

VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC TRONG ĐIỀU TRỊ U TRUNG THẤT SAU

Phạm Hữu Lư*, Dương Trung Hiếu**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U trung thất sau mà thường gặp nhất là những khối u thần kinh, phẫu thuật vẫn là lựa chọn đầu tiên trong điều trị trong đó có phẫu thuật nội soi lồng ngực. Lựa chọn khối u có chỉ định cho phẫu thuật nội soi luôn được các tác giả đề cập tới và nghiên cứu này nhằm tổng kết về vấn đề này. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, cắt ngang từ tháng 1 năm 2015 tới tháng 12 năm 2018, với các thông số của những trường hợp có chẩn đoán trước mổ là u trung thất sau được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Bao gồm 41 đối tượng, 18 nam và 23 nữ. Độ tuổi trung bình $38,7 \pm 14,7$ (8 – 68). Có 11 trường hợp (26,8%) được sinh thiết xuyên thành trước mổ dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính để làm giải phẫu bệnh trước mổ. Có 9 ca (22,0%) mổ nội soi hoàn toàn, 32 ca mổ nội soi hỗ trợ (78,0%). Kích thước u trung bình $5,59 \pm 1,95$ cm (3-10). Cắt u thành công ở 100% các trường hợp, với 3 ca biến chứng (1 máu cục màng phổi, 1 ổ cần màng phổi, 1 rò ống ngực) được điều trị bảo tồn khối. Thời gian phẫu thuật là $106,2 \pm 37,1$ phút (60-210). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi lồng ngực là phương pháp hiệu quả, an toàn trong điều trị bệnh lý u trung thất sau với nhóm bệnh nhân được lựa chọn mang lại nhiều ưu điểm cho người bệnh.

Từ khóa: u trung thất sau, phẫu thuật nội soi lồng ngực, u thần kinh trung thất sau

SUMMARY

THE ROLE OF VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY IN THE TREATMENT OF POSTERIOR MEDIASTINAL TUMORS

Background: Posterior mediastinal tumors which are the most common neurogenic tumors, are still the first choice in treatment, including video-assisted thoracoscopic surgery. Tumor selection with indications for video-assisted thoracoscopic surgery is always mentioned by the authors and this study aims to summarize this issue. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study from January 2015 to December 2018, with parameters of cases with pre-operative diagnosis of posterior mediastinal tumor undergoing video-assisted thoracoscopic surgery at Vietduc University Hospital. **Results:** Including 41 patients, 18 men and 23 women. The average age was 38.7 ± 14.7 (8 – 68). There were 11 cases

(26.8%) having preoperative biopsies under the guidance of computed tomography to evaluate preoperative pathology. There were 9 cases (22.0%) complete thoracoscopic surgery, 32 cases video-assisted thoracoscopic surgery (78.0%). The average tumor size is 5.59 ± 1.95 cm (3-10). Tumors were resected successful in 100%, with 3 complications (1 pleural blood clot, 1 retained haemothorax, 1 thoracic duct fistula) being conservative cured. The operative time was 106.2 ± 37.1 minutes (60-210). **Conclusion:** Thoracoscopic surgery is an effective and safe method in the treatment of posterior mediastinal tumors with a selected group of patients, bringing many advantages to patients.

Key words: posterior mediastinal tumor, video assisted thoracoscopic surgery, posterior neurogenic tumor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U trung thất sau mà thường gặp nhất là những khối u thần kinh chiếm 75%, có thể ác tính (hay gặp ở người trẻ) hoặc lành tính, khối u thường phát triển chậm trong một thời gian dài mà không có triệu chứng nên bệnh thường được phát hiện tình cờ (có thể tới 50%). Phẫu thuật là lựa chọn đầu tiên với loại hình bệnh lý này trong đó có phẫu thuật nội soi lồng ngực và nay có thêm phẫu thuật robot [1],[2],[3]. Hiện nay, phẫu thuật nội soi lồng ngực đã trở thành thường quy, mang lại nhiều lợi ích như giảm đau sau mổ, sẹo mổ thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn, người bệnh nhanh chóng trở lại cuộc sống bình thường [4]. Tuy nhiên, vấn đề lựa chọn khối u trung thất sau phù hợp với mổ nội soi luôn được các tác giả đề cập tới và kết quả khả quan của phẫu thuật nội soi lồng ngực đã được chứng minh. Nghiên cứu nhằm tổng kết về việc lựa chọn bệnh nhân u trung thất sau có chỉ định phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu, cắt ngang, với các thông số trước, trong và sau mổ cùng kết quả giải phẫu bệnh lý, dựa trên hồ sơ bệnh án tại phòng lưu trữ hồ sơ của bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian 04 năm (từ 01/2015 tới 12/2018). Đối tượng nghiên cứu gồm những trường hợp có chẩn đoán trước mổ là u trung thất sau và được phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị bệnh. Các biến số nghiên cứu bao gồm các thông số trước, trong và sau mổ. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lư

