

Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân có nguy cơ cao

Hoàng Anh Tiến, Đoàn Khánh Hùng, Nguyễn Vũ Phòng,
Ngô Viết Lâm, Dương Minh Quý
Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành qua da (PCI) ở bệnh nhân có nguy cơ cao tại Đơn vị DSA, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc.

Kết quả: Tuổi trung bình là $68,3 \pm 12,5$, thấp nhất 30 tuổi, cao nhất 97 tuổi, nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là 50 đến 75 tuổi. Nam chiếm 54,9%. Tỷ lệ PCI cấp cứu 26,7%. Đường vào động mạch quay: 87,2%. Tổn thương 3 nhánh động mạch vành: 23,9%; tổn thương động mạch xuống trước trái – LAD: 62,2%, động mạch vành phải – RCA: 23,9% và động mạch mũ: 13,3%. Tỷ lệ thành công của thủ thuật: 95,0%. Stent phủ thuốc: 94,7%.

Kết luận: Can thiệp động mạch vành qua da tại đơn vị DSA, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế đã đạt tỷ lệ thành công cao, ít các biến cố xảy ra.

Từ khóa: Can thiệp động mạch vành, nguy cơ cao, stent.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (ĐMV) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới và đang tiếp tục tăng. Mỗi năm có khoảng 7 triệu người tử vong do bệnh ĐMV (chiếm 12,8% mọi nguyên nhân). Tại Châu Âu, có 1,8 triệu ca tử vong mỗi năm, chiếm khoảng 20% tử vong do mọi

nguyên nhân, mặc dù có sự khác biệt lớn giữa các quốc gia. Tại Hoa Kỳ, có khoảng 683.000 bệnh nhân xuất viện với chẩn đoán hội chứng vành cấp (ACS) trong năm 2009. Can thiệp động mạch vành qua da (PCI) để điều trị bệnh ĐMV được thực hiện đầu tiên vào năm 1977 bởi Andreas Gruentzig và hiện nay biện pháp điều trị này đã trở nên phổ biến trên thế giới. Số lượng bệnh nhân được PCI đã vượt qua con số bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu nối động mạch vành [11], [12], [13].

Tại Việt Nam, chụp động mạch vành qua da được triển khai thực hiện đầu tiên vào năm 1995 và PCI bắt đầu được thực hiện đầu tiên vào năm 1996 tại Viện Tim mạch Quốc gia, Hà Nội. Tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, chụp và can thiệp động mạch vành đã được triển khai từ năm 2009 với nhiều kết quả và tiến bộ đáng ghi nhận. Hiện nay, đã có nhiều bệnh viện trong cả nước triển khai phòng thông tim để thực hiện can thiệp ĐMV. Việc đánh giá kết quả của thủ thuật PCI là việc phải được thực hiện thường xuyên đối với các bệnh viện thực hiện thủ thuật can thiệp [14]. Can thiệp động mạch vành trên bệnh nhân có nguy cơ cao theo ESC 2018 luôn cần được đánh giá trên lâm sàng do đây là nhóm bệnh nhân có tỷ lệ không thành công cũng như các biến chứng xuất hiện nhiều hơn. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu như sau:

1. Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành ở bệnh nhân nguy cơ cao tính theo khuyến cáo ESC 2018.

2. Khảo sát các biến chứng ở bệnh nhân có nguy cơ cao sau can thiệp động mạch vành qua da.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên các bệnh nhân có nguy cơ cao theo ESC 2018: Tiêu chuẩn chính: biến đổi men tim, biến đổi ST-T, chỉ số GRACE > 140. Tiêu chuẩn phụ: Đái tháo đường, mức lọc cầu thận < 60 ml/phút/m², EF < 40%, đau ngực sớm sau nhồi máu cơ tim, đã can thiệp động mạch vành gần đây, tiền sử bắc cầu nối động mạch vành, chỉ số GRACE từ trung bình đến cao.

Tất cả các bệnh nhân nguy cơ cao theo tiêu chuẩn của ESC 2018 được chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Đơn vị DSA, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ ngày 1/1/2017 đến ngày 31/12/2017.

