

năm 2020 được phát hành, tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin-Aldosterone cao, chiếm 99,4% ở bệnh nhân suy tim nội viện trong đó có 72,6% bệnh nhân sử dụng đồng thời một trong ba thuốc UCMC/UCTT/ARNI kết hợp MRA. Việc thực hiện sớm từ nội viện 4 trụ cột điều trị suy tim phân suất tống máu thất trái giảm chưa đạt tuyệt đối cũng như đa số liều dùng các thuốc còn thấp hơn liều đích trong khuyến cáo có thể do 64,6% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi mới khởi trị suy tim lần đầu và mức huyết áp lúc nhập viện trung bình là 114/70 mmHg, tương đối thấp nên các bác sĩ đã thận trọng bắt đầu từng loại thuốc và khởi đầu liều thấp, rồi sẽ thêm thuốc và chỉnh liều dần qua theo dõi điều trị ngoại trú sau đó. Ngoài ra, nhóm ARNI có mức liều trung bình thấp nhất là do bệnh nhân phải ngưng các thuốc UCMC 36 giờ trước khi khởi trị, khoảng liều rộng giữa liều bắt đầu và liều đích, hoặc giá thành cao.

## V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 164 bệnh nhân suy tim phân suất tống máu thất trái giảm nội trú trước xuất viện tại khoa Nội Tim Mạch bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ sử dụng các thuốc

nhóm ức chế hệ RAA và sự phối hợp cả UCMC/UCTT/ARNI kết hợp MRA chưa đạt tuyệt đối, liều dùng chưa cao. Bên cạnh sự thận trọng, nên có chỉ định và liều dùng tích cực hơn theo khuyến cáo nhằm giúp bệnh nhân có kết cục tốt hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim mạn** tính Bộ Y Tế Việt Nam. 2020: 11-20.
2. **Emelia J. Benjamin, Salim S. Virani, Clifton W. Callaway, et al.** Heart disease and stroke statistics- 2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2018; 137(12): 67-492.
3. **Gianluigi Savarese, Lars H Lund, et al.** Global public health burden of heart failure. *Cardiac failure review*. 2017; 3(1): 7.
4. **Mariell Jessup, Thomas H. Marwick, Piotr Ponikowski, et al.** 2016 ESC and ACC/AHA/HFSA heart failure guideline update- what is new and why is it important?. *Nature Reviews Cardiology*. 2016; 13(10): 623-628.
5. **Philip Jong, Erika Vowinckel, Peter P. Liu, et al.** Prognosis and determinants of survival in patients newly hospitalized for heart failure: a population-based study. *Archives of internal medicine*. 2002; 162(15): 1689-1694.
6. **Stephen J. Greene, Taylor S. Triana, et al.** In-hospital therapy for heart failure with reduced ejection fraction in the United States. *Heart Failure*. 2020; 8(11): 943-953.

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ U TUYẾN TIỀN LIỆT THỂ TÍCH LỚN BẰNG KỸ THUẬT BÓC NHÂN QUA NIỆU ĐẠO VỚI DAO ĐIỆN LỬNG CỰC

Trần Đức<sup>1</sup>, Đỗ Ngọc Thế<sup>1</sup>, Phạm Thanh Hải<sup>2</sup>, Nguyễn Việt Hiếu<sup>1</sup>, Phạm Tiến Đạt<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nhận xét kết quả bước đầu áp dụng phẫu thuật bóc nhân qua niệu đạo với dao điện lưỡng cực trong điều trị u lành tuyến tiền liệt có thể tích lớn. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca bệnh được thực hiện trên các trường hợp u lành tuyến tiền liệt có chỉ định điều trị ngoại khoa với thể tích tuyến tiền liệt từ 60 – 120ml, được phẫu thuật bóc nhân qua niệu đạo bằng dao lưỡng cực, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 8/2021 đến tháng 2/2022. **Kết quả:** 12 bệnh nhân tuổi trung bình 68,1 và với thể tích tuyến tiền liệt