Email: phamhuulu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biên khoa học: 4.4.2022

Ngày duyệt bài: 15.4.2022

SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả giải phẫu bệnh trước mổ

Trong giai đoạn 01/2015 – 12/2018, có 41 đối tượng được lựa chọn vào nghiên cứu trong đó có 11 trường hợp (26,8%) được sinh thiết xuyên thành trước mổ dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính để làm chẩn đoán mô bệnh học trước mổ.

Bảng 1: Kết quả giải phẫu bệnh trước mổ (n=11)

| Tổn thương GPB | n | % |
|----------------|---|-------|
| U thần kinh | 7 | 63,64 |
| U xơ | 1 | 9,09 |
| U mỡ | 1 | 9,09 |
| Castleman | 1 | 9,09 |
| Viêm mạn tính | 1 | 9,09 |

Nhận xét: Đối chiếu kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: Chúng tôi thấy có 3 trường hợp (27,27%) có kết quả không giống nhau (02 trường hợp có giải phẫu bệnh trước mổ là u xơ và neurofibroma, còn kết quả sau mổ lại là schwannoma. 01 trường hợp có giải phẫu bệnh trước mổ là viêm mạn tính, còn kết quả sau mổ là neurofibroma).

3.2 Kích thước và sự xâm lấn của khối u

Kích thước trung bình khối u trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực là $5,59 \pm 1,95$ cm (3– 10; 95%CI: 4,97 – 6,20). Các khối u có kích thước < 6 cm được phát hiện trên phim cắt lớp vi tính có 25 trường hợp (60,98%), kích thước $u \geq 6$ cm có 16 trường hợp (39,02%). Tất cả các trường hợp u trung thất sau chúng tôi đều cho chụp cộng hưởng từ để khẳng định thêm đặc điểm của hệ thống thần kinh và mối liên quan của u với các thành phần lân cận.

Bảng 2: Phương pháp phẫu thuật cắt u (n = 41)

| Phương pháp phẫu thuật | n | % | | p |
|---------------------------------------|-----------|---------------|------------|-------|
| | | $u \geq 6$ cm | $u < 6$ cm | |
| Phẫu thuật nội soi đặt trocar toàn bộ | 9 | 22,2 | 77,8 | 0,441 |
| Mổ nội soi hỗ trợ (VATS) | 32 | 43,8 | 56,2 | |
| Tổng | 41 | | | |

Nhận xét: Với kích thước $u \geq 6$ cm thì tỷ lệ phẫu thuật nội soi hỗ trợ nhiều hơn phẫu thuật nội soi đặt trocar toàn bộ. Với kích thước $u < 6$ cm trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực thì tỷ lệ mổ nội soi đặt trocar toàn bộ ít hơn mổ nội soi hỗ trợ nhưng không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p > 0,05$).

- Trong số 9 trường hợp mổ nội soi đặt trocar thì chỉ có 1 trường hợp (11,11%) kích thước 8,0 cm có nhiều mạch tân tạo, dính vào các khoang

liên sườn được rạch da rộng thêm tại vị trí đặt trocar thành 3cm để lấy u.

- Thời gian phẫu thuật là $106,2 \pm 37,1$ phút (60-210). Cắt u thành công ở 100% các trường hợp, với 3 ca biến chứng (1 máu cục màng phổi, 1 ổ chèn màng phổi, 1 rò ống ngực) được điều trị khỏi.

Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật nội soi hỗ trợ (n = 32)

| Phương pháp phẫu thuật | Kích thước u trên phim CLVT | | Tổng số | p |
|------------------------------|-----------------------------|------------|-----------|-------|
| | $u \geq 6$ cm | $u < 6$ cm | | |
| Biportal hoặc triportal-VATS | 11 | 11 | 22 | 0,446 |
| Uniportal-VATS | 3 | 7 | 10 | |
| Tổng | 14 | 18 | 32 | |

Nhận xét: Với 32 trường hợp mổ nội soi hỗ trợ (VATS) có 10 ca (31,25%) mổ lấy u qua nội soi một lỗ (Uniportal VATS), trong đó với kích thước $u \geq 6$ cm thì chỉ có 3 trong tổng số 10 trường hợp (30%) dùng phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ (Uniportal VATS). Còn với $u < 6$ cm có 7/10 trường hợp (70%) mổ nội soi 1 lỗ. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p > 0,05$).