Tiêu chuẩn bệnh nhân nguy cơ cao trong chỉ định can thiệp theo ESC 2018

Tiêu chuẩn chính:

Tăng hoặc giảm troponin tương xứng
Thay đổi động học đoạn ST hoặc sóng T
GRACE > 140 điểm

Tiêu chuẩn phụ:

Đái tháo đường
Suy thận (eGFR < 60 ml/phút/1,73 m²)
Giảm chức năng tâm thu thất trái (EF < 40%)
Đau thắt ngực sau nhồi máu cơ tim

PCI gần đây:

Tiền sử CABG

Điểm GRACE vừa đến cao (<http://www.gracescore.org>)

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Các bệnh nhân không thuộc

nhóm đối tượng nguy cơ cao theo tiêu chuẩn của ESC 2018.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có theo dõi dọc.

Thu thập số liệu

Chẩn đoán lâm sàng: bệnh nhân được chẩn đoán là nghi ngờ có bệnh động mạch vành dựa trên thăm khám lâm sàng, điện tâm đồ, siêu âm tim, troponin T hs hoặc bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng động mạch vành cấp (Đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim không ST chênh và nhồi máu cơ tim ST chênh lên). Được điều trị nội khoa tối ưu.

Chụp và can thiệp động mạch vành qua da được thực hiện tại Đơn vị DSA, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

Kỹ thuật can thiệp: Nong bóng chuẩn bị tổn thương, sau đó đặt stent.

Theo dõi sau thủ thuật bệnh nhân được xét nghiệm chức năng thận, CK, CK-MB, Troponin T hs sau can thiệp, điện tim đồ và siêu âm tim.

Đánh giá kết quả

Thành công về giải phẫu hay chụp mạch máu: khi hẹp tồn lưu sau can thiệp < 20% đường kính (sau đặt stent) hay < 50% (sau nong bóng đơn thuần) và dòng chảy bình thường TIMI 3. [10], [14].

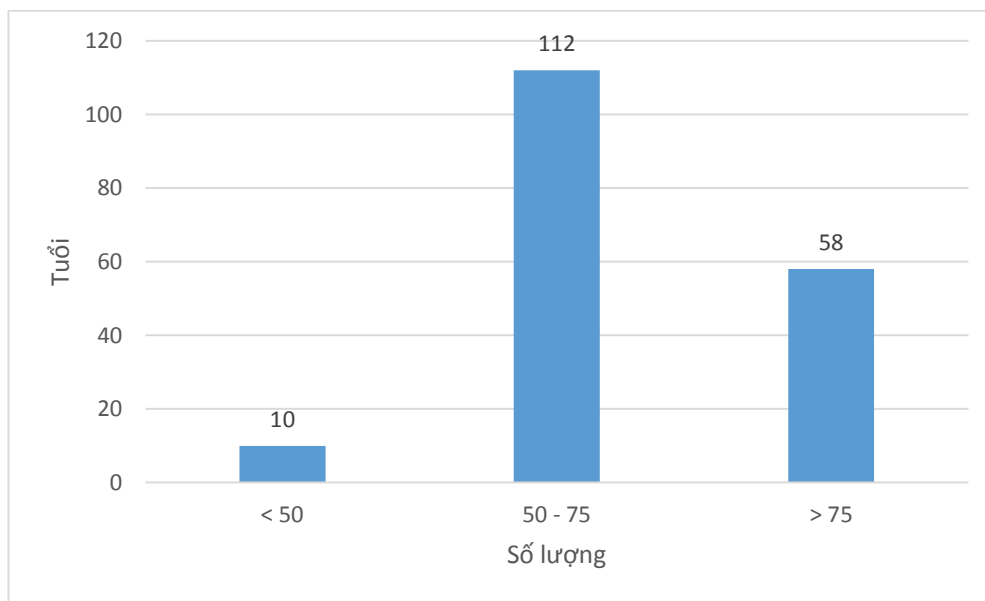
Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý với các thuật toán thống kê với phần mềm Exel 2016 và Medcalc 16.1.

