ sở
Chống đông	Sử dụng nếu không có chống chỉ định theo hướng dẫn sử dụng thuốc hoặc Dược thư Quốc gia Việt Nam.	Không kê đơn dù có chỉ định	[2], [6]
KKTTC		Không kê đơn KKTTC kép dù có chỉ định	[1-3] [5-9]
ACEIs/ARBs	Sử dụng ở tất cả BN có (EF <40%), tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn ổn định, trừ khi có chống chỉ định.	Không được kê đơn dù có chỉ định	[3-4]
Chẹn beta	Sử dụng nếu không có một trong các dấu hiệu: Suy tim hoặc có chống chỉ định tương đối khác.		[1-9]
Chẹn kênh calci	Sử dụng khi không có chống chỉ định theo hướng dẫn sử dụng thuốc hoặc Dược thư Quốc gia Việt Nam.	Dùng nifedipin tác dụng nhanh	[2-3][5-9]
Lợi tiểu kháng Aldosteron		BN suy thận, tăng kali máu.	[2-3][5-9]
Statin	Sử dụng nếu không có chống chỉ định theo hướng dẫn sử dụng thuốc hoặc Dược thư Quốc gia Việt Nam.	Không được kê đơn dù có chỉ định hoặc chỉ định liều thấp Men gan >3 lần giới hạn trên bình thường.	[1-9]

Bảng 2. Tiêu chí đánh giá tính hợp lý liều dùng thuốc trong 24 giờ đầu nhập viện

Thuốc	Liều dùng hợp lý	Liều dùng không hợp lý	Cơ sở
Chống đông	Tuân thủ theo hướng dẫn sử dụng thuốc hoặc Dược thư Quốc gia Việt Nam.	Liều <±10% so với khuyến cáo Chưa hiệu chỉnh liều enoxaparin ở BN (≥75 tuổi), suy thận (eGFR <30ml/phút/1,73m ²).	[2-3], [5-9]
KKTTC	Tuân thủ theo hướng dẫn sử dụng thuốc hoặc Dược thư Quốc gia Việt Nam.	Không dùng liều nạp: KKTTC kép hoặc KKTTC đơn	[2-3], [5-9]
ACEIs/ARBs; Chẹn beta Chẹn kênh calci; Lợi tiểu kháng Aldosteron		Liều cao hơn so với khoảng liều	[1-9]
Statin	Atorvastatin 40-80mg Rosuvastatin 20-40mg	Liều thấp hơn so với khuyến cáo	[1-3], [5-9]

Phương pháp thu thập số liệu: Thông tin BN và thông tin sử dụng thuốc điều trị HCVC được thu thập từ hồ sơ bệnh án của BN đạt tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ, tiến hành điền vào phiếu thu thập thông tin.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Tất cả các số liệu thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và

SPSS 26.0.

Y đức: Nghiên cứu được thực hiện hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của BN, không có can thiệp trong quá trình điều trị của bệnh nhân. Đề tài nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ chấp thuận Số 22.195.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Bảng 3. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	UA	NSTEMI	STEMI	Tổng	
Cỡ mẫu, n (%)	121 (52,6)	26 (11,3)	83 (36,1)	230 (100)	
Giới tính (Nam), n (%)	52 (43,0)	9 (34,6)	54 (65,1)	115 (50,0)	
Tuổi, (TB ± ĐLC) (nhỏ nhất - lớn nhất)	67,6 ± 13,6 (35-102)	68,6 ± 14,6 (32-92)	67,6 ± 13,3 (32-97)	67,7 ± 13,6 (31-102)	
Tuổi: ≥65, n (%)	74 (61,2)	18 (69,2)	51 (61,4)	143 (62,2)	
BMI (kg/m ²) (TB ± ĐLC)	21,4 ± 2,9	21,1 ± 2,4	21,0 ± 2,4	21,1 ± 2,6	
Nhịp tim	≥100 lần/phút	32 (26,4)	12 (46,2)	22 (26,5)	66 (28,7)
	≤60 lần/phút	13 (10,7)	2 (7,7)	9 (10,8)	24 (10,4)
HATT	≥140 mmHg	23 (19,0)	2 (7,7)	25 (30,1)	50 (21,7)