Trong mổ nội soi hỗ trợ có 1 trường hợp u dạng nang nằm trong lớp cơ thực quản, được khâu trực tiếp kết hợp với nhịn ăn uống 7 ngày sau mổ, kết quả tốt, không có biến chứng rách lớp niêm mạc của thực quản.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Vấn đề sinh thiết khối u trước mổ:

Trong 41 trường hợp được chẩn đoán u trung thất sau chỉ có 11 trường hợp (26,8%) được sinh thiết xuyên thành trước mổ dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính. Tỷ lệ này của Phạm Hữu Lư (2015) [5] nghiên cứu sinh thiết trước mổ của u trung thất nói chung là 36,36%. Có nhiều yếu tố khách quan ảnh hưởng đến việc thực hiện của phương pháp này như: Chẩn đoán trên cắt lớp vi tính là nang trung thất hoặc u nằm ở vị trí gần tim hay các mạch máu lớn nên không sinh thiết được hoặc bệnh nhân và gia đình không đồng ý làm thủ thuật này. Hơn nữa, đây là một thủ thuật can thiệp dùng kim có nòng nên có thể gặp nguy cơ tai biến xảy ra như: chảy máu, tràn khí khoang màng phổi, viêm dính...Chúng tôi chủ trương những trường hợp u trung thất sau chỉ định sinh thiết khi nghi ngờ khối u ác tính hoặc khối u không có liên quan tới hệ thống thần kinh. Chính vì những lý do trở ngại trên mà một số tác giả như Townsend và cộng sự (2012) khuyến cáo nên chỉ định phẫu thuật nội soi lồng ngực để sinh thiết chẩn đoán trong mổ và điều trị [6].

Theo Gregory, u trung thất sau thường là khối u thần kinh và lành tính, những khối u có chỉ định mổ thì nên mổ sớm; vấn đề sinh thiết khối u trước mổ là không cần thiết [7].

4.2 Kích thước và sự xâm lấn của khối u:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, u trung thất sau được chỉ định phẫu thuật nội soi là những khối u dưới 10cm đo được trên phim cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ lồng ngực (kích thước trung bình là $5,59 \pm 1,95$ cm). Tần suất hay gặp nhất là u thần kinh có kích thước trung bình là $5,48 \pm 1,93$ cm; nang trung thất có kích thước là $5,62 \pm 2,03$ cm. Nghiên cứu của Giuseppe Cardillo (2008) [8] về u thần kinh cũng cho thấy kết quả tương tự như vậy với kích thước trung bình $5,69 \pm 2,3$ cm (2,0 - 12,2 cm). Trong 41 trường hợp được chọn thì tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công là 100%, duy chỉ có 1 trường hợp phẫu thuật nội soi lồng ngực toàn bộ tiến hành mở nhỏ chân trocar 3cm để lấy u do u nhiều mạch tân tạo và dính nhiều vào khoang liên sườn.

Yếu tố kích thước khối u chỉ có tính chất tương đối vì mức độ thành công của phẫu thuật còn phụ thuộc vào vị trí giải phẫu của khối u trong trung thất, tổn thương thực thể trong mổ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, trang thiết bị dụng cụ hỗ trợ... Vậy nên cũng chưa có sự thống nhất về kích thước khối u được lựa chọn trước mổ trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Trong một nghiên cứu trước chúng tôi đã phẫu thuật thành công với u kích thước 12,3 cm [5]; Li Xiao Kun [9] nghiên cứu mổ nội soi có sự hỗ trợ của robot ở nhóm phẫu thuật nội soi đặt trocar toàn bộ là nhỏ hơn 8cm. Với nang trung thất có kích thước khác nhau đều được chúng tôi đưa vào nhóm nghiên cứu khi nang có ranh giới tương đối rõ với tổ chức xung quanh trên phim cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ và sau khi hút dịch trong nang sẽ tiến hành bóc vỏ nang dễ dàng, triệt để.