KẾT QUẢ

Đặc điểm về số lượng can thiệp, tuổi, giới

Trong năm 2017, có 180 lượt can thiệp, với độ tuổi trung bình là 68,3 ± 12,5, tuổi thấp nhất là 30, cao nhất là 97. Bệnh nhân nam chiếm 59,4%, nữ chiếm 40,6%.



Biểu đồ 1. Phân bố số lượng PCI theo tuổi

Bệnh nhân ở độ tuổi 50 – 75 chiếm tỷ lệ cao nhất 62,2% (112 trường hợp).

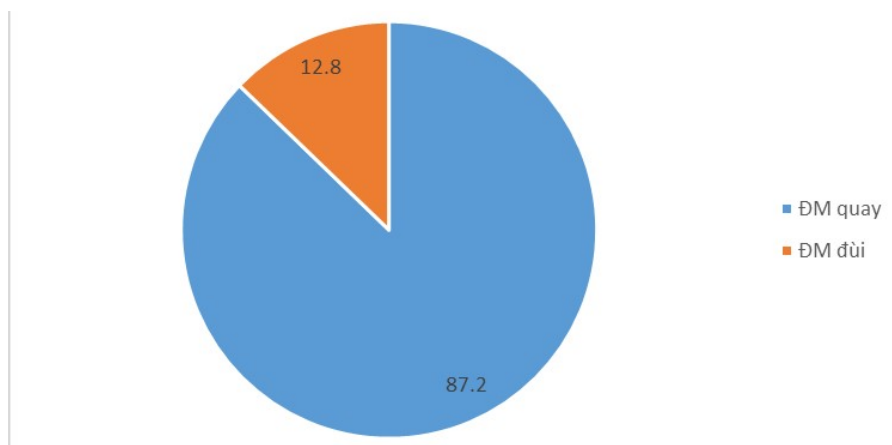
- Tính chất can thiệp

Bảng 1. Phân loại tính chất can thiệp

| Tính chất can thiệp | N | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|-----|-----------|
| Can thiệp cấp cứu | 48 | 26,7 |
| Can thiệp chương trình | 132 | 73,3 |
| Tổng | 180 | 100 |

Số lượng can thiệp cấp cứu cao đến 26,7%.

- Đường vào động mạch



Biểu đồ 2. Tỷ lệ đường vào động mạch

Đường vào động mạch quay chiếm tỷ lệ lớn với 87,2%.

Đặc điểm số lượng động mạch vành tổn thương

Trong tổng số 180 trường hợp can thiệp, có 5 trường hợp có hẹp thân chung động mạch vành trái (LM) \geq 50%

Bảng 2. Số nhánh ĐMV bị tổn thương

| Số nhánh ĐMV | N | Tỷ lệ (%) |
|--------------|-----|-----------|
| 1 nhánh | 66 | 36,7 |
| 2 nhánh | 71 | 39,4 |
| 3 nhánh | 43 | 23,9 |
| Tổng | 180 | 100 |

Tổn thương mạch vành 3 nhánh chiếm tỷ lệ khá cao (23,9%) trong tổng số trường hợp được can thiệp.

