

Hướng dẫn điều trị hội chứng vành cấp của Hội Tim mạch học Việt Nam quan điểm của bác sĩ và thực tế áp dụng

Trần Nguyễn Quỳnh Như*, Võ Thị Tuyết Mai**, Lê Kim Khánh*

Nguyễn Hương Thảo**, Nguyễn Thắng*

Bộ môn Dược lý – Dược lâm sàng, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

Bộ môn Dược lâm sàng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa quan điểm của bác sĩ và thực tế áp dụng hướng dẫn điều trị hội chứng vành cấp (HDĐT HCVC) của Hội Tim mạch học Việt Nam.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang phân tích, phỏng vấn bác sĩ và thu thập đơn thuốc xuất viện từ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân hội chứng vành cấp tại 4 Bệnh viện ở Cần Thơ năm 2016 - 2017. Chúng tôi phân tích dữ liệu để xác định tỉ lệ đồng ý của bác sĩ về việc sử dụng HDĐT HCVC và thực tế áp dụng của bác sĩ; và xác định mối liên quan giữa quan điểm của bác sĩ và thực tế áp dụng.

Kết quả: Có 54 bác sĩ được phỏng vấn, độ tuổi trung bình là $35 \pm 6,7$, nam giới chiếm 63%. Phần lớn các bác sĩ có tuổi nghề ít hơn 10 năm (63%) và có số lượng bệnh nhân HCVC mỗi tháng tại bệnh viện ít hơn 5 bệnh nhân (73,9%). Nhìn chung, 87% bác sĩ đồng ý với HDĐT HCVC của Hội Tim mạch học Việt Nam. Các bác sĩ chữa trị cho nhiều hơn 5 bệnh nhân HCVC tại bệnh viện mỗi tháng có xu hướng đồng ý với HDĐT nhiều hơn nhóm còn lại ($p=0,048$). Tỉ lệ kê đơn theo HDĐT cao hơn ($p=0,002$) ở nhóm bác sĩ đồng ý với HDĐT so với nhóm không đồng ý.

Kết luận: Phần lớn bác sĩ đồng ý với HDĐT HCVC của Hội Tim mạch học Việt Nam (87%). Nhóm bác sĩ đồng ý với HDĐT có xu hướng thực hiện HDĐT nhiều hơn nhóm bác sĩ không đồng ý với HDĐT. Cần thêm những giải pháp nhằm nâng cao tỉ lệ thực hiện HDĐT của bác sĩ.

Từ khóa: Hướng dẫn điều trị, hội chứng vành cấp, quan điểm, thực tế áp dụng.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp là một trong những nguyên nhân gây tử vong cao nhất trong nhóm bệnh tim mạch. Trên thế giới mỗi năm có 6,3 triệu người bị nhồi máu cơ tim cấp, 25% trong số đó tử vong [1]. Bệnh nhân hồi phục sau căn bệnh này lại phải đối mặt với nguy cơ bị tái phát. Vì vậy, điều trị cho bệnh nhân sau hội chứng vành cấp là một việc làm quan trọng góp phần giảm thiểu nguy cơ tử vong và thương tật cho bệnh nhân. Sử dụng hướng dẫn điều trị là một trong những yếu tố then chốt trong chiến lược này; mỗi 10% tăng lên trong việc tuân thủ theo hướng dẫn điều trị sẽ giảm được 10% tỉ lệ bệnh nhân tử vong lúc nằm viện [2]. Tại Việt Nam, các hướng dẫn điều trị của Hội Tim mạch học Hoa Kỳ, Hội Tim mạch học Châu Âu, Hội Tim mạch học Việt Nam là cơ sở cho bác sĩ khi tiến hành chữa