	≤90 mmHg	2 (1,7)	-	1 (1,2)	3 (1,3)
Mức lọc cầu thận	≥60 ml/phút	58 (47,9)	10 (38,5)	41 (49,4)	109 (47,4)
	30-59 ml/phút	54 (44,6)	14 (53,8)	35 (42,2)	103 (44,8)
	15-29 ml/phút	6 (5,0)	2 (7,7)	7 (8,4)	15 (6,5)
	<15 ml/phút	3 (2,5)	-	-	3 (1,3)
Men gan	AST (U/L) >3 lần	2 (1,7)	2 (7,7)	20 (24,1)	24 (10,4)
	ALT (U/L) >3 lần	3 (2,5)	2 (7,7)	12 (14,5)	17 (7,4)
EF (khi nhập viện)	<40%	2 (1,7)	1 (3,8)	10 (12,0)	13 (5,7)
	40-50%	5 (4,1)	3 (11,5)	13 (15,7)	21 (9,1)
	>50%	20 (16,5)	6 (23,1)	13 (15,7)	39 (17,0)

Nhận xét: Phần lớn BN điều trị tại khoa Tim mạch - Lão học trong vòng 24 giờ đầu kể từ lúc nhập viện là thể UA (52,6%). Nhịp tim, mức lọc cầu thận ở thể UA có sự rối loạn cao. Men gan, HATT, phân suất tổng máu ở thể STEMI có rối loạn nhiều nhất.

Bảng 4. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch

Yếu tố nguy cơ tim mạch	UA (n=121)	NSTEMI (n=26)	STEMI (n=83)	Tổng (n=230)
Nam >55 tuổi	36 (29,8)	4 (15,4)	45 (54,2)	85 (37,0)
Nữ >65 tuổi	46 (38,0)	13 (50,0)	21 (25,3)	80 (34,8)
BMI ≥23 kg/m ²	30 (24,8)	7 (26,9)	17 (20,5)	54 (23,5)
Hút thuốc lá	4 (3,3)	-	3 (3,6)	7 (3,0)
Tăng huyết áp	108 (89,3)	18 (69,2)	68 (81,9)	194 (84,3)
Đái tháo đường	32 (26,4)	8 (30,8)	18 (21,7)	58 (25,2)
Rối loạn lipid máu	108 (89,3)	23 (88,5)	70 (84,3)	201 (87,4)

Nhận xét: Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm cao nhất (87,4%), tăng huyết áp (84,3%).

3.2. Xác định tỷ lệ các nhóm thuốc điều trị hội chứng vành cấp trong 24 giờ đầu nhập viện tại khoa Tim mạch - Lão học

Bảng 5. Tỷ lệ kê đơn các nhóm thuốc trong 24 giờ đầu nhập viện tại khoa Tim mạch - Lão học

Nhóm	Can thiệp PCI (n=31)	Điều trị nội khoa (n=199)	Tổng (n=230)
Chống đông	29 (93,5)	182 (91,5)	211 (91,7)
KKTTC	31 (100)	195 (98)	226 (98,3)
ACEIs/ARBs	21 (67,7)	163 (81,9)	184 (80)
Chẹn beta	2 (6,5)	33 (16,6)	35 (15,2)
Chẹn kênh calci	1 (3,2)	22 (11,1)	23 (10)
Lợi tiểu kháng Aldosteron	3 (9,7)	17 (8,5)	20 (8,7)
Statin	24 (77,4)	180 (90,5)	204 (88,7)

Nhận xét: Các nhóm thuốc trong nghiên cứu có tỷ lệ kê đơn trên 80%, ngoại trừ nhóm thuốc chẹn beta chỉ được kê đơn với tỷ lệ 15,2%, do phần lớn BN có tiền sử mắc bệnh suy tim hoặc thận trọng khi dùng nhóm thuốc này.