81,6 ml; thời gian bóc nhân trung bình là 66,2 phút; thời gian xay mô tuyến 33,7 phút; không xuất hiện các dấu hiệu của hội chứng nội soi trong mổ; không truyền máu trong mổ, không trường hợp nào chảy máu sau mổ; không có sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ Natri trong máu trước và sau mổ; thể tích tuyến tiền liệt không thấy có liên quan đến thời gian mổ cũng như sự mất máu trong mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật bóc nhân qua niệu đạo bằng dao điện lưỡng cực an toàn đối với u tuyến tiền liệt có thể tích lớn.

**Từ khóa:** u lành tuyến tiền liệt thể tích lớn, phẫu thuật bóc nhân qua niệu đạo bằng dao điện lưỡng cực.

## SUMMARY

### INITIAL RESULT OF BIPOLAR TRANSURETHRAL ENUCLEATION OF THE PROSTATE IN THE TREATMENT OF LARGE-VOLUME BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

**Objective:** to evaluate the initial result of bipolar transurethral enucleation of the prostate in the treatment of large-volume benign prostatic

<sup>1</sup>Trung tâm Tiết niệu-Nam khoa, Bệnh viện TƯQĐ 108

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Tiệp

<sup>3</sup>Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Thế

Email: tietnieu108@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2022

Ngày duyệt bài: 11.7.2022

hyperplasia. **Patients and methods:** a prospective case-serial study was performed on patients with benign prostatic hyperplasia who had prostatic volume in the range of 60 to 120 ml. All the patients were undergone bipolar transurethral enucleation of the prostate in 108 Military Central Hospital, from August 2021 to February 2022. **Results:** There were 12 patients with 81.6 ml of the prostate on average. The mean age was 68.1 y-o. The duration of enucleation and morcellation were 66.2 mins and 33.7 mins, respectively. There was no sign of intra- or postoperative endoscopic syndrome. None of the patients needed a blood transfusion. The difference between pre- and postoperative sodium concentrations was not statistically. The prostate volume might not be related to the procedure time as well as blood loss. **Conclusion:** Bipolar transurethral enucleation of the prostate is safe in the surgical treatment of large volume benign prostatic hyperplasia.

**Keywords:** large-volume benign prostatic hyperplasia, bipolar transurethral enucleation of the prostate

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tuyến tiền liệt qua nội soi niệu đạo được coi là phẫu thuật tiêu chuẩn cho các bệnh nhân u lành tuyến tiền liệt (TTL) có chỉ định điều trị ngoại khoa, được ứng dụng rộng rãi trên thế giới hơn 30 năm nay [1,2]. Tuy nhiên theo thời gian, những nghiên cứu đã chỉ ra nhược điểm của cắt đốt nội soi quy ước là sử dụng năng lượng điện đơn cực, sử dụng các loại dịch nhược trương không ion tưới rửa liên tục trong mổ, gây nên hội chứng nội soi, đồng thời với các biến chứng khác như chảy máu, hẹp niệu đạo, tổn thương cơ thắt ngoài... Bên cạnh đó, các trường hợp TTL có thể tích lớn (> 80 gam) thường được chỉ định mổ mở để bóc nhân do kỹ thuật cắt đốt nội soi với các bệnh nhân này làm tăng nguy cơ xảy ra tai biến biến chứng nặng [2,3].

Gần đây, các tiến bộ về kỹ thuật công nghệ liên tục được ứng dụng trong điều trị ngoại khoa u lành tuyến tiền liệt, trong đó nổi bật là hệ thống điện lưỡng cực và laser với những ưu điểm chung như dịch rửa là nước muối đẳng trương làm giảm nguy cơ xảy ra hội chứng nội soi; tăng cường khả năng cầm máu trong khi cắt đốt tuyến tiền liệt, làm giảm mất máu và tỷ lệ phải truyền máu; bên cạnh đó với kỹ thuật bóc nhân (enucleation) có thể hoàn toàn thay thế cho mổ mở trong những trường hợp TTL có thể tích lớn [2,4].