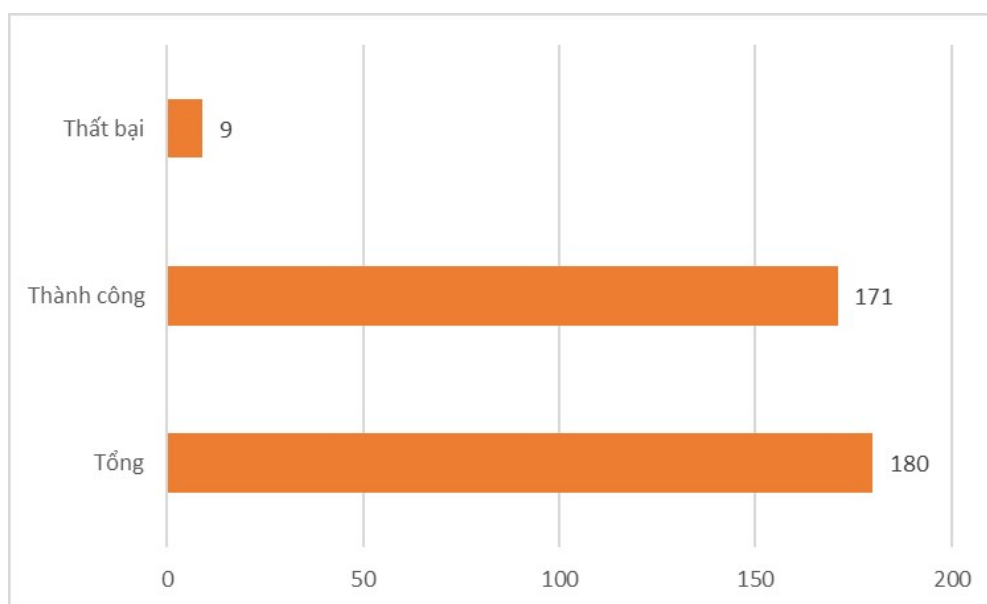
- Vị trí tổn thương được can thiệp

Bảng 3. Vị trí nhánh ĐMV tổn thương được can thiệp

| Vị Trí | N | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------|-----|-----------|
| Liên thất trước (LAD) | 112 | 62,2 |
| Động mạch mũ (LCx) | 24 | 13,3 |
| Động mạch vành phải (RCA) | 43 | 23,9 |
| Động mạch Ramus | 1 | 0,6 |
| Tổng | 180 | 100 |

Tổn thương LAD được can thiệp chiếm tỷ lệ cao nhất với 112 trường hợp (62,2%).

- Kết quả can thiệp



Biểu đồ 3. Kết quả can thiệp

Trong tổng số 180 trường hợp, có 9 trường hợp (5,0%) có tổn thương vôi hóa, không đặt được stent.

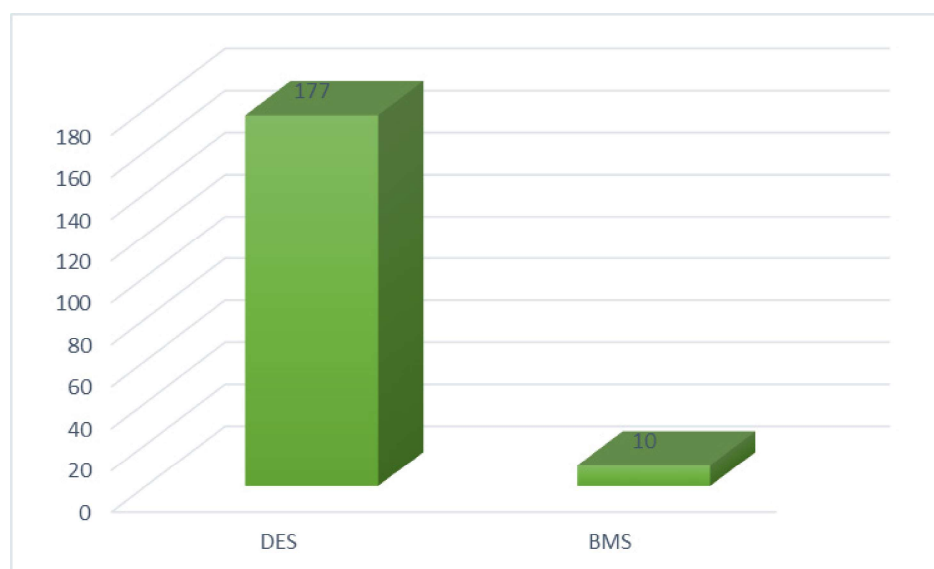
Lượng thuốc cản quang trung bình là $231,1 \pm 91,5$ ml (100-600 ml).

- Số lượng stent đặt trên 1 bệnh nhân trong 1 lần can thiệp

Bảng 4. Số lượng stent đặt trong 1 lần can thiệp

| Số Stent/1 bệnh nhân | N | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|-----|-----------|
| 0 | 9 | 5,0 |
| 1 | 154 | 85,6 |
| 2 | 15 | 8,3 |
| 3 | 2 | 1,1 |
| Tổng | 180 | 100 |

Đa phần đặt 1 stent trên 1 bệnh nhân (85,6%)



Biểu đồ 4. Loại stent đặt trên bệnh nhân

- Đường kính stent

Bảng 5. Đường kính stent đặt trên bệnh nhân

| Đường kính stent (mm) | N | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|-----|-----------|
| 2,5 | 34 | 18,2 |
| 2,75 | 75 | 40,1 |
| 3 | 47 | 25,1 |
| 3,25 | 2 | 1,1 |
| 3,5 | 29 | 15,5 |
| Tổng | 187 | 100 |

Đường kính stent chiếm tỷ lệ cao nhất là 2,75 mm.