3.3. Hợp lý chỉ định và liều dùng các nhóm thuốc trong 24 giờ đầu nhập viện tại khoa Tim mạch - Lão học

Bảng 6. Tỷ lệ hợp lý chỉ định các nhóm thuốc trong 24 giờ đầu nhập viện

Hợp lý	UA (n=120)	NSTEMI (n=26)	STEMI (n=83)	Tổng (n=229)
Chống đông				
Hợp lý chỉ định, n (%)	108 (90,0)	24 (92,3)	80 (96,4)	212 (92,6)
KKTTC				
Hợp lý chỉ định, n (%)	115 (95,8)	26 (100)	77 (92,8)	218 (95,2)
ACEIs/ARBs				
Hợp lý chỉ định, n (%)	102 (96,2)	19 (79,2)	59 (83,1)	180 (89,2)
Chẹn beta				
Hợp lý chỉ định, n (%)	21 (70)	7 (77,8)	6 (66,7)	34 (70,8)

Chẹn kênh calci	(n=17)	(n=1)	(n=5)	(n=23)
Hợp lý chỉ định, n (%)	17 (100)	1 (100)	5 (100)	23 (100)
Lợi tiểu kháng Aldosteron	(n=9)	(n=2)	(n=9)	(n=20)
Hợp lý chỉ định, n (%)	9 (100)	2 (100)	9 (100)	20 (100)
Statin	(n=116)	(n=25)	(n=74)	(n=215)
Hợp lý chỉ định, n (%)	110 (94,9)	22 (88)	59 (79,7)	191 (88,8)

Nhận xét: Nhìn chung, tỷ lệ hợp lý chỉ định của các nhóm thuốc là 89%, Chống đông (92,6%), KKTTC (95,2%), statin (88,8%). Trong đó, chẹn beta (70,8%). Chỉ định thuốc chưa hợp lý ở các nhóm thuốc khi không được kê đơn dù có chỉ định.

Bảng 6. Tỷ lệ hợp lý liều dùng của các nhóm thuốc trong 24 giờ đầu nhập viện

Hợp lý	UA	NSTEMI	STEMI	Tổng
Chống đông	(n=108)	(n=24)	(n=80)	(n=212)
Hợp lý liều dùng, n (%)	88 (81,5)	21 (87,5)	68 (85,0)	177 (83,5)
KKTTC	(n=115)	(n=26)	(n=77)	(n=218)
Hợp lý liều dùng, n (%)	98 (85,2)	20 (76,9)	54 (70,1)	172 (78,9)
ACEIs/ARBs	(n=102)	(n=19)	(n=59)	(n=180)
Hợp lý liều dùng, n (%)	102 (100)	19 (100)	59 (100)	180 (100)
Chẹn beta	(n=21)	(n=7)	(n=6)	(n=34)
Hợp lý liều dùng, n (%)	21 (100)	7 (100)	6 (100)	34 (100)
Chẹn kênh calci	(n=17)	(n=1)	(n=5)	(n=23)
Hợp lý liều dùng, n (%)	17 (100)	1 (100)	5 (100)	23 (100)
Lợi tiểu kháng Aldosteron	(n=9)	(n=2)	(n=9)	(n=20)
Hợp lý liều dùng, n (%)	9 (100)	2 (100)	9 (100)	20 (100)
Statin	(n=110)	(n=22)	(n=59)	(n=191)
Hợp lý liều dùng, n (%)	70 (63,6)	17 (77,3)	51 (86,4)	138 (72,3)