Trên thế giới, phẫu thuật bóc u tuyến tiền liệt qua niệu đạo khá phổ biến, được Hội Nội khoa Châu Âu khuyến cáo áp dụng thay thế cho mổ mở [2]. Tuy vậy tại Việt Nam, kỹ thuật này mới chỉ triển khai hạn chế ở một số trung tâm. Mặc dù có số lượng bệnh nhân đông, kỹ thuật không quá phức tạp; tuy nhiên trang thiết bị hiện đại và

đồng bộ dường như là trở ngại lớn cho kỹ thuật bóc u tuyến tiền liệt qua nội soi niệu đạo thực sự được ứng dụng rộng rãi.

Bệnh viện TƯQĐ bắt đầu triển khai phẫu thuật nội soi qua niệu đạo bóc u tuyến tiền liệt bằng dao lưỡng cực từ 6/2021. Nhóm kỹ thuật thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá bước đầu kết quả ứng dụng phẫu thuật này trong điều trị ngoại khoa các trường hợp u lành TTL có thể tích lớn, nhằm rút ra một số kinh nghiệm và giả thiết sơ bộ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Gồm các bệnh nhân u tuyến tiền liệt, có chỉ định điều trị ngoại khoa, được phẫu thuật qua niệu đạo bóc u tuyến tiền liệt bằng dao lưỡng cực tại khoa Tiết niệu, bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 8/2021 đến tháng 2/2022.

### Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- . Có chỉ định điều trị ngoại khoa [3].
- . Thể tích tuyến tiền liệt 60 – 120ml.
- . Có đủ điều kiện thực hiện mổ qua đường niệu đạo (bệnh nhân nằm được tư thế sản khoa, niệu đạo đủ rộng).
- . Không có bệnh lý nền, hoặc có nhưng nhẹ và kiểm soát tốt (ASA ≤ 2).
- . Mô bệnh học sau mổ là tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả cắt ngang hàng loạt ca bệnh (case series).
- Phương tiện trang thiết bị sử dụng:
  - . Dàn máy phẫu thuật nội soi Full HD của hãng Karl-Storz.
  - . Các thiết bị chuyên biệt (Hình 4)
  - . Các bước kỹ thuật bóc nhân tuyến tiền liệt:
    - . Nội soi thăm dò, xẻ rãnh giữa 2 thùy bên tuyến tiền liệt từ cổ bàng quang cho tới ụ núi (tuyến to 2 thùy bên), hoặc xẻ 2 rãnh bên của thùy giữa tuyến tiền liệt (tuyến to 3 thùy).
    - . Dùng điện cực đi theo mốc đã đánh dấu, bóc tách lần lượt các thùy ra khỏi bao tuyến và đẩy vào trong bàng quang; có thể bóc tách cả khối, hoặc cắt cầu niêm mạc ở đỉnh và cổ bàng quang để bóc tách từng thùy tuyến.
    - . Đốt cầm máu điện bóc tách, bốc hơi phần tuyến còn sót (nếu có).
    - . Xay mô lấy bệnh phẩm.
    - . Chỉ tiêu nghiên cứu chính: thời gian mổ (bóc + đốt cầm máu, xay), sự thay đổi nồng độ huyết sắc tố sau mổ, so sánh nồng độ Natri máu trước và sau mổ, thời gian lưu sonde niệu đạo, ghi nhận các tai biến-biến chứng trong và sau mổ.

- Thu thập và xử lý số liệu:
  - . Các số liệu đầu vào được thu thập từ hồ sơ bệnh án.
  - . Số liệu đầu ra được thể hiện dưới dạng tỷ lệ %, số trung bình và độ lệch chuẩn, so sánh 2 số

trung bình bằng kiểm định paired sample t-test với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .  
 . Xử lý thống kê bằng chương trình SPSS 20.0 for Mac.