- Biến chứng trong các trường hợp can thiệp động mạch vành có nguy cơ cao

Bảng 6. Biến chứng trong các trường hợp can thiệp động mạch vành có nguy cơ cao

| Biến chứng | n | Tỷ lệ % |
|-----------------------------|----------|----------------|
| Chảy máu vị trí chọc | 8 | 47,1 |
| Tái nhập viện trong 30 ngày | 3 | 17,6 |
| Tiến triển nặng hơn | 6 | 35,3 |
| Tổng | 17 | 100 |

Chảy máu vị trí chọc chiếm tỷ lệ cao nhất (47,1%).

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của các đối tượng

Từ ngày 1/1/2017 đến ngày 31/1/2017, chúng tôi khảo sát 180 trường hợp can thiệp động mạch vành qua da với các đặc điểm như sau:

- **Tuổi:** Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $68,3 \pm 12,5$, so với các tác giả trong nước thực hiện tại Viện Tim Quốc gia là $59,95 \pm 8,35$ [1], Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang $65,8 \pm 12,3$ [2], Bệnh viện Thống nhất $67,22 \pm 11,84$ [3], Bệnh viện Nhân Dân 115 $62,11 \pm 10,74$ [8]. Điều này cho thấy độ tuổi trung bình của các bệnh nhân được can thiệp động mạch vành qua da ngày càng tăng theo thời gian. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Khoảng tuổi tham gia thủ thuật ở bệnh viện chúng tôi khá rộng, từ 30 đến 97 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 50 – 75 tuổi.

- **Giới:** Nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (59,4% so với 40,6%). Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu tại Viện Tim Quốc gia (nam chiếm 79,4%) [1], Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (nam chiếm 67,2%) [2], Bệnh viện Thống Nhất (nam chiếm 75,8%) [3].

- **Tính chất can thiệp:** Can thiệp cấp cứu và chương trình trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 26,7% và 73,3%. Tỷ lệ can thiệp cấp cứu cao hơn so với các công trình nghiên cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy

(20,7%) [5], và Bệnh viện Nhân Dân 115 (4,3%) [8] và thấp hơn so với Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang (38,9%) [2]. Tỷ lệ bệnh nhân cấp cứu khá cao có thể do sự thuận lợi về bảo hiểm y tế, phần lớn bệnh nhân đủ điều kiện để chi trả chi phí can thiệp và vị trí của bệnh viện nằm ở trung tâm thành phố, thuận tiện cho việc vận chuyển bệnh nhân.

- **Đường vào động mạch:** Can thiệp qua đường động mạch quay tại bệnh viện của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao 87,2%. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang với tỷ lệ 94,5% [2], Bệnh viện Chợ Rẫy với tỷ lệ 86,56% [6]. Can thiệp động mạch đùi thường được lựa chọn ở bệnh nhân có tổn thương phức tạp, cần thực hiện các kỹ thuật phức tạp với ống thông có kích cỡ lớn hoặc cần có lực hỗ trợ tốt hơn; động mạch quay nhỏ; bất thường, vận xoắn ở thân động mạch cánh tay đầu hay động mạch dưới đòn.

- **Đặc điểm số lượng động mạch vành tổn thương:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương động mạch vành 2 nhánh chiếm tỷ lệ cao nhất với 39,4%, tổn thương 3 nhánh chiếm tỷ lệ khá đáng kể với 23,9%. Kết quả này tương tự như nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang với tỷ lệ tổn thương lần lượt là 1 nhánh: 26,8%, 2 nhánh: 47,2% và 3 nhánh: 24,2% [2]. Kết quả nghiên cứu ở Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên có tỷ lệ tổn thương 3 nhánh thấp hơn với 5,5% [9].