Nhận xét: Tỷ lệ hợp lý liều dùng các nhóm thuốc (ACEIs/ARBs, chẹn beta) đạt 100%; trong đó, chống đông (83,5%), KKTTC (78,9%), statin (72,3%). Lý do liều dùng chưa hợp lý là không dùng liều nạp phác đồ KKTTC kép hoặc đơn. BN chưa được kê đơn rosuvastatin, atorvastatin liều mạnh. Chống đông thường kê đơn liều thấp hơn $\pm 10\%$ so với khuyến cáo.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Phần lớn BN là nam giới cao tuổi (trung bình là 67,7 \pm 13,6), và được chẩn đoán mắc thể bệnh UA nhiều nhất (52,6%), cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Khánh Gia Bảo (32,2%) [1]. Điều này có thể lý giải đây là bệnh viện tỉnh, các BN với các thể bệnh HCVC nặng hơn được chuyển viện khi phân loại tại phòng cấp cứu.

4.2. Tỷ lệ kê đơn các nhóm thuốc trong 24 giờ đầu nhập viện tại khoa Tim mạch - Lão học. Nghiên cứu đã chỉ ra hầu hết các nhóm thuốc quan trọng trong điều trị HCVC đều có tỷ lệ kê đơn cao trên 80%, ngoại trừ nhóm chẹn beta. Tỷ lệ sử dụng nhóm thuốc ƯCMC/CTTA là 80%, cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Khánh Gia Bảo (66,7) [1]. Chẹn beta là 15,2%, thấp hơn kết quả của Nguyễn Khánh Gia Bảo là 36,8%, Hồ Đăng Duẩn là 27,7% [1],

[4], có thể phần lớn mẫu nghiên cứu của chúng tôi BN có tiền sử mắc bệnh suy tim.

4.3. Hợp lý chỉ định và liều dùng các thuốc trong 24 giờ đầu nhập viện tại khoa Tim mạch - Lão học. Trong 230 hồ sơ bệnh án của BN, hợp lý chỉ định của các nhóm thuốc cao trên (89%); trong đó, chống đông (92,6%), KKTTC (95,2%), statin (88,8%). Hợp lý liều dùng nhóm (ACEIs/ARBs, chẹn beta) đạt 100%. Cho thấy đội ngũ y bác sĩ tại khoa Tim mạch - Lão học rất quan tâm tới việc kê đơn, giúp cải thiện tiên lượng lâu dài cho tình trạng sức khỏe bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Đa phần BN điều trị tại khoa Tim mạch - Lão học trong vòng 24 giờ đầu kể từ lúc nhập viện chủ yếu là thể bệnh UA. BN có các yếu tố nguy cơ tim mạch: Rối loạn lipid máu, cao huyết áp, cao tuổi. Các nhóm thuốc sử dụng trong điều trị HCVC được tuân thủ tốt theo các khuyến cáo điều trị hiện nay. Cần lưu ý vấn đề sử dụng các thuốc điều trị chính trong HCVC hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Khánh Gia Bảo, Nguyễn Văn Tân, Trần Quỳnh Như và cs. (2022), "Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tại Bệnh viện Thống Nhất", Tạp Chí Y học Việt Nam, 511(1), pp.38-45.

2. **Bộ Y tế Việt Nam (2019)**, Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng vành cấp, Quyết định số 2187/QĐ-BYT ngày 23/12/2020 của Bộ Y tế.
3. **Bộ Y tế Việt Nam (2018)**, Dược thư Quốc gia Việt Nam. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Hồ Đăng Dẫn, Châu Ngọc Hoa (2017)**, "Tần số tim và sử dụng thuốc chẹn beta ở bệnh nhân hội chứng vành cấp", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 21(1), tr.179-184.
5. **Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., et al. (2014)**, "2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines" Journal of the American College of Cardiology, 64(24), pp. e139-e228.
6. **Bergmark, B. A., Mathenge, N., Giuliano, R. P. et al. (2022)**, "Acute coronary syndromes", The Lancet. 399(10332), pp.1347-1358.
7. **Collet, J. P., Thiele, H., Barbato, E., et al. (2021)**, "2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)", European heart journal, 42(14), pp.1289-1367.
8. **Ibanez, B., James, S., et al. (2018)**, "2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)", European heart journal, 39(2), pp.119-177.
9. **O'gara, P. T., Kushner, F. G., Ascheim, D. et al. (2013)**, "2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines", Journal of the American college of cardiology, 61(4), pp. e78-e140.
10. **Tsao, C. W., Aday, A. W., Almarazg, Z. I., Alonso, A., Beaton, A. Z., Bittencourt, M. S., and American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. (2022)**, "Heart disease and stroke statistics-2022 update: a report from the American Heart Association, Circulation", 145(8), pp. e153-e639.