*Dao điện Autocon III 400, và Máy bơm cảm biến áp lực Uromat*  
**Hình 4. Các thiết bị chuyên biệt dùng trong mổ nội soi niệu đạo bóc u tuyến tiền liệt bằng dao điện lưỡng cực**

- Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki 1964 và được sự cho phép của Hội đồng đạo đức Bệnh viện TƯQĐ 108.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

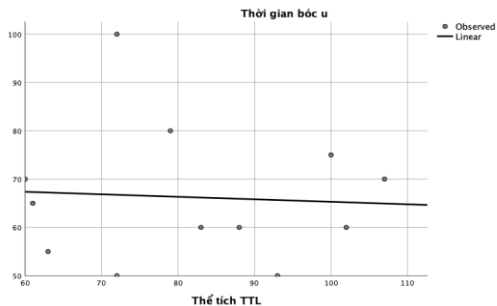
Từ tháng 8/2021 đến 2/2022, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật bóc u tuyến tiền liệt qua niệu đạo bằng dao lưỡng cực cho 12 bệnh nhân u lành tuyến tiền liệt có tuổi trung bình  $68,1 \pm 7,9$  (57 – 82 tuổi), với thể tích tuyến tiền liệt trung bình  $81,6 \pm 16,5$  (60 – 107 ml); 12/12 BN có kết quả cấy khuẩn niệu âm tính trước mổ; 8 BN vào viện vì bí tiểu cấp (66,7%).

Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật dưới vô cảm là tê tuỷ sống; thời gian bóc nhân trung bình là  $66,2 \pm 14$  phút (50 – 100); thời gian xay mô tuyến  $33,7 \pm 11$  phút (15 – 50); tổng thời gian mổ trung bình 100 phút (75 – 150); không xuất hiện các dấu hiệu của hội chứng nội soi trong mổ. Có 3 trường hợp niêm mạc bàng quang bị xước do lưỡi bào của máy xay mô.

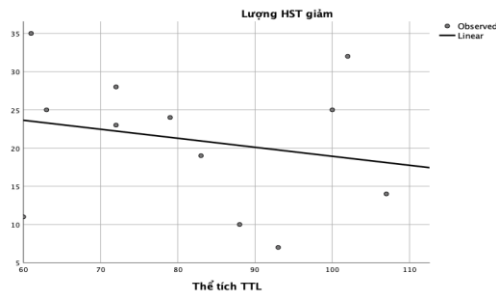
***nói cách khác là thể tích tuyến không ảnh hưởng gì đến thời gian mổ).***

Sau mổ có 1 BN bị tụt huyết áp do thuốc tê, được bác sĩ gây mê xử trí ổn định. Ngoài ra về tiết niệu 12 BN đều diễn biến thuận lợi, không có trường hợp nào chảy máu sau mổ phải bơm rửa lấy máu cục hoặc đốt cầm máu; sau rút sonde tiểu 11/12 BN đi tiểu được ngay (1 trường hợp bí tiểu phải đặt lại sonde, rút lần 2 sau 2 ngày thì tiểu được) với thời gian lưu sonde niệu đạo trung bình là 3,45 ngày (2 – 4) (tính trên 11 BN đi tiểu được ngay); 2 BN gần nhất chúng tôi chỉ lưu sonde niệu đạo 48 giờ sau mổ, sau rút sonde các BN đều tiểu tiện tự chủ thoả đáng.

Bên cạnh đó, thống kê cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ Natri trong máu trước (138,2 mmol/L) và sau mổ (136 mmol/L). Tuy nhiên, nồng độ huyết sắc tố (HST) sau mổ trung bình là 121 g/L, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với HST trung bình trước mổ là 142 g/L ( $p = 0,017 < 0,05$ ), với lượng HST giảm trung bình là 21 g/L (7 – 35).