Như vậy, kích thước của khối u là yếu tố có tính chất tương đối khi chỉ định phẫu thuật, ngoài ra còn phải cân nhắc chỉ định đối với vị trí giải phẫu của khối u và mối liên quan với các tổ chức trong trung thất dựa vào cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ với biểu hiện cụ thể trên phim là không hoặc ít có tính chất xâm lấn tổ chức xung quanh thì sẽ cho khả năng phẫu thuật nội soi thành công cao nhất. Có thể thấy xu thế hiện nay mổ nội soi hỗ trợ là phương pháp tối ưu, an toàn, hiệu quả cao. Chúng tôi chủ trương cắt lấy khối u trung thất sau có bản chất là u thần kinh từng phần nhỏ bằng dao điện cường độ cao sau đó cho bệnh phẩm vào một túi chuyên dụng đưa

ra ngoài, những khối u dumbbell sẽ được phối hợp với bác sỹ thần kinh trong việc lấy bỏ u hoàn toàn tránh tái phát.

4.3 Lựa chọn bệnh nhân u trung thất sau cho phẫu thuật nội soi: Với kích thước u < 6 cm thì tỷ lệ mổ nội soi đặt trocar toàn bộ là 7 trường hợp (77,8%). Còn với u ≥ 6 cm thì tỷ lệ mổ nội soi toàn bộ chỉ có 2 ca (22,2%) (**Bảng 2**). Như vậy, đối với mổ nội soi đặt trocar toàn bộ, kích thước u ảnh hưởng lớn đến quyết định lựa chọn phương pháp này đòi hỏi kinh nghiệm của phẫu thuật viên, vị trí đặt trocar phù hợp vị trí u trong trung thất và sau khi lấy u (cắt từng phần nhỏ) sẽ phải rạch rộng thêm một vị trí đặt trocar để lấy bệnh phẩm [10].

Đối với nhóm mổ nội soi hỗ trợ thì tỷ lệ gần như tương đương nhau (**Bảng 3**). Trong 32 trường hợp mổ nội soi hỗ trợ có 10 trường hợp (31,3%) phẫu thuật lấy u qua nội soi 1 lỗ (Uniportal VATS) với kích thước u trung bình của nhóm này là $5,44 \pm 2,24$ cm (3,2 – 10,0) cho kết quả sau mổ tương tự nhóm mổ nội soi hỗ trợ thông thường. Các dụng cụ nội soi đều qua 1 cổng làm việc với đường rạch da 3 – 5cm, giảm số lượng đường mổ, tính thẩm mỹ cao, giảm đau sau phẫu thuật, dẫn lưu sau mổ có thể đặt trực tiếp qua lỗ vết mổ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực là phương pháp hiệu quả, an toàn trong điều trị bệnh lý u trung thất sau với nhóm bệnh nhân được lựa chọn mang lại nhiều ưu điểm cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen X, Ma Q, Wang S et al (2019).** Surgical treatment of posterior mediastinal neurogenic tumors. *J Surg Oncol*, 119 (6), 807-813.
2. **Harrison O.J, Bakir A, Chamberlain M.H et al (2021).** Combined minimally invasive resection of thoracic neurogenic dumbbell tumors: A European case series. *Thorac Cancer*, 12 (20), 2767-2772.
3. **Chen X, Ma Q, Wang S et al (2019).** Surgical treatment of thoracic dumbbell tumors. *Eur J Surg Oncol*, 45 (5), 851-856.
4. **Rolf Gilbert C.I et al (2012).** The Mediastinum. Minimally Invasive Thoracic and Cardiac Surgery. Minimally Invasive Thoracic Surgery, Springer - Verlag Berlin Heidelberg, 235 - 304.
5. **Phạm Hữu Lưu (2015).** Nghiên cứu điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội.
6. **Townsend C.M et al (2012).** The Mediastinum. Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice, 19th edition, Elsevier & Saunders, 1600 – 1611.
7. **Gregory C. K (2007).** Approach to Mediastinal Masses. *Pulmonary Disease*, 12 (2), 2-13.

8. **Cardillo G, Carleo F, Khalil M. W et al (2008).** Surgical treatment of benign neurogenic tumours of the mediastinum: a single institution report. *Eur J Cardiothorac Surg*, 34 (6), 1210-1214.
9. **Li X. K, Cong Z. Z, Xu Y et al (2020).** Clinical efficacy of robot-assisted thoracoscopic surgery for

posterior mediastinal neurogenic tumors. *J Thorac Dis*, 12 (6), 3065-3072.

10. **Phạm Hữu Lữ, Nguyễn Hữu Ước, Đoàn Quốc Hưng và cộng sự (2013).** Kết quả điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực (VATS) tại bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam* 6(3), 28 - 32.