GIÁ TRỊ TIÊU CHUẨN "CŨ VÀ MỚI" TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT CƠN TIM NHANH PHỨC BỘ QRS GIÃN RỘNG

Phan Đình Phong¹, Nguyễn Tuấn Việt²,
Võ Duy Văn¹, Lê Võ Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán âm tính, dương tính 5 tiêu chuẩn phân biệt cơ chế cơn tim nhanh QRS giãn rộng: (1) Brugada, (2) Bayesian, (3) Griffith, (4) PAVA, (5) Vereckei aVR. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phân tích hồi cứu cơn tim nhanh QRS giãn rộng được thăm dò điện sinh lý tim. So sánh giá trị các tiêu chuẩn truyền thống hoặc mới. **Kết quả:** 86 điện tâm đồ cơn tim nhanh: 38 cơn chẩn đoán là cơn tim nhanh thất, 48 cơn chẩn đoán là cơn tim nhanh trên thất. Áp dụng 5 tiêu chuẩn phân biệt có độ chính xác tương đương nhau (mức độ trung bình) mặc dù PAVA (DII RWPT) có độ chính xác thấp hơn lưu đồ Brugada có ý nghĩa thống kê (69,8% và 78,2%, $P = 0,031$). PAVA có độ nhạy (60,5%) thấp hơn lưu đồ Brugada (88,0%), Griffith (94,2%) và Bayesian (88,6%) ($P < 0,001$). Tiêu chuẩn Griffith có độ đặc hiệu (39,8%) thấp hơn DII RWPT (77,1%), lưu đồ Brugada (58,9%) và Bayesian (51,7%) ($P < 0,05$).

Tỷ số khả dĩ dương PAVA, lưu đồ Brugada, Bayesian, Vereckei aVR và Griffith lần lượt là 2,64; 2,13; 1,89; 1,60 và 1,57. **Kết luận:** Tiêu chuẩn chẩn đoán "mới" tỏ ra không ưu thế hơn lược đồ Brugada trong phân biệt cơ chế cơn tim nhanh có phức bộ QRS rộng.

Từ khóa: Nhịp nhanh thất, nhịp nhanh trên thất, cơn tim nhanh phức bộ QRS giãn rộng, lưu đồ Brugada, tiêu chuẩn PAVA.

SUMMARY

THE VALUE OF "OLD AND NEW" ELECTROCARDIOGRAPHIC CRITERIA IN DIFFERENTIATION OF WIDE QRS-COMPLEX TACHYCARDIAS

Aim: To make a comparison between the sensitivity (SN), specificity (SP), and diagnostic accuracy (ACC) of five electrocardiographic approaches for wide QRS-complex tachycardia (WCT) differentiation including the Brugada, Bayesian, Griffith, and aVR algorithms, and the lead II R-wave-peak-time (RWPT) criterion (PAVA). **Method and results:** 86 WCTs from 86 individuals with verified diagnosis were studied retrospectively. For each approach, the SN, SP, ACC, and likelihood ratios (LRs) were calculated. There were 38 VTs and 48 SVTs among the 86 ECG tracings. The ACC of all five approaches was found to be comparable, with the exception of the DII RWPT (PAVA), which had a lower

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đình Phong

Email: phong.vtm@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.6.2023

Ngày duyệt bài: 13.7.2023