**Hình 5. Không có mối tương quan giữa thời gian bóc u với thể tích tuyến tiền liệt (hay**



**Hình 6. Không có mối tương quan giữa lượng HST giảm sau phẫu thuật với thể tích**

**TTL (hay thể tích TTL không ảnh hưởng gì đến sự mất máu trong mổ).**

Không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ; không ghi nhận các biến chứng khác trong thời gian hậu phẫu.

**IV. BÀN LUẬN**

Từ khi phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo ra đời, phát triển và hoàn thiện, thể tích tuyến tiền liệt luôn là một giới hạn 'cổ định' của kỹ thuật này. Thể tích tuyến càng lớn, thời gian phẫu thuật càng dài, thì bên cạnh việc mất máu, sự hấp thụ đáng kể lượng dịch rửa trong mổ vào hệ thống tuần hoàn của cơ thể gây nên quá tải (thừa nước) cũng như làm thay đổi nồng độ các ion mà đặc biệt là giảm tương đối nồng độ Natri máu gây nên "hội chứng nội soi" đe dọa trực tiếp đến tính mạng bệnh nhân. Do đó từ nhiều năm nay, hướng dẫn điều trị của các hội nghị khoa uy tín trên thế giới đều đưa ra con số tham chiếu về thể tích (khối lượng) TTL giới hạn cho phẫu thuật nội soi qua niệu đạo là dưới 80 ml (gam) [2]. Cũng chính vì vậy, phẫu thuật mở mặc dù có tính chất xâm lấn lớn, tỷ lệ gặp tai biến-biến chứng nhiều hơn (ngoại trừ "hội chứng nội soi"),... nhưng vẫn luôn đóng một vai trò quan trọng trong điều trị ngoại khoa u lành tuyến tiền liệt [3,4].

Tuy vậy, 2 báo cáo gần đây của Geavlete (2013), Lin (2016) so sánh giữa nội soi bóc u tuyến tiền liệt với mổ mở bóc u trên các BN có TTL thể tích lớn, đều cho thấy mổ mở chỉ có ưu điểm duy nhất là thời gian mổ ngắn hơn; còn lại các chỉ tiêu quan trọng của phẫu thuật tỷ lệ mất máu/truyền máu, ngày lưu ống thông niệu đạo, ngày điều trị sau mổ... đều cao/dài hơn có ý nghĩa thống kê [4,5].

Bên cạnh đó, tuy cùng là cách tiếp cận qua niệu đạo, nhưng các thao tác kỹ thuật của bóc nhân hoàn toàn khác so với cắt đốt nội soi quy ước, đó là bóc nhân đi theo vỏ bao phẫu thuật, nên phụ thuộc vào "diện tích" bề mặt của khối nhân, trong khi cắt đốt quy ước loại bỏ từng mảnh mô theo từng nhát cắt, nên phụ thuộc vào "thể tích" của tuyến. Kết quả nghiên cứu này, mặc dù số lượng bệnh nhân còn ít, cũng phản ánh đúng phần nào nhận định trên, khi thể tích tuyến tiền liệt không có tương quan với thời gian phẫu thuật, cũng như sự giảm lượng huyết sắc tố trong máu (mất máu) sau phẫu thuật. Đây là một giả thuyết quan trọng vì nếu thực sự kỹ thuật bóc nhân không/ít bị ảnh hưởng bởi thể tích tuyến, thì gần như vai trò của phẫu thuật mở đã chấm dứt đối với điều trị ngoại khoa u

lành tuyến tiền liệt.

Nghiên cứu này cũng cho thấy không có sự khác biệt giữa nồng độ ion Natri trong máu trước và sau phẫu thuật, đều ở trong giới hạn bình thường. Đây cũng là một ưu điểm của hệ thống lưỡng cực đem lại, làm giảm nguy cơ xảy ra hội chứng nội soi (với tiêu chuẩn là xét nghiệm sinh hoá máu có nồng độ ion Natri < 125 mmol/L) [3,4]. Như vậy dù tuyến lớn có kích thước lớn, việc thực hiện phẫu thuật nội soi qua niệu đạo với hệ thống điện lưỡng cực và dung dịch rửa là NaCl 0.9% đã mang lại an toàn hơn cho người bệnh.