- Vị trí tổn thương được đặt stent

Bảng 6. So sánh vị trí của tổn thương động mạch vành được can thiệp [1], [2], [4], [8].

| Vị trí | Chúng tôi | Viện tim Quốc gia | BVND 115 | BVĐK Kiên Giang | BVĐK Quảng Ninh |
|-----------|-----------|-------------------|----------|-----------------|-----------------|
| LAD (%) | 62,2 | 62,0 | 49,6 | 52,2 | 54,0 |
| LCx (%) | 13,3 | 14,1 | 11,4 | 14,9 | 12,2 |
| RCA (%) | 23,9 | 23,9 | 25,6 | 30,4 | 32,4 |
| Ramus (%) | 0,6 | | | 0,7 | |
| LM (%) | | | | 1,8 | 1,4 |

Vị trí tổn thương động mạch vành được can thiệp ở bệnh viện chúng tôi có kết quả tương tự so với các kết quả nghiên cứu ở các bệnh viện trong nước, với tổn thương LAD được đặt stent chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó là RCA và LCx.

Về kết quả can thiệp

Tỷ lệ can thiệp thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 95%. Tỷ lệ thành công này cũng tương tự như các nghiên cứu khác trong nước (93-95%) [2], [7]. Tỷ lệ thất bại chung cho tất cả các trường hợp can thiệp là 5%, Bệnh viện Nhân Dân 115 (4,7%) [8], Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang (2%) [2]. Các thất bại chủ yếu là ở các trường hợp có tổn thương động mạch vành phức tạp (type C), tổn thương tắc hoàn toàn mạn tính. Đối với các dạng tổn thương này thì tỷ lệ thất bại của các trung tâm trên thế giới khá cao, từ 15 – 40%. Đa số các thất bại là đi dây dẫn can thiệp không thành công hoặc đi dây dẫn can thiệp thành công nhưng không thể đưa bóng hoặc stent qua tổn thương.

Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng là 17 bệnh nhân chiếm 9,4% trong các trường hợp can thiệp động mạch vành có nguy cơ cao theo ESC 2018. Bao gồm chảy máu tại vị trí chọc động mạch, tái nhập viện trong 30 ngày và tiến triển nặng hơn (nhồi máu cơ tim, cần phẫu thuật bắc cầu nối cấp cứu, suy thận...). Tỷ lệ này tương ứng với kết quả của nhiều báo cáo trên thế giới với tỷ lệ tử vong tại bệnh viện là 0,4-1,9%, nhồi máu cơ tim là 0,4-4,9%, tỷ lệ cần bắc cầu nối chủ vành là 3.7%. tử

vong tại bệnh viện thường không liên quan trực tiếp đến can thiệp mà chủ yếu do tình trạng bệnh nền nặng của bệnh nhân [11].

Về số lượng, loại và kích thước stent đặt trên bệnh nhân

Số stent đặt trên bệnh nhân trong 1 lần can thiệp tại bệnh viện chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất là 1 stent (85,6%), tiếp đó là 2 và 3 stent với tỷ lệ 8,3% và 1,1%. Chủ yếu là stent phủ thuốc (Drug Eluting Stent – DES) với 177 stent (94,7% số stent được đặt). Kết quả này tương tự như nghiên cứu ở Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh với tỷ lệ đặt 1, 2, 3 stent lần lượt là 63,7%, 26,7% và 9,6%; tỷ lệ đặt stent phủ thuốc là 98,5% [4]. Sự phát triển của stent động mạch vành dẫn đến các phương thức điều trị ít xâm nhập hơn cho bệnh động mạch vành, các stent phủ thuốc thế hệ mới (đang được sử dụng tại bệnh viện chúng tôi) làm giảm tỷ lệ tái hẹp và giảm các biến chứng muộn của stent phủ thuốc thế hệ trước, có hiệu quả và an toàn hơn so với stent trần (Bare Metal Stent – BMS) [15]. Đường kính stent đặt trên bệnh nhân nằm trong khoảng 2,5 mm đến 3,5 mm và chiếm tỷ lệ cao nhất là 2,75 mm với tỷ lệ là 40,1%.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 180 trường hợp có nguy cơ cao theo ESC 2018 được can thiệp động mạch vành qua da (PCI) tại Đơn vị DSA, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế, chúng tôi nhận thấy:

1. Về đặc điểm lâm sàng: 54,9% bệnh nhân là nam; độ tuổi trung bình là $68,3 \pm 12,5$, khoảng tuổi của bệnh nhân được can thiệp rộng từ 30 đến 97 tuổi, nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là 50 - 75 tuổi. Tỷ lệ can thiệp động mạch vành cấp cứu đáng kể với tỷ lệ 26,7%. Đường vào động mạch chủ yếu là động mạch quay (87,2%). Stent thường được sử dụng là stent phủ thuốc (94,7%). Về đặc điểm tổn thương động mạch vành: tổn thương 3 nhánh động mạch vành chiếm tỷ lệ khá cao (23,9%); tổn thương động mạch xuống trước trái – LAD là thường gặp nhất với 62,2%, tiếp theo là động

mạch vành phải – RCA với 23,9% và động mạch mũ 13,3%.

2. Tỷ lệ không thành công của thủ thuật là 5,0%. Tỷ lệ biến chứng quá trình can thiệp động mạch vành ở bệnh nhân có nguy cơ cao là 9,4%. Can thiệp động mạch vành qua da là phương pháp an toàn, hiệu quả để điều trị bệnh động mạch vành; kỹ thuật này đã và đang được triển khai một cách có hiệu quả, áp dụng nhiều kỹ thuật mới tại Đơn vị DSA, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

ABSTRACT

Assessment of the results of percutaneous coronary intervention in high-risk patients

Aims: Our objectives were to assess the PCI results of high-risk patients criteria at the DSA unit, Hue Medical University.

Methods: Cross-sectional study with follow-up.

Results: The mean age was 68.3 ± 12.5 , the lowest was 30 years old, the highest was 97 years, and the age group has the highest rate was 50-75 years old. Male account for 54.9%. Primary PCI was 26.7%. Transradial approach: 87.2%. Three-vessel disease: 23.9%; Left Anterior Descending Artery - LAD: 62.2%, Right Coronary Artery - RCA: 23.9% and left circumflex artery: 13.3%. The success rate of the procedure: 95.0%. Drug-eluting stent: 94.7%.

Conclusion: Percutaneous coronary intervention at DSA unit, Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy has achieved a high success rate, few complications occurred.

Keywords: PCI, high risk patients, stents.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Gia Khải (2008)**. “Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch Việt Nam về can thiệp động mạch vành qua da”, khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, NXB Y học, tr. 503-555.
2. **Huỳnh Trung Cang (2014)**. “Kết quả 2 năm can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang”. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, số 68, 161-169.
3. **Hồ Thượng Dũng (2011)**. “Đặc điểm chụp mạch vành và kết quả can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân trên 75 tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất”. *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 15 * Phụ bản của số 1* 2011, 141-147.
4. **Nguyễn Khắc Linh, Ngô Văn Tuấn (2016)**. “Kết quả bước đầu chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh từ tháng 2 đến tháng 9 năm 2016”. Đại hội Tim mạch toàn quốc lần thứ 15.