9. **Yamaji, H., et al.**, *Prediction of acute left main coronary artery obstruction by 12-lead electrocardiography. ST segment elevation in lead aVR with less ST segment elevation in lead V(1).* J Am Coll Cardiol, 2001. 38(5): p. 1348-54.
10. **Kuhl, J.T. and R.M. Berg**, *Utility of lead aVR for identifying the culprit lesion in acute myocardial infarction.* Ann Noninvasive Electrocardiol, 2009. 14(3): p. 219-25.
11. **Wong, C.K., et al.**, *aVR ST elevation: an important but neglected sign in ST elevation acute myocardial infarction.* Eur Heart J, 2010. 31(15): p. 1845-53.
12. **Hamlin, R.L., et al.**, *QRS alterations immediately following production of left ventricular free-wall ischemia in dogs.* Am J Physiol, 1968. 215(5): p. 1032-40.
13. **Holland, R.P. and H. Brooks**, *The QRS complex during myocardial ischemia. An experimental analysis in the porcine heart.* J Clin Invest, 1976. 57(3): p. 541-50.
14. **Cantor, A.A., B. Goldfarb, and R. Ilia**, *QRS prolongation: a sensitive marker of ischemia during percutaneous transluminal coronary angioplasty.* Catheter Cardiovasc Interv, 2000. 50(2): p. 177-83.
15. **Michaelides, A.P., et al.**, *Effect of a number of coronary arteries significantly narrowed and status of intraventricular conduction on exercise-induced QRS prolongation in coronary artery disease.* Am J Cardiol, 1992. 70(18): p. 1487-9.
16. **Michaelides, A., et al.**, *Exercise-induced QRS prolongation in patients with coronary artery disease: a marker of myocardial ischemia.* Am Heart J, 1993. 126(6): p. 1320-5.
17. **Michaelides, A.P., et al.**, *QRS prolongation on the signal-averaged electrocardiogram versus ST-segment changes on the 12-lead electrocardiogram: which is the most sensitive electrocardiographic marker of myocardial ischemia?* Clin Cardiol, 1999. 22(6): p. 403-8.
18. **Cantor, A., et al.**, *QRS prolongation measured by a new computerized method: a sensitive marker for detecting exercise-induced ischemia.* Cardiology, 1997. 88(5): p. 446-52.
19. **Murkofsky, R.L., et al.**, *A prolonged QRS duration on surface electrocardiogram is a specific indicator of left ventricular dysfunction [see comment].* J Am Coll Cardiol, 1998. 32(2): p. 476-82.
20. **Beigel, R., et al.**, *Predictors of high-risk angiographic findings in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome.* Catheter Cardiovasc Interv, 2013.

clopidogrel might increase risk of surgical bleeding and the need of blood transfusion in patients undergoing early coronary artery bypass graft surgery (CABG).

Objectives: Determine predictors of left main or triple vessel disease in patients with non ST segment elevation acute coronary syndrome at University Medical Center, Ho Chi Minh City, Vietnam.

Methods: This is a cross – sectional study, 58 patients with non ST segment elevation acute coronary syndrome were enrolled from January 2013 to April 2014. All patients underwent cardiac catheterization and we compared clinical and subclinical variables between groups with and without LM or TVD to find out predictors of left main or triple vessel disease in patients with non ST segment elevation acute coronary syndrome.

Results: Fifty eight patients were enrolled to our study, nineteen patients (32,8%) had left main or triple vessel disease. Univariable analysis indicated that many factors were related to LM – TVD. On multivariable analysis, ST elevation $\geq 0,5$ mm in aVR (OR = 17,03; KTC 95% [1,17 – 247,85]; p = 0,038) was independent predictor of LM – TVD.

Conclusions: ST elevation $\geq 0,5$ mm in aVR is useful predictor of LM – TVD in patients with non ST segment elevation acute coronary syndrome.

Keywords: Coronary Artery Bypass Graft Surgery, acute coronary syndrome, left main or triple vessel coronary artery disease.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Angiolillo, D.J., L.A. Guzman, and T.A. Bass, *Current antiplatelet therapies: benefits and limitations*. Am Heart J, 2008. 156(2 Suppl): p. S3-9.
2. Budaj, A., et al., *Benefit of clopidogrel in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation in various risk groups*. Circulation, 2002. 106(13): p. 1622-6.
3. Anderson, J.L., et al., *ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non ST-elevation myocardial infarction*:Circulation, 2007. 116(7): p. e148-304.
4. Jneid, H., et al., *2012 ACCF/AHA focused update of the guideline for the management of patients with unstable angina/Non-ST-elevation myocardial infarction (updating the 2007 guideline and replacing the 2011 focused update): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines*. Circulation, 2012. 126(7): p. 875-910.
5. Thygesen, K., et al., *Third universal definition of myocardial infarction*. Eur Heart J, 2012. 33(20): p. 2551-67.
6. Barrabes, J.A., et al., *Prognostic value of lead aVR in patients with a first non-ST-segment elevation acute myocardial infarction*. Circulation, 2003. 108(7): p. 814-9.
7. White, H.D., *Higher sensitivity troponin levels in the community: What do they mean and how will the diagnosis of myocardial infarction be made?* American Heart Journal, 2010. 159(6): p. 933-936.
8. Kosuge, M., et al., *Combined prognostic utility of ST segment in lead aVR and troponin T on admission in non-ST-segment elevation acute coronary syndromes*. Am J Cardiol, 2006. 97(3): p. 334-9.