Có 3 trường hợp niêm mạc bàng quang bị xước do áp sát với lưới bào của máy xay mô; nguyên nhân là do điều chỉnh tốc độ/áp lực bơm nước chưa phù hợp với chế độ xay mô. Tuy nhiên không có trường hợp nào chảy máu từ cơ bàng quang, hay nặng hơn là bị thủng bàng quang. Một số nghiên cứu được tham khảo không đề cập đến tai biến này, nhưng chúng tôi cho rằng cần thông báo để có những rút kinh nghiệm cho kỹ thuật được hoàn thiện hơn về sau.

Thời gian lưu ống thông niệu đạo trung bình là 3,45 ngày, chưa rút được thông trong vòng 24 đến 48 giờ như một số nghiên cứu gần đây [4,6,7,8], có lẽ do bắt nguồn từ thói quen chăm sóc bệnh nhân mổ TURP tại cơ sở nghiên cứu. Hai trường hợp gần nhất đã được rút ngay sau 48 giờ và đi tiểu tự chủ thoả đáng.

Do hạn chế của khuôn khổ bài báo và số liệu nghiên cứu, chúng tôi chưa đề cập đến những cải thiện về điểm triệu chứng tuyến tiền liệt, chất lượng cuộc sống, lượng mô tuyến bóc được, hay các chỉ số niệu động học của bệnh nhân trước và sau mổ.

**V. KẾT LUẬN**

Qua 12 trường hợp được phẫu thuật bóc u tuyến tiền liệt qua niệu đạo bằng dao lưỡng cực tại bệnh viện TƯQĐ 108, kết quả bước đầu cho thấy đây là phẫu thuật an toàn, không xảy ra các tai biến-biến chứng nặng như hội chứng nội soi, mất máu phải truyền máu... bên cạnh đó là thời gian lưu ống thông niệu đạo dần được rút ngắn (3,4 ngày xuống 2 ngày). Nghiên cứu cũng chỉ ra thể tích tuyến tiền liệt 'có thể' không liên quan đến thời gian mổ cũng như sự mất máu trong mổ. Đây là một giả thuyết quan trọng định hướng cho chúng tôi thực hiện những nghiên cứu chuyên sâu hơn về phẫu thuật này.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hoè TĐ, Đức T. U phì đại lành tính tuyến tiền liệt: Những vấn đề chọn lọc. Hà Nội: NXB Khoa Học Kỹ Thuật; 2006 Tháng 9/ 2006. 140 p.

2. **Gravas S, Cornu JN, Gacci M, et al.** EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). 2020
3. **Thế ĐN.** Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp bốc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo. Hà Nội: Học viện Quân y; 2019.
4. **Geavlete B, Stanescu F, Iacobaie C, Geavlete P.** Bipolar plasma enucleation of the prostate vs open prostatectomy in large benign prostatic hyperplasia cases - a medium term, prospective, randomized comparison. *BJU Int.* 2013;111(5):793-803.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469933>
5. **Lin Y, Wu X, Xu A, et al.** Transurethral enucleation of the prostate versus transvesical open prostatectomy for large benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Urol.* 2016;34(9):1207-1219.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26699627>
6. **Xu P, Xu A, Chen B, et al.** Bipolar transurethral enucleation and resection of the prostate: Whether it is ready to supersede TURP? *Asian J Urol.* 2018;5(1):48-54.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29379737>
7. **Lo KL, Lim K, Ma SF, et al.** The Initial Clinical Experience of a New Generation Bipolar Electrosurgical and Morcellator Unit for Bipolar Transurethral Enucleation of the Prostate. *Journal of Endoluminal Endourology.* 2020;3(1):e47-e56
8. **Đông NLQ, Toàn TĐH, Trí DC, Linh HD.** Bóc trơn khối bướu tuyến tiền liệt bằng dụng cụ điện lưỡng cực: kinh nghiệm ban đầu. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021; 509 (tháng 12 - số chuyên đề): 70-78