5. **Võ Thành Nhân (2010)**. “Tính hiệu quả và an toàn của thủ thuật can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Chợ Rẫy”. *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 14 * Phụ bản của số 11 * 2010.
6. **Võ Thành Nhân (2003)**. “Chụp và can thiệp mạch vành qua động mạch quay nhân 134 trường hợp tại Bệnh viện Chợ Rẫy”. *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 7 * Phụ bản số 1 * 2003.
7. **Đặng Vạn Phước, Võ Thành Nhân và cs. (2004)**. “Tình hình hoạt động của đơn vị tim mạch học can thiệp tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2001 đến 12/2003”. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, số 37 Supplement 31: 139.
8. **Thân Hà Ngọc Thế và cs. (2005)**. “Kết quả và biến chứng của can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Nhân Dân 115 trong 2 năm 2003 - 2005”. Hội nghị khoa học tim mạch Việt Đức lần V – 2005, 23-43.
9. **Nguyễn Đăng Toàn, Đặng Văn Minh và cs. (2014)**. “Kết quả chụp và can thiệp động mạch vành tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên”. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, số 68, 195-201.
10. **Dallas (2005)**. “Heart Disease and Stroke Statistic”. American Heart Association, Tex: AHA; 2004.
11. **Glenn N. Levine, Eric R. Bates, James C. Blankenship (2011)**. “2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions “. *Circulation*, 124: pp.e574-e651.
12. **Patrick T. O’Gara, Frederick G. Kushner, Deborah D. Ascheim, Donald E. Casey & Mina K. Chung. (2013)**. “2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction”. *Journal of the American College of Cardiology*.
13. **Ph. Gabriel Steg, Stefan K. James, Dan Atar (Norway) & Luigi P. Badano. (2012)**. “ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation”. *European Heart Journal* 33, 2569–2619.
14. **Franz-Josef Neumann et al. (2018)** 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization *European Heart Journal* (2018) 00, 1–96 doi:10.1093/eurheartj/ehy394.
15. **Tullio Palmerini, Ajay J. Kirtane, Gregg W. Stone. 2016**. “Bare-Metal and Drug-Eluting Stents”. *Textbook of Interventional Cardiology*, 7th edition, 244-290.

Đánh giá hiệu quả điều trị của thuốc hạ huyết áp phối hợp liều cố định ở bệnh nhân tăng huyết áp độ II, độ III

Nguyễn Tá Đông*, Nguyễn Đình Đạt, Huỳnh Văn Minh**

Bệnh viện Trung ương Huế*
Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế **

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tăng huyết áp độ II hay III và đánh giá hiệu quả của viên thuốc phối hợp liều cố định so với kết hợp viên riêng lẻ ở bệnh nhân tăng huyết áp độ II và III.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Đối tượng: 98 bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp độ II hoặc III (tương ứng với mức huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 100 mmHg), 53 bệnh nhân được điều trị với viên kết hợp liều cố định chứa perindopril 5mg/amlodipine 5mg; 45 bệnh nhân được điều trị phối hợp riêng lẻ viên perindopril 5mg và viên amlodipine 5mg.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, so sánh, có theo dõi.

Kết quả và kết luận: Không có sự khác biệt giữa nhóm dùng viên kết hợp liều cố định và nhóm dùng viên kết hợp riêng lẻ xét trên các đặc điểm: tuổi, giới, hút thuốc lá, bệnh lý kèm... Điều trị bằng viên kết hợp liều cố định mang lại hiệu quả hạ huyết áp và tỷ lệ đạt mục tiêu tốt hơn so với sử dụng kết hợp viên riêng lẻ.

Từ khóa: Viên thuốc phối hợp liều cố định; tăng huyết áp

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) hiện nay đang trở thành vấn đề hàng đầu mà nền y tế các nước kể

cả Việt Nam đều phải đối mặt [1]. Vấn đề điều trị tăng huyết áp, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát được tăng huyết áp vẫn chưa cao, điều này phụ thuộc vào nhiều nguyên nhân như chất lượng của hệ thống y tế, kiến thức người dân, chế độ sinh hoạt lối sống, sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Rõ ràng sử dụng viên phối hợp liều cố định giúp việc tuân thủ điều trị làm cho nhiều bệnh nhân đạt được HA mục tiêu hơn so với phối hợp viên riêng lẻ [10]. Hiện nay, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về hiệu quả của phối hợp thuốc liều cố định ở bệnh nhân tăng huyết áp, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tăng huyết áp độ II hay III.

Đánh giá hiệu quả của viên thuốc phối hợp liều cố định so với kết hợp viên riêng lẻ ở bệnh nhân tăng huyết áp độ II và III.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân được điều trị tại Khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 7/2016 đến tháng 7/2018.

- Tăng huyết áp độ II hoặc III (tương ứng với mức huyết áp tâm thu ≥ 160 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 100 mmHg), 53 bệnh nhân được điều trị với viên kết hợp liều cố định chứa perindopril 5mg/amlodipine 5mg; 45 bệnh nhân