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG KẾT TẬP TIỂU CẦU TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021

Nguyễn Đặng Hiền^{1,2}, Phạm Ngọc Nga², Nguyễn Thị Ngọc Vân², Võ Tấn Khang³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu cơ tim cấp là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới, nhồi máu cơ tim cấp xảy ra khi mảng xơ vữa bị vỡ dẫn đến hình thành huyết khối. Để điều trị và dự phòng nguy cơ huyết khối đạt hiệu quả thì một trong những nhóm thuốc được lựa chọn đầu tay trong điều trị bệnh nhồi máu cơ tim cấp là nhóm thuốc chống kết tập tiểu cầu. Chính vì vậy việc sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu trong điều trị bệnh nhồi máu cơ tim cấp là thật sự cần thiết. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ sử dụng các thuốc chống kết tập tiểu cầu trong điều trị bệnh nhồi máu cơ tim cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 380 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ trong thời gian từ ngày 01 tháng 01 năm 2021 đến ngày 01 tháng 12 năm 2021. Các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu. **Kết quả:** Tỷ lệ nhóm dưới 65 tuổi là 32,4%, nhóm từ 65 tuổi trở lên là 67,6%. Bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $69,3 \pm 11,6$, người có tuổi cao nhất là 96, tuổi nhỏ nhất là 25, trong đó tỷ lệ nam giới chiếm 54,5%, nữ giới chiếm 45,5%. Thuốc chống kết tập tiểu cầu được sử dụng trong điều trị bệnh nhồi máu cơ tim cấp là aspirin, clopidogrel, ticagrelor chiếm tỷ lệ lần lượt là 100%, 88,9% và 38,7%. Tỷ lệ sử dụng liều khởi đầu của aspirin là 100%, clopidogrel là 88,9%, ticagrelor là 38,7% và tỷ lệ sử dụng liều duy trì của aspirin là 100%, clopidogrel là 79,7%, ticagrelor là 38,7%. Ngoài ra, trong điều trị bệnh nhồi máu cơ tim cấp tỷ lệ phối hợp giữa aspirin với clopidogrel là 88,9% và phối hợp giữa aspirin với ticagrelor là 38,7%. **Kết luận:** Trong điều trị bệnh nhồi máu cơ tim cấp, aspirin được sử dụng nhiều nhất và được xem là thuốc đầu tay. Tỷ

lệ sử dụng aspirin (100%) cao hơn tỷ lệ sử dụng ticagrelor (38,7%). Ngoài ra, tỷ lệ phối hợp giữa aspirin và clopidogrel cao hơn tỷ lệ phối hợp aspirin với ticagrelor.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim cấp, thuốc chống kết tập tiểu cầu, nội trú.

SUMMARY

THE USE OF ANTIPLATELET DRUGS IN TREATMENT ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AT CAN THO GENERAL HOSPITAL IN 2021

Background: Acute myocardial infarction is the leading cause of death in the world. Acute myocardial infarction occurs when atherosclerotic plaque ruptures leading to thrombus formation. In order to effectively treat and prevent the risk of thrombosis, one of the first-choice drugs in the treatment of acute myocardial infarction are antiplatelet drugs. Therefore, the use of antiplatelet drugs in treatment of acute myocardial infarction is necessary. **Objectives:** Determining the rate of using antiplatelet drugs in the treatment of acute myocardial infarction. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with 380 acute myocardial infarction patients inpatient treatment at Can Tho General Hospital from 2021, January 1 to 2021, December 1. The patients in the study sample used antiplatelet drugs. **Results:** The rate of the group under 65 years old was 32.4%, the group aged 65 years and older was 67.6%. The mean age was 69 ± 12 years, the oldest was 96, the youngest was 23, of which a number of men accounted for 54.5%, women accounted for 45.5%. Antiplatelet drugs used in the treatment of acute myocardial infarction are aspirin, clopidogrel, and ticagrelor, accounting for 100%, 88.9% and 38.7% respectively. The starting dose rates for aspirin was 100%, clopidogrel was 88.9%, ticagrelor was 38.7% and the maintenance dose rate for aspirin was 100%, clopidogrel was 79.7%, ticagrelor was 38.7%. In addition, in the treatment of acute myocardial infarction, the combination of aspirin and clopidogrel was 88.9% and the combination of aspirin and ticagrelor was 38.7%. **Conclusion:** In the treatment of acute myocardial infarction, aspirin is used the most

¹Trung tâm y tế huyện Hồng Ngự

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Vân

Email: nguyenthingocvanct@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biên khoa học: 30.3.2022

Ngày duyệt bài: 11.4.2022