## KHẢO SÁT KẾT QUẢ KIỂM SOÁT MỤC TIÊU NỒNG ĐỘ LDL-C HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠCH ĐÃ ĐIỀU TRỊ ROSUVASTATIN 10MG TẠI BỆNH VIỆN TIM MẠCH THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021-2022

Bùi Minh Nghĩa<sup>1</sup>, Trần Việt An<sup>2</sup>, Lê Tân Tố Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp, làm gia tăng các biến cố tim mạch nguy hiểm. Rosuvastatin là statin được khuyến cáo sử dụng phổ biến ở nhiều nước trên thế giới. Việc được đánh giá rõ hơn về hiệu quả, độ an toàn của thuốc trên đối tượng bệnh động mạch vành (ĐMV) mạn là cần thiết. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c huyết thanh và tìm hiểu các yếu tố liên quan với kết quả không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c huyết thanh ở bệnh nhân bệnh ĐMV mạn đã điều trị Rosuvastatin 10mg  $\geq$  4 tuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, trên 206 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh ĐMV mạn và được điều trị rosuvastatin 10mg  $\geq$  4 tuần tại Bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ từ 4/2021 đến 3/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c < 1,8mmol/l chiếm là 68,4%. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn LDL-c theo NCEP-ATP III 2004: mức tối ưu là 70,87%, gần mức bình thường là 15,53%, tăng cao giới hạn là 7,77%, tăng cao là 4,85%, tăng rất cao là 0,97%. Yếu tố nguy cơ tim mạch: tỷ lệ béo phì và thừa cân là 62,6%, hút thuốc lá là 24,3%, không hoạt động thể lực là 56,3%, tăng huyết áp là 58,7%, đái tháo đường là 41,3%. Giới tính

nữ, BMI thừa cân béo phì, không hoạt động thể lực có liên quan đến tỷ lệ không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c < 1,8mmol/l ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c < 1,8mmol/l là 68,4%. Giới tính nữ, BMI thừa cân béo phì, không hoạt động thể lực có liên quan đến tỷ lệ không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c < 1,8 mmol/l.

**Từ khóa:** Bệnh ĐMV mạn, nồng độ LDL-c, rối loạn lipid máu, Rosuvastatin.

### SUMMARY

#### SURVEY THE RESULTS OF TARGET CONTROL OF SERUM LDL-C CONCENTRATION IN CHRONIC CORONARY ARTERY DISEASE PATIENTS TREATED WITH ROSUVASTATIN 10MG AT CAN THO CARDIOVASCULAR HOSPITAL IN 2021-2022

**Background:** Dyslipidemia is a common cardiovascular risk factor in clinical practice, increasing dangerous cardiovascular complications. Rosuvastatin is a statin commonly recommended for use in many countries worldwide. Therefore, it is necessary to conduct a study to evaluate its effectiveness and safety in patients with chronic coronary artery disease (CAD). **Objectives:** To determine the rate of serum LDL-c goal failure and investigate the factors associated with the serum LDL-c target failure rate in patients with chronic coronary artery disease treated with Rosuvastatin 10mg  $\geq$  4 weeks. **Materials and methods:** A cross-sectional study on 206 patients diagnosed with CAD treated with Rosuvastatin 10mg  $\geq$  4 weeks at Can Tho Cardiovascular Hospital from April 2021 to March 2022. **Results:** The percentage of

<sup>1</sup>Bệnh viện Tim mạch Thành phố Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Minh Nghĩa

Email: bmnghia030181@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022

Ngày duyệt bài: 8.7.2022